

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

**Licenciatura en Psicología**

Tesis de Grado



**Autoestima y Estado Depresivo en Consumidores y no  
Consumidores de Cannabis**

Tesista: Contreras Vera María Virginia

Legajo: 10022

Profesor Tutor: Omar Fernández

Mail: mv.contreras@live.com

Sede: Lomas de Zamora

Fecha de Entrega: 4 de Diciembre de 2018

## **Agradecimientos**

Como autora de la presente tesis deseo expresar mis agradecimientos especialmente a mis padres, que a lo largo de mi carrera me han acompañado y sin ellos no hubiese llegado a esta instancia.

A Sofía y Franco, por acompañarme durante todo esta etapa universitaria, brindándome todo su cariño y apoyo incondicional.

A Matías por su acompañamiento constante durante esta última etapa de mi carrera.

A mi tutor, Omar, por su paciencia, enseñanza y dedicación.

A mis profesores quienes me han formado durante esta profesión, la cual han hecho que ame.

# **AUTOESTIMA Y ESTADO DEPRESIVO EN CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE CANNABIS**

*María Virginia Contreras Vera*

## **Resumen**

En nuestro país el consumo, la tenencia y plantación de marihuana está prohibido y penado por ley. Actualmente se ha convertido en un gran problema social, por el cual se han generado varias campañas de prevención y apoyo para los consumidores las cuales no han tenido el éxito esperado y este número continua en aumento.

Por años, tras varias investigaciones, se han asociado a los consumidores de sustancias psicoactivas con estados de ánimo depresivos, bajo rendimiento académico, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración e impulsividad.

El objetivo de esta investigación es comparar la autoestima y el estado depresivo de un grupo de consumidores de marihuana con uno no consumidor, con el fin de poder indagar que es lo que lleva a una persona a iniciarse en el consumo de cannabis. Para esto se tomó una muestra de 157 participantes, entre 18 y 58 años, consumidores y no consumidores, a los cuales se les administro el Inventario de autoestima de Coopersmith (1967), el Inventario de Depresión Estado (IDERE) y se indago acerca de los datos sociodemográficos.

Los resultados han sido analizados estadísticamente, demostrando que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la autoestima, el estado depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado con la recolección de datos sociodemográficos pudimos observar que el nivel académico de los consumidores no era bajo, por el contrario la mayoría presenta un nivel universitario incompleto.

Palabras clave: Consumidores, cannabis, autoestima, estado depresivo

# SELF-ESTEEM AND DEPRESSIVE STATE IN CANNABIS CONSUMERS AND NON-CONSUMERS

*María Virginia Contreras Vera*

## **Abstract**

In Argentina, the consumption, possession and plantation of marijuana is forbidden and punishable by law. Nowadays it has become in a major social problem, which has generated several prevention and support campaigns for consumers which have not had the expected success and this number continues to increase.

After several investigations, consumers of psychoactive substances have been associated with depressed moods, poor academic performance, low self-esteem and low tolerance to frustration.

The objective of this research is to compare the self-esteem and depressive state of a group of marijuana users with a non-consumer, in order to be able to find out what it is that leads a person to initiate cannabis use. For this, a sample of 157 participants was taken, between 18 and 58 years old, consumers and non-consumers, who were administered the Coopersmith Inventory of Self-Esteem (1967), the Inventory of Depression State (IDERE) and inquired about the sociodemographic data.

The results have shown that there is no statistically significant difference in the self-esteem and depressive state of consumers and non-consumers. On the other hand as soon as the academic level of this consumers we could find that the majority is studying a university academic level

Key words: Consumers, cannabis, self-esteem, depressive state

## Índice:

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Capítulo I.....	8
1.1 Introducción.....	9
1.2 Estado del Arte.....	12
Capítulo II: Marco Teórico.....	18
2.1. ¿Qué son las drogas?.....	19
2.2. Las drogas a lo largo de los años.....	20
2.3. El efecto de las drogas en el organismo.....	22
2.4. Cannabis.....	23
2.5. La planta de cannabis.....	24
2.6. La legalización del Cannabis para uso medicinal.....	24
2.7. El Uso Medicinal del Cannabis.....	26
2.8. Depresión.....	27
2.9. Tratamiento de la Depresión.....	29
2.10. Depresión y consumo.....	30
2.11. Autoestima.....	30
2.12. La autoestima del Consumidor.....	32
Capítulo III: Metodología.....	34
3.1. Tipo de estudio.....	35
3.2. Objetivo general.....	35
3.3. Objetivos específicos.....	35
3.4. Hipótesis.....	35
3.5. Población.....	36
3.6. Muestra.....	36
3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	37
3.8. Procedimientos.....	39
3.9. Análisis.....	39
3.10. Justificación y relevancia.....	39
Capítulo IV: Resultados.....	41
4.1. Variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.....	42
4.2. Pruebas no Paramétricas.....	45

Capítulo V.....	48
5.1. Conclusión.....	49
5.2. Discusión.....	51
Referencias Bibliográficas.....	53
Anexos	
1. Instrumento de la recolección de datos.....	57
2. Ley 23.737.....	61

## Índice de Tablas

Tabla 1. Autoestima en consumidores y no consumidores.....	42
Tabla 2. Niveles de Autoestima.....	43
Tabla 3. Estado depresivo en consumidores y no consumidores.....	44
Tabla 4. Niveles de estado depresivo.....	44
Tabla 5. U de Mann Whitney.....	46
Tabla 6. Rho de Spearman.....	46

# **Capítulo I**

## **1.1. Introducción**

En Argentina, en 1989, se sanciona la Ley 23.737, en la cual se prohíbe, la siembra y el cultivo de cualquier materia prima, para producir estupefacientes, la producción, fabricación o extracción para el preparado de estupefacientes o el comercio y transporte de estos mismos o de su materia prima. Sin embargo a pesar de las represalias que se han tomado el consumo ha ido en ascenso en los últimos años. Su prevención es un tema central en las noticias y publicidades (Cuatrocchi, 2008), las sustancias psicoactivas han pasado a formar parte de nuestra cotidianeidad.

Debido a esto, el instituto nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo, ha recomendado en varias ocasiones al congreso de la nación la sanción de una ley que despenalice la tenencia de estupefacientes para consumo personal, solicitando el cese de violencia, la discriminación, el derecho a la igualdad y a la intimidad de los consumidores, los cuales son víctimas de este consumo.

Según un estudio que presento la ONU en 2014, el consumo de drogas ilegales no supera el cinco por ciento de la población mundial y la mortalidad relacionada con esta asciende a doscientas diez mil personas al año, pese a las constantes campañas de prevención, hoy en día continua siendo un problema social de gran magnitud.

Hacia 2007, el psiquiatra David Nutt, clasifico las sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta su potencial daño para la sociedad y para cada individuo, esta lista fue actualizada por última vez en 2012, la cual establece el siguiente orden, siendo la primera la más nociva para la sociedad: alcohol, heroína, crack, metanfetamina, cocaína, tabaco, anfetamina y cannabis. Por otro lado la segunda lista establece la peligrosidad de las sustancias para el individuo en su organismo, en la cual se enumeró el primer lugar, al crack, heroína, metanfetamina, alcohol, cocaína, anfetamina, tabaco, ketamina, benzodiazepinas, mefedrona y cannabis.

En la actualidad el consumo de cannabis se ha ido normalizando, hasta ha logrado alcanzar su legalización en prácticas científicas, sin embargo este sigue siendo preocupante a un nivel social, ya que la edad de inicio al consumo

social, el cual puede devenir en adicción, es cada vez más baja y este ha ido en aumento.

Ante la magnitud que ha adquirido socialmente esta problemática, se planteó una prevención primaria, con el fin de que los jóvenes no se inicien en el consumo, teniendo en cuenta la aparición de situaciones problemáticas y conflictos que afectan la vida de los jóvenes (Cuatrocchi, 2008). También se han tomado medidas en cuanto al control de la producción de la materia prima (la planta de cannabis), los hospitales y centros de salud forman parte de esta atención primaria y deben contar con servicios de salud que respondan a estas necesidades, también las escuelas deben tener un rol fundamental en esta tarea de prevención

El consumo de sustancias psicoactivas ilegales está relacionado con la depresión, las alteraciones del sueño y el bajo estado de ánimo. También la baja autoestima puede influenciar en el consumo, ya que la persona puede encontrar un alivio externo en este (Tobaruela, s.f.).

La depresión es un trastorno mental, el cual se caracteriza por sentimientos de culpa, tristeza y desesperanza, es una alteración primaria del estado de ánimo, que puede afectar varios aspectos de la vida en el individuo (Zarragoitía, 2011). El estado depresivo, se caracteriza por que la persona presenta sentimientos de tristeza, los cuales pueden provocar malestar e incapacidad.

La autoestima según Brandan (1993), es “la experiencia de ser aptos para la vida, y para las necesidades de esta, consiste en la confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida y en la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos y merecer lo que nos sucede”. Es un pilar fundamental sobre el que se construye la personalidad, sin embargo no es un rasgo estático ni estable, sino que puede sufrir cambios ya que se ve afectado por las experiencias a las que nos vemos expuestos día a día.

El consumo cannabis suele estar acompañado de algún tipo de malestar emocional, entre estos la baja autoestima y un alto estado depresivo se ha relacionado en varias ocasiones directamente con el consumo. Debido a que

se cree que con este comportamiento el consumidor intenta tapar sus falencias y sobrellevar sus problemáticas que se presentan en su vida cotidiana.

Intentando indagar cuales son los motivos que llevan a los sujetos a un consumo de marihuana, la siguiente investigación se realizó con el fin de observar que puede llevar a los adultos jóvenes al consumo, en esta se verá la relación entre la autoestima y el estado depresivo en consumidores y no consumidores de cannabis, planteándose la siguiente pregunta:

¿Existe una relación entre autoestima y estado depresivo en sujetos adultos que realizan un consumo de cannabis y los que no?

## **1.2. Estado del Arte**

Los estudios acerca de que lleva a las personas al consumo de sustancias psicoactivas son diversos. A continuación se verán algunos estudios, de los cuales se describirán sus aportes.

Como observaremos, desde hace años se ha estudiado el porqué del consumo, la gran mayoría de las investigaciones se centra en la etapa de la adolescencia, por qué se inician los jóvenes en esto y en el policonsumo tanto de sustancias psicoactivas ilegales como legales. Son pocos los que han tenido en cuenta a la población adulta.

Teniendo en cuenta nuestro objetivo planteado, se seleccionaron investigaciones en las cuales se intenta llegar al porqué del inicio del consumo y que características de personalidad, psicopatológicas y comportamientos tienen estos consumidores.

Una de las investigaciones que pudimos encontrar acerca del consumo en adultos es la de Aizpiri, Bravo y Echeburúa (2010), en la cual se planteaba como objetivo, describir las características psicopatológicas y dimensiones de personalidad de los pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis, comparándolos con un grupo control de pacientes psiquiátricos y un grupo sano, ambos de no consumidores. Todos los sujetos fueron evaluados con instrumentos relacionados con la personalidad. Los pacientes pertenecientes psiquiátricos mostraron una mayor sintomatología ansiosa depresiva y mayores problemas de inadaptación que los sujetos del grupo sano, los cuales eran resultados esperables. Los únicos factores específicos del grupo consumidor de cannabis fue su menor nivel educativo y la presencia de ideas paranoides, también presentaron un mayor nivel de impulsividad y búsqueda de sensaciones. Por lo que se concluye que el consumo está directamente ligado al rendimiento académico.

Normalmente el uso de drogas está relacionado con un malestar emocional en la persona. Fernandez, Gomez y Rodriguez (2000), tenían como objetivo analizar la relación entre la accesibilidad de drogas ilegales con el desarrollo de los niveles de consumo en jóvenes de 12 a 18 años, en su investigación señalaron que las persona que eran consumidores normalmente

poseían un estado de ánimo negativo, y no contaban con un apoyo familiar firme, su concepto normalmente era negativo, sobre todo comparado con un grupo de individuos no consumidores. Y pudieron observar que el monoconsumo era casi inexistente, casi siempre estaba acompañado de otras sustancias psicoactivas legal o ilegal. Otro importante hallazgo fue la relación que existía entre personas que consumen y el consumo familiar, llegando a la conclusión de que en estos casos aumentaba la facilidad del acceso.

Carreras, Pinazo y Pons (2002), por su parte evaluaron las relaciones entre el consumo de drogas no institucionalizadas en una muestra de preadolescentes, teniendo en cuenta las variables de autoconcepto, comunicación familiar, y socioestructurales, edad, hábitat, número de hermanos y fracaso escolar. Se tomó una muestra de 564 adolescentes entre 11 y 15 años. En los cuales se pudo encontrar una fuerte relación entre el consumo de cannabis o inhalantes y el de bebidas alcohólicas y tabaco, es decir que el consumo de estas sustancias psicoactivas legales era un importante factor predisponente, también el consumo de inhalables y cannabis presentan una fuerte relación entre sí. Por otro lado se encontró una fuerte vinculación entre el consumo de drogas y el autoconcepto negativo, especialmente en las autopercepciones del consumidor en relación a su vida familiar, es decir que la baja calidad en la relación padre hijo, es un factor predisponente en los adolescentes. También han encontrado una relación entre la percepción física y el consumo, en los sujetos que tienen una aceptación más pobre de su cuerpo, se sienten menos atractivos.

Por otro lado Devoto y Raijensstein (2017), plantearon en su investigación como objetivo analizar la relación entre la accesibilidad de drogas ilegales con el desarrollo de los niveles de consumo en jóvenes de 12 a 18 años. Confirmando esta hipótesis constataron que el aumento del consumo se debe a múltiples factores, sin embargo uno de los principales era la creciente oferta de drogas ilegales existente en nuestro país y la facilidad de acceso a ellas, también el aumento de la tolerancia social a estas prácticas, es lo que lleva a muchos jóvenes al consumo en edades tempranas. También encontraron una fuerte correlación entre el consumo de sustancias psicoactivas ilegales y el consumo familiar, lo cual aumenta la facilidad del acceso a estas.

Otra de las investigaciones acerca del consumo realizada en una población adulta por Cáceres y Salazar (2006), planteaba como objetivo identificar el consumo de drogas legales e ilegales y los factores psicosociales de riesgo y de protección relacionados con el consumo. La población estuvo constituida por 601 estudiantes universitarios. Obteniendo como resultado un mayor consumo de sustancias psicoactivas legales y un bajo nivel de consumo de drogas ilegales, siendo el más consumido el cannabis. Relacionándose este consumo con actividades de ocio, diversión y eventos sociales. Siendo mayor el consumo en hombres. También la presencia de comportamientos perturbadores asociados al consumo de todas las drogas. Con respecto a los factores sociales se encontró que la ausencia o presencia de relación con personas consumidoras es uno de los principales factores, que actúa como protector o de riesgo.

Jimenez, Murgui y Musiti (2007), en su investigación plantearon como objetivo analizar las relaciones directas e indirectas entre el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo de sustancias. En una muestra compuesta por 1039 adolescentes entre 12 y 17 años, llegaron a la conclusión de que las características positivas o negativas en el funcionamiento familiar se encuentran altamente relacionadas con el consumo en los adolescentes. Referido al consumo se confirmó que la autoestima familiar y escolar buenas constituyen una protección frente a este tipo de conductas de riesgo. Teniendo en cuenta también que el factor social influye de gran manera en los adolescentes, es decir que depende de las personas con las cuales mantenga una relación

Ariza, Guxens, Nebot y Ochoa (2007), plantearon como objetivo determinar los factores asociados al inicio del consumo de cannabis, a partir de una revisión de estudios de cohortes. En la cual analizaron 32 investigaciones anteriores, llegando a la conclusión de que la relación con los padres es de suma importancia en este inicio, en los casos donde no había una buena relación o comunicación con estos era más común que el sujeto llegará a consumir, por otro lado se encontró una mayor incidencia en las mujeres, así también una mayor dependencia de las sustancias psicoactivas en ellas. Otro factor relevante fue el del entorno social, llegando a conclusión de que la persona selecciona sus relaciones teniendo en cuenta al consumo. Pudieron

ver una relación también con el bajo rendimiento escolar y el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco.

Con el fin de describir las características del consumo de cannabis dentro del contexto ocio de fin de semana, Becoña, Calafat, Fernandez, Gil y Torres (2000), presentaron un estudio descriptivo con una muestra de 1341 jóvenes, en la cual diferenciaron cinco grupos, según la frecuencia de consumo de cannabis. Pudieron observar que el consumo se encuentra estrechamente relacionado con su participación a la vida recreativa nocturna, es decir a mayor consumo de cannabis mas era el consumo de otras drogas legales o ilegales, mayor era la participación de los sujetos en la vida nocturna. También se evidencio una estrecha relación entre el consumo de cannabis y otras drogas legales, es decir que la mayoría había consumado con un consumo de sustancias psicoactivas legales, lo que derivó al consumo de marihuana y en algunos casos luego al de drogas duras.

Otro de los factores que lleva a los jóvenes a consumir es el consumo precoz de sustancias psicoactivas legales como el alcohol y tabaco, en su estudio Caceres, Cavada, Iglesias y Silva (2007), observaron que el consumo de tabaco y alcohol era un factor de riesgo en el uso de marihuana, asociándose esta con la frecuencia de consumo de tabaco y el consumo simultaneo de alcohol. Un inicio tardío de consumo de tabaco y alcohol, resulto ser un factor protector del uso de marihuana, este consumo fue mayor en los adolescentes que fumaban todos o casi todos los días, en relación a quienes lo hacían solo los fines de semana.

Olivella y Qimbayo (2012), pudieron observar que el consumo no se debía a una falta de conocimiento acerca de los efectos en su salud, por el contrario, los consumidores tenían conocimiento acerca de lo nocivo que es el consumo de marihuana. En su investigación con una muestra de 700 estudiantes entre 15 y 25 años, llegaron a la conclusión de que a mayor pobreza el riesgo de consumo aumentaba, también se debía a la fácil adquisición y oferta que se puede encontrar del cannabis. También una fuerte relación, como ya hemos visto en otras investigaciones, con la relación familiar, es decir que el acompañamiento y los factores de protección dentro de la familia influyen en el consumo.

En su investigación Garcia (2002), se pudo observar que la población más afectada por el consumo de drogas son los hombres. Se observó también una relación entre los aspectos familiares y el consumo de drogas, en los consumidores encontraron un ambiente familiar con falta de comunicación y apoyo por parte de los padres, a diferencia de los no consumidores en los cuales se encontró una buena comunicación y relación con sus padres, estos expresaron que sus padres les comunicaban sus problemas y participaban de la toma de decisiones y planes importante. También se pudo ver que el consumo está relacionado con los estados de ánimo displacenteros, es decir que los jóvenes que consumen drogas tienen más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no.

En cuanto a la salud física cuando menor sea la edad de inicio al consumo mayor es la probabilidad de presentar daños. Como muestran en su investigación Fernandez, Secades y Garcia (2011), no han encontrado alteraciones a largo plazo, sin embargo si parece existir un riesgo para la salud mental de los consumidores habituales, sobre todo en los trastornos del espectro afectivo y en el rendimiento cognitivo. También en una persona con predisposición a enfermedades psicóticas, puede causar complicaciones a nivel neuronal.

Barboza, Cañizares, Gil y Macías (2003), pretendían averiguar qué es lo que lleva a las personas a volverse esclavas de las drogas. Teniendo en cuenta los factores predisponentes genéticos de cada individuo, por lo cual llegaron a la conclusión que la base de la adicción podría situarse en una alteración genética, en un esfuerzo por compensar las deficiencias que poseen en el sistema dopaminérgico, siendo este la base de la vulnerabilidad a las drogas de abuso. Finalmente concluyen que el conocimiento de la base genética de cada persona aumentará la comprensión del abuso de las drogas.

Fiestas y Torres (2012), tenían como objetivo ver los efectos de la marihuana en la cognición de los sujetos. En esta investigación hallaron que su uso se daba especialmente en los jóvenes, y que los cannabinoides, presentes en la sustancia activa de la marihuana, podían impactar negativamente en la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo y la toma de decisiones, afectando temporalmente la atención y la interacción entre la cognición y la

emoción, siendo de gran riesgo para personas con predisposiciones psicóticas. También se pudo encontrar una asociación entre el consumo de marihuana, la depresión, la pobre trayectoria y los bajos niveles educativos.

# **Capítulo II:**

# **Marco Teórico**

## 2.1. ¿Qué son las drogas?

La palabra droga proviene del término griego *phármakon*: “veneno y remedio a la vez” (Ruchansky, 2015). Hipócrates afirmaba que “lo esencial es la proporción entre dosis activa y dosis letal, pues solo la cantidad distingue el remedio del veneno”. Estas pueden clasificarse como: estimulantes (cocaína, anfetaminas y éxtasis), depresoras (alcohol, opio y sus derivados como morfina, heroína), visionarias (hongos, peyote o LSD), y cannabinoides (marihuana y hachís)

La organización mundial de la salud define a la droga como “toda sustancia que introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”. La incorporación de estas puede darse de múltiples maneras, pero siempre causan un cambio en el organismo del individuo alterando su sistema nervioso central, en el que pueden causar, excitación, tranquilizar, eliminar el dolor o aplacar y ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad.

Deltell (2016) plantea que las drogas en los consumidores, producen siempre tres etapas, 1° la tolerancia, a medida que se consume el organismo genera un acostumbamiento lo que significa que la cantidad cada vez debe ser mayor para lograr el mismo efecto, 2° la abstinencia, se presenta cuando la persona no consume la dosis necesaria produciendo en el organismo ansiedad generalizada, angustia, temblor, sudoración e irritabilidad, por último 3° la dependencia, el individuo necesita la droga para sobrevivir generando una dependencia psíquica y física en él.

No todas las personas que han tomado drogas se vuelven dependientes, el sujeto puede realizar un uso de estupefacientes, sin llegar a un abuso, el cual se da cuando el consumo comienza a interferir en las principales obligaciones diarias, como el trabajo, el hogar o las relaciones sociales. Luego del abuso también se puede dar la dependencia, en este caso el consumo de drogas se continúa dando a pesar de las problemáticas que ocasiona en la vida cotidiana de la persona (Joison, 2015).

## **2.2. Las drogas a lo largo de los años**

Se han encontrado registro de que alrededor del año 3000 a.C, (Agustí, 2013). En Asia solían utilizarse los opiáceos y en América era muy común la hoja de coca como estimulante. Por otro lado era muy común el uso de estas sustancias psicoactivas en con una función mágico-religiosa, por ejemplo en rituales para los dioses.

Entre 1875 y 1900 era más común el uso de medicamentos como la morfina para el uso recreativo (Ruchansy, 2015), también para esa surgieron nuevas drogas sintéticas como la cocaína y la heroína con el fin de ser utilizadas en el ámbito médico, para sustituir el uso de la morfina, sin embargo comenzaron a notar que las personas generaban dependencias a estas drogas, a raíz de esto comenzó a prohibirse.

Hacia 1961 la convención única sobre estupefacientes de las Naciones Unidas constituye la piedra fundamental para el prohibicionismo en varios países, recomendándola. 73 países se presentaron en esta convención, la cual se declaró “preocupadas por la salud física y moral de la humanidad” y “conscientes de su obligación de prevenir y combatir”, reconociendo que los factores sociales influyen en el comportamiento de las personas y los grupos y recomendando a las partes: “1. Que tengan en cuenta el hecho de que la toxicomanía de estupefacientes es con frecuencia resultado de una atmósfera social malsana en la que viven quienes están más expuestos al peligro del abuso de los estupefacientes; 2. Que en todo lo posible combatan la difusión del uso ilícito de los estupefacientes; 3. Que desarrollen medios de diversión y actividades favorables a la salud física y psíquica de la juventud”. Por último se establecieron 4 listas de estupefacientes los cuales recomendaba su prohibición y se acuerda que “Las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización de la Parte o estén sujetos a su vigilancia y fiscalización directas”. Sin embargo en ninguna

parte del texto aprobado se da la definición de estupefacientes. Hacia 1971 surge el Convenio sobre sustancias psicotrópicas, con el fin de ampliar los controles a nuevos estimulantes anfetamínicos, en la cual se presentaron 71 países. Se recomendaba que los estados presentaran medidas de fiscalización para el uso indebido de los estupefacientes, teniendo en cuenta su uso medicinal, con el fin de prevenir el uso ilícito de las sustancias y su tráfico. Nuevamente se presentaron 4 listas donde se detallaba cada sustancia. Este tratado también sugirió someter a las personas con consumo problemático detenidas por tener a vender sustancias a tratamientos de educación, rehabilitación y readaptación social.

El último tratado de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas (1988), el cual demuestra la preocupación que se tiene por la creciente producción, demanda y tráfico ilícito de estupefacientes, intenta remediar el crecimiento del crimen organizado generado por la misma prohibición y guerra de las drogas, enfocándose principalmente en esto.

En diferentes países las políticas fueron cambiando, a continuación podemos ver algunas. En Suiza, por ejemplo, la tenencia de drogas en las calles continúa siendo ilegal, las cuales se sancionan con multas. Estas políticas tienen como objetivo la prevención del uso, tratamientos para quienes sufren esta dependencia y la represión del crimen organizado. Con el fin de proteger a los consumidores en Suiza se fundaron “salas de consumo supervisado de sustancias ilegales”, en las cuales se pueden inyectar, esnifar o fumar estupefacientes, totalmente controlados por personal idóneo, en el edificio se puede tomar la bebida alcohólica que traigan los usuarios, fumar cigarrillos o marihuana y se permite la compra y venta de pequeñas cantidades de drogas entre los consumidores. Todo el personal que trabaja allí tiene conocimientos en primeros auxilios. En Ámsterdam, Holanda, se tolera la venta de cannabis en pequeñas cantidades, esta suele darse en cafeterías, en las cuales también es común la venta de comidas con marihuana. (Ruchansky, 2008)

En Argentina, la siembra y el cultivo de cualquier materia prima para producir estupefacientes, la producción, fabricación o extracción para el

preparado de estupefacientes o el comercio y transporte de estos mismos o de su materia prima, se pena con prisión de 4 a 15 años (Ley N° 23737, 1989). Sin embargo el 29 de marzo de 2017, se produjo un cambio, el cannabis fue legalizado por la cámara de senadores, para su uso medicinal, en esta ley no solo se reconoce las propiedades medicinales de la planta de marihuana, sino que también su cultivo es legalizado para estos fines (Armada y Basalo, 2017), el estado regularizó el cannabis para investigar su uso medicinal, sin embargo no regula el acceso al mismo.

### **2.3. Los efectos de las drogas en el organismo**

El consumo de sustancias psicoactivas produce alteraciones neuroquímicas en el funcionamiento sináptico (Joison, 2015), el consumo reiterado de estas activa la liberación dopaminérgica, la cual lleva a que la persona cada vez necesite consumir más para lograr un estado de placer. En el consumo de marihuana se produce una alteración en las funciones primarias, como la atención, la percepción, la capacidad de anticipación y la voluntad. También se ven afectadas funciones más complejas, como orientación temporo-espacial, planificación, organización y construcción de estrategias.

Su acción es fundamentalmente psicoestimulante, psicodépresora y alucinógena, afecta la coordinación y la función cognitiva (Bustos, Lossetti, y Ryczel, 2017). Otros de los síntomas que pueden ocasionar en el organismo son: hiperemia conjuntival, taquicardia, aumento de apetito y sequedad en la boca, sensación de lentitud en el paso del tiempo, aumento de la sensibilidad, disminución de la presión ocular, midriasis, alteraciones en la presión arterial, ilusiones y alucinaciones.

En las personas que consumen cannabis se puede observar una mayor ideación paranoide y tienden a ser más impulsivos (Aizpiri, Bravo y Echeburúa, 2010). En la intoxicación por cannabis el individuo puede experimentar ideas delirantes, ataques de pánico o cuadros confusionales. Su consumo crónico también puede llevar a una disminución del aprendizaje y alteraciones de la memoria a corto plazo, cambios bruscos de humor y síntomas ansioso-depresivos. Por otro lado su consumo en edades tempranas y dosis altas y frecuentes favorecen la aparición de enfermedades psicológicas como

esquizofrenia en personas con una predisposición genética a este trastorno (Barkus y Lewis 2008).

El uso del cannabis a temprana edad puede causar un síndrome motivacional, el cual se identifica porque la persona duerme más horas y cambia comportamientos, rutinas y hábitos, y en algunos casos se observa aplanamiento afectivo, con pérdida de la motivación (Peronace, 2017), este síntoma se suele dar en personas que tienen un uso crónico de la sustancia psicoactiva, es más común en usuarios que comienzan su consumo a temprana edad, debido a que las capacidades cognitivas del cerebro se desarrollan hasta los 23 años. La autora explica que estos síntomas pueden no ser permanentes, es decir que con el cese del consumo, disminuyen y se revierten, por otro lado el uso conjunto de alcohol también afecta al individuo y lo puede llevar a estos síntomas

A nivel neurológico el consumo de marihuana produce de manera aguda un retardo en la cognición y enlentecimiento psicomotor, debido a la reducción del flujo sanguíneo, estos efectos pueden durar hasta 24 horas luego del consumo (Quiroga, 2000). Sobre el sistema respiratorio produce broncodilatación, y a nivel cardiovascular taquicardia y también pudiendo llegar a producir desmayos debido a la disminución del flujo sanguíneo. A nivel crónico esta sustancia puede generar disfunciones a nivel cognitivo, el cual persiste a pesar del cese del consumo. También cuando se fuma la sustancia posee efectos aún más cancerígenos que el tabaco, afecta el sistema inmunitario y altera la reproducción celular. El consumo de cannabis en mujeres embarazadas puede causar malformación en los hijos, disminuyendo su función cognitiva, aumentando los riesgos de padecer cáncer infantil.

#### **2.4. Cannabis**

El cannabis es la droga ilegal más utilizada alrededor del mundo y la que a más temprana edad se comienza a consumir. Es un vegetal, perteneciente a la familia cannabacea con propiedades medicinales y psicoactivas. Produce alteraciones en la actividad psíquica y en la percepción, produciendo en el sujeto una sensación de euforia, relajante o incluso puede llegar a producir alucinaciones. Su principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). (Quiroga, 2000)

## **2.5. La Planta de Cannabis**

La planta de cannabis es anual, crece, florece y muere en el curso de un año, la semilla es germinada en primavera y crece durante el verano, por las largas horas de exposición solar y calor, floreciendo en otoño, cuando las horas de exposición solar son menores (CAMEDA, s.f). Esta planta es dioica, es decir que podemos encontrar ejemplares machos y hembra, siendo estas últimas las que se utilizan para uso recreativo y medicinal.

Existen 3 tipos de plantas, con variedades de patrones y efectos, entre ellos podemos observar (Castillero, 2017):

- **Índica:** de origen asiático, desarrolla una mayor cantidad de ramas, más bajas que las otras variedades de plantas, y sus hojas tienen un color verde intenso el periodo de su floración es corto, y su consumo produce un efecto narcótico y relajante. Debido a que posee un alto contenido de CBD y bajo de THC. Suele utilizarse medicamente en el tratamiento del dolor y de las convulsiones.

- **Sativa:** originaria de países con clima tropical, posee un mayor periodo de crecimiento, también durante la floración, son más altas que otro tipo de plantas. Su cultivo se da mejor en climas cálidos, o interior. Produce un efecto activador y psicoactivo, debido a su alto contenido de THC. Estimula el apetito y la actividad física y social.

- **Rudelaris,** también llamadas autoflorecientes, estas están modificadas genéticamente para florecer entre los 2 y 3 meses a partir de su germinación, este tipo de planta lleva un cuidado más cauteloso, el cual debe ser en interior. Esta planta contiene varios alcaloides o principios activos en sus hojas, flores y tallos, llamados cannabinoides entre los cuales el más importante es el tetrahidrocannabinol (Bustos, C., Lossetti, O., Ryczel, M., 2017). Puede ser consumido de forma oral o fumada.

## **2.6. La Legalización del Cannabis Para Uso Medicinal.**

El 29 de Marzo de 2017, se regularizó por primera vez en Argentina el uso de cannabis medicinal, esta ley reconoce las propiedades medicinales del cannabis y permite el cultivo legal por parte de INTA (Instituto Nacional de

Tecnología Agropecuaria) y el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Esta nueva ley no regula el cultivo personal, ni el solidario, sino que con el objetivo de amparar a los usuarios medicinales, se creó un registro en los cuales los cultivadores deben registrarse para ser autorizados. Para poder ingresar a este se debe contar con la indicación médica de un hospital público (Armada y Basalo, 2017)

Este programa nacional para el estudio y la investigación del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados (ley 27.350, 2017), se crea con el objetivo de:

- Emprender acciones de promoción y prevención
- Promover medidas de concientización dirigidas a la población en general
- Establecer guías adecuadas de asistencia, tratamiento y accesibilidad
- Garantizar el acceso gratuito al aceite y demás derivados de cannabis a toda persona que se incorpore al programa
- Desarrollar evidencia científica sobre diferentes alternativas terapéuticas
- Investigar los fines terapéuticos y científicos de la planta de cannabis
- Comprobar la eficacia de la intervención estudiada y recoger datos sobre sus propiedades
- Establecer la eficacia para cada indicación terapéutica
- Conocer los efectos secundarios del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados.
- Propiciar la participación e incorporación voluntaria de los pacientes que presentan las patologías que la autoridad de aplicación determine y el profesional médico indique
- Proveer asesoramiento, cobertura adecuada y completo seguimiento del tratamiento a la población afectada que participe del programa

- Contribuir a la capacitación continua de profesionales de la salud en todo lo referente al cuidado integral de las personas que presentan las patologías involucradas, con el fin de mejorar su calidad de vida.

## **2.7. *El Uso Medicinal del Cannabis***

El cannabis, comenzó a utilizarse con éxito en el tratamiento del dolor y las convulsiones (Morante, 2017). En el caso de la fibromialgia, un síndrome que provoca dolores prolongados musculares, el uso de marihuana terapéutica, reduce los dolores y la rigidez, produciendo una relajación muscular en la persona y mejora la calidad del sueño y estado de ánimo, para tratar sus síntomas, se utiliza el aceite, o vaporizador. También se han visualizado buenos resultados en su tratamiento para la epilepsia refractaria, la cual es una alteración eléctrica cerebral que se caracteriza por convulsiones recurrentes, la utilización de cannabis mostro un anticonvulsivante y control de crisis, en estos casos de tratamiento se recomienda el aceite, debido a la mayor duración de su efecto y la baja psicoactividad o de resina en casos de convulsiones de larga duración o breves a repetición (Romero, 2018)

También se utiliza en casos de trastorno de alimentación, dado que estimula el apetito, en personas con cáncer, para combatir el dolor, y en pacientes con parkinson, en los cuales se ha observado una disminución en los temblores (Castillero, 2017).

La planta de cannabis se ha utilizado con fines medicinales desde el siglo XVIII, como aceite o emulsión para muchas enfermedades. A pesar de su popularidad, las sustancias curativas basadas en la planta de cannabis desaparecieron a mediados del siglo XX, una de las principales razones de esto es la creación de las grandes industrias farmacéuticas. En la actualidad la investigación moderna indica que puede ser el médica de elección recomendado en determinadas enfermedades (Morante, 2017)

A pesar de los múltiples usos medicinales que se le da a esta planta, en nuestro país no están científicamente estudiados, por primera vez el 29 de Octubre de 2018, se inició el primer estudio experimental con aceite de cannabis en el Hospital de Pediatría Garrahan. En total son 100 pacientes que padecen formas severas de epilepsia refractaria, en todos los casos se

distribuyó el aceite de cannabis y los controles y reporte de los resultados se llevará a cabo en el mismo hospital. Esta investigación tiene como fin evaluar la eficacia y seguridad del aceite, así poder contar con un sustento médico y académico

## **2.8. Depresión**

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por sentimiento de inutilidad, tristeza, culpa y desesperanza. A diferencia de la tristeza normal, o la que se presenta en un duelo, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente, se pueden dar diferentes síntomas, como la pérdida del sueño, del apetito o iniciativa. (Zarragoitía, 2011).

Es una enfermedad, en la cual las emociones de tristeza, desánimo y desesperación, se presentan en forma continua durante un periodo superior a dos semanas, causando en la persona que la padece un malestar en una, o varias áreas de la vida diaria, imposibilitándole la realización de sus tareas diarias. (García y Noguerras, 2013). Cualquier persona puede llegar a padecerla en algún momento de su vida, se considera que existen factores genéticos, en los casos donde existen antecedentes familiares que aumentan la probabilidad de padecerla, factores biológicos, en los cuales nuestro cerebro no segrega de forma correcta la serotonina y noradrenalina, y por último los factores sociales, en los cuales se presentan determinadas situaciones que pueden favorecer la aparición de esta enfermedad. Otras enfermedades, físicas como en cáncer, diabetes, trastorno de alimentación, enfermedades cardiacas o la toma de ciertos medicamentos, pueden producir depresión en la persona, también el consumo de alcohol y drogas pueden favorecer su aparición. La depresión clínica es considerada una condición médica que afecta tanto el estado de ánimo, como la conducta y los pensamientos, cambia en una persona la manera en que se siente y actúa.

Constituye un estado del ánimo, la persona se siente bajo de ánimo o triste (Segal, Teasdale y Willians, 2006). En la depresión mayor, se presenta una condición en la cual este estado de ánimo persiste, acompañado de otros síntomas, como dificultades del sueño, disminución de la concentración, desesperanza, o reducción del apetito.

Durante la depresión, el sujeto posee sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía y sensación de infelicidad (Dahad y Minici, 2002). Puede presentar otros síntomas, como dificultades en la concentración, pérdida de interés en sus tareas de la vida cotidiana, pensamientos negativos acerca de sí mismo, culpa, indecisión y en algunos casos puede llegar a presentar hasta ideas suicidas. En cuanto a su conducta se puede distinguir un retraso o agitación psicomotriz, aislamiento y llanto, insomnio o hipersomnia y pérdida o incremento de peso.

Según Beck (1967), la persona que sufre depresión posee una visión negativa, acerca de sí mismo, del entorno que lo rodea y de su futuro. Se ve a sí mismo incapaz o inútil e imagina un constante futuro acompañado de frustraciones y fracasos, debido a que siente una constante desesperanza, y cree que estas situaciones serán incontrolables. El sujeto puede poseer factores predisponentes, como genéticos, biológicos, traumas infantiles o ciertos rasgos de la personalidad, sin embargo puede haber un factor desencadenante, como una pérdida, lo cual lleva a la persona a desarrollar la depresión.

La depresión es un cuadro clínico, que su diagnóstico requiere la presencia de un conjunto de síntomas (Casullo, 1998), los cuales se reúnen en cinco grupos:

- Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad.
- Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia y disminución de la capacidad de disfrutar
- Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona hacia sí misma, de su entorno y de su futuro.
- Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida de apetito, disminución en los deseos sexuales y molestias corporales
- Síntomas vinculares: las relaciones con sus pares se deterioran, las personas deprimidas normalmente sufren un rechazo a las personas que la rodean

La depresión puede clasificarse en 5 diferentes tipos, basándose en la observación de síntomas y signos, estas son (García, 2015):

- Depresión endógena: no tiene una causa externa evidente, sino que parece surgir de forma espontánea. Aparece por primera vez alrededor de los 20 años, con síntomas y signos que pueden pasar inadvertidos por aquellos que los rodean y evoluciona por fases. Normalmente la persona posee antecedentes familiares y suele tratar con antidepresivos y psicoterapia.

- Depresión sintomática: Son patologías orgánicas que pueden darse por causas endocrinológicas, como hiper o hipotiroidismo, tumorales, como tumores del aparato digestivo, neurológicas, como la enfermedad de parkinson o esclerosis múltiple, sistémicas, tóxicas, en intoxicaciones con plomo, mercurio o alucinógenos, o en el consumo de drogas, como neurolépticos, corticoides o anticonceptivos orales.

- Depresión Involuntiva: es de intensidad psicótica, y se da durante el climaterio. Son comunes las ideas delirantes, la agitación y la angustia.

- Depresión Secundaria: son de distinto nivel de gravedad, y se presentan como consecuencia de problemas que afectan el área de lo psicológico.

- Depresión reactiva: su origen es externo al individuo, y son producidas por acontecimientos del medio ambiente. La facultad de la persona permanece intacta y su tratamiento es con psicoterapia.

## **2.9. Tratamiento de la Depresión**

La depresión es un trastorno tratable, en primera instancia se debe tener un diagnóstico médico, ya que algunos medicamentos o ciertas condiciones médicas, como por ejemplo un trastorno de tiroides, pueden ocasionar síntomas similares a los de una depresión. Por otro lado es necesario tener un registro familiar de esta enfermedad, ya que el paciente puede tener una predisposición genética. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2010).

Una vez diagnosticada esta enfermedad, teniendo en cuenta el grado de depresión que sufre la persona, en casos más graves, es recomendable la indicación de terapia y antidepresivos, ya que estos normalizan las sustancias

químicas naturales del cerebro, llamadas neurotransmisoras. Por otro lado el tratamiento siempre debe ir acompañado de terapia, generando un apoyo para la persona, que la ayuda a desahogarse y a identificar los elementos de sus vivencias que pueden estar implicados en el desarrollo de su estado. En algunos casos los tratamientos son de corto plazo, y en otros de largo plazo, esto depende del individuo. Las terapias cognitivo-conductual han demostrado ser eficientes en el tratamiento de esta enfermedad. La comprensión, el aprendizaje y el cambio en aspectos de la vida, pueden ayudar a prevenir futuras recaídas (Zarragoitía, 2011)

### **2.10. Depresión y Consumo**

Las personas que realizan un consumo de cannabis tienden a volverse apáticos, sin energías o interés. Presentan una desgana en la realización de actividades que requieran atención, en la mayoría de ellos podemos encontrar un bajo desempeño escolar y laboral, ya que debido al consumo presentan dificultades para el estudio y aprendizaje. Consumir esta sustancia psicoactiva puede aumentar en el sujeto el riesgo de sufrir ansiedad y depresión, aumentando el riesgo de intentos de suicidio e ideaciones suicidas. Por otro lado el factor genético es de suma importancia, en personas con alta incidencia familiar en el consumo es más probable que se dé (Ciraulo y Renner, 2008).

En sujetos con tendencia de síntomas depresivos el consumo de marihuana puede agravarlos, aumentando el riesgo de ideación y conducta suicida. (Fernandez, Secades y Garcia, 2011)

La depresión en pacientes que abusan de sustancias psicoactivas, es uno de los problemas más comunes. Por esta razón es recomendable que estos pacientes, sean controlados bajo condiciones psiquiátricas o psicológicas.

### **2.11. Autoestima**

Coopersmith (1967), decía que la autoestima era “la evaluación que efectúa y mantiene el individuo con respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. En resumen la autoestima es un juicio

personal de dignidad, que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo”.

La baja autoestima en una persona puede llevar a sentimientos de aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que una alta autoestima se relaciona con personas que son menos ansiosas, y tienen la capacidad de controlar las circunstancias y tolerar el estrés interno y externo. Estas personas son menos sensibles a las críticas y disfrutan de sus relaciones interpersonales (Lundgren, 1978).

El modo en que nos percibimos y nos sentimos con nosotros mismos afecta todos los sentidos de nuestra vida y las tareas cotidianas que llevamos día a día (Branden, 2010). Por lo cual nuestra autoestima define nuestros éxitos o fracasos, ya que de todos los juicios a los que nos sometemos, el nuestro es el más importante. La autoestima es la suma de la confianza y el respeto hacia nosotros mismos, tener una alta autoestima implica sentirse confiado en las tareas y decisiones de la vida, por lo contrario tener una baja autoestima lleva a la persona a sentirse errado y equivocado como persona.

La autoestima, también depende de nuestra capacidad para sentirnos aptos para la vida y sus requerimientos, confianza en nuestra capacidad de pensar, y afrontar las problemáticas que se nos presentan y del sentimiento de sentirse digno y merecedor de lo que nos ocurre (Branden, 1993). Nuestra autoestima está determinada por factores complejos, el medio familiar y social que nos rodea puede producir un impacto profundo en las personas, cuando al niño se le transmite que no es suficiente, se lo ridiculiza o humilla, se lo intenta controlar mediante la vergüenza o la culpa, se lo aterroriza con violencia física y amenazas o se lo educa haciéndole saber que no es merecedor de sus logros, es altamente probable que desarrolle un bajo autoestima. La autoeficacia y autodignidad son pilares importantes en una buena autoestima. En una persona puede haber cambios en los niveles de autoestima.

Para Rosenberg (1953), la autoestima es un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser negativo o positivo y se va construyendo por medio de una evaluación propia. Generalmente en los adultos es una característica estable, que se forma a partir de las vivencias sociales, como lo racial, étnico o los contextos institucionales.

Es una variable psicológica importante para la salud emocional. No es estática sino que puede ir variando a lo largo de la vida, ya que depende un su mayoría del entorno que la rodea (García, 2016). Una baja autoestima puede causar sufrimiento en la persona, y hace que sea difícil realizar tareas de la vida diaria o nuevas. La autoestima se va formando con las experiencias de vida de cada sujeto, si ha tenido malas experiencias es más probable que esta sea baja, también los sentimientos y vivencias durante la infancia y adolescencia puede ser un factor determinante a la hora de formarse. Esta baja autoestima puede estar relacionada con diferentes problemas emocionales, como la depresión, los trastornos de alimentación, la adicción o la ansiedad.

Para que la persona tenga un alto autoestima, es necesario que desarrollo ciertas actitudes (Bonet, 1997): como confiar en su obrar, no tener una visión caótica acerca de lo que ocurrirá en el futuro y sentirse igual que las otras personas, no de manera inferior. Los sujetos con una baja autoestima, tienden a poseer una autocrítica rigorista, creando una constante insatisfacción consigo mismo, hipersensibilidad a la crítica, indecisión crónica, debido al miedo constante a equivocarse, un deseo excesivo de complacer y una culpa neurótica, exagerando la magnitud de sus errores.

La autoestima tiene una gran influencia en la vida de las personas, por lo cual se han desarrollado diferentes instrumentos para poder evaluarla.

### **2.12. La autoestima del Consumidor**

En el consumo de sustancias psicoactivas, la persona busca inconscientemente aliviar la ansiedad y dolor, estas personas no poseen una confianza en sí mismo ni en sus acciones (Branden, 1993).

Los factores de riesgos que pueden llevar a una persona al consumo están estrechamente ligados con una falta de autoestima, ya que la persona busca llenar un vacío afectivo (Tapias, 1993)

La autoestima favorece un sentimiento de seguridad en las personas, evitando las conductas de evasión, regulando la conducta, de esta manera el comportamiento de las personas se encuentra altamente relacionado con la autoestima que posea (Armendariz, Guzman y Rodriguez, 2008). Es considerada un factor que aleja a las personas de actitudes no saludables, lo

que quiere decir que si esta es alta llevará al sujeto a realizar acciones saludables para sí mismo, por lo contrario si esta es baja, implica en la persona un autorechazo y una insatisfacción y un sentimiento de autodesprecio consigo mismo, lo que lo coloca en una situación de vulnerabilidad, haciéndolo más propenso a un consumo de sustancias psicoactivas.

# **Capítulo III**

## **Metodología**

Esta investigación tiene como fin comparar la autoestima y el estado depresivo en consumidores y no consumidores de cannabis, teniendo en cuenta datos sociodemográficos, como nivel de estudio, sexo, edad de inicio al consumo y frecuencia con la que consume.

### **3.1. Tipo de Estudio:**

Se realiza un estudio de tipo correlacional de comparación de grupos. Con el fin de investigar el autoestima y el estado depresivo en consumidores y no consumidores.

El tipo de diseño utilizado es, no experimental, transversal.

### **3.2. Objetivo General:**

Analizar la autoestima y estado depresivo en consumidores de cannabis y no consumidores

### **3.3. Objetivos Específicos:**

1. Indagar cual es la sustancia más utilizada entre los consumidores de sustancias psicoactivas ilegales
2. Indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima y estado depresivo en consumidores y no consumidores
3. Verificar si existe relación en el autoestima y estado depresivos
4. Indagar, en el grupo de consumidores, si existen diferencias estadísticamente significativas según edad, nivel educativo, sexo

### **3.4. Hipótesis:**

- Los consumidores de sustancias psicoactivas, a diferencia de los no consumidores, poseen menos autoestima y un estado depresivo mayor
- En los consumidores de cannabis el nivel educacional es menor

### **3.5. Población:**

La población está constituida por adultos entre 18 y 58 años, en la cual una parte de la población eran consumidores de sustancias psicoactivas y otra parte no consumidores

### **3.6. Muestra:**

Se tomó una muestra no probabilística. Compuesta por 157 participantes, de los cuales el 27,8% (n=44) eran hombres y el 71,5% (n=113) eran mujeres. Respecto a la edad la media fue de 25,94, con una desviación típica de 6,43, un mínimo de 18 y un máximo de 58 años. En cuanto al nivel máximo de educación alcanzado, el 2,5% (n=4) posee el secundario completo, el 11,4% (n=18), el secundario completo, el 3,2% (n=5) terciario incompleto, el 8,9% (n=14) terciario completo, el 67,1% (n=106) universitario incompleto y por último el 6,3% (n=10) posee un universitario completo. Acerca del consumo de cannabis el 69% (n=109) no es consumidor y el 30,4% de la población (n=48) si, el 1,9% (n=3) de los consumidores dice hacerlo todos los días, el 7,6% (n=12), más de una vez a la semana, el 7,6% (n=12) una vez a la semana, el 3,2% (n=5) más de una vez al mes y el 10,1% (n=16) una vez al mes, por otro lado, la media de edad de inicio al consumo es de 17,93 con una desviación típica de 2,99 una mínima de 12 y una máxima de 28. Entre estos participantes el 5,1% (n=8) consume otro tipo de sustancia psicoactiva, siendo el 1,9% (n=3) LSD, el 2,5% (n=4) éxtasis y el 0,6% (n=1) cocaína.

Entre los consumidores la media de edad fue de 23,19 con una desviación típica de 3,25. El 39,6% (n=19) de los consumidores, eran hombres, mientras el 60,4% (n=29) eran mujeres, el 62,5% (n=30) son solteros, y el 35,4% (n=17) se encuentran en pareja. En la muestra que obtuvimos también se puede observar que el 100% de los consumidores (n=48) trabaja, y por otro lado 4,2% (n=2), posee el secundario incompleto, el 10,4% (n=5) secundario completo, el 4,2% (n=2) se encuentra cursando un estudio terciario, el 4,2% (n=2), posee un título terciario y por último podemos encontrar el mayor número de consumidores cursando un estudio universitario siendo estos 77,1% (n=37)

### **3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:**

#### ***Instrumentos***

##### ***Inventario de autoestima de Coopersmith***

Fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima, comienza sus estudios acerca de la autoestima en 1959, y publica su escala de medición en 1967. Su objetivo que es conocer el nivel de autoestima de los individuos (Gonzalez, F., 2007). Este autor comprendía la autoestima como “la capacidad que tiene la persona para tener confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas”.

En la prueba se realiza una valoración de la autoestima en tres niveles, teniendo en cuenta la cantidad de puntaje obtenido:

- Nivel alto de autoestima.
- Nivel medio de autoestima
- Nivel bajo de autoestima

El inventario consta de 25 ítems donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa a cada uno de ellos.

##### ***Evaluación del Inventario:***

La calificación se realiza otorgando 1 punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente (SI). Estos son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. Cuando el sujeto contesta "NO", en cualquiera de los restantes ítems se le asigna un punto (1) a ese. Finalmente estos son sumados obteniéndose una puntuación total. En cual se interpreta de la siguiente manera:

- Nivel alto de autoestima.....19 a 24 puntos
- Nivel medio de autoestima.....13 a 18 puntos
- Nivel bajo de autoestima.....menos de 12 puntos

### ***Inventario de Depresión Estado (IDERE)***

Fue elaborado por Martín, Grau y Ramírez. Es un inventario autoevaluativo, que puede ser aplicado en personas mayores de 15 años. Su objetivo es obtener el grado de depresión como estado (condición emocional transitoria), en adultos supuestamente sanos (Gonzalez, F., 2007). Su escala permite identificar a las personas que tienden a sufrir, síntomas depresivos y sentimientos de tristeza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque, sin embargo estos sentimientos provocan malestar e incapacidad en el individuo.

Altos niveles de depresión no necesariamente indican que el individuo tenga un trastorno depresivo, ya que es común encontrarla en personas que se encuentran atravesando situaciones estresantes o han sufrido pérdidas recientes, sin embargo estos altos niveles indican que la persona tiende a sufrir estados depresivos frente a estas situaciones

Está compuesto por 20 ítems, los cuales pueden ser respondidos con: 1: No, en absoluto, 2: Un poco, 3: Bastante, 4: Mucho.

#### *Evaluación del Inventario:*

Las respuestas toman valores de 1 a 4, en las cuales, casi nunca vale 1 punto, algunas veces vale 2 puntos, bastante, 3 puntos y mucho 4 puntos. Sus valores oscilan entre 20 y 80 puntos. Diez ítems son positivos, con respecto a la depresión, y otros diez son negativos. Para su evaluación es necesario obtener la sumatoria de los ítems positivos y de los negativos. Al resultado de las escalas positivas se le resta el de las negativas y por último se le suma el valor de 50, el cual fue obtenido de los análisis estadísticos realizados para la construcción del inventario:

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B)+50=$$

El resultado obtenido nos muestra el grado de depresión actual del sujeto, la cual se considera baja si es igual o menor a 34, media si se encuentra entre 35 y 42 y alto si es mayor o igual a 43

### ***Variables Sociodemográficas:***

Se realizaron en los cuestionarios preguntas sociodemográficas relativas a: edad, sexo, estado civil, si tiene hijos o no, trabajo, nivel de educación, consumo de sustancias psicoactivas, con qué frecuencia consumo cannabis, cual fue la edad de inicio del consumo y la frecuencia con que lo hace, si consumo otra sustancia psicoactiva y la frecuencia con que lo hace.

### ***3.8. Procedimientos:***

Los cuestionarios son autoadministrables contestados de forma voluntaria y anónima, fueron entregados a los participantes de forma personal, los cuales respondieron sin límite de tiempo. Los datos obtenidos se procesarán con el programa estadístico IBM SPSS.

### ***3.9. Análisis***

Como medidas de análisis se utilizaron pruebas no paramétricas debido a que las variables se distribuyeron de forma anormal sobre la base, se utilizaron las pruebas:

- U Mann de Whitney
- Rho de Spearman

En primera instancia se analizó la autoestima total y el estado depresivo total en consumidores y no consumidores, luego se recodificaron las variables para obtener los niveles de autoestima y estado depresivo en consumidores y no consumidores.

### ***3.10. Justificación y Relevancia:***

#### *Relevancia Teórica.*

Las investigaciones acerca del consumo en adultos son pocas. El consumo social de cannabis se ha tornado normal para muchas personas. Esta investigación busca aportar conocimiento acerca de lo que lleva al consumidor a esto.

### *Relevancia Social.*

La persecución a quienes consumen cannabis cada vez es mayor, este resulta víctima de aquellas personas que se empeñan en protegerlo, la sola tenencia de sustancia en la vía pública implica la detención y judicialización de la persona (Ruchansky, 2015). Podemos decir que si la hipótesis se confirma, esto puede dar lugar a nuevos métodos de prevención, en los cuales los consumidores no terminen perjudicados. Por lo contrario si la hipótesis no se cumple esto podría dar lugar a nuevas investigaciones, las cuales puedan definir el porqué de esta práctica.

### *Relevancia Práctica.*

En la actualidad el consumo de cannabis ha ido en aumento y representa una problemática social, con esta investigación se busca amplificar los conocimientos acerca de lo que lleva a los consumidores a esta. Como finalidad se investigará si la baja autoestima y el alto estado depresivo tienen una conexión con el consumo, con estos conocimientos se podrá abordar de otra manera la prevención del consumo

# **Capítulo IV**

# **Resultados**

#### **4.1. Variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas ilegales**

##### **Autoestima**

Tabla 1

*Autoestima en consumidores y no consumidores*

¿Consume alguna sustancia psicoactiva?			Autoestima total
Si	N	Válidos	47
		Perdidos	1
	Media	17,1064	
	Desv. típ.	4,57894	
No	N	Válidos	108
		Perdidos	1
	Media	18,1667	
	Desv. típ.	3,81708	

Se crea la variable autoestima total, siguiendo las normas de evaluación, del instrumento Inventario de Coopersmith. Como se puede observar ambos grupos poseen un autoestima medio, sin embargo en los no consumidores su nivel es mayor, a pesar de que su desviación típica es menor.

Tabla 2

*Niveles de Autoestima*

		¿Consumes alguna sustancia psicoactiva?	Frecuencia	Porcentaje
			a	e
Si	Válidos	bajo	7	14,6
		medio	19	39,6
		alto	21	43,8
		Total	47	97,9
	Perdidos	Sistema 1		2,1
Total			48	100,0
No	Válidos	bajo	10	9,2
		medio	43	39,4
		alto	53	48,6
		Total	106	97,2
	Perdidos	Sistema 3		2,8
Total			109	100,0

Se recodificó la variable autoestima total según los niveles de autoestima, siguiendo las normas del instrumento, podemos observar mayor porcentaje de autoestima alto en las personas que no realizan un consumo de cannabis, en cuanto a los niveles medios de autoestima el porcentaje de personas consumidoras es mayor, sin embargo no se observa una gran diferencia, por último en los niveles bajos de autoestima hay mayor porcentaje en los consumidores.

### ***Estado Depresivo***

Tabla 3

#### ***Estado depresivo en consumidores y no consumidores***

¿Consume alguna sustancia psicoactiva?		Depresión TOTAL	
Si	N	Válidos	46
		Perdidos	2
		Media	41,9783
		Desv. típ.	5,95721
No	N	Válidos	108
		Perdidos	1
		Media	40,7778
		Desv. típ.	4,70302

Se calculó la variable depresión total, teniendo en cuenta las reglas de evaluación del Inventario de Depresión Estado (IDERE). En cuanto al estado depresivo podemos observar que tanto consumidores como no consumidores tiene un nivel medio, sin embargo en los consumidores la media se encuentra más cercana a un nivel alto de estado depresivo.

Tabla 4

#### ***Niveles de Estado Depresivo***

¿Consume alguna sustancia psicoactiva?		Frecuencia	Porcentaje	
		a	e	
Si	Válidos	bajo	4	8,3
		medio	24	50,0
		alto	18	37,5
		Total	46	95,8
	Perdidos	Sistema	2	4,2
Total		48	100,0	
No	Válidos	bajo	6	5,5
		medio	69	63,3
		alto	33	30,3
		Total	108	99,1
	Perdidos	Sistema	1	,9
Total		109	100,0	

Se recodificó la variable depresión total, según los niveles, siguiendo las normas del instrumento, podemos observar, en los consumidores el porcentaje de personas que poseen un bajo estado depresivo es mayor, mientras que en los no consumidores es mayor el porcentaje de individuos. Por último un mayor porcentaje de consumidores posee un alto estado depresivo.

En cuanto a nuestro objetivo general planteado podemos decir que en los no consumidores se puede encontrar mayor porcentaje de personas con alto autoestima, sin embargo en una autoestima medio, los porcentajes se encuentran igualados. Por otro lado los consumidores tienden a tener más bajo autoestima que los no consumidores. Refiriéndonos al estado depresivo se pudo observar que en general tanto consumidores como no, es medio, teniendo un mayor porcentaje de consumidores con un estado depresivo bajo, sin embargo también superan a los no consumidores con un alto estado.

#### **4.3. Pruebas no paramétricas**

Se realizaron las pruebas de normalidad sobre las variables autoestima total y depresión total, dándonos como resultado una significación menor a 0,05 por lo que podemos decir que las variables se distribuyen en forma anormal sobre la base y se utilizarán pruebas no paramétricas.

## ***U de Mann Whitney***

Tabla 5

### *U de Mann Whitney*

---

	Autoestima total	Depresión TOTAL
U de Mann- Whitney	2234,500	2211,500
W de Wilcoxon	3362,500	8097,500
Z	-1,187	-1,079
Sig. asintót. (bilateral)	,235	,281

---

a. Variable de agrupación: ¿Consume alguna sustancia psicoactiva?

Se utiliza la prueba de U de mann, ya que es sobre dos variables. Teniendo en cuenta nuestro objetivo planteado, podemos observar que no se encontró una significación estadísticamente significativa entre la autoestima y el estado depresivo en consumidores de sustancias psicoactivas y no consumidores.

## ***Rho de Spearman***

Tabla 6

### *Rho de Spearman*

---

		<b>Correlaciones</b>		
			Autoestima total	Depresión TOTAL
Rho de Spearman	autoestimatota I	Coefficiente de correlación	1,000	-,432**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	155	153
	depresionTOT AL	Coefficiente de correlación	-,432**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000 .	
		N	153	154

---

Con nuestro objetivo planteado, podemos observar que existe una relación entre autoestima y estado depresivo, es decir que a mayor autoestima el estado depresivo será menor y viceversa.

# **Capítulo V**

## 5.1. Conclusión

En el presente estudio se comparó en consumidores y no consumidores de cannabis si existe relación entre los niveles de autoestima y estado depresivo. Con la hipótesis de que los consumidores tienen menor autoestima y mayor estado depresivo.

A partir de la muestra realizada y una vez analizados los datos tomados, estadísticamente, pudimos observar que respecto a la hipótesis planteada sobre que los consumidores de cannabis, a diferencia de los no consumidores, poseen menor autoestima y un estado depresivo mayor, por lo cual nuestra hipótesis se confirma.

En los consumidores se encontró una media de autoestima total de 17,10. El 14,6% posee una bajo autoestima, el 39,6% un nivel medio y el 43,8% un nivel alto. En cuanto al estado depresivo, la media fue de 41,97, el 8,3% posee un bajo estado depresivo, el 50% posee un nivel medio y el 37,5% un alto estado.

En los no consumidores se observó una media de autoestima total igual a 18,16. El 9,2% posee un bajo autoestima, el 39,4% un nivel medio y el 48,6% un alto nivel. La media del estado depresivo en estos sujetos fue de 40,77. Obteniendo el 5,5% un bajo estado, el 63,3% un nivel medio y el 30,3% un nivel bajo.

A pesar de obtener este resultado donde las medias demuestran que los consumidores poseen una menor autoestima y un mayor estado depresivo que los no consumidores, al realizar las pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney en consumidores se obtuvo una significación igual a ,235 de autoestima y ,281 en estado depresivo. Podemos observar una significación mayor a 0,05 por lo cual se acepta la igualdad de medias, no existen diferencias significativas entre los grupos. A partir de estas pruebas no se puede asegurar la existencia de una relación significativa entre estas variables.

Al contrario de las diferentes investigaciones donde se asegura que el nivel educacional es bajo en los consumidores (Ariza, Guxens, Nebot y Ochoa 2007; Aizpiri, Bravo y Echeburúa, 2010) se pudo observar que solo el 4,2% de la población tiene un secundario incompleto, por otro lado el 77,1% de la población de consumidores posee un universitario incompleto.

En cuanto a nuestro objetivo planteado, indagar cual es la sustancia más utilizada entre los consumidores de sustancias psicoactivas ilegales, se pudo

observar que era el cannabis siendo esta la sustancias más consumida por el 100% de los consumidores.

Por otro lado al realizar pruebas no paramétricas, Rho de Spearman se confirmó la existencia de relación entre la autoestima y el estado depresivos, es decir que ha menos autoestima, mayor estado depresivo y viceversa.

Respecto a nuestro último objetivo planteado, indagar, en el grupo de consumidores, si existen diferencias estadísticamente significativas según edad, nivel educativo, sexo, se detectó una media de edad igual a 23,19. Un mayor consumo en los hombres siendo estos el 60,4%,.

## 5.2. Discusión

A partir de la muestra integrada por adultos consumidores de marihuana y no consumidores, en cuanto a la relación entre autoestima y estado depresivo en la población encuestada podemos decir que es un dato esperable que a menor autoestima el estado depresivo sea mayor y viceversa. Sin embargo a pesar de confirmarse nuestra hipótesis, los consumidores de cannabis poseen menor autoestima y mayor estado depresivo, se observó que las variables autoestima y estado depresivo no poseen una relación estadísticamente significativa en los consumidores.

Podemos inferir que estos resultados se deben a que, el consumo de marihuana se ha pasado a formar parte de la cotidianeidad de las personas, ya que en los últimos tiempos el número de consumidores ha ido en aumento, tornándose tan habitual que casi pasa desapercibido como decía Cuatrocchi (2007), volviéndose esta una problemática exclusivamente social, podemos observar que, este consumo ha tenido una mayor aceptación por parte de la sociedad, tornándose habitual la apología a la marihuana en los diferentes medios que consumimos.

Destacando de esta manera la investigación realizada por Devoto y Raijensstein (2017) en la cual planteaban que el aumento de consumo de drogas se debe principalmente a la oferta y accesibilidad de drogas en nuestro país actualmente. A mayor oferta hay aumento del consumo y de su tolerancia social. Concluyendo que su fácil accesibilidad constituye un factor de riesgo en cuanto al consumo de drogas. Esta es la principal razón que lleva al inicio del consumo en edades tempranas.

Deltell (2016), también hizo referencia acerca de la aceptación social del consumo de marihuana, el cual ha dejado de percibirse como algo negativo, generando una liberalidad y permisividad, que lleva a un aumento del consumo en la sociedad actual.

Otro de los posibles factores que lleve a los sujetos a iniciarse en el consumo, posiblemente sea las relaciones interpersonales que mantiene, como decían Cáceres y Salazar (2006), en sus investigaciones se encontró que la ausencia o presencia de relación con personas consumidores es uno de los principales factores, que actúa como protector o de riesgo.

Por otro lado varios autores han hablado de una predisposición genética, la cual puede llevar a un inicio del consumo, tal como decía Tarter (1993), hay una mayor predisposición al consumo en los sujetos que poseen padres consumidores, haciendo a estos sujetos más vulnerables frente a estas situaciones.

En cuanto a nuestra hipótesis, los consumidores poseen un bajo nivel educacional, podemos observar que se refuta, ya que pudimos encontrar que la gran mayoría tiene estudios universitarios incompletos, solo una pequeña minoría no ha finalizado los estudios secundarios.

En cuanto a las limitaciones de este estudio podemos mencionar que sería conveniente la ampliación de la muestra de consumidores, para en futuras investigaciones poder obtener datos que abarquen a una mayor parte de la sociedad.

Teniendo en cuenta que el consumo no posee una relación significativa con la baja autoestima y el alto estado depresivo, es de suma importancia reflexionar acerca de que lleva a los sujetos a iniciarse en el consumo. Dejamos el campo abierto a nuevas investigaciones, acerca de cuál puede ser el factor principal que lleve a una persona a iniciarse en el consumo, y porque este se da principalmente en sexo masculino. Por otro lado parece pertinente investigar también cual es el factor que lleva a los sujetos a tener un alto estado depresivo y una baja autoestima.

## Referencias Bibliográficas

- Agueda, P., Oliva, A., y Sanchez, I., (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Dialnet*, 35 (3), 331-346
- Aizpiri, J., Bravo, R., Echeburúa, E., (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122897008.pdf>
- Andrade, J., (11 de Junio de 2014). Razones psicosociales asociadas al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES. *Psicología Científica*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociadas-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/>
- Armada, M., Basalo, S., (2017, Abril). La medicina es Ley. *THC*, (97). P. 30-33
- Armendariz, N., Guzman, F., y Rodriguez, L., (2008). Efecto de la Autoestima Sobre el Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4 (1)
- Ariza, C., Guxens, M., Nebot, M., Ochoa, D., (2007). Factores Asociados al Inicio del Consumo de Cannabis: Una Revisión Sistémica de Estudios Cohortes. *Gaceta Sanitaria*, 21 (3)
- Barboza, M., Cañizares, S., Gil, J., Macías, J., (2003). Neurobiología de la Adicción a las Drogas de Abuso. *Revista Neurológica*, 36 (4), 361-365
- Becoña, E., Calafat, A., Fernandez, C., Gil, E., Torres, M., (2000). Consumo y Consumidores de Cannabis en la Vida Recreativa. *Adicciones*, 12 (2), 197-230
- Bianco, D., Leclercq, G., (31 de Octubre de 2018). Cannabis Medicinal: el negocio menos pensado. *Noticias*. Recuperado de: <https://noticias.perfil.com/2018/10/31/cannabis-medicinal-el-negocio-menos-pensado/>
- Bonet, J., (1997). *Manual de Autoestima*. España, Sal Terrae.
- Brande, N., (1993). *El poder de la autoestima*, Barcelona, España, Paidós

- Branden, N., (2010). *Como mejorar su autoestima*, Barcelona, España, Paidós
- Bustos, C., Lossetti, O., Ryczel, M., (2017). *Toxicología*. C.A.B.A, Argentina, Ediciones Isalud.
- Caceres, D., Cavada, G., Iglesias, V., Silva, C., (2007). Consumo Precoz de Tabaco y Alcohol Como Factores Modificadores del Riesgo de Uso de Marihuana. *Revista de Salud Pública*
- Caceres, D., Salazar, I., Varela, M., y Tovar, J., (2006). Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales. *Universidad Psicológica de Bogotá*, 5 (3), 521-534
- Cantu, L., Cortés, J., y Verduzco, A., (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 247-255
- Carreras, A., Pinazo, S., y Pons, J., (2002). El Consumo de Inhalables y Cannabis en la pre Adolescencia: Análisis multivariado de Factores Predisponente. *Anales de Psicología*, 18 (1), 77-93
- Castillero, O., (2017) Los 4 tipos de Marihuana: el cannabis y sus características. *Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/drogas/tipos-de-marihuana>
- Casullo, M., (1998). *Adolescentes en Riesgo: Identificación y Orientación Psicológica*, Buenos Aires, Argentina, Paidós
- Caudevilla, F. Drogas de Uso Recreativo. En: Jornadas de Actualización en Medicina Familiar. Madrid, España. 17 de Marzo de 2005
- Ciraulo, D., Renner, J., (2008). Consumo de Drogas y Depresión. *Revista de Toxicomanías y Salud Mental*, (4).
- Cuatrocchi, E., (2007), *La Adicción a las Drogas: Su recuperación en comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Argentina, Espacio
- Deltell, A., (2016), *Adicto y Coadicto*, Buenos Aires, Argentina, Akadia
- Devoto, J., Raijenstein, G., (2017). Disponibilidad, accesibilidad a las drogas y su incidencia en el consumo de sustancias. *Anuario de investigación USAL*. Recuperado de: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/anuarioinvestigacion/article/view/4188/218>

- Fernández, D., (2017, Mayo). Médico sin fronteras. *THC*, (98). P. 22- 29
- Fernández, S., Fernández, J., Garcia, P., Secades, R., (2011). Cannabis y Salud Mental. *Psiquiatría*, 39 (3), 180-190
- Fernández, P., Graña, J., Muños, M., (2000). Variables psicológicas relacionadas el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista Española de Drogadependencias*. Recuperado en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/2212>
- Garcia, A., (2002). *La Influencia de la Familia y el Nivel de Depresión Hacia el Consumo de Drogas en los Adolescentes* (Tesis de Grado). Universidad Nacional Autónoma de México, México
- García, J., (2015). Tipos de depresión: sus síntomas y características. *Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-depresion>
- García, J., Noguerras, V., (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión*. Sevilla, España, Servicio Andaluz de Salud.
- González, F., (2007), *Instrumentos de Evaluación Psicológica*, La Habana, Cuba, Ciencias Médicas
- Gutierrez, L., Irala, J., Martinez, M., (2006). Efectos del Cannabis sobre la Salud Mental en Jovenes Consumidores. *Ediciones Universidad de Navarra*, 50 (1), 3-10
- Herrero, J., Musitu, G., (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13 (1), 285-306
- Jimenez, t., Murgui, S., Musitu, G., (2007). Funcionamiento Familiar, Autoestima y Consumo de Sustancias en Adolescentes. de Sustancias en Adolescentes. *Salud Publica de México*, 49 (1), 3-10
- Joison, A., (2015), *De la Adicción a la Autonomía: dispositivo terapéutico en travesía para el abordaje de las adicciones*, Barcelona, España, Icaria
- La Planta de Cannabis. (s.f). CAMEDA: Cannabis Medicinal en Argentina. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://cannabismedicinal.com.ar/cannabis-medicinal/cultivos1/147-planta-cannabis>

- Ley 23.737. InfoLEG: Información legislativa, Buenos Aires, Argentina, 10 de Octubre de 1989
- Ley 27.350. Investigación Médica y Científica del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados. InfoLeg: Información legislativa, Buenos Aires, Argentina, 29 de Marzo de 2017
- Morante, M., Morante, M., (2017). *Sin dolor: Historias íntimas del cannabis medicinal*, Buenos Aires, Argentina, Paidós
- Olivella, M., Quimbayo, J., (2012). Consumo de Marihuana en Estudiantes de una Universidad Colombiana. *Revista de Salud Pública*
- Peronece, G. (Mayo de 2017). Los Deterioros Cognitivos se Revierten con el Cese del Consumo. *THC*. (98), p-16
- Quiroga, M., (2000). Cannabis: Efectos Nocivos Sobre la Salud Física. *Adicciones*, 12 (2), 117-133
- Romero, C., (2018). Epilepsia Refractaria. *THC*, (107), p. 10
- Ruchansy, E., (2015), *Un Mundo con Drogas*, Buenos Aires, Argentina, Debate
- Segal, Z., Teasdale, J., Willians, J., (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*, Nueva York, Estados Unidos, Biblioteca de Psicología
- Tabaruela, E., (s.f). 7 Características habituales de las personas que consumen drogas. *Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/drogas/caracteristicas-personas-que-consumen-drogas>
- Zarragoitía, I., (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.

## **Anexo**

### **1. Instrumento de la recolección de datos**

Soy alumna de la de la Universidad Abierta Interamericana y solicito su apoyo para la realización de mi tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología. La información brindada es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados solo para fines académicos científicos. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder a todo el cuestionario

T.1) Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted.

	SI	NO
1. Generalmente los problemas me afectan poco		
2. Me cuesta trabajo hablar en público		
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi		
4. Puedo tomar una decisión fácilmente		
5. Soy una persona simpática		
6. En mi casa me enoja fácilmente		
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8. Soy popular entre las personas de mi edad		
9. Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos		
10. Me doy por vencido(a) fácilmente		
11. Mi familia espera demasiado de mí		
12. Me cuesta trabajo aceptarme como soy		
13. Mi vida es complicada		
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15. Tengo mala opinión de mí mismo		
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
18. Soy menos guapo(o bonita) que la mayoría de la gente		
19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Los demás son mejores aceptados que yo		
22. Siento que mi familia me presiona		
23. Con frecuencia me desanimo con lo que hago		
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25. Se puede confiar muy poco en mi		

T.2) Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la opción correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora

	No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación				
2. Estoy preocupado				
3. Me siento con confianza en mí mismo				
4. Siento que me canso con facilidad				
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme				
6. Siento deseos de quitarme la vida				
7. Me siento seguro				
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo				
9. Me canso más pronto que antes				
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
11. Me siento bien sexualmente				
12. Ahora no tengo ganas de llorar				
13. He perdido la confianza en mi mismo				
14. Siento necesidad de vivir				
15. Siento que nada me alegra como antes				
16. No tengo sentimientos de culpa				
17. Duermo perfectamente				
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea				
19. Tengo gran confianza en el porvenir				
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir				

T.3) Datos sociodemográficos

a) Edad: \_\_\_\_\_ años. b) Sexo: 1. Hombre - 2. Mujer

c) Estado civil:

1. Soltero
2. En pareja

d) ¿Tiene hijos? (Indique con una cruz)

1. Sí
2. No

e) Usted trabaja: (Indique con una cruz)

1. Si
2. No

f) ¿Cuál es su máximo nivel de educación alcanzado? (Indique con una cruz)

1. No asistió
2. Primario incompleto
3. Primario completo
4. Secundario incompleto
5. Secundario completo
6. Terciario incompleto
7. Terciario completo
8. Universitario incompleto
9. Universitario completo

g) ¿Consume alguna sustancia psicoactiva?: 1. SI 2. NO

h) ¿Cuál es la principal sustancia que consume?

1. Marihuana
2. LSD (ÁCIDO)
3. MDMA (EXTASIS)
4. Lanzaperfume (Lanza)
5. Otra: \_\_\_\_\_

i) ¿Con que frecuencia? (Indicar con una cruz)

1. Todos los días
2. Más de una vez a la semana
3. Una vez a la semana
4. Más de una vez al mes
5. Una vez al mes

j) ¿Consume alguna otra sustancia psicoactiva?: 1. SI 2. NO

k) ¿Cuál es la principal sustancia que consume?

1. Marihuana
2. LSD (ÁCIDO)
3. MDMA (EXTASIS)
4. Lanzaperfume (Lanza)
5. Otra: \_\_\_\_\_

l) ¿Con que frecuencia? (Indicar con una cruz)

1. Todos los días
2. Más de una vez a la semana
3. Una vez a la semana
4. Más de una vez al mes
5. Una vez al mes

¡Muchas Gracias por su colaboración!

## **2. Ley 23.737**

**Artículo 1°** —Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que según las reglamentaciones vigentes no pueden ser comercializados sin ese requisito.

**Art. 2°** —Cuando el delito previsto en el artículo anterior se cometiere por negligencia, la pena será de multa de trescientos australes a seis mil australes.

**Art. 3°** —Será reprimido con multa de seiscientos australes a doce mil australes el que teniendo a su cargo la dirección, administración, control o vigilancia de un establecimiento destinado al expendio de medicamentos, omitiere cumplir con los deberes a su cargo posibilitando la comisión de alguno de los hechos previstos en el art. 204.

**Art. 4º** —Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que sin autorización vendiere sustancias medicinales que requieran receta médica para su comercialización.

**Art. 5º** — Será reprimido con prisión de cuatro (4) a quince (15) años y multa de cuarenta y cinco (45) a novecientas (900) unidades fijas el que sin autorización o con destino ilegítimo:

a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas, precursores químicos o cualquier otra materia prima para producir o fabricar estupefacientes, o elementos destinados a tales fines;

b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;

c) Comercie con estupefacientes, precursores químicos o cualquier otra materia prima para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;

d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;

e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otros estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará prisión de tres (3) a doce (12) años y multa de quince (15) a trescientas (300) unidades fijas.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco (5) a quince (15) años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será

de un (1) mes a dos (2) años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21.

En el caso del inciso e) del presente artículo, cuando la entrega, suministro o facilitación fuere ocasional y a título gratuito y por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que es para uso personal de quien lo recepta, la pena será de seis (6) meses a tres (3) años de prisión y, si correspondiere, serán aplicables los artículos 17, 18 y 21.

**Art. 6º** — Será reprimido con prisión de cuatro (4) a quince (15) años y multa de cuarenta y cinco (45) a novecientas (900) unidades fijas el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación, precursores químicos o cualquier otra materia prima destinada a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la Aduana y posteriormente alterara ilegítimamente su destino de uso.

En estos supuestos la pena será de tres (3) a doce (12) años de prisión cuando surgiere inequívocamente, por su cantidad, que los mismos no serán destinados a comercialización dentro o fuera del territorio nacional.

Si los hechos fueren realizados por quien desarrolle una actividad cuyo ejercicio depende de autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará además inhabilitación especial de cinco (5) a veinte (20) años.

**Art. 7º** — Será reprimido con prisión de ocho (8) a veinte (20) años y multa de noventa (90) a mil ochocientas (1.800) unidades fijas, el que organice o financie cualquiera de las actividades ilícitas a que se refieren los artículos 5º y 6º de esta ley, y los artículos 865, inciso h), y 866 de la ley 22.415.

**Art. 8º** — Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años y multa de seis mil a trescientos mil australes e inhabilitación especial de cinco a doce años, el que estando autorizado para la producción,

fabricación, extracción, preparación, importación, exportación, distribución o venta de estupefacientes los tuviese en cantidades distintas de las autorizadas; o prepare o emplee compuestos naturales, sintéticos u oficinales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes; y a que aplicare, entregare, o vendiere estupefacientes sin receta médica o en cantidades mayores a las recetadas.

**Art. 9º** — Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de tres mil a cincuenta mil australes e inhabilitación especial de uno a cinco años, el médico u otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera, suministrare o entregare Estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias. Si lo hiciera con destino ilegítimo la pena de reclusión o prisión será de cuatro a quince años.

**Art. 10.** — Será reprimido con reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a cincuenta mil australes el que facilitare, aunque sea a título gratuito, un lugar o elementos, para que se lleve a cabo alguno de los hechos previstos por los artículos anteriores. La misma pena se aplicará al que facilitare un lugar para que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes.

- En caso que el lugar fuera un local de comercio, se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el tiempo de la condena, la que se elevará al doble del tiempo de la misma si se tratare de un negocio de diversión.
- Durante la sustanciación del sumario criminal el juez competente podrá decretar preventivamente la clausura del local.

**Art. 11** — Las penas previstas en los artículos precedentes serán aumentadas en un tercio del máximo a la mitad del mínimo, sin que las mismas puedan exceder el máximo legal de la especie de pena de que se trate:

a) Si los hechos se cometieren en perjuicio de mujeres embarazadas o de personas disminuidas psíquicamente, o sirviéndose de menores de dieciocho años o sin perjuicio de éstos;

b) Si los hechos se cometieren subrepticamente o con violencia, intimidación o engaño.

c) Si en los hechos intervinientes tres o más personas organizadas para cometerlos;

d) Si los hechos se cometieren por un funcionario público encargado de la prevención o persecución de los delitos aquí previstos o por un funcionario público encargado de la guarda de presos y en perjuicio de éstos;

e) Cuando el delito se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicos o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas o sociales;

f) Si los hechos se cometieren por un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales en general, abusando de sus funciones específicas.

**Art. 12** — Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de seiscientos a doce mil australes:

a) El que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes, o indujere a otro a consumirlos;

b) El que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público.

**Art. 13** — Si se usaren estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en un tercio del mínimo y

del máximo, no pudiendo exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

**Art. 14** — Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

**Art. 15** — La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes.

**Art. 16** — Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

**Art. 17** — En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.

**Art. 18** — En el caso de artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario. Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudara el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

**Art. 19** — La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

**Art. 20** — Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

**Art. 21** — En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente Ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

**Art. 22** — Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un

lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dictamen de peritos, podrá librar oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

**Art. 23** — Será reprimido con prisión de dos a seis años e inhabilitación especial de cuatro a ocho, años el funcionario público dependiente de la autoridad sanitaria con responsabilidad funcional sobre el control de la comercialización de estupefacientes, que no ejecutare los deberes impuestos por las leyes o reglamentos a su cargo u omitiere cumplir las órdenes que en consecuencia de aquéllos le impartieren sus superiores jerárquicos.

**Art. 24** — El que, sin autorización o con destino ilegítimo, ingrese precursores químicos en la zona de seguridad de frontera, será reprimido con prisión de un (1) año a seis (6) años, multa de quince (15) a trescientas (300) unidades fijas e inhabilitación especial de uno (1) a cuatro (4) años. Se dispondrá además el comiso de la mercadería en infracción, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.

**Art. 25** — *(Artículo derogado por art. 29 de la [Ley N° 25.246](#) B.O. 10/5/2000)*

**Art. 26** — En la investigación de los delitos previstos en la Ley no habrá reserva bancaria o tributaria alguna. El levantamiento de la reserva sólo podrá ser ordenado por el Juez de la causa.

La información obtenida sólo podrá ser utilizada en relación a la Investigación de los hechos previstos en esta Ley.

**Art. 26 Bis** — La prueba que consista en fotografías, filmaciones o grabaciones, será evaluada por el tribunal en la medida en que sea comprobada su autenticidad.

**Art. 27** — En todos los casos en que el autor de un delito previsto en esta ley lo cometa como agente de una persona jurídica y la característica requerida para el autor no la presente éste sino la persona jurídica, será reprimido como si el autor presentare esta característica. Cuando cualquier delito previsto en esta ley sea cometido a través de una persona jurídica, se aplicará a esta multa de doscientas treinta (230) a mil ochocientas (1.800) unidades fijas, sin perjuicio de las sanciones que correspondan a los autores y partícipes que hubieren actuado en su nombre, representación, interés o beneficio. En caso de reincidencia será sancionada con la cancelación de la personería jurídica.

**Art. 28** — El que públicamente imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes, será reprimido con prisión de dos a ocho años.

En la misma pena incurrirá quien por medios masivos de comunicación social explique en detalle el modo de emplear como estupefaciente cualquier elemento de uso o venta libre.

**Art. 29** — Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que falsificare recetas médicas, o a sabiendas las imprimiera con datos supuestos o con datos ciertos sin autorización del profesional responsable de la matrícula; quien las suscribiere sin facultad para hacerlo o quien las aceptare teniendo conocimiento de su ilegítima procedencia o irregularidad. En el caso que correspondiere se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el doble de tiempo de la condena.

**Art. 29 BIS** — Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que tomare parte en una confabulación de dos o más personas, para cometer alguno de los delitos previstos en los artículos 5, 6, 7, 8, 10 y 25 de la presente ley, y en el artículo 866 del Código Aduanero. La confabulación será punible a partir del momento en que alguno de sus miembros realice actos manifiestamente reveladores de la decisión común de ejecutar el delito para el que se habían concertado. Quedará eximido de pena el que revelare la confabulación a la autoridad antes de haberse comenzado la ejecución del delito para el que se la había

formado, así como el que espontáneamente impidiera la realización del plan.

**Art. 29 TER** — (*Artículo derogado por art. 17 de la [Ley N° 27.304](#) B.O. 2/11/2016*)

**Art. 30** — El juez dispondrá la destrucción por la autoridad nacional correspondiente de los estupefacientes en infracción o de los elementos destinados a su elaboración, salvo que pertenecieran a un tercero no responsable o que pudieran ser aprovechados por la misma autoridad, dejando expresa constancia del uso a atribuirles. Las especies vegetales de *Papaver somniferum* L, *Erithroxylon coca* Lam y *Cannabis sativa* L se destruirán por incineración. En todos los casos, previamente, deberá practicarse una pericia para determinar su naturaleza, calidad y cantidad, conservando las muestras necesarias para la sustanciación de la causa o eventuales nuevas pericias, muestras que serán destruidas cuando el proceso haya concluido definitivamente. A solicitud del Registro Nacional de Precursores Químicos establecido en el artículo 44, el juez entregará una muestra para la realización de una pericia para determinar la naturaleza y cantidades de los precursores y sustancias químicas presentes en la misma. Dicho procedimiento será realizado conforme a la reglamentación que se dicte al respecto.

La destrucción a que se refiere el párrafo primero se realizará en acto público dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse practicado las correspondientes pericias y separación de muestras en presencia del juez o del secretario del juzgado y de dos (2) testigos y se invitará a las autoridades competentes del Poder Ejecutivo del área respectiva.

Se dejará constancia de la destrucción en acta que se agregará al expediente de la causa firmada por el juez o el secretario, testigos y funcionarios presentes.

Además se procederá al comiso de los bienes e instrumentos empleados para la comisión del delito, salvo que pertenecieran a una persona ajena al hecho y que las circunstancias del caso o elementos objetivos

acreditaren que no podía conocer tal empleo ilícito. Igualmente se procederá a la incautación del beneficio económico obtenido por el delito.

**Art. 31** — Efectivos de cualesquiera de los organismos de seguridad y de la Administración Nacional de Aduanas podrán actuar en jurisdicción de las otras en persecución de delincuentes, sospechosos de delitos e infractores de esta Ley o para la realización de diligencias urgentes relacionadas con la misma, debiendo darse inmediato conocimiento al organismo de seguridad del lugar. Los organismos de seguridad y la Administración Nacional de Aduanas adoptarán un mecanismo de consulta permanente y la Policía Federal Argentina ordenará la información que le suministren aquéllos, quienes tendrán un sistema de acceso al banco de datos para una eficiente lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes en todo el país. Mantendrán su vigencia los convenios que hubiesen celebrado los organismos de seguridad, la Administración Nacional de Aduanas y demás entes administrativos con el objeto de colaborar y aunar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico y la prevención del abuso de drogas.

**Art. 32** — Cuando la demora en el procedimiento pueda comprometer el éxito de la investigación, el juez de la causa podrá actuar en ajena jurisdicción territorial, ordenando a las autoridades de prevención las diligencias que entienda pertinentes, debiendo comunicar las medidas dispuestas al juez del lugar. Además, las autoridades de prevención deben poner en conocimiento del juez del lugar los resultados de las diligencias practicadas, poniendo a disposición del mismo las personas detenidas a fin de que este magistrado controle si la privación de la libertad responde estrictamente a las medidas ordenadas, constatado este extremo el juez del lugar pondrá a los detenidos a disposición del juez de la causa.

**Art. 34** — Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país, excepto para aquellas provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que, mediante ley de adhesión, opten por asumir su competencia en las condiciones y con los alcances que se prevén a continuación:

**Art. 34 Bis** — Las personas que denuncien cualquier delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, se mantendrán en el anonimato.

**Art. 35** — En todos los casos en que una mujer embarazada diera a luz en el transcurso del proceso o durante el cumplimiento de una condena por infracción a la ley de estupefacientes, la madre deberá, dentro de los cinco días posteriores al nacimiento someter al hijo a una revisión médica especializada para determinar si presenta síntomas de dependencia de aquéllos.

La misma obligación tendrá el padre, el tutor y el guardador.

Su incumplimiento será penado con multa de ciento veinte a novecientos australes y el juez deberá ordenar la medida omitida.

**Art. 36** — Si como consecuencia de infracciones a la presente Ley, el juez de la causa advirtiere que el padre o la madre han comprometido la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de sus hijos menores, deberá remitir los antecedentes pertinentes al juez competente para que resuelva sobre la procedencia de las previsiones del artículo 307, inciso 3, del Código Civil.

**Art. 37** — Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministrarle a un participante en una competencia deportiva, con su consentimiento o sin él, sustancias estimulantes o depresivas tendientes a aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento. La misma pena tendrá el participante en una competencia deportiva que usare algunas de estas sustancias o consintiere su aplicación por un tercero con el propósito indicado en el párrafo anterior. Artículo 26: Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministre sustancias estimulantes o depresivas a animales que intervengan en competencias con la finalidad de aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento.

La misma pena se aplicará a quienes dieren su consentimiento para ello o utilizaren los animales para una competencia con conocimientos de esa circunstancia.

**Art. 38** — Si las sustancias previstas en los artículos anteriores fueren estupefacientes, se aplicará:

En el caso del primer párrafo del art. 25, reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes.

En el caso del segundo párrafo del art. 25, prisión de un mes a cuatro años.

Para el supuesto del art. 26, prisión de un mes a cuatro años y multa de tres mil a cincuenta mil australes.

**Art. 39** — Salvo que se hubiese resuelto con anterioridad, la sentencia condenatoria decidirá definitivamente respecto de los bienes decomisados y de los beneficios económicos a que se refiere el artículo 30.

Los bienes o el producido de su venta se destinarán a la Lucha contra el Tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo.

El mismo destino se dará a las multas que se recauden por aplicación de esta ley.

Asimismo, el mismo destino se le dará a los bienes decomisados o al producido de su venta, por los delitos previstos en la sección XII, Título I de la Ley 22.415, cuando el objeto de dichos delitos sean estupefacientes, precursores o productos químicos.

En las causas de jurisdicción federal y nacional los jueces o las autoridades competentes entregarán las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta a que se refieren los párrafos precedentes, conforme lo establecido por esta ley.

En las causas de jurisdicción provincial las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta, corresponderá a la provincia.

**Art. 40** — El término estupefacientes comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo nacional.

**Art. 41** — Hasta la publicación del decreto por el Poder Ejecutivo Nacional a que se refiere el artículo anterior, valdrá como Ley complementaria las listas que hubiese establecido la autoridad sanitaria nacional en virtud de lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 20.771, que tuviesen vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

**Art. 42** — El Ministerio de Educación y Justicia en coordinación con el Ministerio de Salud y Acción Social y las autoridades educaciones y sanitarias provinciales, considerarán en todos los programas de formación de profesionales de la educación, los diversos aspectos del uso indebido de droga, teniendo presente las orientaciones de los tratados internacionales suscriptos por el país, las políticas y estrategias de los organismos internacionales especializados en la materia, los avances de la investigación científica relativa a los estupefacientes y los informes específicos de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre las mismas pautas, desarrollarán acciones de información a los educandos, a los grupos organizados de la comunidad y a la población en general.

**Art. 43** — El Estado nacional asistirá económicamente a las provincias que cuenten o contaren en el futuro con centros públicos de recuperación de los adictos a los estupefacientes.

**Art. 44** — El Poder Ejecutivo nacional elaborará y actualizará periódicamente, por decreto, listados de precursores, sustancias o productos químicos que, por sus características o componentes, puedan

servir de base o ser utilizados en la elaboración de estupefacientes. La reglamentación establecerá qué tipo de mezclas que contengan en su formulación dichas sustancias químicas estarán sujetas a fiscalización. Las personas físicas o jurídicas que produzcan, fabriquen, preparen, elaboren, reenvasen, distribuyan, comercialicen por mayor o menor, almacenen, importen, exporten, transporten, transborden o realicen cualquier otro tipo de transacción, tanto nacional como internacional, con sustancias o productos químicos incluidos en el listado al que se refiere el párrafo anterior, deberán inscribirse en el Registro Nacional de Precursores Químicos.

Igual obligación tendrán las personas físicas o jurídicas que fabriquen, enajenen, adquieran, importen, exporten o almacenen máquinas para elaborar cápsulas, tabletas o comprimidos.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en los párrafos segundo y tercero será reprimido con prisión de seis (6) meses a tres (3) años, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.