



**Nombre del alumno: Andrea Soledad
Nájera Guillén**

**Nombre del profesor: María del Carmen
Cordero Gordillo**

Nombre del trabajo: Tesis

Materia: Taller de Elaboración de Tesis

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Noveno

Grupo: Psicología

Comitán de Domínguez Chiapas a julio de 2020

ORIGEN

CONDUCTUAL DEL

CONSUMO DE

MARIHUANA

Universidad del Sureste 9° cuatrimestre de Psicología

Andrea Soledad Nájera Guillén

Con todo el cariño y amor incondicional, a mi esfuerzo, valentía y audacia. No existe mejor compañía que la de uno mismo.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo de investigación y del logro educativo en su conjunto no fué fácil, un escabroso camino se irguió frente a mi dificultando mi paso, sin embargo el ansia de éxito y el apoyo externo fué el impulso hacia la meta.

Expresó mis más sinceros agradecimientos y cariño a mis padres que con su soporte nunca se me permitió caer, a mis hermanos, sonrisas y fraternidad. A mis amigos que nunca dejaron ir el ánimo más bajo de lo soportable. A mis profesores, fuente de sabiduría y guía primordial y a la vida misma por permitirme escribir estas palabras tras un largo viaje.

ÍNDICE

CAPITULO I PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Preguntas de investigación	11
1.3. Objetivos	11
1.4. Justificación	12
1.5. Hipótesis	13
1.5.1. Variables	13
1.6. Marco histórico	14
1.7. Marco conceptual	15
1.8. Marco teórico	17
1.9. Metodología	22
1.9.1. Ubicación	24
1.9.2. Diseño de técnicas de investigación	24
CAPITULO II MARCO HISTÓRICO	26
2.1. Origen e historia de la marihuana	26
2.1.1. Causas y consecuencias del consumo de marihuana	31
2.2. Síndrome amotivacional	36
2.2.1. Síntomas del síndrome amotivacional	39
2.3. La salud mental y la marihuana (afecciones psicológicas)	41
CAPÍTULO III TEORÍA Y AUTORES	46
3.1. Teoría conductista	46

3.1.1 Condicionamiento clásico	47
3.1.2. Condicionamiento operante	48
3.1.2.1. Técnicas operantes para desarrollar conductas	49
3.1.2.2. Técnicas operantes para reducir o eliminar conductas	51
3.1.2.3. Técnicas de organización de contingencias	53
3.2. Enfoque cognitivo - conductual	54
3.2.1. Terapia cognitivo - conductual	55
3.2.1.1 Intervención a través de terapia cognitivo conductual	56
3.3. Teoría humanista	57
3.3.1.Planteamientos de la teoría humanista	59
3.3.2. Pirámide de las necesidades de Abraham Maslow	60
3.3.3. Aplicación de la teoría humanista en terapia	64
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	66
4.1. Influencia psicológica del consumo de cannabis (Teoría conductista, enfoque cognitivo conductual y teoría humanista)	67
4.2. Síndrome amotivacional, ¿consecuencia del consumo de cannabis?	72
4.3. Intervención psicológica tras la adicción (Teoría conductista, enfoque cognitivo conductual y teoría humanista)	76
PROPUESTAS Y SUGERENCIAS	81
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ilegales es una complicación en la vida social del adolescente y también en su salud, la adicción al cannabis (marihuana) es un tema que se abarca ampliamente, ya que algunos jóvenes aseguran que su uso se ha ido normalizando a través de los años y que esta sustancia no es tan fuerte como otras drogas. A través de esta situación se irá viendo desde distintas perspectivas a los jóvenes que normalizan esta adicción y los que están conscientes del daño que esta produce a corto y a largo plazo, así como también la diferencia entre distintos tipos de marihuana, su uso medicinal y el abuso de esta.

Muchos hablan de cómo es que los jóvenes conocen el mundo de las drogas y como los llevan a caer en un vicio que después no se puede controlar y se siente como una necesidad, en este caso no se trata de la droga en particular si no el contexto, cuando existe este tipo de problemas es normal que se vea desde el punto de la “adicción” y no lo que la origino. Al consumir una sustancia psicoactiva se debe conocer la complejidad a la que uno se enfrenta ya que la persona que lo consume es un organismo biológico, además, tiene o desarrolla comportamientos que son necesarios para analizar.

El objetivo de conocer el contexto, conocer los distintos tipos de marihuana, las diferencias que existen entre su uso medicinal y el abuso es concientizar a los jóvenes sobre los peligros que puede ocasionar en su salud mental y en su organismo, algo que también es relevante es hablar sobre el síndrome amotivacional en el que más adelante se profundizará a detalle y la diferentes formas en las que se manifiesta en los jóvenes, al igual se pretende comprobar que uso medicinal del cannabis es posible con responsabilidad y sin exceder los límites permitidos por un especialista.

En el capítulo uno se abarcan distintos temas en el cual hablaremos del origen del cannabis y su historia originaria de donde proviene su nombre actual, como

ya había hecho mención antes se abarcara uno de los temas más importantes que es el síndrome amotivacional y como se manifiesta en cada consumidor o si es que no se manifiesta, como esta vista la marihuana en los tiempos modernos y como se ha ido normalizando en el medio social, asimismo las causas y consecuencias que este crea con el tiempo y como esta droga deja con ganas de probar algo más fuerte.

CAPÍTULO I

Protocolo de investigación

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el consumo del cannabis ha ido aumentando en los jóvenes, debido a los factores de encontrar una salida a sus problemas o de querer refugiarse en ella.

Existen muchas razones para querer sumergirse en el efecto de la marihuana y que bajo el efecto se confunda con el “querer pasarla bien” o una simple “curiosidad” a querer admitir que la sustancia se ha hecho una necesidad y ha construido una adicción, así mismo arrastrando una serie de problemas que esta misma provoca con el paso del tiempo.

Existe una serie de cambios en una persona cuando el propio cuerpo pide a gritos su consumo, los cambios físicos y la provocación de una reacción en la conducta de la persona, tales como la ansiedad.

La adicción al cannabis es un tema muy importante que debe abarcarse y del cual todos deberíamos tener un conocimiento, es común que se crea que el consumo es mínimo debido a que es tomada como la droga que menos problemas tiene y la cual se puede “controlar” y “moderar” quienes tienen el consumo obsesivo normalmente tienen síntomas, como la irritabilidad, dificultad para dormir y problemas con su estado de ánimo, se deben tener ciertas precauciones ya que se puede ir desarrollando el síndrome amotivacional que se conoce como un estado de indiferencia, en donde la persona no tiene ganas de hacer nada, no tiene una motivación y la apatía es muy notable.

Es un conflicto de índole extensa, se da en casi cualquier parte del mundo, lugares donde ya se ha legalizado su consumo y lugares donde no, se lucha por

su legalización siendo que se puede observar los efectos negativos de su uso en las noticias que nos impactan día a día a través de los medios y probablemente lo que podemos observar en la vida cotidiana y posible y desafortunadamente desde la perspectiva realista del espectador.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.- ¿Cuáles son los factores que llevan a los jóvenes a consumir el cannabis?

2.- ¿De qué manera influye el consumo de cannabis en los jóvenes?

3.- ¿Los consumidores conocen los riesgos que este trae?

4.- ¿Los consumidores reconocen cuando el cannabis ya es una adicción?

5.- ¿qué reflejan investigaciones anteriores sobre los consumidores?

6.- ¿Cuáles son las consecuencias de una adicción?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar los factores psicológicos conductuales que causan el consumo de cannabis.

Objetivos específicos

- Conocer las consecuencias del consumo de cannabis.
- Determinar cuando el consumo de marihuana ya es una adicción.
- Conocer qué es el cannabis, que componentes tiene y que es la adicción.
- Dar a conocer sobre el síndrome amotivacional.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Es importante poner interés en el consumo de cannabis ya que hoy en día la marihuana es la principal droga ilegal (legal en determinados países con restricciones aplicables) más sonada entre en los jóvenes como un puente para probar otro tipo de drogas, se deben conocer los distintos factores que llevan a alguien a querer consumirla, hacerse dependiente y como los afecta en su vida diaria, en su entorno, emocionalmente e incluso físicamente, así mismo en su vida social y como se desenvuelven con los demás.

Esta investigación es realizada para dar a conocer los diversos riesgos que existen al consumir esta droga que está tomada como la “menos dañina para la salud” y que es lo que provoca el síndrome amotivacional en una persona, como es que poco a poco no solo la dependencia afecta y acaba la salud sino también los riesgos que se tienen al perder el interés por el entorno, la motivación y las ganas de querer hacer cosas.

Este tema me pareció bastante interesante ya que en el medio social en que me he encontrado he notado ciertos comportamientos en donde a los alumnos nos les importa entrar a clases con tal de fumar marihuana y mantenerse en ambiente con su grupo social, así mismo, la expresión que tienen con comentarios de que los estudios no les interesa y que lo pueden dejar para después poniendo en primer lugar la dependencia a una sustancia ilegal.

Esto me motiva porque el tema de la dependencia, la adicción y las dudas que se tienen a una edad temprana y que dan las sensaciones de querer experimentar y porque el cuerpo humano se va acostumbrado hasta llegar a acabarlo, a enfermarlo, las emociones que se mantienen en un constante cambio y sin ser menos relevante los cambios de comportamiento que esto crea.

Las aportaciones de esta investigación es informar a las personas sobre las consecuencias de la adicción a la marihuana, dar un amplio y extenso de la historia y su evolución de forma natural y social.

1.5. HIPÓTESIS

Los principales factores de consumo de cannabis son tener la aceptación social y tener un refugio de los problemas.

1.5.1 VARIABLES

- Variable independiente, factores de consumo.

- Variable dependiente, aceptación social y refugio.

1.6. MARCO HISTÓRICO

La marihuana ha sido usada como medicina durante miles de años, con evidencias que datan de 2737 a.C. En la actualidad se usa principalmente para controlar las náuseas extremas derivadas de la quimioterapia del cáncer o del sida, así como para reducir la presión intraocular en los enfermos de glaucoma.

La marcada efectividad de la marihuana fumada y del tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC) por vía oral como medicamento anti náuseas, así como de la marihuana fumada para tratar el glaucoma, forzó una serie de modificaciones en las leyes antidroga y la introducción de excepciones en el uso del cáñamo en ciertos casos.

Este alucinógeno ganó un privilegiado lugar en las ceremonias mágico-religiosas de los arios que, hace 3500 años, bajaron del norte hacia el Valle del Indo, donde propagaron su culto.

El pueblo asirio, con el nombre de qunubu, también conocía acerca de las propiedades psicoactivas del cannabis, que era su principal uso sobre todo en las ceremonias religiosas. Los tracios y escíticos lo introducen en el pueblo ario. Los chamanes quemaban flores de la planta para provocar estados de trance.

A finales del siglo pasado el enfoque desde el punto de vista médico cambió, pues las llamadas drogas nobles demostraron ser tiránicas, pues poco a poco iban encadenando a los consumidores y sumergiéndolos en el mundo sin fin de la adicción.

Motivo por el cual esta es una de las plantas cuyo cultivo se ha prohibido y restringido en muchos países. Según está documentado fue en el distrito de

Columbia, donde se redactaron las primeras restricciones a la venta de cannabis, siendo aprobada en 1937 la Ley de Acto Fiscal de la Marihuana, por la que se prohibía la producción de cáñamo además de la marihuana

En la medicina moderna, el cannabis tiene otra connotación, muy diferente al lugar privilegiado que se le daba en las ceremonias mágico religiosas de los arios hace 3500 años atrás, ni la de los brahmanes que la bebían durante los sacrificios en honor al dios del fuego.

Es conocido que su principal sustancia psicoactiva es el tetrahidrocannabinol (THC), pero la planta contiene en total cerca de 60 cannabinoides. Uno de los principales metabolitos psicoactivos es el 9-carboxi-THC, que cruza la barrera hematoencefálica con más facilidad que los otros THC, y por lo tanto puede ser el más activo de todos.

Está demostrado que el consumo a largo plazo de la marihuana puede llevar a la adicción y los consumidores crónicos presentan irritabilidad, dificultad para dormir, disminución en el apetito, ansiedad y deseos por la droga.

Estos síntomas del síndrome de abstinencia comienzan aproximadamente al día siguiente de empezar la abstinencia, llegan a su punto máximo a los dos o tres días, y se atenúan una o dos semanas después de haber consumido la droga por última vez.

Los defensores alegan que estos efectos son muy leves, comparado con otras drogas, lo que permite revertir esa tolerancia y que el sujeto la controle.

1.7. MARCO CONCEPTUAL

Marihuana

Illegal

Adicción

Síndrome

Amotivacional

Droga

Aceptación

Refugio

Fumar

Consumo

Escape

La marihuana está compuesta por hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo, *cannabis sativa*. Esta planta tiene una sustancia química que altera la mente y es llamada delta-9- tetrahydrocannabinol que es mejor conocida como "THC" (National Institute on Drug Abuse, 2015) La adicción es un hábito que se tiene debido al consumo de sustancias que a largo plazo crea dependencia y puede ser psicológica y fisiológica, así como también la drogadicción que está tomada como una enfermedad crónica y busca tener un consumo que es compulsivo y termina por dañar el sistema nervioso central produciendo alteraciones en el comportamiento de la persona.

Al consumo de drogas de igual forma se le puede llamar como "abuso de sustancias" ya que lleva a alguien a que se le presenten problemas de salud, la causa del consumo puede ser dada por diferentes cosas y existen factores intervinientes como la presión, ansiedad, depresión y el estrés, es muy común que las personas que consumen sufran de depresión, trastornos de estrés u otros problemas de la salud mental.

Dentro del tema un tema de relevancia es sobre la aceptación social que alguien debe tener para pertenecer a un grupo y llamar la atención con el hecho de consumir una droga que es ilegal.

Existen razones por el cual un adolescente quiera refugiarse en la marihuana, les llama la atención cuando ven a los demás haciendo algo indebido, ya sea a sus padres, adultos, etc.

Suelen usarlo como un escape cuando tienen muchos problemas y quieren liberarse de aquello que les hace daño, ya sea por no saber expresarse con los demás de lo que les pasa y su consuelo lo buscan en sustancias.

1.8. MARCO TEÓRICO

De acuerdo con información del National Institute on Drug Abuse, los adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas causas, entre las más comunes, la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social.

Es un hecho que los jóvenes que ya fuman cigarrillos o beben alcohol corren un mayor riesgo de probarla.

Algunos jóvenes que usan drogas suelen tener una mala relación con sus padres. En otras palabras, todos los aspectos del medio en el que el adolescente se desenvuelve son factores de riesgo para que se inicien en el mundo de las drogas.

De igual manera, los aspectos emocionales como la ansiedad, el enojo, la depresión y el aburrimiento, entre otros, son algunas de las causas.

Algunos son factores sociales, como convivir con otras personas que consumen drogas; otros son factores físicos, por ejemplo, la ciencia ha descubierto genes que nos hacen más vulnerables para desarrollar una dependencia.

La intervención psicológica en conductas adictivas debe de ajustarse al igual que se realiza en otras disciplinas, a la utilización de técnicas y tratamientos que hayan demostrado su utilidad en dicho ámbito.

Se parte del supuesto de que cualquier intervención psicológica no tiene porqué estar justificada y, por tanto, no existe ninguna razón para aplicar a los pacientes tratamientos o técnicas que no hayan sido validadas.

Método: se revisan los diferentes tipos de tratamientos psicológicos que en la actualidad tienen soporte empírico y que son recomendados por el National Institute of Drug Abuse y la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la Asociación Psicológica Americana).

Se revisan algunos tratamientos con formato de intervención psicológica breve recomendados por el Centre for Substance Abuse Treatment.

En el tratamiento de conductas adictivas se han utilizado distintos enfoques de intervención psicológica, no obstante sólo las terapias de corte cognitivo-conductual poseen validez empírica en este ámbito de intervención. Por otro lado, algunas intervenciones en formato de terapia breve pueden ser útiles en el tratamiento.

El tratamiento psicológico es un aspecto nuclear en el tratamiento de la adicción a drogas y, que en base a la información que se dispone en la actualidad y salvo algunas excepciones, las intervenciones psicológicas en conductas adictivas más recomendables se encuentran dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual.

La TCC es un tipo de terapia de conversación. Es una combinación de terapia cognitiva (que estimula los procesos de pensamiento) con terapia conductual (que se concentra en la conducta que responde a estos pensamientos).

Las técnicas más comunes de TCC incluyen:

- Cuestionar las creencias negativas y reemplazarlas con alternativas
- Resolver problemas
- Desarrollar capacidades para sobrellevar situaciones difíciles

La TCC es un tratamiento a corto plazo que suele durar entre seis semanas y seis meses. Consiste en sesiones individuales de tratamiento, a las que se suele asistir semanalmente.

En ocasiones, también se ofrecen sesiones de grupo. La cantidad de sesiones dependerá del trastorno y del compromiso con el tratamiento. Cada sesión suele durar una hora aproximadamente.

La TCC se usa mayormente para tratar trastornos de ansiedad o depresión, pero también puede usarse para tratar lo siguiente:

- Trastornos de pánico
- Trastornos de la alimentación
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastorno bipolar
- Fobias
- Estrés
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia
- Ataques de ira
- Problemas para dormir
- Trastorno dismórfico corporal
- Dolor persistente
- Problemas sexuales o de relaciones

A veces, la TCC se administra junto con medicamentos contra los trastornos de ansiedad, la depresión moderada a grave y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

El síndrome amotivacional se define como un estado de pasividad e indiferencia, que se caracteriza por generar dificultades generalizadas en lo

cognitivo, interpersonal y social y que está relacionado con el consumo de cannabis durante años (intoxicación crónica por THC).

Dicho estado puede mantenerse a pesar de haberse interrumpido el consumo. La persona se siente sin ganas de hacer nada, en estado continuo de anhedonia, no tiene motivación o entusiasmo y presenta una falta de interés generalizada o apatía.

La motivación es el interés por satisfacer una determinada necesidad, que genera un impulso por realizar la conducta que produce dicha satisfacción. Está implicada en la activación, dirección y mantenimiento de la conducta.

El consumo de cannabis produce que toda motivación por realizar otras tareas que no sean el propio consumo desaparezca o pierda intensidad. El placer ofrecido por el consumo «gana» y las otras motivaciones (laborales, interpersonales, ocio, pareja, etc.) se aplazan.

Los signos y síntomas de este síndrome según la psicóloga Marián Carrero Puerto son los siguientes, aunque se ha de señalar que no es necesario que estén todos presentes:

Uno de ellos es la apatía de tipo emocional, que consiste en:

- Reducción de la voluntad para ejecutar acciones.
- Incapacidad para acabar tareas.
- Incapacidad de evaluar las consecuencias de los futuros actos.
- Desinterés.
- Pasividad.
- Dificultades para mantener la concentración y la atención.
- Alteraciones de la memoria.
- Indiferencia.
- Falta de introspección (no hay conciencia del estado en que se está, del síndrome).

- Demora en la realización de tareas.
- Despreocupación por el futuro (aplazar)
- Desinterés por hacer actividades duraderas o que requieren mayor concentración.
- Baja motivación por el trabajo o escuela.
- Despreocupación por el cuidado personal.
- Desinterés sexual.
- Disminución de los reflejos.
- Frustración fácil.
- Lentitud de desplazamientos y enlentecimiento de los movimientos.
- Reducción generalizada de cualquier actividad (profesional, social, ocio, etc).
- Pasotismo (sin afección del afecto).

A nivel cognitivo, la sintomatología producida por el consumo de cannabis crónico produce alteraciones en las funciones ejecutivas, como son:

- La anticipación y establecimiento de metas.
- La planificación.
- La inhibición de respuestas.
- La selección de conductas apropiadas según el contexto.
- La organización tempo-espacial.
- La flexibilidad cognitiva.
- El seguimiento a comportamientos.
- La toma de decisiones.
- La memoria de trabajo

A nivel social, la sintomatología descrita genera una disminución de las interacciones con otras personas, generada por la pérdida de interés por participar en situaciones sociales, en actividades de cualquier tipo, la apatía y la

pasividad.

Esto provoca que las redes de apoyo social del individuo se vean afectadas.

Toda esta sintomatología puede producir:

- Bajo desempeño académico y/o laboral, debido a dificultades para estudiar y para aprender.
- Aislamiento social, al disminuir las interacciones con otras personas.
- Ausencia de planes de futuro.
- Predisposición para involucrarse en conflictos con las autoridades.
- No fijarse metas.

El primer objetivo de tratamiento debe ser la disminución progresiva del consumo de cannabis hasta su eliminación total, ya que si tienes síndrome amotivacional y consumes marihuana en la fase de rehabilitación, difícilmente revertirás la situación.

La adicción se puede superar a través del trabajo psicoterapéutico para rehabilitar los déficits que persistan, siendo posible usar psicofármacos si fuera necesario.

El tratamiento de primera elección deben ser los fármacos ISRS (antidepresivos) junto a terapia cognitivo conductual, para incitar a la persona a retomar actividades diarias, mejorar las relaciones con los familiares y trabajar sobre el estilo de pensamiento que conduce a la inactividad.

1.9. METODOLOGÍA

El método científico es un proceso de la ciencia adecuado para obtener esa expresión de las cosas, gracias al cual es posible manejar, combinar y utilizar

esas mismas cosas, también nos permite comprobar si una hipótesis dada merece el rango de ley. (El método Científico y sus Etapas, Ramón Ruíz, México 2007)

Es un proceso que mediante la aplicación del método deductivo en donde va de lo general a lo particular, utilizándose para comprobar y examinar, dado a observaciones y el estudio con hechos y después llegar a una conclusión útil y factible.

Tipo de método: Método deductivo

El conocimiento se obtiene de lo general a lo particular. La deducción se lleva a cabo aplicando las reglas de inferencia (Guía curricular UDS 2020)

Enfoque metodológico: Cualitativo

Taylor y Bodgan (1987), citados por Blasco y Pérez (2007: 25-27) al referirse a la metodología cualitativa como un modo de encarar al mundo empírico, señalan que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable.

Corriente epistemológica: Humanista, Cognitivo conductual, Conductista

Se basa en la creencia de que el ser humano debe ser considerado como un todo, aceptando que existen diferentes circunstancias o factores que afectan a la salud mental como los pensamientos, las emociones, los comportamientos sociales. (Abraham Maslow, 1960).

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. (Beck)

Conductismo: Corriente de la psicología que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta (Encarta 2001)

1.9.1. UBICACIÓN

Esta investigación se realizara a través de investigaciones posteriormente estructuradas y aplicadas de fuentes verificables y confiables, suficientes para contrastar un buen análisis de causas y consecuencias, no de fechas anteriores a diez respecto del año en curso 2020

- Criterios de inclusión

Investigaciones que arrojen causas y consecuencias de uso de cannabis y síndrome amotivacional, influencia psicológica y biológica

- Criterios de exclusión

Investigaciones que proporcionen contraste en cifras ya que es objetivo fundamental avocarse a la terapia cognitivo conductual y afectación física y psicológica, esencialmente teórica

1.9.2. DISEÑO DE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación: Documental

Detectar, obtener y consultar la bibliografía otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier

realidad de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio.
(Sampieri 2000).

Técnicas de investigación

- Investigaciones en su mayoría de sitios médicos, de ciencias, y psicología
- Consultas sitio web

CAPÍTULO II

Origen y evolución del tema

2.1. ORIGEN E HISTORIA DE LA MARIHUANA

El nombre del cannabis procede de la palabra griega κάnnαβις (kánabis), que originalmente era una palabra escita, y puede que la palabra "cáñamo" también sea una variante de un término escita. Estas palabras escitas pasaron a las lenguas indoeuropeas. En el 1548, el Diccionario de Inglés de Oxford recogió el primer uso de la expresión "cannabis sativa".

El nombre "marihuana" o "marijuana" para hacer referencia al cannabis, tiene una etimología más popular. La palabra "marihuana" se originó en México, entre los nativos de habla hispana, y está relacionado con el nombre femenino de María Juana, pero aún no se sabe la historia que esconde la conexión entre ambos.

Durante la década de los 30, esta palabra fue utilizada en exceso por parte de la prensa, para hacer que el cannabis tuviera una consonancia extranjera que lo hiciera parecer más peligroso y, de esa forma, distanciar al pueblo estadounidense de él.

Otra teoría es que la palabra marihuana proviene del término chino "ma", usado para el cáñamo. Se cree que los exploradores chinos llamaban a la flor del cannabis "ma ren hua", que significa flor de semilla de cáñamo. Puede que esta palabra fuera recogida por los nativos de habla hispana de América. (Universidad de Arkansas 2016)

A lo largo del tiempo, esta planta, y desde hace más de 5.000 años, ha sido utilizada para diferentes fines, que van desde el uso lúdico y recreativo,

pasando por un medio de relajación y meditación, hasta su uso en el tratamiento de varias enfermedades o el alivio de procesos vinculados a cierto tipo de malestares.

Aunque se supuso que la marihuana tenía su origen en Mesoamérica, es sólo una leyenda urbana de poca credibilidad y que sus orígenes los podemos registrar en referencias médicas chinas datadas alrededor del año 2737 a. de C. (P. Leal-Galicia, D. Betancourt, A. González-González, H. Romo-Parra 2018)

El cannabis es una planta dioica de floración anual originaria de Asia Central, concretamente de Mongolia y la zona sur de Siberia. Tiene dos subespecies: cannabis Sativa y Cannabis sativa L. - más conocido como cáñamo. Aunque el cáñamo no tiene propiedades psicoactivas como su primo el cannabis Sativa, ambos se utilizaban en la antigüedad.

Una de las primeras culturas que cultivaban y consumían marihuana fueron los chinos en el 5000 a.C. Existen pruebas arqueológicas de la utilización del cáñamo en la antigua China para elaborar prendas de vestir, cuerdas y papel, y para hacer aceites y alimentos. El primer registro del uso medicinal del cannabis se remonta al emperador chino Shen Nung. Los chinos utilizaban el cannabis como analgésico y para combatir la gota.

Tras propagarse por China, la marihuana pasó a Corea en el 2000 a.C. desde donde llegó a la India alrededor del 1000 a.C. El pueblo indio descubrió multitud de usos para el cannabis y, al igual que los chinos, lo usaban para elaborar textiles, como fuente de alimentos, y como un potente medicamento.

La marihuana se extendió por Oriente Medio en el 1400 a.C. y fue cultivada sobre todo por los escitas, un pueblo nómada indoeuropeo. Los escitas llevaron el cannabis al sur de Rusia y a Ucrania, desde donde se propagó a la mayoría de países europeos.

Durante los años siguientes, y debido a la influencia de Oriente Medio, el cultivo de cannabis comenzó a aparecer en África, y un poco más adelante ya se había propagado por toda Europa, Asia y África. El cultivo y consumo de marihuana

se pasaba de una cultura a otra, y todas ellas lo consideraban como el cultivo más valioso de la época.

A comienzos del siglo XIX, el cannabis viajó de África a América del Sur y México. Gracias a la inmigración durante el período de 1910-1911, no tardó mucho a llegar a los Estados Unidos. Allí fue donde la pacífica era del cultivo y consumo de cannabis llegó a su fin, y donde comenzó la Guerra contra las Drogas.

El consumo de marihuana se asoció a los actos delictivos cometidos por muchos inmigrantes hispanos, y fue así como comenzaron los prejuicios contra la hierba.

Muchos periódicos calumniaban la marihuana, y todo ello condujo a su criminalización.

El primer estado que prohibió el consumo de marihuana fue Utah, en 1915. Otros siguieron su ejemplo y, para 1931, el cannabis era ilegal en 29 estados.

En 1937, debido a la labor conjunta de la Oficina Federal de Narcóticos y el Comisario Harry Aslinger, se instauró la Ley de Tasación de la Marihuana, que penalizaba la posesión y el consumo de cannabis en todos los Estados Unidos. La ley era la misma para la marihuana y el cáñamo, a pesar de que este último no es psicoactivo.

Muchos creen que un poderoso lobby de la industria papelera y de los combustibles fósiles se sintió amenazado por el cáñamo, al ser un producto más competitivo, e influyó en el gobierno y las leyes estatales para que controlaran o prohibieran la producción de cáñamo.

Por presión estadounidense, también se prohibió en México, independientemente de que el presidente Antonio López de Santa Ana se opusiera rotundamente ante el primer intento de prohibir el uso recreativo del cannabis. En esta época, siglo XIX, se exacerbó la oposición entre clases liberales y conservadoras, y el desprecio de las clases pobres.

Así surge la institucionalización del estereotipo negativo del 'marihuano' como procedente de la 'cárcel de Belén', la más famosa de aquellos tiempos. Era la 'escuela de vicio' por antonomasia, donde se toleraba el contrabando de marihuana.

García Vallejo (1985) publicó el *Manifiesto Pacheco* bajo las premisas de que 'los mejores placeres suelen ser verdes', 'no hay peor marihuana que la que no se fuma' o 'el uso de la hierba debe ser un acto de libre conciencia (P. Leal-Galicia, D. Betancourt, A. González-González, H. Romo-Parra 2018)

Hoy en día, el gobierno federal sigue clasificando la marihuana como una sustancia controlada de la Lista I, es decir, tiene un alto potencial de abuso y adicción, y ningún uso médico. Aunque todavía es ilegal en muchos estados de EE.UU. y Europa, la opinión sobre el cannabis está cambiando lentamente. En 1976, Holanda despenalizó el consumo de cannabis y, en 1980, su venta al por menor en "coffeeshops".

En España se han abierto numerosos clubes de cannabis privados, que ayudan a la concienciación de un consumo responsable.

La República Checa legalizó la marihuana medicinal para pacientes con receta médica, aunque este país tiene dificultades para producir el cannabis necesario para satisfacer la demanda. (Warf Barney Universidad de Arkansas 2016).

Se creía que la marihuana era para individuos de clases bajas; sin embargo, ahora se sabe que también la fumaban actores, autores teatrales, intelectuales, damas de alta sociedad y 'galancetes de la misma "parasitaria clase"'.

El uso de la marihuana se vio acrecentado, en el mundo, durante las décadas de los sesenta y los setenta, independientemente del endurecimiento de las penas legales en Estados Unidos, desde la posesión (5 a 10 años de prisión) y el consumo hasta la siembra y el tráfico (de 10 años hasta cadena perpetua.

Los cambios sociales de los años sesenta generaron que la juventud fuera en contra de los lineamientos y estereotipos como los inculcados en los sujetos

que consumían marihuana. Fue en esta época cuando empezó la marihuana como una 'puerta' para drogas más fuertes como la cocaína, heroína, metanfetaminas, etc. Se le confirió la denominación de "puente" y se le atribuyó además un origen en la problemática personal de los individuos en sociedad. (P. Leal-Galicia, D. Betancourt, A. González-González, H. Romo-Parra 2018).

Así como el uso recreativo de la marihuana, su empleo médico-terapéutico también data de épocas milenarias. En las culturas, india, persa, romana y otras se usó el cannabis para aliviar diversos malestares, como la gota, el reumatismo, el síndrome premenstrual y el dolor, e infecciones, como la malaria. Una enfermedad cuyos síntomas se han tratado con cannabis ha sido la epilepsia.

Documentos que datan del año 2900 a. de C. en Asia hablan del uso del cannabis como anticonvulsionante. En Arabia (1877) se prescribieron gotas de cannabis vía nasal para aliviar las convulsiones epilépticas.

En el Reino Unido, W. Gowers (1881) informó de que la administración de tres dosis diarias (9,8 gramos) de *C. indica* durante seis meses controlaba convulsiones en un paciente resistente al bromo.

Hoy existe controversia sobre la efectividad del cannabis en el tratamiento de las crisis epilépticas. En un estudio de 2004 se entrevistó a pacientes usuarios de marihuana y con crisis convulsivas.

De ellos, el 24% contestó que la marihuana era efectiva para reducir las convulsiones, el 68% reconoció sentir una reducción en la intensidad de sus convulsiones y el 54% informó de una reducción en la incidencia. Ningún paciente dijo que la administración de marihuana perjudicara su condición.

A partir de este estudio, se han realizado análisis más sistematizados sobre el efecto de extractos de cannabis, como el cannabidiol, que se administró a niños con epilepsia resistente al tratamiento.

En dicho estudio se mostró una mejora en la frecuencia y gravedad de las

convulsiones, así como un impacto benéfico en el estado de alerta, el humor y los patrones de sueño. Estos resultados benéficos también se han descrito en adultos.

(P. Leal-Galicia, D. Betancourt, A. González-González, H. Romo-Parra 2018)

2.1.1. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE LA MARIHUANA

Investigaciones del hospital San Juan Capestrano mencionan que en vez de existir una causa específica, hay una serie de factores que pueden hacer que una persona corra un mayor riesgo de utilizar y/o abusar de la marihuana.

Factores genéticos: A lo largo de los años se ha realizado una cantidad significativa de investigaciones, mismas que han determinado que sí existe una predisposición genética a los problemas de abuso de sustancias. Esto es especialmente cierto en el caso de las personas que tienen un pariente de primer grado con un problema de adicción o abuso de sustancias.

Factores físicos: Las personas que utilizan y abusan de la marihuana pueden causar daños a los receptores cannabinoides del cerebro, lo que pudiera ocasionar dificultades para mantener la coordinación, la falta de una percepción precisa del tiempo y la incapacidad para conservar los recuerdos. Adicionalmente, si se dañan estos receptores, esto puede afectar la capacidad que tiene la persona para tomar buenas decisiones, lo que a su vez pudiera resultar en el abuso continuo de la marihuana.

Factores ambientales: Existen una serie de distintos factores ambientales que pueden ocasionar que una persona comience a utilizar o abusar de la

marihuana. Por ejemplo, es más probable que abusen de las sustancias nocivas las personas que crecieron en hogares caóticos o aquellas que se expusieron al uso de las drogas a una edad temprana. (San Juan Capestrano Hospital, 2020 Programa de Cumplimiento Corporativo y Código de Conducta)

Factores de Riesgo

- Antecedentes familiares de adicción o abuso de sustancias nocivas
- Exposición al uso de la marihuana a una edad temprana
- Presión de los compañeros/del grupo
- Falta de aptitudes adecuadas para enfrentar los problemas
- Preexistencia de uno o más trastornos de salud mental
- Fácil acceso a la marihuana

El Dr. Neil I. Bernstein en su libro *How to Keep Your Teenager Out of Trouble and What to Do if You Can't* (Cómo mantener a su hijo adolescente fuera de problemas y qué hacer si usted no logra hacerlo) detalla algunos de los temas centrales e influencias que se encuentran detrás del consumo de drogas entre los adolescentes.

Los adolescentes ven a muchas personas usando varias sustancias. Ven a sus padres y otros adultos consumiendo alcohol, fumando y, algunas veces, abusando otras sustancias. Además, con frecuencia la escena social de los adolescentes gira alrededor de beber y fumar marihuana. Algunos de los amigos se presionan entre sí para probar bebidas o fumar algo, pero es igualmente común que los adolescentes empiecen a usar alguna sustancia porque se encuentra fácilmente disponible, además de que ven a todos sus amigos disfrutándola. En sus mentes, ven el uso de drogas como una parte normal de la experiencia de ser adolescente.

El cuarenta y siete por ciento de los adolescentes estuvieron de acuerdo en que las películas y los programas de televisión hacen que parezca que está bien usar drogas, según un estudio que se llevó a cabo en el año 2011.

Entonces, no es sorprendente que los niños de 12 a 17 años de edad que

vieron tres o más películas con clasificación “R” por mes, eran siete veces más propensos a fumar cigarrillos, seis veces más propensos a usar marihuana, y cinco veces más propensos a beber alcohol, en comparación a los que no vieron películas con clasificación “R” (Amy Khan 2005).

Cuando los adolescentes se sienten infelices y no pueden encontrar una salida saludable para sus frustraciones o una persona de su confianza con quien hablar, pueden recurrir a sustancias químicas en busca de consuelo. Dependiendo de lo que usan, pueden sentirse felizmente inconscientes, maravillosamente felices o llenos de energía y confianza. Los años de la adolescencia son a menudo difíciles y pueden tener un costo emocional en los niños, a veces incluso llegando a causar depresión, así que cuando a los adolescentes se les da la oportunidad de tomar algo que los haga sentirse mejor, muchos no pueden resistir.

Los adolescentes que no pueden tolerar estar solos, que tienen problemas manteniéndose ocupados o que anhelan las fuertes emociones, son los principales candidatos para el abuso de drogas.

No solo el alcohol y la marihuana les dan algo que hacer, sino que esas sustancias ayudan a llenar el vacío interno que sienten. Proporcionan una base común para interactuar con otros jóvenes similares. Una manera de establecer vínculos instantáneos con un grupo de niños.

Diferentes adolescentes rebeldes eligen usar diferentes sustancias basado en sus personalidades. El alcohol es la droga de elección para el adolescente que siente enojo, porque lo libera para comportarse de manera agresiva. La metanfetamina también fomenta el comportamiento agresivo, violento, y puede ser mucho más peligrosa y potente que el alcohol.

La marihuana, por otro lado, a menudo parece reducir la agresión y es más una droga de evasión. El LSD y los alucinógenos también son drogas de escape, a menudo utilizadas por los adolescentes que se sienten incomprendidos y anhelan poder escaparse a un mundo más idealista y amable

Las drogas y el alcohol funcionan rápidamente. Los efectos iniciales son muy

buenos. Los adolescentes recurren a las drogas porque ellos las ven como un acceso directo, a corto plazo, hacia la felicidad.

Muchos adolescentes tímidos a quienes les falta confianza indican que mientras se encuentran bajo la influencia de las drogas o del alcohol hacen cosas que de otra manera no se atreverían a hacer. Esto es parte del atractivo que tienen las drogas y el alcohol aun para los adolescentes que tienen confianza en sí mismos.

El alcohol y otras drogas, la marihuana por ejemplo, no solo tienden a relajar sus inhibiciones, sino a aliviar la ansiedad social. No solo tienen algo en común con las demás personas a su alrededor, sino que existe la mentalidad de que si se hace o se dice algo estúpido, todo el mundo creerá que es porque tomaron unas copas de más o que fumaron demasiada marihuana.

Tras la mala información quizás la causa de abuso de sustancias que más se puede evitar es la información incorrecta acerca de las drogas y el alcohol. Casi todos los adolescentes tienen amigos que dicen ser expertos en diversas sustancias recreativas, y que les pueden asegurar que los riesgos son mínimos. (Partnership to End Addiction 2017).

Las investigaciones muestran que el uso prolongado de marihuana puede causar

Efectos cardiovasculares, el consumo de marihuana puede estar relacionado con un mayor riesgo de ataques cardíacos en adultos. Efectos respiratorios, el humo de la marihuana irrita los pulmones. Los fumadores habituales de marihuana (que consumen a diario o casi a diario) tienen muchos de los problemas de salud que padecen los fumadores de tabaco, como tos diaria, bronquitis, mucosidad y sibilancia. El humo de la marihuana que inhalan los fumadores activos y pasivos contiene los mismos productos químicos cancerígenos que el humo del tabaco.

Cáncer de pulmón, existen investigaciones contradictorias sobre los efectos de fumar marihuana y el cáncer de pulmón. Algunos de los productos químicos cancerígenos del humo del tabaco también están presentes en el humo de la

marihuana.

Fumar marihuana habitualmente está estrechamente relacionado con el daño a los tejidos de las vías respiratorias en los pulmones. Dicho daño puede sanar si se deja de fumar marihuana. Es preciso investigar más para poder determinar si el daño a los tejidos aumenta la posibilidad de desarrollar cáncer de pulmón.

Efectos en la salud mental y en el cerebro, el consumo habitual de marihuana puede provocar daños en la memoria, que pueden durar una semana o más tras la última vez que se haya consumido.

El uso periódico de marihuana en adultos (al menos semanalmente) está relacionado con la depresión, y probablemente también con otros problemas de salud mental, como ansiedad y psicosis.

La marihuana, especialmente en dosis altas, puede causar psicosis temporal (es decir, no saber lo que es real, alucinaciones y paranoia) mientras se esté bajo los efectos de la droga.

Toda la información sobre los efectos de la marihuana en la salud provienen del estudio sistemático de investigaciones de alta calidad realizado por el Comité de Asesoramiento de Salud Pública sobre la Marihuana No Medicinal Universidad de Colorado (Retail Marijuana Public Health Advisory Committee 2017).

Los jóvenes corren más riesgos de resultar perjudicados. El cerebro no termina de desarrollarse hasta los 25 años de edad. Para tener una mejor oportunidad de alcanzar su máximo potencial, los jóvenes no deben consumir marihuana.

Los jóvenes que consumen marihuana con regularidad tienen más probabilidades de sufrir dificultades en el aprendizaje, tener problemas de memoria y obtener calificaciones bajas en matemáticas y lectura. Estos efectos pueden prolongarse durante semanas después de la última vez que hayan consumido.

La marihuana es adictiva. Es más difícil dejar de consumir marihuana si se comienza a una edad temprana.

Los jóvenes que consumen marihuana, incluso ocasionalmente, tienen más probabilidades de consumir alcohol, tabaco y otras drogas en el futuro.

2.2. SÍNDROME AMOTIVACIONAL

Descrito en 1968 por David Smith. En la actualidad, la OMS no reconoce su existencia como entidad clínica. No existen conclusiones precisas acerca de su desarrollo y se tiende a referirse a éste, como propio de la intoxicación crónica por cannabis. (Dolores Pineda, Tenor; Riquelme Margarita, 2011)

Los datos científicos sobre el síndrome amotivacional son antiguos y escasos. Una búsqueda en cualquier base de datos médica sobre términos como “cannabis y psicosis” o “cannabis y memoria” arroja cientos de estudios científicos como resultado.

No obstante al buscar “síndrome amotivacional” sólo aparecen disponibles unos pocos estudios fechados a mediados de los setenta y de muy baja calidad científica. Las observaciones sobre el síndrome amotivacional proceden de estudios descriptivos y series de casos en población escolar y universitaria, realizados en su mayoría en los años 70 (Kolansky, 1971; McGlothlin, 1968; Smith, 1968; Brill, 1974).

El síndrome amotivacional es una condición psicológica que se caracteriza por la pérdida de interés de las situaciones sociales y la participación en actividades de todo tipo. Uno de sus rasgos característicos es la marcada apatía.

Este síndrome tiene mayores probabilidades de aparecer en aquellas personas que consumen cannabis durante un largo periodo de tiempo.

El sujeto se encuentra metafóricamente hablando, dentro de una burbuja que no le permite salir obligándolo a permanecer a merced de los efectos que la marihuana le produce enfocándose únicamente en la sensación de placer derivada del consumo crónico.

El síndrome amotivacional presenta muchas similitudes con la depresión, pues la persona se siente sin ganas de hacer nada y proyecta una personalidad intensamente apática, pero también se siente distante respecto a sus emociones y las de los demás.

Según algunas investigaciones, la principal causa del síndrome amotivacional se encuentra en las partes frontales del cerebro, aquellas que están implicadas en el comportamiento social, la motivación o la capacidad de razonamiento. (Corbin, Juan Armando 2020)

Alteraciones de la corteza prefrontal (PFC) podrían explicar los comportamientos anómalos que se asocian con la adicción.

Esta región cerebral está involucrada en la planificación de comportamientos cognitivamente complejos, en la expresión de la personalidad, en los procesos de toma de decisiones y en la adecuación del comportamiento social en cada momento.

Se considera que la actividad fundamental de esta región cerebral es la coordinación de pensamientos y acciones de acuerdo con metas internas. (Goldstein RZ, Volkow ND, 2011)

El consumo prolongado de cannabis conlleva adaptaciones celulares en la corteza prefrontal y las vías límbicoprefrontales, reduciendo la cantidad de materia gris en el área prefrontal (Tanabe J, et al, 2009)

La administración aguda de tetrahidrocanabinoide (THC) (esencia de la marihuana) aumenta el metabolismo del área tegmental ventral al interactuar con los receptores CB1. Esto genera un aumento de la liberación de dopamina hacia el núcleo accumbens (liberación de sensación de placer).

En la actualidad, se reconoce la existencia de los receptores cannabinoides CB1 y CB2. El primero se encuentra en los ganglios basales, el cerebelo y el hipocampo y modula la actividad de los sistemas gabaérgico, glutamatérgico y dopaminérgico (a través del cual se moviliza la dopamina, neurotransmisor, que provoca la sensación de felicidad).

A su vez, la exposición a la marihuana afecta la actividad de dichos sistemas. En cuanto al receptor CB2, su expresión tiene lugar principalmente a nivel del sistema inmunitario.

La exposición continua a la marihuana modifica el funcionamiento neuronal. Luego de la liberación aguda de dopamina tiene lugar la disminución de la concentración del neurotransmisor a nivel del sistema de recompensa, lo cual se relaciona con la disminución de la concentración y la desensibilización de los receptores CB1.

Dichos cambios se asocian con anhedonia y pérdida de la sensibilidad a los estímulos placenteros.

La alteración de la sensibilidad a la recompensa se vincula con el sistema dopaminérgico. No obstante, el sistema dopaminérgico está modulado a su vez por otros neurotransmisores.

Puede sugerirse que el síndrome amotivacional o de déficit de recompensa relacionado con el consumo de marihuana se vincula con un cambio de la función dopaminérgica mediado por la modulación de los receptores cannabinoides. (Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2013)

Entran en juego tanto predisposiciones en cuanto a personalidad, como las alteraciones neuroquímicas que el consumo del cannabis tiene en el cerebro a largo plazo.

Así, uno de los factores más influyentes sería la modificación que esta sustancia tiene en los circuitos de recompensa del cerebro: con el tiempo, el sistema nervioso de la persona tiende a amoldarse a la necesidad de tener como prioridad el consumo de cannabis, y desatender todo lo demás.

En cualquier caso, una de las particularidades de este síndrome es que no aparece en todas las personas que abusan del cannabis durante varios meses o años. (Johnson, B.A. 1990)

Algunos autores han señalado recientemente como rasgos propios del síndrome amotivacional una “conducta poco religiosa”, “más independencia” o

“tolerancia hacia las conductas desviadas”, sin explicar los mecanismos fisiopatológicos sobre las funciones cerebrales tan elevadas y específicas.

No hay hipótesis científicas convincentes sobre el mecanismo fisiopatológico del síndrome amotivacional y los estudios rigurosos sobre el tema en las dos últimas décadas son casi inexistentes.

Por todos estos motivos, en la actualidad no se considera la existencia del síndrome amotivacional por cannabis.

El efecto de la intoxicación crónica sobre la memoria en consumidores intensivos, las diferencias de personalidad, las características psicológicas de la adolescencia o la enfermedad psiquiátrica preexistente son explicaciones más razonables que la existencia de un síndrome psiquiátrico independiente. (Caudevilla Gállico, Fernando, 2008)

2.2.1. SÍNTOMAS DEL SÍNDROME AMOTIVACIONAL

Apatía: es uno de los síntomas característicos del síndrome amotivacional. Esto quiere decir que la persona vive en un estado de desinterés permanente y se siente desmotivado respecto a su vida y el entorno que le envuelve. Nada llama su atención ni hace que se sienta con ganas de hacer cosas.

Sin planes futuros: puesto que en el presente se siente en un estado apático y sin interés, esto también se manifiesta en el futuro.

La persona carece de objetivos vitales, algo que encaja perfectamente con la falta de desinterés que sufre. Su futuro no le preocupa, igual que tampoco lo hacen las personas que le rodean.

Pasividad: se muestra pasivo frente al entorno y los estímulos que le envuelven. Tiene serias dificultades a la hora de realizar actividades y prestar atención a cualquier tarea.

Conformismo: la falta de objetivos vitales imposibilita su desarrollo personal y le convierten en una persona conformista.

La persona vive en su zona de confort, de la cual es incapaz de salir. Se vuelve perezoso y tiene un estado de ánimo en el que le pesa el cuerpo a la hora de realizar cualquier actividad.

Pérdida de principios: la persona vive inmersa en una realidad en la que nada le interesa, carece de principios e ideales, y su vida en sí deja de tener sentido. No hay motivación para actuar.

Falta de emoción: la persona no solamente no conecta con sus ideales, sino que es incapaz de vivir sus emociones y sentimientos. No los experimenta, ni hacia sí mismo ni hacia los demás. Incluso las buenas noticias carecen de sentido.

Aislamiento: esto causa que la persona se aísle, deje de tener contacto con otros. Es decir, que la motivación no es solamente en referencia a las actividades, sino que tampoco parecen importarle las relaciones interpersonales. No se interesa por nada ni por nadie.

Introversión: la persona adopta una actitud introvertida, en la que dirige su atención hacia sus eventos internos y sus pensamientos. Su capacidad de atención externa se minimiza.

Tristeza: los individuos con síndrome amotivacional también pueden sentir una gran tristeza, pues no son conscientes de por qué se sienten así. La persona tiene serias dificultades para identificar el motivo de su desinterés.

Falta de afecto: la falta conexión emocional va acompañada de una falta de afecto, por lo que no se identificará con nadie ni estrechará lazos con los individuos de su entorno.

Deterioro de las habilidades sociales: se puede observar deterioro de habilidades sociales y un desinterés en la comunicación con otras personas. La persona tiene serias dificultades para relacionarse con otros y, tiende al aislamiento.

Evita relacionarse con el resto de personas, especialmente si no son muy conocidas, cuesta esfuerzo y el empleo de numerosos recursos cognitivos. Por consiguiente, alguien que se encuentre en esta clase de estado mental tenderá a adoptar una actitud pasiva y a evitar situaciones en las que se requiera conversar o interactuar con otros.

Disminución de la concentración: puesto que la persona invierte sus recursos atencionales en la atención interna, su atención externa tanto amplia como estrecha se ven afectadas. Esto le causa dificultades a nivel cognitivo, pues la persona tiene dificultades para procesar la información. Su memoria también se ve afectada.

Lentitud de movimiento y disminución de los reflejos: la actitud de apatía y la disminución de la atención también afecta a su capacidad de realizar movimientos. No solo eso, sino que también presenta lentitud de reflejos y otras alteraciones psicomotoras.

Abandono del cuidado personal: la desmotivación y el desinterés se manifiesta asimismo en su cuidado personal, y la persona deja de cuidarse, arreglarse e incluso asearse.

La higiene es vista como un "capricho" poco importante, a pesar de que el simple hecho de no asearse tiene un impacto directo y muy negativo sobre la persona a corto plazo.

Dificultad en las relaciones sexuales: el desinterés por las relaciones sexuales también es una realidad, y puede dejar de tener relaciones sexuales. Esto puede complicar su vida sexual. (Corbin, Juan Armando 2020)

2.3. LA SALUD MENTAL Y LA MARIHUANA (AFECCIONES PSICOLÓGICAS)

Los efectos agudos psicológicos del cannabis incluyen una modificación general

del estado de consciencia, caracterizado por hilaridad, relajación, mayor fluidez de ideas que produce un pensamiento creativo, filosófico y profundo, sensación corporal agradable, con un incremento de la conexión entre la mente y el cuerpo, e incremento de la percepción sensorial visual, auditiva y gustativa.

Con algunas variedades es posible experimentar alucinaciones visuales (habitualmente patrones visuales de tipo geométrico con los ojos cerrados). También puede aparecer un retardo psicomotor y una interrupción de la memoria lineal (dificultad para seguir el hilo del pensamiento). Orgánicamente, es frecuente la aparición de taquicardia, hipotonía muscular, sequedad bucal, disminución de la presión intraocular e hiperemia conjuntiva. (Caudevilla Gálligo, Fernando 2008)

Varios estudios han asociado el consumo de marihuana con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, incluidos la psicosis (esquizofrenia), la depresión, la ansiedad y los trastornos por consumo de drogas, pero no siempre es fácil determinar si el consumo es efectivamente la causa de estos trastornos o en qué medida los causa.

Se ha comprobado que la cantidad de droga que se consume, la edad a la que se consume por primera vez y la vulnerabilidad genética de la persona son todos factores que influyen en esta relación.

Las pruebas más sólidas hasta ahora se refieren a una conexión entre el consumo de marihuana y los trastornos por consumo de drogas, y entre el consumo de marihuana y trastornos psiquiátricos en personas que tienen una vulnerabilidad preexistente, genética o de otro tipo.

Una investigación de datos longitudinales provenientes del National Epidemiological Study of Alcohol Use and Related Disorders examinó las asociaciones entre el consumo de marihuana, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y los trastornos por consumo de drogas.

Luego del ajuste por varias variables de confusión, no se halló ninguna

conexión entre el consumo de marihuana y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Las únicas asociaciones significativas fueron el mayor riesgo de trastornos por consumo de alcohol, dependencia de la nicotina, trastorno por consumo de marihuana y otros trastornos por consumo de drogas.

Investigaciones recientes han descubierto que las personas que consumen marihuana y tienen una variante específica del gen AKT1 (que codifica una enzima que afecta las señales de dopamina en el estriado) tienen un riesgo mayor de sufrir de psicosis. El estriado es la parte del cerebro que se activa y se inunda de dopamina en presencia de ciertos estímulos.

Un estudio halló que el riesgo de psicosis entre quienes tienen esta variante fue siete veces mayor para quienes consumían marihuana diariamente en comparación con quienes la consumían en forma espaciada o no la consumían. (National Institute on Drug Abuse 2020)

Científicos de la Universidad de Granada (UGR) demostraron en un estudio que el cannabis "no solo provoca esquizofrenia, como se sabía hasta ahora" y habían apuntado hasta la fecha diversos trabajos científicos, sino "todo tipo de trastornos mentales en general".

Lo ha dado a conocer la UGR en un comunicado sobre una investigación realizada por científicos de la universidad granadina y liderada por el catedrático de Psiquiatría Jorge Cervilla, que muestra "que el cannabis es un factor de riesgo no ya sólo para esquizofrenia, sino para trastorno mental en general".

El referido trabajo es el artículo principal de un conjunto de trabajos derivados del mismo estudio "Estudio Granadep" becado por la Consejería de Salud y desarrollado desde la Universidad de Granada en colaboración con profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Hospital Universitario San Cecilio de la capital granadina. El artículo ha sido aceptado para su publicación en la revista americana "Journal of Nervous and Mental Disease".

El estudio 'Granadep' también abordó la identificación de factores de riesgo para trastorno mental y encontró que este riesgo era mayor en personas con el mencionado consumo de cannabis. El estudio es, además, "el primero en demostrar, en una muestra poblacional y valorando trastorno mental en general, que el riesgo de dicho trastorno es mayor en personas con mayores niveles de un rasgo de personalidad, el neuroticismo o inestabilidad emocional, y en aquellas con peor nivel de funcionamiento cognitivo".

Otros factores de riesgo de trastorno mental identificados fueron una peor salud física, la adversidad social, el paro y determinados factores hereditarios. (Gutiérrez, Blanca; Cervilla, Jorge; Molina, Esther; E. Muñoz José, 2018)

Los efectos de una intoxicación patológica, o lo que se conoce como "malos viajes", puede llevar a experimentar síntomas de ansiedad, despersonalización o desrealización, intenso pánico, sensación de muerte, síntomas paranoides, alteraciones motoras, sensación de parálisis, o alteraciones sensoperceptivas como ilusiones o alucinaciones visuales transitorias. (Yague Fenandez, Alicia, febrero 2020)

Algunas de las manifestaciones clínicas asociadas al consumo del cannabis son las siguientes:

Ansiedad: es frecuente la aparición de sintomatología ansiosa y/o trastornos de pánico tras el consumo mantenido, el sujeto comienza a presentar episodios en los que la frustración la invade, circunstancias de experiencia común o por el hecho de desear consumir más marihuana

Depresión: se incrementa el riesgo de desarrollar trastornos depresivos e intentos de suicidio, todo debido a las ilusiones y la consciencia de sentirse apartado del resto lo que justamente el espectador provoca por cuenta propia.

Trastorno bipolar: puede favorecer la aparición de síntomas psicóticos, inducir fases maníacas y aumentar el número de recaídas.

Síndrome amotivacional: pérdida de energía, desgana, apatía y déficits

cognitivos. Deterioro cognitivo: enlentecimiento y pérdida de capacidades de: reacción, percepción, memoria, resolución de problemas, concentración, atención, etc.

Psicosis: hay estudios que demuestran que consumir marihuana multiplica por dos la posibilidad de sufrir un brote psicótico. Pueden producirse trastornos psicóticos de corta duración, pero también pueden desarrollarse psicosis prolongadas y crónicas. Se ha observado que el consumo de cannabis es muy prevalente en los sujetos con trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

Flashback por cannabis: revivir experiencias presentadas durante la intoxicación sin haber consumido, esto provocado por la memoria que almacena esas imágenes y las reproduce en el inconsciente de forma aleatoria.

Delirium: es una reacción transitoria que se caracteriza por delirios, temblores, agitación, miedo, sueño profundo, alucinaciones, etc. es poco frecuente pero está relacionado con el consumo de dosis altas. Más frecuentemente relacionado con problemas por abuso del alcohol y otras sustancias de reacción intensa. Efectos sobre el sueño: el THC induce sueño y altera el patrón sueño-vigilia.

Efectos sobre la conducta alimentaria: en consumos esporádicos el apetito aumenta, pero en consumos continuados puede producirse una disminución del mismo. Además, el consumo de cannabis favorece el acumulo de grasas. Durante síndrome amotivacional se ve más afectado. (Yague Fenandez, Alicia, febrero 2020)

Los efectos que la marihuana tiene en el sistema nervioso central y no solo en el si no en cada sistema aislado o interconectado del control de todo el cuerpo pueden llegar a ser devastadores de consumirla con demasiada frecuencia y por periodos de tiempo excesivamente prolongados.

CAPÍTULO III

Teoría y autores

3.1. TEORÍA CONDUCTISTA

El conductismo fue propuesto por el psicólogo estadounidense John Broadus Watson a inicios del siglo XX. Watson propuso la teoría del conductismo como rechazo a la psicología y los métodos de introspección que partían de la idea de que el aprendizaje era un proceso interno.

Por su parte, Watson se basó en el estudio de la conducta humana observable e identificó que ésta modifica el comportamiento de los individuos tras un proceso de estímulo, respuesta y refuerzo que finaliza con el aprendizaje.

Sin embargo, fue el filósofo ruso Iván Petrovich Pavlov, el primero en estudiar los reflejos o estímulos condicionados y en determinar lo que se conoce como condicionamiento clásico, que expresa cómo se modifican las conductas humanas y animales con el empleo de diversas técnicas.

EL experimento más conocido de Pavlov es el de la salivación anticipada de los perros tras ciertos estímulos que les indicaban que iban a comer.

El psicólogo estadounidense Burrhus Frederic Skinner fue un destacado especialista que desarrolló el conductismo y describió los procesos que acompañan a las conductas voluntarias tras diversos experimentos, entre el más famoso la “Caja de Skinner”. (Portal web “Significados” 2020)

El conductismo es una corriente de la Psicología que se centra en el estudio de las leyes comunes que determinan el comportamiento humano y animal.

En su origen, el conductismo tradicional deja de lado lo intrapsíquico para focalizarse en la conducta observable, prioriza lo objetivo por encima de lo subjetivo.

Esto opone el conductismo a planteamientos previos como los psicodinámicos y los fenomenológicos. Desde la perspectiva conductista la mente son los vínculos entre estímulos y respuesta en contextos determinados.

Los conductistas tienden a concebir a los seres vivos como “tabulas rasas” cuya conducta está determinada por los refuerzos y castigos que reciban más que por predisposiciones internas.

El comportamiento no depende principalmente de fenómenos internos, como los instintos o los pensamientos (que no dejan de ser, por otra parte, conductas encubiertas) sino más bien del entorno, y no podemos separar ni la conducta ni el aprendizaje del contexto en que tienen lugar.

Aquellos procesos que ocurren en el sistema nervioso y que para muchos otros psicólogos son la causa de cómo actuamos, para los conductistas son otro tipo de reacciones generadas a través de nuestra interacción con el entorno. (Figueroba, Alex 2020)

3.1.1. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

El condicionamiento clásico implica formar una asociación entre dos estímulos que resultan en una respuesta aprendida. Esto consta de tres fases específicas.

La primera surge antes del acondicionamiento y parte del condicionamiento clásico requiere un estímulo que provocará automáticamente una respuesta.

Durante esta fase del proceso, el estímulo no condicionado dará como resultado una respuesta no condicionada.

También hay un estímulo neutral que todavía no produce ningún efecto. Cuando este estímulo neutral se empareje con el estímulo no condicionado es cuando aparecerá la evocación de una respuesta.

Así, el estímulo no condicionado es uno que incondicional, natural y automáticamente desencadena una respuesta.

La respuesta no condicionada es la respuesta no aprendida que ocurre naturalmente en respuesta al estímulo incondicionado. Es decir, la sensación de hambre en respuesta al olor de los alimentos es la respuesta no condicionada.

Durante la segunda fase del proceso de condicionamiento clásico, el estímulo previamente neutral se empareja repetidamente con el estímulo no condicionado.

Como resultado de este emparejamiento, se forma una asociación entre el estímulo previamente neutral y el estímulo no condicionado. De este modo, el estímulo una vez neutral se conoce como el estímulo condicionado. El sujeto ahora ha sido condicionado para responder a este estímulo.

El estímulo condicionado es previamente un estímulo neutral que, después de asociarse con el estímulo no condicionado, desencadena una respuesta condicionada.

Como última fase una vez que se haya hecho la asociación entre el estímulo no condicionado y el estímulo condicionado, la presentación del estímulo condicionado solo provocará una respuesta (incluso sin la presentación del estímulo no condicionado).

La respuesta resultante se conoce como la respuesta condicionada. La respuesta condicionada es la respuesta aprendida al estímulo previamente neutral. (María Rodríguez, Eva 2018)

3.1.2 CONDICIONAMIENTO OPERANTE

El condicionamiento instrumental u operante es un procedimiento de aprendizaje que se basa en que la probabilidad de que se dé una respuesta determinada depende de las consecuencias esperadas.

En el condicionamiento operante la conducta es controlada por estímulos discriminativos (cualquier situación en la que se elija que hacer) presentes en la

situación de aprendizaje que transmiten información sobre las consecuencias probables de la respuesta.

La consecuencia puede ser positiva (refuerzo) o negativa (castigo) para el sujeto que lleve a cabo la conducta; en el primer caso la probabilidad de que se dé la respuesta aumentará y en el segundo disminuirá.

Las consecuencias afectan a la respuesta y, por tanto, en el condicionamiento operante lo que es reforzado o castigado es dicha conducta, no la persona o el animal que la lleva a cabo.

En todo momento se trabaja con la intención de influir en el modo en el que se relacionan los estímulos y las respuestas, ya que desde la filosofía conductista se evita partir desde una visión esencialista de las personas, poniendo más énfasis en aquello que puede cambiar que en lo que siempre parece permanecer igual. (Figueroba, Alex , 2020)

3.1.2.1. TÉCNICAS OPERANTES PARA DESARROLLAR CONDUCTAS

Técnicas de instigación

Se consideran técnicas de instigación aquellas que dependen de la manipulación de estímulos discriminativos para aumentar la probabilidad de que se dé una conducta.

Este término incluye las instrucciones que incrementan determinadas conductas, la guía física, que consiste en mover o colocar partes del cuerpo de la persona entrenada, y el modelado, en que se observa a un modelo realizando una conducta para poder imitarlo y aprender cuáles son sus consecuencias.

Estos tres procedimientos tienen en común que se centran en enseñar directamente al sujeto cómo tiene que realizar una acción determinada, sea verbal o físicamente.

Moldeamiento

Consiste en acercar gradualmente una conducta determinada a la conducta objetivo, empezando por una respuesta relativamente parecida que el sujeto pueda realizar y modificándola poco a poco. Se lleva a cabo por pasos (aproximaciones sucesivas) a los que se aplica reforzamiento.

El moldeamiento es considerado especialmente útil para establecer conductas en sujetos que no se pueden comunicar verbalmente, como las personas con discapacidad intelectual profunda o los animales.

Desvanecimiento

El desvanecimiento se refiere a la retirada gradual de las ayudas o instigadores que se habían utilizado para reforzar una conducta meta. Se pretende que el sujeto consolide una respuesta y posteriormente pueda llevarla a cabo sin necesidad de ayudas externas.

Es uno de los conceptos clave del condicionamiento operante, ya que permite que los progresos llevados a cabo en terapia o en el entrenamiento puedan generalizarse a muchos otros ámbitos de la vida. Este procedimiento consiste fundamentalmente en sustituir un estímulo discriminativo por otro distinto.

Encadenamiento

Una cadena conductual, es decir, una conducta compuesta por varias conductas simples, se separa en distintos pasos (eslabones). El sujeto debe aprender a ejecutar los eslabones uno a uno hasta lograr llevar a cabo la cadena completa.

El encadenamiento puede realizarse hacia delante o hacia atrás y tiene como peculiaridad que cada eslabón refuerza al anterior y funciona como estímulo discriminativo del siguiente.

En ciertos aspectos, buena parte de las habilidades que se consideran talentos por mostrar un alto grado de destreza y especialización en ellos pueden ser consideradas fruto de alguna forma de encadenamiento, dado que desde las

habilidades básicas se va progresando hasta alcanzar otras mucho más trabajadas.

Programas de reforzamiento

En un procedimiento de aprendizaje operante, los programas de reforzamiento son las pautas que establecen cuándo será premiada la conducta y cuándo no.

Hay dos tipos básicos de programas de reforzamiento: los de razón y los de intervalo. En los programas de razón se obtiene el reforzador después de que se dé un número concreto de respuestas, mientras que en los de intervalo esto sucede después de que haya pasado un tiempo determinado desde la última conducta reforzada y ésta vuelva a darse.

Ambos tipos de programa pueden ser fijos o variables, lo cual indica que el número de respuestas o el intervalo de tiempo necesarios para la obtención del reforzador pueden ser constantes u oscilar en torno a un valor promedio.

También pueden ser continuos o intermitentes; esto significa que la recompensa puede darse cada vez que el sujeto lleve a cabo la conducta objetivo o bien de vez en cuando (aunque siempre como consecuencia de una emisión de la respuesta deseada).

El reforzamiento continuo es más útil para establecer conductas y el intermitente para mantenerlas. (Labrador, F. J. 2008).

3.1.2.2. TÉCNICAS OPERANTES PARA REDUCIR O ELIMINAR CONDUCTAS

Extinción

Se deja de recompensar una conducta que había sido reforzada con

anterioridad. Esto disminuye la probabilidad de que la respuesta vuelva a darse. Formalmente la extinción es lo opuesto al reforzamiento positivo.

A largo plazo la extinción es más eficaz para eliminar respuestas que el castigo y el resto de técnicas operantes para reducir conductas, si bien puede ser más lenta.

Entrenamiento de omisión

En este procedimiento, a la conducta del sujeto le sigue la ausencia de la recompensa; es decir, si se da la respuesta no se obtendrá el reforzador.

En ámbitos educativos sirve para favorecer que se valoren más los esfuerzos que otras personas hacen para contentar a los pequeños y que estos, al haberse acostumbrado a estos tratos, no valoran.

Programas de reforzamiento diferencial

Son un subtipo especial de programa de reforzamiento que se utiliza para reducir (no eliminar) las conductas objetivo aumentando otras respuestas alternativas.

En el reforzamiento diferencial de tasas bajas se refuerza la respuesta si se da un determinado periodo de tiempo después de la última vez que se produjo. En el reforzamiento diferencial de omisión el refuerzo se obtiene si, después de un periodo de tiempo determinado, la respuesta no se ha producido.

El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles consiste en reforzar respuestas incompatibles con la conducta problema; este último procedimiento se aplica a los tics y la onicofagia, entre otros trastornos.

Coste de respuesta

Variante del castigo negativo en que la ejecución de la conducta problema provoca la pérdida de un reforzador.

Tiempo fuera

El tiempo fuera consiste en aislar al sujeto, en general niños, en un entorno no

estimulante en caso de que se produzca la conducta problemática. También una variante del castigo negativo, se diferencia del coste de respuesta en que lo que se pierde es la posibilidad de acceder al refuerzo, no el reforzador en sí.

Saciación

El refuerzo que se obtiene por llevar a cabo la conducta es tan intenso o cuantioso que pierde el valor que tenía para un sujeto. Esto puede tener lugar por saciación de respuesta o práctica masiva (repetir la conducta hasta que deje de ser apetitiva) o bien por saciación de estímulo (el reforzador pierde su apetitividad por exceso).

Sobrecorrección

La sobrecorrección consiste en aplicar un castigo positivo relacionado con la conducta problema. (Labrador, F. J. 2008).

3.1.2.3. TÉCNICAS DE ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS

Los sistemas de organización de contingencias son procedimientos complejos a través de los cuales se puede reforzar unas conductas y castigar otras.

La economía de fichas es un ejemplo muy conocido de este tipo de técnicas. Consiste en entregar fichas (u otros reforzadores genéricos equivalentes) como premio por la realización de las conductas objetivo; posteriormente los sujetos pueden intercambiar sus fichas por premios de valor variable. Se utiliza en escuelas, cárceles y hospitales psiquiátricos.

Los contratos conductuales o de contingencias son acuerdos entre varias personas, normalmente dos, mediante los que se comprometen a realizar (o a no realizar) determinadas conductas.

En los contratos se detallan las consecuencias en caso de que se cumplan o incumplan las condiciones acordadas. (Labrador, F. J. 2008).

3.2. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Proviene de los trabajos elaborados por Pavlov, Skinner y otros autores y estudiosos del conductismo, el cual sentó las bases en el condicionamiento clásico y tolerante. El enfoque cognitivo conductual recoge los resultados de la información para desarrollar técnicas que permitan entender y modificar la conducta observable.

El enfoque cognitivo-conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, el lenguaje...

Todas las personas desarrollan durante toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales.

El psicólogo o psicóloga cognitivo conductual aplica a cada dificultad los modelos que explican cómo cambia el comportamiento general. Para ello, es necesario conocer cuál es el comportamiento problemático, en qué situaciones sucede, con qué frecuencia e intensidad, etcétera.

Después, se analizan sus antecedentes, consecuentes, la historia general de aprendizaje, condiciones biológicas y entorno social. Y finalmente se elabora un proceso terapéutico único.

Las técnicas cognitivo conductuales van dirigidas pues a tratar de cambiar estos comportamientos problemáticos, aumentando unos y disminuyendo otros, creando nuevos comportamientos, ayudando a relativizar o mejorar otros, y un largo etcétera, buscando siempre el objetivo de que la persona adapte eficazmente sus comportamientos a su entorno.

El enfoque cognitivo conductual es la esencia principal de las terapias cognitivo conductuales para modificar conductas que en su mayoría han sido aprendidas

y reforzadas. (Centro de psicología Terapia y más , Madrid).

3.2.1. TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

Se considera que la terapia cognitivo-conductual nace a partir de la fusión de las terapias conductistas y las que se derivan de la Psicología Cognitiva.

El conductismo (y muy especialmente el conductismo radical de B. F. Skinner) sirve como ejemplo de metodología exhaustiva y muy ceñida a los preceptos del método científico, lo cual permite valorar objetivamente los progresos que se van haciendo durante la terapia.

La Terapia Cognitiva enfatiza la necesidad de no renunciar a la consideración de los procesos mentales inobservables directamente, ya que gran parte de la utilidad de una terapia recae en el bienestar subjetivo de los pacientes y este factor no tiene por qué poder ser registrado a través del puro análisis de la conducta.

Aunque dentro de la terapia-cognitivo-conductual en cualquiera de sus formas se trabaja con constructos que hacen referencia al "mundo mental" no observable directamente.

Se hacen esfuerzos para que los elementos mentales que entran en juego en el diagnóstico y la intervención respondan a categorías bien delimitadas y traducibles a variables cuantitativas para poder hacer un seguimiento exhaustivo de los cambios que se realizan a nivel subjetivo.

Por tanto, se evitan todo tipo de formulaciones esotéricas y ambiguas sobre la manera de pensar de la persona y se crean sistemas de categorías en los que las ideas recurrentes quedan clasificadas unas dentro de otras en clasificaciones que responden a un único criterio (Torres Arturo , 2020)

3.2.1.1. INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

En la terapia cognitivo-conductual se trabaja enseñando a reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles para el paciente, o pensamientos disfuncionales.

Para esto es necesario entrenar a la persona para que sea capaz de reflexionar acerca de su propia manera de pensar y plantearse qué puntos son conflictivos y cuáles no lo son.

De este modo, se persigue que el cliente tenga más capacidad para cuestionarse las categorías con las que trabaja y detectar patrones típicos de pensamiento que le causan problemas.

El proceso por el cual se consigue que el paciente reconozca los aspectos cognitivos que le producen malestar y pueda actuar sobre ellos se fundamenta en un modelo de actuación inspirado en el diálogo socrático.

Esto implica que durante una parte de las sesiones de terapia cognitivo-conductual, el profesional irá devolviéndole el feedback necesario al paciente para que este, por sí mismo, detecte las contradicciones o las conclusiones indeseadas a las que le llevan sus estilos de pensamiento y sus esquemas cognitivos.

El terapeuta no guía al paciente en este proceso, sino que más bien le plantea preguntas y remarca aseveraciones que el propio cliente ha hecho para que este último vaya profundizando en el estudio de su propio pensamiento.

La segunda parte de la terapia cognitivo-conductual implica intervenir sobre los focos cognitivos y materiales que se han detectado. Esto conlleva, por un lado, fijar unos objetivos concretos a cumplir, y por el otro, entrenar al paciente para que sea capaz de determinar desde su propio criterio las estrategias que lo

acercan y lo alejan de estas metas.

Además, como los objetivos han sido definidos de manera que pueda comprobarse de manera imparcial si se han cumplido o no,.

Cumplir los objetivos al pasar por un programa de sesiones con terapia cognitivo-conductual puede suponer, minimizar significativamente los efectos de una fobia, terminar con una adicción o, abandonar un estilo de pensamiento obsesivo. Problemáticas con una vertiente material y otra vertiente subjetiva o emocional. (Torres Arturo , 2020)

3.3. TEORÍA HUMANISTA

La Psicología Humanista, llamada tercera fuerza psicológica, emergió oficialmente en EE.UU en 1961, con la fundación de la American Association for Humanistic Psychology (AAHP).

Como parte del comité organizador de la asociación estaban nombres que ya son parte de la historia de la psicología: Abraham Maslow, Anthony Sutich, Joe Adams, Dorothy Lee y Clark Moustakas.

Ese acto fundacional fue el resultado de un proceso que llevaba años gestándose al interior de la psicología. Muchos rechazaban la idea de sujeto reprimido que planteaba el psicoanálisis y la rigidez mecanicista del conductismo.

Era la década del 60, momento en el que el mundo, después de pasar por dos guerras mundiales, quería hablar de libertad y de espiritualidad: el humanismo fue aceptado como un signo de los tiempos. (Universidad Internacional de Valencia, 2018)

Abraham Maslow (el creador de lo que hoy se conoce como la Pirámide de

Maslow de las necesidades humanas). En su libro *La Personalidad Creadora*, habla de tres ciencias o grandes categorías aisladas desde las que se estudia la psique humana.

Una de ellas es la corriente conductista y objetivista, que parte del paradigma positivista de la ciencia y que trata fenómenos comportamentales objetivables, sin atribuirles causas mentales.

En segundo lugar se encuentra lo que él llama "las psicologías freudianas", que ponen énfasis en el papel del subconsciente para explicar el comportamiento humano y, especialmente, la psicopatología.

Finalmente, Maslow habla de la corriente a la que él se adscribe: la Psicología Humanista. Esta tercera corriente, tiene una peculiaridad. La Psicología Humanista no niega los dos enfoques anteriores, sino que los abarca partiendo de otra filosofía de la ciencia.

Más allá de ser una serie de métodos a través de los cuales estudiar e intervenir sobre el ser humano, tiene su razón de ser en una manera de entender las cosas, una filosofía singular. Concretamente, esta escuela se fundamenta en dos movimientos filosóficos: la fenomenología y el existencialismo.

La concepción de la fenomenología puede ser abordada explicando la idea de fenómeno. El filósofo alemán Martin Heidegger lo define como "aquello en que algo puede hacerse patente, visible en sí mismo". Para la fenomenología, lo que percibimos como lo real es la realidad última.

Desde la fenomenología se remarca el hecho de que nunca somos capaces de experimentar "la realidad en sí" de manera directa (ya que nuestros sentidos actúan como filtro de esta información), mientras que ocurre lo contrario con aquellos aspectos subjetivos de los que somos conscientes.

Se apela a la experiencia intelectual y emocional como las fuentes legítimas de conocimiento, una reivindicación que recoge también la Psicología Humanista.

El existencialismo es una corriente filosófica que propone una reflexión sobre la propia existencia humana. Dos de sus postulados que más influyen sobre la Psicología Humanista son el que la existencia humana es reflexiva gracias a la consciencia.

De la consciencia surge la angustia vital de buscarle un sentido a la existencia y que la existencia del ser humano es cambiante y dinámica por su propia naturaleza, es decir, se va desarrollando.

A través del desarrollo de la existencia, concretado en su toma de decisiones, se llega a la esencia, que puede ser auténtica o inauténtica dependiendo de su congruencia con el proyecto de vida de la persona.

Tanto la fenomenología como el existencialismo ponen el énfasis en la consciencia y la capacidad del hombre para decidir, en todo momento, qué hacer, movido en última instancia por su intencionalidad y no por su biología o entorno, apartándose así del innatismo y el ambientalismo.

La Psicología Humanista recoge esta herencia y la orienta al estudio e intervención sobre la toma de decisiones, la capacidad para crear un proyecto de vida consistente, la consciencia humana y la reflexión a partir de esta experiencia, que es subjetiva en parte. (Triglia Adrián, 2020)

3.3.1. PLANTEAMIENTOS DE LA TEORÍA HUMANISTA

Para el humanismo el hombre no es un ser esclavo de sus instintos e ideas reprimidas, como lo hace ver el psicoanálisis, ni una máquina programable desde el entorno que los conductistas puedan manipular.

Para la Psicología Humanista el hombre es libre, autodeterminado; su comportamiento y su visión del mundo son altamente subjetivos e importan en la terapia.

El sujeto visto por un humanista es esencialmente bueno y se desarrolla gracias a su afán de realización.

Algunas concepciones claves de los humanistas son que el hombre tiene una tendencia innata a la autoactualización, lo que Carl Rogers, otro de los padres fundadores del movimiento, llamó tendencia formativa.

Implica que el ser humano, después de tener cubiertas unas necesidades primarias básicas (de nutrición, seguridad, etc) intentará desarrollar su mejor versión de sí mismo, llegar a su mayor potencial.

El individuo debe ser aceptado como es. De forma innata el hombre es bueno y con una tendencia natural a ser sano y mantener relaciones interpersonales significativas.

El ser humano es libre, autodeterminado. La enfermedad sobreviene cuando el hombre no es él mismo y cuando no desarrolla todo su potencial.

La psicología debe ocuparse de la subjetividad y de la visión que tiene el hombre del mundo. Los conductistas ignoraban la subjetividad, el humanismo la pone en el centro de todo su hacer. Importan el hombre y su manera de ver lo que le rodea. (Universidad Internacional de Valencia, 2018)

3.3.2. PIRÁMIDE DE LAS NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW

La Pirámide de Maslow, o jerarquía de las necesidades humanas, es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su obra: Una teoría sobre la motivación humana de 1943, que posteriormente amplió.

Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la

pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).

La escala de las necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como "necesidades de déficit" (primordiales); al nivel superior lo denominó "autorrealización", "motivación de crecimiento" o "necesidad de ser".

La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua.

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide.

Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

Necesidades básicas

Necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referente a la salud); dentro de estas se encuentran:

- Necesidad de respirar, beber agua, y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio del pH y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar los desechos.
- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.

Necesidades de seguridad y protección

Estas surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas. Son las necesidades de sentirse seguro y protegido, incluso desarrollar ciertos límites en cuanto al orden. Dentro de ellas encontramos:

- Seguridad física y de salud.
- Seguridad de empleo, de ingresos y recursos.
- Seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Necesidades de afiliación y afecto

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de:

- Asociación
- Participación
- Aceptación

Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. Estas se forman a partir del esquema social.

Necesidades de estima

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.

La estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de:

- Atención
- Aprecio
- Reconocimiento
- Reputación
- Estatus
- Dignidad
- Fama
- Gloria
- Dominio

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad.

El tener satisfecha esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede escalonar y avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

La necesidad de autoestima, es la necesidad del equilibrio en el ser humano, dado que se constituye en el pilar fundamental para que el individuo se convierta en el hombre de éxito que siempre ha soñado, o en un hombre abocado hacia el fracaso, el cual no puede lograr nada por sus propios medios.

Autorrealización o autoactualización

Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: "motivación de crecimiento", "necesidad de ser" y "autorrealización"

Es la necesidad psicológica más elevada del ser humano, se halla en la cima de las jerarquías, y es a través de su satisfacción que se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad.

Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, o al menos, hasta cierto punto. (Acosta Oviedo, Katherine Carolina, 2012).

3.3.3. APLICACIÓN DE LA TEORÍA HUMANISTA EN TERAPIA

El humanismo no solo tiene una concepción teórica sobre lo que le rodea, sino que, partiendo de ese marco explicativo, crea métodos terapéuticos orientados a aliviar a sus clientes.

Porque para el humanismo la persona que acude a un terapeuta no es un paciente, sino un cliente con el que se relacionará casi de igual a igual. Varias son las terapias surgidas de la Psicología Humanista.

La terapia centrada en la persona de Carl Rogers y otras no directamente humanistas, pero sí inspiradas en este paradigma, como la terapia gestáltica y las que surgen desde la psicología positiva.

En la actualidad, el famoso coaching esta directamente relacionado con el humanismo.

Entre los principios esenciales de la terapia humanista clásica están:

- Mantener una actitud de comprensión empática hacia el cliente y su experiencia subjetiva. Genera una mayor apertura de diálogo respecto a los problemas que le aquejan brindando al terapeuta facilidad para penetrar en emociones, sentimientos y pensamientos.
- Respeto por los valores culturales del cliente y por su libertad de expresión. De forma ética se logra mantenerse dentro del límite estrictamente profesional de la profesión.
- Explorar los problemas del cliente de forma auténtica y colaborativa, de manera que se le ayude a ganar en conciencia sobre sí mismo y en responsabilidad. La compenetración promueve que el cliente se sienta a gusto con el servicio que se le brinda.
- Explorar las expectativas y metas del cliente, incluyendo lo que espera obtener del proceso terapéutico. Ayuda a moldear el proceso terapéutico tanto como sea posible y adecuarlo al objetivo de forma inteligente.
- Estimular la motivación del cliente, es signo innegable de que su propia motivación lo ayudará a superar los obstáculos que estén impidiendo su correcto funcionamiento psicológico.
- Clarificar el rol de ayuda del terapeuta, sin interferir en la autodeterminación del cliente. El terapeuta es estrictamente un agente externo al conflicto del cliente por lo tanto no debe estar inmerso en la situación si no mediar desde el exterior, no proveer de respuestas, más bien de guía para que el individuo encuentre el mismo la solución.
- Negociar un contrato que clarifique hacia dónde quieren ir en la terapia. Con objetivos claros es muy complejo que la terapia pierda la dirección adecuada para lograr un tratamiento satisfactorio.

(Universidad Internacional de Valencia, 2018)

CAPÍTULO IV

Análisis y resultados de investigación

El análisis es primordial para cualquier investigación pues permite crear una condensación de amplia y variada información en un texto que expone las ideas principales más influyente e importantes.

Los temas tratados en el apartado del marco histórico relativos a la evolución del tema de la marihuana, el síndrome amotivacional y marco teórico referido al conductismo, enfoque cognitivo conductual y humanismo respectivamente poseen una estrecha relación y compleja interpretación.

Elementos de la recopilación investigada encuentran sentido, propósito y confirmación de maneras un tanto confusas por lo que a continuación se expone de forma aislada en cada subtema, no obstante la coherencia y relación no se pierde en ningún momento.

El tema relacionado a la intervención mediante terapias si bien no es un apartado central de la investigación, encuentra su propósito en ampliar la información concerniente a la aplicación de modificación de conducta y de identificación de la misma apoyando a la teoría conductista y por lo tanto reafirmando a través de la teoría humanista la hipótesis planteada.

La finalidad de esta investigación es dar a entender las consecuencias del uso de cannabis específicamente como una droga no importa la manera en que se suministre.

No obstante plantear este último tópico de intervención posee el propósito adicional de informar a las personas y quien se dedique a ejercer la labor de receptor el mundo de posibilidades que ofrece la psicología psiquiatría y Ciencias de la salud para promover la salida de este tipo de conflictos que afectan muchas personas alrededor del mundo.

4.1. INFLUENCIA PSICOLÓGICA DEL CONSUMO DE CANNABIS (TEORÍA CONDUCTISTA, ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL Y TEORÍA HUMANISTA)

La marihuana produce un efecto de placer al consumirla y a determinado tiempo si se mantiene el consumo de forma asidua puede causar una dependencia o adicción.

Lo importante es determinar cuál es la causa primordial de que jóvenes y adultos, sin importar, raza, género, condición social, etc. Caigan en esa adicción.

El proceso no es sencillo y por ese motivo se plantea a través de tres enfoques o teorías.

La teoría conductista con precursores tales como B.F. Skinner, Iván Pavlov, el enfoque cognitivo conductual con el condicionamiento clásico del segundo y el condicionamiento operante del primero y la teoría humanista que aunque está elaborada con trabajos de varios autores sólo hacemos referencia a Abraham Maslow, exponente principal.

En lo que al conductismo se refiere se destaca los condicionamientos que son su expresión máxima, tanto el clásico como el operante. Se puede explicar de forma simple el mecanismo de adicción.

Hablando del primero a efectos prácticos se alude a un estímulo que provoca una respuesta, en el acto se manifiesta el estímulo mediante el consumo y después es la obtención de placer y relajación.

Continuamente un elemento se asocia a otro mentalmente provocando la necesidad de ello, con sólo pensar en la droga, el cuerpo desencadenará el

sentimiento de necesidad que sólo puede suplirse consumiendo.

En una comparación más compleja el condicionamiento operante trabaja en lugar de con un estímulo con una situación en la que se plantea una posible decisión y en el sitio de la respuesta, una consecuencia que puede ser acompañada de un reforzador ya sea positivo o negativo .

Debe existir, absorbiendo el primer concepto y expandiéndolo, un estímulo, una respuesta y un detonante que es el objeto o situación en cuestión.

La mayoría de los trabajos propuestos para explicar los aportes teóricos de lo anterior se basan en la experimentación con animales, posteriormente se aplicó a empresas de productos y servicios, se puede encontrar contenido en la teoría empresarial ya aplicada en la conducta humana.

Por otro lado respecto al tema de investigación la influencia fué concebida un tiempo posterior con la aplicación a las ciencias sociales.

Para tratar las adicciones por ejemplo, (hablando en término conductuales aplicables a la ciencia médica) en el caso específico de la marihuana, no es sólo utilizable el condicionamiento clásico pues este explica como procede la adicción, sin embargo no la revierte. Allí es donde entra en juego el condicionamiento operante.

La decisión entonces es consumir cannabis, la consecuencia esperada sería obtener ese periodo de relajación y existe en el caso que provoca la adicción un reforzador positivo que es la experiencia recibida promoviendo la repetición del acto.

Haciendo referencia al aspecto social porque es prácticamente imposible introducirse en el mundo de las drogas sin un estímulo exterior.

Los principales factores de consumo son físicos (sensación placentera) genéticos (predisposición a la adicción como herencia de la ascendencia a la

que pertenece el individuo) y ambientales (considerados externos en mayor grado pues no involucran un influencia propia o precisamente cercana como la del núcleo familiar.

Son variados los factores externos que promueven la caída en el abuso de esa sustancia, como ya se ha mencionado, los círculos sociales, repetición de conductas del núcleo familiar o escape de problemas que es generalmente la razón principal por la cual surgen la mayoría de las adicciones.

Los estímulos, respuestas, decisiones, consecuencias y reforzadores están presentes.

Un enfoque a la presión social coloca a personas como reforzadores positivos o negativos que plantean la decisión de consumir o no, las consecuencias serían obtener aceptación o rechazo, los jóvenes buscan aceptación, en general la mayoría de las personas.

Si se le ve a un familiar, padre o madre realizando la acción de fumar marihuana, un joven lo interpreta como un reforzador positivo que desencadenaría la consecuencia, hacerlo también.

De forma extraordinaria un refuerzo todavía más positivo una reconfortante sensación mientras que se desconozca o no se hayan presentado los síntomas físicos y psicológicos graves que se pueden desencadenar.

Las situaciones difíciles actúan sobre los seres humanos haciéndolos buscar maneras respecto a los problemas que les permitan sortearlos o soportar sus efectos, existen muchas formas de mitigar o solucionar conflictos no obstante las drogas son las más utilizadas, la marihuana como droga puente el primer objetivo.

La sensación placentera de consumir la cannabis es la consecuencia esperada tras una catástrofe, con un reforzador que proyecta al individuo como lo es el problema, la decisión es escapar tras el letargo cuando el efecto de la droga se disemina en el cerebro y el cuerpo.

El enfoque cognitivo conductual apoya al conductismo debido a que es la base de su esencia, pues establece que las personas aprenden comportamientos como consecuencia de los dos tipos de condicionamiento señalados anteriormente, las experiencias y la observación.

Este enfoque está más relacionado a la comprensión de la raíz de los problemas de los seres humanos y su comportamiento para crear métodos que funcionen en pro de la salud mental y psicológica.

Consumir marihuana obviamente puede ser resultado de observar a hermanos, padres, primos y en general la sociedad entera, especialmente quien promueve ese estilo de vida, también como un acto aprendido debido a condicionamientos y por supuesto por experiencias, ya sea el deseo y gusto por hacerlo o como apoyo a las experiencias negativas.

Este enfoque es útil para explicar las causas de la adicción a la cannabis haciendo un recuento de información acerca del afectado, posteriormente analizar por separado cada experiencia y conducta observable y externada.

Aunque cada individuo puede mostrar diferencias, se obtiene nuevamente como resultado y de forma repetitiva, los mismos factores que provocan el conflicto, problemas en el hogar, falta de atención, deseo de aceptación social, predisposición genética y los demás mencionados con anterioridad.

Por su parte la teoría humanista que visualiza al hombre en su calidad humana plantea entre uno de sus muchos trabajos como expresión máxima de Abraham Maslow la pirámide de las necesidades.

El centro de las necesidades es que van en orden jerárquico empezando por las fisiológicas necesarias para mantenernos con vida hasta las menos necesarias sin embargo importantes.

Entre la jerarquía establecida las necesidades inferiores consideradas básicas requieren estar satisfechas para ascender y lograr llegar hasta la autorrealización. Necesidades como respiración, alimentación, descanso, sexo,

homeostasis y las comprendidas también en los rubros de seguridad, afiliación y reconocimiento.

La aceptación, el amor, el hambre, la seguridad y todas las que son imprescindibles para mantener un equilibrio psicológico y biológico pleno son un tipo de necesidades que normalmente se satisfacen en el hogar.

No obstante muchas familias alrededor del mundo no pueden atenderla satisfactoriamente, incluso otros círculos como los escolares que son la vía para una integración en la sociedad pueden apoyarlas u obstaculizarlas.

El refugio en la marihuana hablando del tópico al que se hace referencia no es más que un objeto que se utiliza para cubrir una necesidad o varias a la vez, fumar porque no se siente aceptado o para ser aceptado, fumar por las constantes discusiones en casa, por no tener amor, por no sentirse seguro, por buscar tener lo que le falta.

Las necesidades humanas no satisfechas manifiestan comportamientos negativos en todo su esplendor, pero no todas ellas, las más importantes y que logran un buen equilibrio en el ser humano son las fisiológicas, de seguridad, afiliación y reconocimiento.

Respecto a la autorealización es reprobable colocarlo como prescindible o poco importante, no obstante muchas personas no logran llegar a este punto de la pirámide y suelen llevar una vida tranquila libre de conflicto.

Es primordial para que el hombre llegué a la fase de plenitud donde se considera y no refiriéndose a la utopía que ya se ha logrado cuanto se deseaba, por lo tanto el lugar al que se dirija tras otro paso es un extra pero deja de ser un anhelo vibrante, corresponde mayormente a cumplir los sueños.

En abundante mayoría el ser humano suele sentirse satisfecho con alcanzar el cuarto nivel de la jerarquía.

4.2. SÍNDROME AMOTIVACIONAL, ¿CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS?

La cannabis goza de popularidad por sus efectos medicinales y aún más por sus efectos narcóticos, su consumo es elevado en todo el mundo y la gran mayoría de la población debido a la globalización y expansión y alcance de los medios de comunicación está al tanto de cuales son los efectos que provoca, tanto jóvenes como adultos.

Poniendo como excepción a aquellos lugares que aún al día de hoy no han sido alcanzados por los efectos en ocasiones beneficiosos y otras veces perjudiciales de los avances tecnológicos.

Las consecuencias son el resultado del uso que se le da a la marihuana y también la frecuencia con la que se utiliza. Pues incluso fumar no conlleva manifestar síntomas de gravedad si se realiza con períodos internos de semanas o superiores.

Obviando los efectos medicinales pues no es el propósito primordial de la investigación, las consecuencias negativas por el uso de la cannabis pueden ser de leves a muy graves, tanto fisiológicas como psicológicas.

El compuesto químico psicoactivo predominante en el cannabis es el tetrahidrocannabinol, también conocido por sus siglas, THC.

El cannabis contiene más de cuatrocientos compuestos químicos diferentes, entre ellos al menos sesenta y seis cannabinoides aparte del THC, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN) o la tetrahidrocannabivarina (THCV), que tienen distintos efectos en el sistema nervioso.

Al consumir marihuana de manera inmediata se presentan síntomas tales como taquicardia, desorientación, falta de coordinación física, a menudo seguidos por

depresión o somnolencia.

Estos se experimentan por lo general las primeras veces seguidos o en alternancia con los efectos de relajación que aparecen gradualmente, depende de la cantidad que se suministre al organismo la potencia de ambos tipos de efectos.

Algunos consumidores sufren ataques de pánico o ansiedad. El ingrediente activo del cannabis, THC, permanece en el cuerpo durante semanas, o incluso más tiempo.

Entre jóvenes y adultos los más afectados por fumar marihuana o introducir el ingrediente activo a su sistema son los jóvenes pues el cerebro termina de desarrollarse aproximadamente a los veinticinco años de edad, lo que los hace más vulnerables a las consecuencias psicológicas.

Los efectos que se pueden desencadenar por fumar marihuana antes de esa edad causan severas consecuencias degenerativas en el cerebro lo cual significa que no se puede alcanzar el potencial intelectual completo.

A largo plazo surgen consecuencias mucho más importantes, el consumo de marihuana disminuye la capacidad de pensar e interfiere con la capacidad de una persona para aprender y realizar tareas complicadas.

El THC también altera el funcionamiento del cerebelo y los ganglios basales, que son regiones del cerebro que regulan el equilibrio, la postura, la coordinación y el tiempo de reacción, problemas para realizar deportes u otras actividades físicas.

Produce efectos cardiovasculares que se relacionan con ataques cardíacos, también efectos respiratorios, el humo de la marihuana irrita los pulmones. Los fumadores habituales de marihuana tienen muchos de los problemas de salud que padecen los fumadores de tabaco, como tos diaria, bronquitis, mucosidad y sibilancia.

El humo de la marihuana que inhalan los fumadores activos y pasivos contiene

los mismos productos químicos cancerígenos que el humo del tabaco lo que también podría desencadenar cáncer de pulmón.

El consumo habitual de marihuana puede provocar daños en la memoria, que pueden durar una semana o más tras la última vez que se haya consumido.

El uso periódico de marihuana está relacionado con la depresión, y probablemente también con otros problemas de salud mental, como ansiedad y psicosis.

La marihuana, especialmente en dosis altas, puede causar psicosis temporal mientras se esté bajo los efectos de la droga.

Aún mucho más graves está vinculado con la aparición de trastornos como la esquizofrenia y tras investigaciones más recientes trastornos de varios tipos como lo son el trastorno bipolar, neuroticismo, delirium, trastornos alimenticios.

(Un efecto inmediato de la marihuana es que provoca hambre expandida, es decir, le puede hacer comer al sujeto mucho más de lo que necesitaría en situaciones normales para sentirse satisfecho).

Puede promover la liberación de la hormona ghrelina, que estimula el hambre, esto tiempo después ocasiona obesidad, no obstante también en casos variados suprime el apetito, provocando problemas de bajo peso y agravados, efectos de desnutrición.

En general psicológicamente hablando, varios tipos de trastornos mentales debido a la generación de la masa encefálica.

Hablando de las consecuencias que van mas allá del adicto física y psicológicamente hablando se hace alusión al síndrome amotivacional.

No se le adjudican los términos necesarios para considerarse un síndrome propiamente dicho y ninguna entidad de salud o psicológica lo reconoce como tal ya que las características que se le atribuyen son manifestadas por casi cualquier tipo de adicción.

Esas características son el resultado de las consecuencias propias del consumo de marihuana, específicamente las sociales que son una dimensión externa al

individuo que ya se ha vuelto adicto a esa droga.

Se sabe que una persona ha desarrollado una adicción cuando se presentan las repercusiones sociales y los síntomas fisiológicos evidentes. Respecto al espectador, el sólo hecho de no poder contener el deseo de fumar es el principal indicador de que ya se ha tornado en un adicto.

Apatía, sin planes futuros, carencia de objetivos vitales, pasividad, conformismo, pérdida de principios, falta de emoción, aislamiento, introversión, tristeza, falta de afecto, deterioro de las habilidades sociales, disminución de la concentración, abandono del cuidado personal y dificultad en las relaciones sexuales.

El síndrome amotivacional expresa los síntomas que aquejan a individuos dependientes de casi cualquier droga como ya se ha mencionado y al no ser elementos que se pueden englobar en una sola causa no se puede considerar que esta sea la consecuencia del consumo de cannabis.

Lo descrito anteriormente si, pero no dentro de un concepto que pretende proyectarse como una enfermedad.

Un síndrome tiene que tener características específicas pues se considera un conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

Además los estudios que se aplicaron y que promueven el surgimiento de la denominación de síndrome amotivacional fueron diseñados y utilizados en institutos y universidades de poco reconocimiento.

Por esto no fueron aceptados por las dependencias psicológicas y de psiquiatría, incluso la Organización Mundial de la Salud se opone a la definición de ese síndrome por ese hecho. Se requiere de mayores datos y fuentes fidedignas.

4.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRAS LA ADICCIÓN (TEORÍA CONDUCTISTA, ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL Y TEORÍA HUMANISTA)

Introducir el proceso de terapia establece y provee de una visión mucho más amplia de lo que el problema ofrece con determinar sus causas y consecuencias, esto se debe a que de esta forma las teorías y enfoques se ven ya aplicados lo que confiere mayor solvencia a la utilización de ellos.

Se puede tomar teóricamente hablando como tratar el tema de nuestro interés desde la perspectiva final a la principal analizando los datos desde todos los puntos de vista posibles para hacerlos mucho más confiables.

La teoría conductista no es descartable más bien trasciende su influencia en el enfoque cognitivo conductual que repercute directamente en la terapia cognitivo conductual, de igual manera la teoría humanista vierte sus esfuerzos en el método para terapia humanista.

El conductismo por si solo no es utilizable para un terapia, fue creado con el objetivo de analizar los comportamientos humanos basándose en la premisa de que toda acción realizada es consecuencia de un estímulo y posteriormente esto se vuelve mecánico, como un proceso cíclico que puede ser moldeado a juicio del conductista.

Tras desembocar en el enfoque cognitivo conductual observamos que el patrón es prácticamente el mismo, sólo que después se introduce necesariamente porque se destaca que las conductas no siempre son positivas, una forma de apoyo a la sociedad en la que se plantea modificar las conductas destructivas.

Es importante analizar ambos tipos de terapia de forma conjunta ya que esclarece la forma en la que se debe intervenir a un paciente adicto, en el caso al que nos referimos es adicción a la marihuana no obstante funciona para casi

cualquier tipo de adicción.

Se resalta con importancia que estos tipos de intervenciones no son únicas y exclusivas, existen muchas e incluso se requiere en ocasiones del apoyo de otros recursos.

Una grave adicción a la marihuana no puede tratarse sólo con una terapia de apoyo psicológico, forzosamente requiere de la mano interventora de la psiquiatría.

El cuerpo humano tras consumir frecuentemente una droga genera una dependencia de tipo psicológica como se mencionó anteriormente aunada a ella una biológica que es en un enorme porcentaje inquebrantable.

Esto significa que interrumpir abruptamente el consumo de marihuana en un paciente adicto con repercusiones y secuelas drásticas podría significar un daño irreversible y atroz a su sistema físico o en el peor de los casos ocasionarle la muerte.

Primero necesitaría atención psiquiátrica que lo proveerá de las herramientas farmacológicas adecuadas para mitigar o contrarrestar los efectos que la cannabis produce en el sistema nervioso, cerebro y demás órganos pues es imposible tratarlos de forma conductual por ser secuelas físicas.

Posteriormente tomar la terapia psicológica, si no lo hace se recuperaría de la intoxicación y la necesidad intrínseca en su organismo de la marihuana, pero aún poseería la necesidad mental.

Lo que se requiere después con esa terapia es que modifique su forma de pensar y así se elimine la conducta aprendida mediante la repetición de un patrón de comportamiento.

Ya mencionado anteriormente las terapias cognitivo conductuales utilizan los condicionamientos para promover y amplificar conductas aprobables y eliminar o desvanecer gradualmente las reprochables.

Incentivar al paciente a tomar las mejores decisiones y reforzarlas y lograr que rectifique y logre salir de la adicción que se ha provocado.

Existen múltiples técnicas para lograr lo antes descrito, se encuentran especificadas en el apartado, técnicas operantes para reducir o eliminar conductas y técnicas operantes para desarrollar conductas.

En cuanto a las técnicas de desarrollo de conducta se encuentran:

Instigación (manipulación de estímulos discriminativos para producir respuesta)

Moldeamiento (utilizar gradualmente la introducción de una conducta determinada a una conducta objetivo).

Desvanecimiento (retirada gradual del apoyo para promover una conducta hasta que está permanece firme)

Encadenamiento (conducta compuesta de varias conductas simples elaborándola paso a paso)

Programas de reforzamiento (premiación del alcance de conductas positivas).

Las técnicas para eliminar o reducir conductas son:

Extinción (dejar la premiación de conductas para reducirla eventualmente)

Entrenamiento de omisión (a respuesta del reforzador, no existe recompensa alguna).

Programas de reforzamiento diferencial (aumentar respuestas alternativas a conductas, únicamente aplicable para reducción y no eliminación de conductas)

Coste de respuesta (pérdida de reforzador tras la ejecución de una conducta problema, castigo negativo).

Tiempo fuera (aislamiento del sujeto de el estímulo que provoca la conducta

problema)

Saciación (refuerzo de conducta demasiado intenso para ser soportado, el sujeto le pierde importancia)

Sobrecorrección (castigo positivo respecto a la conducta problema).

La esencia de las técnicas para reducir o eliminar conductas es introducir estímulos que desencadenan una respuesta guiada negativa respecto a la adicción.

Se requiere que el terapeuta medie con el paciente y siempre se mantenga neutral y logré que este último llegué por cuenta propia al resultado beneficioso y esperado.

Del mismo modo las que funcionan para desarrollar conductas deben promover las que ya posee el individuo de naturaleza correcta y sembrar en el nuevas, siempre orientadas a alejarlo de su vicio.

El aspecto humanista y por lo cual la terapia humanista debe considerarse imprescindible se debe a la concepción que el paciente puede llegar a tener de su terapeuta.

Se propone en un principio que el enfoque cognitivo conductual que es en el que se basa el primer tipo de terapia visualiza al hombre y su proceder como un mecanismo que repite patrones y que de cierta manera puede ser configurado para tomar determinadas decisiones y manifestar conductas.

Es importante que partiendo de esas ideas se conciba al hombre en su calidad de ser humano, que a pesar de que puede ser condicionado posee sentimientos y necesidades.

Combinando ambos conceptos teóricos se debe modificar la conducta del paciente no pasando por alto que es una persona que necesita compenetración, sentirse en un sitio y con una compañía comfortable, guiado desde el punto de

vista relativo a la empatía, evitando el exceso de ella.

Entender esencialmente que las conductas expuestas por el adicto a la marihuana o a cualquier otra sustancia ha sido preconfigurado a esa disposición por estímulos y respuestas pero también buscando suplir necesidades, cosa que el hombre siempre ha buscado durante su paso por el planeta Tierra.

La visualización del hombre tras el lente de la teoría humanista es que tras suplirse las necesidades primordiales el individuo siempre se encontrará en una constante búsqueda de la mejor versión de el mismo.

Por lo tanto tras la aplicación de una buena terapia cognitivo conductual enfocada en revertir los patrones de conducta negativos eliminando las asociaciones perjudiciales y reforzando las conductas adecuadas.

Además la promoción del desarrollo de alternativas para que el candidato pueda suplir sus necesidades sin recurrir a elementos nocivos, allí es cuando surge el tipo ideal de tratamiento.

Es imprescindible dar por sentado que el afectado requiere de apoyo no únicamente conductual y farmacológico, necesita de las personas que le rodean, especialmente de padres, hermanos y personas que forman parte de su círculo social inmediato.

Generalmente requiere de cambios en el entorno del individuo, alejarse de personas que lo induzcan a ese mundo, modificar la conducta además de padres y hermanos si es que es el caso de un hogar de tipo disfuncional.

Arrojar al individuo después de ser tratado a vivir de nuevo las experiencias que lo llevaron a caer en la situación en que se encontraba sería pedir que se repitiera el conflicto una y otra vez.

Sumado a ello trabajar principalmente la autoestima que puede lograrse igualmente con terapia cognitivo conductual y humanista, el centro de lo que una persona permite y hace reside en la visión que tiene de si mismo.

PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

Conocer el origen de los males es imprescindible para atacarlos, a manera de símil, es mucho más sencillo arrancar un árbol desde la raíz si este apenas está comenzando su proceso de crecimiento a que si está desarrollado en su máximo esplendor.

Se sabe que las causas del consumo de marihuana son esencialmente conductuales y provocadas por agentes externos. Entonces lo que se necesita es evitar que esos factores alcancen a las personas, especialmente los jóvenes que son los que se encuentran más expuestos y en mayor estado de vulnerabilidad debido a su situación de inmadurez y en muchos casos de desinformación.

El enfoque primordial como sugerencia principal es la implementación en el ambiente educativo, la escuela es una de las fuentes principales de aprendizaje por lo tanto se debe dar a conocer con sus consecuencias más graves para mostrar la cara oculta y más conflictiva, así se puede persuadir a los jóvenes de desistir en el consumo o evitarlo.

Particularmente esta investigación está abierta a ser complementada, tratada, expandida o refutada por cualquier institución educativa que pretenda obtener el resultado que se espera, el cual es exponer las causas y consecuencias del consumo de la cannabis con un objetivo subyacente que es no utilizarla como un objeto de utilidad narcótica.

La importancia de este hecho parece resultar obvia, liberar a los individuos y las sociedades de adicciones promete un futuro fructífero plagado de hombres y mujeres de bien, productivos y productivas.

Respecto a la metodología es reconfortante tener la certeza de que las teorías utilizadas son útiles pero no únicas para describir los acontecimientos que

rodean al mundo de la cannabis, la posibilidad de incluir nuevos enfoques debidamente probados queda totalmente abierta con el objetivo de obtener las mejores respuestas posibles a las preguntas de investigación y principalmente el apoyo a la hipótesis, su refutación si fuese necesario en pro de la ciencia y de la sociedad.

La presente investigación tiene como propósito alcanzar múltiples rubros de la sociedad en cuanto sea factible. Puede funcionar como soporte a organizaciones de educación y promoción de la buena conducta, tratamiento de adicciones, se puede apoyar al sector económico promoviendo la reactivación al colocar individuos productivos en la sociedad sin problemas de dependencia a sustancias. Y ayuda a la comunidad prestando el servicio social de protección y desarrollo de los jóvenes.

La marihuana es un elemento útil por sus propiedades medicinales y utilizada de forma responsable su lado socialmente reprobable deja de serlo tanto, no debe ser tomado como un tabú pues prácticamente el consumo de la marihuana es del dominio popular, diseminado en todo el mundo, cualquier estrato social, país, región, etc.

Su condición de ilegal es un tema que a día de hoy entra en discusión, a pesar de ello en varios países primer mundistas ya se encuentra legalizada pero con ciertas restricciones.

Socialmente hablando no existe predisposición que indique una naturaleza destructiva, personalmente encontraría plausible que en todo el mundo se tornara su ilegalidad en legalidad, los efectos que provoca son muy bien conocidos por las personas y a juicio propio la dirección que tomen especialmente los jóvenes estará directamente ligada con la educación y responsabilidad administrada por los padres, si está es adecuada simplemente el vástago no caerá en el mal camino.

Por su parte las personas que gozan de los beneficios de la adultez son perfectamente capaces de saber que lo que hacen está bien o mal,.

CONCLUSIONES

Tras exhaustivas sesiones de investigación y contraste de información la hipótesis que establece que la aceptación social y el refugio de un ambiente conflictivo son causa directa del consumo de Cannabis queda comprobada con la influencia de la teoría humanista centrada en la satisfacción de necesidades y del enfoque cognitivo conductual apoyado del conductismo con los patrones de conducta aprendidos entre estímulos, respuestas y detonantes.

Los factores psicológicos y conductuales que causan el consumo de cannabis como objetivo general son la influencia de terceros, la necesidad de suplir necesidades incompletas y escape de problemas, estos tres puntos tras la lente conductual poseen un origen que si bien es amplio se basa en que promueven una respuesta de necesidad de conseguir un efecto que se cree positivo a través del consumo.

Específicamente hablando las consecuencias del consumo de cannabis de forma inmediata contiene varios síntomas, el principal el estado de relajación y desconexión con la realidad, seguido de síntomas físicos agitados y con repercusiones a largo plazo en sistema respiratorio, cuerpo y cerebro, principalmente el sistema nervioso, muchas veces graves.

El consumo de marihuana es una adicción cuando se presentan repercusiones socialmente observables, apatía, alejamiento de la sociedad, desempeño pobre, etc. Para el espectador simplemente la necesidad imperiosa de consumir la cannabis.

El cannabis es una droga depresora del sistema nervioso y produce la adicción que se define como una enfermedad mental de dependencia hacia un satisfactor. Como ingredientes activos contiene predominantemente el tetrahidrocannabinol, también conocido por sus siglas, THC.

Además de más de cuatrocientos compuestos químicos diferentes, entre ellos

al menos sesenta y seis cannabinoides aparte del THC, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN) o la tetrahidrocannabivarina (THCV), que tienen distintos efectos en el sistema nervioso.

El síndrome amotivacional no es considerado por ninguna dependencia de carácter psicológico, psiquiátrico o de salud por lo tanto no es un término utilizable ni fiable, presenta características que múltiples adicciones promueven, como apatía, falta de propósitos, desconexión con realidad y la sociedad, falta de higiene, etc.

Los jóvenes inicialmente consumen la cannabis por curiosidad de una nueva experiencia, fuera de ello los factores que los motivan se encuentran entre los mencionados anteriormente, la aceptación, primordialmente, los problemas familiares o de índole emocional y el escape a ellos.

La influencia psicológica que tiene en ellos es tanta como en el adulto y promueve los síntomas descritos en el síndrome amotivacional. Biológicamente hablando los efectos son poderosamente dañinos pues afectan directamente en el desarrollo del cerebro y por consecuencia en los demás sistemas del cuerpo en su mayoría.

Tras la expansión de los medios de comunicación y la facilidad de la información es preciso asumir y afirmar que muchos de los jóvenes y adultos conocen los riesgos del consumo de la marihuana.

BIBLIOGRAFIA

Courtwright. Las drogas y la formación del mundo moderno. (Fotocopiado, s.d.).
Davenport-Hines, Richard. (2001). La búsqueda del olvido. Historia Global de las drogas, 1500-2000. México: Fondo de Cultura Económica.

Sebastián, Juan. Las Drogas. (1975). Barcelona: Editorial Bruguera, S.A.

McKenna, Terence. (1993). El manjar de los dioses: la búsqueda del árbol de la ciencia del bien y del mal. Una historia de las plantas, las drogas y la evolución humana. España: Paidós. (1994). Las drogas. De los orígenes a la prohibición. España: Alianza Editorial.

Johnston LD et al: Monitoring the future: National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2002, Bethesda, MD, national Institute on Drug Abuse, 2003, NIH Publication No 03-5374

González-Pinto, A.; Vega, P.; Ibáñez, B.; Mosquera, F.; Barbeito, S.; Gutiérrez, M.; Ruiz de Azúa, S.; Ruiz, I. et ál. (2008). «Impact of cannabis and other drugs on age at onset of psychosis» (en inglés). The Journal of clinical Psychiatry 69 (8): pp. 1210-1216.

Maquirriain, Javier; Baglione, Roberto (2009). «Marijuana Consumption Among Professional Tennis Players». Medicine and science in tennis 14 (1): pp. 510-515

Breve historia de la prohibición de la marihuana. En: Sobre drogas y libertad, reflexiones impertinentes sobre política de drogas. [consultado el 6 de mayo de 2011] dirección electrónica: <http://humaredas.blogspot.com/2006/06/breve-historia-de-la-prohibicin-de-la.html>.

Bernardo-del Rey N, Egea-Álvarez X, Sator-EI Hammouti L. El síndrome amotivacional en personas consumidoras de cannabis. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Noviembre; 7 (4): 11-23.

E. Sánchez Hervás, V. Tomás Grado (Enero 2001) Psychological intervention in addictive behaviours Vol. 3. Núm. 1. pp 21-27 recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

Bupa (2020) Terapia TCC portal de internet Temas de salud recuperado de <https://contenidos.bupalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/terapia-cognitivo-conductual-tcc#:~:text=La%20TCC%20es%20un%20tratamiento,de%20un%20pa%C3%ADs%20a%20otro.>

Carrero Puerto, Marián (Junio 2020) El síndrome amotivacional, consecuencia del consumo de cannabis “lamente es maravillosa” recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/el-sindrome-amotivacional-consecuencia-del-consumo-de-cannabis/>

Warf, Barney (2016) Breve historia de la marihuana Blog cannábico Royal Queen Seeds recuperado de <https://www.royalqueenseeds.es/blog-breve-historia-de-la-marihuana-n304#:~:text=El%20primer%20registro%20del%20uso,y%20para%20combatir%20la%20gota.&text=La%20marihuana%20se%20extendi%C3%B3%20por,escitas%2C%20un%20pueblo%20n%C3%B3mada%20indoeuropeo.>

P. Leal-Galicia, D. Betancourt, A. González-González, H. Romo-Parra (2018) Breve historia sobre la marihuana en Occidente Revista neurologia.com 67(04) recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2017522>

Hospital San Juan Capestrano 2020, Programa de Cumplimiento Corporativo y Código de Conducta recuperado de <https://www.sanjuancapestrano.com/adiccion/marihuana/sintomas-efectos/>

Partnership to End Addiction (2017) Las 8 razones principales por las cuales los adolescentes experimentan con drogas y alcohol, servicio web de ayuda recuperado de <https://drugfree.org/article/las-8-razones-principales-por-las-cuales-los-adolescentes-experimentan-con-drogas-y-alcohol/#>

Colorado 2019, Official State Web Portal, Marihuana: Efectos en los jóvenes, Efectos a largo plazo en la salud de personas adultas recuperado de <https://www.colorado.gov/pacific/marihuana/marihuana-efectos-en-los-jovenes> y <https://www.colorado.gov/pacific/marihuana/marihuana-efectos-largo-plazo-en-la-salud-de-personas-adultas>

Corbin, Juan Armando (2020) Síndrome amotivacional: causas y sus 15 síntomas habituales “Psicologiyamente” sitio web recuperado de <https://psicologiyamente.com/clinica/sindrome-amotivacional#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20amotivacional%20es%20una,caracter%C3%ADsticos%20es%20la%20marcada%20apat%C3%ADa.>

Dres. Rovai L, Icro Maremmani A (2013) El síndrome amotivacional se observa ante el consumo de diferentes sustancias portal IntraMed recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=83708>

Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M (May 2010). “Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use”. *Drug and Alcohol Review*. 29(3): 318 – 330.

Johnson, B.A. (1990). Psychopharmacological effects of cannabis. *British Journal of Hospital Medicine*. 43(2): 114 – 116, 118 – 120, 122.

Richard H.S. (1987). Marijuana: An Overview 34. *Pediatric Clinics of North America*. pp. 305 – 317.

Goldstein RZ, Volkow ND. (2011); Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*. 12:652–669. 9.

Tanabe J, et al. (2009); Medial orbitofrontal cortex gray matter is reduced in abstinent substance-dependent individuals. *Biological Psychiatry*. 2009; 65:160–164

Dolores Pineda, Tenor; Riquelme Margarita (2011) ¿Síndrome amotivacional?. Consumo de cannabis de inicio precoz. Bibliopsiquis conferencia Vol. XII recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/sindrome-amotivacional-consumo-de-cannabis-de-inicio-precoz/>

Caudevilla, Fernando (2016) El síndrome amotivacional por cannabis Portal multimedia sobre cannabis y otras sustancias recuperado de <https://www.cannabis.es/web/features/articulos/348-el-sindrome-amotivacional-por-cannabis>

Caudevilla Gálligo, Fernando, 2008 Efectos psicológicos del cannabis Grupo de Intervención en drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar pp. 284 – 285 recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/ef%20psic%20cannabis.pdf>

Gutiérrez, Blanca; Cervilla, Jorge; Molina, Esther; E. Muñoz José (2018) Vinculan por primera vez el cannabis con todo tipo de trastornos mentales Instituto Granadep recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/vinculan-por-primera-vez-el-cannabis-con-todo-tipo-de-trastornos-mentales-3995>

Yague Fernandez, Alicia (2020) Cannabis: la ruleta rusa de los trastornos mentales “lamenteesmaravillosa” recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/cannabis-la-ruleta-rusa-de-los-trastornos-mentales/>

Figueroba, Alex (2020), Conductismo: historia, conceptos y autores principales “Psicologiyamente” recuperado de <https://psicologiyamente.com/psicologia/conductismo>

"Conductismo". Significados.com. Recuperado de: <https://www.significados.com/conductismo/> Consultado: 12 de julio de 2020

María Rodríguez, Eva (2018) ¿Qué es el condicionamiento clásico en psicología? "lamenteesmaravillosa" recuperado de <https://www.google.com/amp/s/lamenteesmaravillosa.com/que-es-el-condicionamiento-clasico-en-psicologia/amp/>

Figueroba, Alex (2020) Condicionamiento operante: conceptos y técnicas principales "Psicología y mente" recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/condicionamiento-operante>

Centro de Psicología Terapia y más, Madrid "El enfoque cognitivo conductual" No. CS13436 recuperado de <https://www.terapiaymas.es/el-enfoque-cognitivo-conductual/#:~:text=¿Qué%20es%20el%20enfoque%20cognitivo%20conductual%3F&text=El%20enfoque%20cognitivo-conductual%20considera,clásico%20u%20operante%2C%20el%20enguaje...>

Torres, Arturo (2020) Terapia Cognitivo-Conductual: ¿qué es y en qué principios se basa? Psicología y Mente recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Triglia, Adrián (2020) Psicología Humanista: historia, teoría y principios básicos "Psicología y mente" recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-humanista>

Acosta Oviedo, Khaterine Carolina (2012) La pirámide de Maslow Blog Mintecoin recuperado de <https://www.eoi.es/blogs/katherinecarolinaacosta/2012/05/24/la-piramide-de-maslow/>

Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Pirámide

Universidad Internacional de Valencia (2018) La Psicología Humanista, teoría y principios terapéuticos. Campus virtual recuperado de <https://www.universidadviu.com/la-psicologia-humanista-teoria/>