



## **PATOLOGÍA DUAL EN CONSUMIDORES DE MARIHUANA DEL COMPLEJO PENITENCIARIO DE IBAGUÉ - COIBA**

**Helmer Chacón Peralta**  
**Universidad Antonio Nariño**  
**Ibagué - Colombia**

### **RESUMEN**

La patología dual o comorbilidad psiquiátrica, es la concurrencia en un mismo individuo de al menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Teniendo en cuenta esta definición, se plantea una investigación que busca identificar las patologías duales en consumidores de marihuana en internos del complejo Penitenciario de Ibagué COIBA; dado la demanda asistencial que esta problemática genera, y a su vez los pocos estudios realizados al respecto en centros carcelarios, penitenciarios del país. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por un número de 36 internos del complejo penitenciario de Ibagué COIBA, de género masculino, y consumidores de marihuana. Como instrumentos, se utilizaron una ficha de datos sociodemográficos, la Escala PDQ -4+, que tiene en cuenta los criterios diagnósticos del eje II y la entrevista Neuropsiquiátrica (MINI International Neuropsychiatric Interview), utilizada para explorar los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el CIE-10. Parte de los resultados encontrados en la presente investigación refieren que el 86,11% presentan un alto nivel de dependencia al consumo de marihuana y llevan consumiendo esta sustancia entre 10-15 años, que corresponde a un porcentaje de 38,9%. Finalmente se concluye que los tres trastornos que presentaron una alta prevalencia como producto del consumo de marihuana son: el trastorno antisocial de personalidad, episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

*Palabras clave:* patología dual, cannabis o marihuana, sustancias psicoactivas, centro penitenciario.

El consumo de sustancias psicoactivas se ha presentado, como un fenómeno creciente en la sociedad, que afecta a personas de diferentes edades y contextos, generado un problema de salud pública que afecta el desarrollo en diferentes ámbitos como son el personal, familiar y social; adicionalmente se presenta también un incremento en el desarrollo de trastornos mentales que en algunos casos se relacionan con el consumo de drogas, originando la llamada patología dual.

Según Bobes, Casas, & Gutiérrez, (2011) “Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), que introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos sensorio-perceptivos y como resultado de todo ello, del comportamiento”.

Del mismo modo (Luque, 2011) define “ algunas de estas sustancias por sus características fisicoquímicas, como susceptibles de abuso por parte de quien las utiliza, pudiendo incluso generar una dependencia, que según la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), supone la presentación de síntomas cognoscitivos, del comportamiento y fisiológicos debido a que el individuo continua consumiendo a pesar de tener problemas significativos relacionados con la sustancia”. Teniendo en cuenta lo anterior y según lo referido en el (DSM-IV-TR) las sustancias que producen dependencia son: alcohol, anfetaminas, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables, nicotina, opioides, fenciclidina y los sedantes hipnóticos o ansiolíticos (American Psychiatric Association, 1994 citado en Arias, Barrero & Berdulla, 2011).

Por tal razón, el panorama mundial en la actualidad es preocupante: según las naciones unidas (UNODC, 2013), “mientras que el uso de las drogas tradicionales, como la heroína y la cocaína, parece estar disminuyendo en algunas partes del mundo, el abuso de

medicamentos recetados y de nuevas sustancias psicoactivas, es cada vez mayor. Mientras tanto, el mercado de la cocaína parece estar expandiéndose en América del Sur y en las economías emergentes de Asia”.

UNODC (2013) por su parte, el uso de opiáceos (heroína y opio), se mantiene estable (alrededor de 16 millones de personas, es decir, el 0,4% de la población de 15-64 años de edad), a pesar de la alta prevalencia del consumo de opiáceos informada en el Suroeste y Centro de Asia, Europa Oriental, Sudoriental y América del Norte.

(UNODC, 2013) así mismo, se calcula que el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo en el mundo; se registró un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores estimaciones en 2009. Mientras que el consumo de cannabis ha disminuido entre los jóvenes en Europa en la última década, hubo un ligero aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180 millones, es decir, el 3.9% de la población de 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores estimaciones de 2009 (UNODC, 2013).

En el caso de Colombia, en relación con el uso de sustancias ilícitas, los datos indican que el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres; donde el mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo. (Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013).

En cuanto a las cifras de riesgo frente al uso de marihuana, en el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2013), se observa que al igual que en la gran mayoría de países del mundo, es la sustancia ilícita de mayor consumo. El 11.5% de las personas señala haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con un 17.6% entre los hombres y 5.6% entre las mujeres. Este estudio a su vez indica que entre las personas que han consumido marihuana en el último año, un 57.6% muestra signos de abuso o dependencia, siendo esta relación mayor en los varones (58%). Este porcentaje

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

permite estimar en casi 440 mil las personas con uso problemático de marihuana y en mayor medida son varones y jóvenes de 18 a 24 años.

En el departamento del Tolima, según la información de prevalencia, el consumo de marihuana tiene un índice del 4,83%. % de la población en general. (Sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Tolima, 2012).

Por consiguiente y con base a los criterios anteriores; la presente propuesta de investigación, tomo en cuenta como sustancia psicoactiva el cannabis o marihuana, dada su alta incidencia de consumo a nivel mundial, nacional y departamental.

Por otra parte; según la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD-UNODC, 2010) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) en el marco del sistema subregional de información e investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay; los porcentajes de personas privadas de libertad, que consumieron drogas alguna vez, superan ampliamente al promedio de consumo de la población general en cada uno estos países; así mismo las características demográficas y socio-ocupacionales de las personas privadas de libertad indican que se la mayoría de consumidores se encuentra entre los 18 y los 30 años de edad, tienen una débil vinculación al trabajo formal y experiencias fallidas de escolarización. El consumo de alcohol todos los días es muy frecuente, lo mismo que el uso de marihuana y cocaína o pasta base/ bazuco, con altos niveles de policonsumo.

(ONUDD-UNODC, 2010) en complemento con lo anterior en Argentina el 24% de los internos que consumieron alguna droga ilícita tuvieron algún tratamiento por adicción antes de ingresar al recinto. El 5% recibió tratamiento por alcoholismo. En Chile un 83% de la población penal usó marihuana alguna vez en la vida. El 57%- 56% consumió cocaína o pasta base, respectivamente. Aquellos que han sido condenados más de una vez en su vida, aparecen con prevalencias de consumo de drogas sistemáticamente mayores que los primerizos. El 29% de los condenados declara haber usado alcohol todos o casi todos los días alguna vez en su vida, 47% declara lo mismo respecto de marihuana y un 34% ha

usado casi a diario algún tipo de cocaína. En su conjunto, 57% reconoce haber consumido diariamente alguna droga alguna vez en su vida. Aclarando que este consumo abusivo de drogas es muy semejante entre hombres y mujeres.

Támara, Silva, Padilla y Ariza (2011), en el caso de Colombia, un 60.2% de hombres condenados (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC) reportan haber consumido SPA alguna vez en su vida. Las sustancias con mayores proporciones son: Alcohol 48.6%, tabaco 28.1%, marihuana 23.5%, cocaína 6.6%, bazuco 2.1%, éxtasis 1.7%, inhalantes 1.5%, medicamentos 1.2, ácidos 0.8%, heroína 0.5%. Por otra parte, respecto al inicio del consumo el 53.8% de la población de hombres indica que se realizó en libertad, mientras un 6.4% inició estando en un establecimiento de reclusión. A sí mismo, se encontró que actualmente el 17.5% de los hombres consumen SPA, y un 82.5% no consume; finalmente las sustancias de mayor consumo actual son: el tabaco (15%), la marihuana (8.5%), el alcohol (8%), la cocaína (1.3%) y los medicamentos (0.6%).

De acuerdo a lo anterior, según Arias y Szerman, 2013. El consumo de cannabis y de otras sustancias, se ha asociado con una amplia variedad de trastornos mentales, destacando el posible papel causal de dicho consumo en la etiología de trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, de igual manera, se dice que el sistema cannabinoide está implicado en la regulación emocional, por lo que el consumo de cannabis también puede alterar dicha regulación; asociarse con trastornos de ansiedad y depresivos, entre otros.

Es así, que esta relación es conocida a su vez como comorbilidad o diagnóstico dual; y según la Organización Mundial de la Salud (OMS,1995) es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico; de conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual, es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas, además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos anímicos o esquizofrenia (PINUCD, 2000).

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Lo cual indica, que el concepto de patología o diagnóstico dual es un término reciente, sin embargo el fenómeno no lo es; se trata, de lo clásicamente se denomina “comorbilidad”, es decir, lo que actúa al mismo tiempo (Martín, 2007 citado en Pérez Del Rio, 2011) tal y como se describía con anterioridad su elevada prevalencia, ya detectada en estudios científicos, ha contribuido a que el interés científico por este tema haya crecido enormemente desde hace un par de décadas (Torres, 2012).

Es por esto, que con base a lo anterior nace el interés de investigar cual es la relación entre el grado de severidad por el consumo de marihuana con el diagnóstico dual en la población carcelaria.

En complemento con lo anterior la Patología Dual, en el mundo, es una situación cada vez más evidente, tal y como lo señala las últimas previsiones de la organización mundial para la salud (OMS), estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción. Por otra parte, según el primer estudio epidemiológico, realizado en España en el año 2008, sobre la Patología Dual, este trastorno ya afecta al 53% de los pacientes que demandan tratamiento en las redes sanitarias públicas por problemas Psiquiátricos y/o Adictivos. (Torres, 2012)

De igual manera “la prevalencia de patología dual se ha estudiado en diversos contextos, principalmente en los sistemas de tratamiento para el abuso de sustancias y en los diferentes sistemas asistenciales, sin embargo, el contexto penitenciario, es el ambiente que menos atención recibe, a pesar de ser un oportunidad única para la intervención y acoger un porcentaje de reclusos drogodependientes”; Tal y como lo demuestran los datos epidemiológicos recientes, el 92.5% de los internados en prisión declaran haber consumido sustancias psicoactivas; A pesar de ello, solamente un 2% de las investigaciones en patología dual se han realizado en el contexto penitenciario como lo indican estadísticas en cárceles españolas. (Casares & López, 2010). Del mismo modo, gran parte de literatura indica que las personas internadas en prisión presentan un riesgo elevado de padecer trastornos psiquiátricos (Diamond, Wang & Holzer, 2001; Fazel & Danesh, 2002 citados en Casares & Gonzales, 2011), “en el contexto penitenciario, se constató una alta prevalencia de trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos en el

colectivo de reclusos, datos que coinciden con el porcentaje de trastornos mentales de los estudios americanos (entre el 46 y el 88%) y de los estudios europeos (entre el 37 y el 57%) (Andersen, 2004; Lamb y Weinberger, 2001; Piselli, Elisei, Murgia, Quartesan & Abram, 2009 citados en Casares & Gonzales et al, 2011)”.

Es por esto que con esta investigación, se pretende llegar a conceptualizar sobre los elementos de diagnóstico que se asocian a la conducta adictiva por consumo de marihuana pudiendo determinar claramente cuáles son las principales desadaptaciones que se asocian a dicho consumo, así, con estos resultados se podrá llegar a proponer modelos de intervención bajo las premisas de patología encontrada en ésta población.

Teniendo en cuenta la descripción del problema, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las patologías duales que presentan los consumidores de marihuana internos del complejo penitenciario de Ibagué COIBA?

Igualmente, una vez formulado el problema, el objetivo general que se plantea para el desarrollo de esta investigación es: Identificar que patologías duales presentan los consumidores internos del complejo penitenciario de Ibagué COIBA.

Así mismo se toman en cuenta los siguientes objetivos específicos:

- a) Caracterizar los datos sociodemográficos en internos del complejo penitenciario de Ibagué, consumidores de marihuana.
- b) Cuantificar la prevalencia de la patología dual en los internos consumidores de marihuana.
- c) Establecer la relación entre el consumo de marihuana y la patología dual presentada en la población objeto de estudio.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, que se ha realizado frente a la problemática de patología dual en la población carcelaria, se encontró que son pocos los estudios o investigaciones realizadas al respecto en el área de la psicología de la salud a nivel mundial, y más aún en Colombia; lo cual despertó el interés de indagar sobre este tema en la población carcelaria del departamento del Tolima.

## **MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Para dicho proceso se hizo necesario, aplicar una serie de pruebas psicológicas encargadas de medir los principales trastornos, tanto del eje I, como del eje II del DSM-IV-TR, y EL CIE-10 y su relación con el consumo de marihuana; además de ello se aplicó una escala de datos sociodemográficos, las cuales proporcionaron información acerca del estado actual de los internos consumidores de marihuana, logrando evidenciar, la alta incidencia de trastornos antisociales, depresivos, y de ansiedad paralelo al consumo.

No obstante; este trabajo se realizó con la finalidad de apoyar los resultados de otras investigaciones, la creación de programas de prevención y tratamiento direccionados al manejo de dichas patologías, así mismo, brindar apoyo y acompañamiento a los internos que presentan este tipo de trastornos, debido a la deficiencias encontradas entorno a los procesos psicoterapéuticos que se ofrecen desde la perspectiva de los trastornos que se asocian en relación al consumo de marihuana.

La relevancia e importancia de esta investigación radica en que el objeto de estudio se encuentran en internos de una penitenciaria, población que registra una alta prevalencia de consumo y múltiples trastornos, donde los tratamientos a nivel grupal – individual, no se focalizan bajo esta perspectiva. Igualmente, los resultados sirven como punto de referencia para los procesos interventivos que se desarrollan en los grupos de apoyo y de comunidad terapéutica dentro de estos centros de reclusión. Los beneficiarios son directamente cada uno de los internos que son diagnosticados con este tipo de trastornos y para los terapeutas que pueden delimitar con una mayor precisión el cómo y el que hacer con esta población consumidora de marihuana.

De acuerdo a lo anterior, este estudio se soporta de manera concisa con un una revisión literaria acerca del tema objeto de estudio. Para tal fin; se tiene en cuenta los principales teóricos que fundamentan la investigación, los temas que soportan el contenido y el análisis de resultados que se exponen al final del documento.

## REFERENTE TEÓRICO

En el presente apartado se aborda algunos aspectos fundamentales tales como: sustancias psicoactivas o drogas, marihuana o cannabis, patología dual, y la relación existente entre estos dos componentes.

Sustancias psicoactivas; breve aproximación histórica.

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado como un grave problema de salud pública nacional y mundial, que ocasiona daños irreparables tanto al sector, económico, político como en la salud. (Bravo, Bravo & Porras, 2005). De igual manera representa un problema social de primer orden cuyo concepto ha evolucionado con los años, pasando de la consideración inicial que las equiparaba con la heroína (De Fleur, Ball Y Snarr, 1966 citado en Rodríguez & González ,1997) al integrar otras sustancias ilegales como la cocaína, anfetaminas, alucinógenos, cannabis (Poole, Eckerman, Rachal & Bates, 1978).

Por lo cual, las drogodependencias constituyen un problema de indudable interés en el ámbito científico; su aparición ha exigido una constante adaptación a los profesionales procedentes de diversos ámbitos para afrontar las nuevas realidades de consumo que han ido apareciendo. Por tal razón, en los últimos años se ha llegado a hablar tanto de sustancias legales como ilegales (Levine Y Singer, 1988).

Es por esto que de acuerdo a la revisión bibliográfica, se encuentra que se le han dado diferentes definiciones a lo largo de tiempo empezando por Kramer y Cameron, (1975 citados por Pérez Del Rio, 2011); quienes trabajaron para la organización mundial de la salud (OMS) desarrollando diversas definiciones “llamaron droga a toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, podía modificar una o más funciones de éste”. Dentro de

Por lo cual, el consumo de sustancias psicoactivas (spa) representa un problema de salud pública en Colombia y en el mundo. La población que recurre a este tipo de sustancias es cada vez más joven y sus efectos son potencialmente deletéreos y pueden afectar todas las áreas de ajuste de la persona. Aunque así se ha concebido, esta práctica no siempre está

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

asociada con problemas personales ni con altos grados de estrés. Puede haber otras motivaciones asociadas. (Barbieri, 2012 citado en Aramendiz & Barrios, 2013)

Clasificación de las drogas o sustancias psicoactivas.

Para Luque ( 2011), “en la literatura científica se halla diferentes maneras de clasificar las drogas: existen las clasificaciones internacionales, como las realizadas por la asociación americana de psiquiatría (DSM-IV-TR), o por la organización mundial de la salud (CIE-10, 1992 citado el Luque , 2011), que dividen las drogas en función de los grupos farmacológicos a los que pertenecen; Así mismo, se tiene en cuenta otras clasificaciones que distinguen otros tipos de drogas en función del efecto principal de estas, pero en la clasificación de Escamez,(1993 citado en Luque 2011); se agrupan distintos tipos de drogas en tres grandes categorías, depresoras, estimulantes, y perturbadoras de la visión de la sociedad”.

*Clasificaciones internacionales.* El DSM-IV-TR clasifica las drogas de abuso, medicamentos o tóxicos, agrupados, en 11 categorías: alcohol, sedantes, ansiolíticos he hipnóticos, alucinógenos, fenciclidina (otros de acción semejante), cafeína, cannabis, inhalantes, nicotina, y opiáceos.

**CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS EFECTOS.** Para Escamez, (1993 citado en Luque, 2011). Se pueden clasificar las drogas en cuatro grupos:

### **MARIHUANA O CANNABIS.**

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Los datos de las naciones unidas estiman un aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores estimaciones en el 2009. (UNODC, 2013). “La marihuana en Colombia no se extendió como simple resultado del aumento en uso, sino que presenta una serie de eventos y circunstancias los cuales hoy la tienen como la planta que genera altos niveles de

adicción. Es decir; como lo menciona Sáenz, 2007 citado por Aramendiz & Barrios, 2013), fue a finales de la década de los 60 y comienzos de los 70, en que aumenta su cultivo, en razón a que ya existía un mercado importante para el consumo, pero sólo en lo doméstico en Colombia y en estos años se desboca la comercialización ilegal entre Colombia y EEUU”.

De acuerdo a todo lo anterior y a las complicaciones que genera el consumo habitual de marihuana en las personas consumidoras surge la siguiente problemática:

### **PATOLOGÍA DUAL.**

El término patología dual (PD), diagnóstico dual o trastorno dual comenzó a utilizarse a partir de la década de los 80, por la existencia de numerosos estudios epidemiológicos que constataban dos hechos repetidos: la incidencia de trastornos mentales era mucho mayor en los individuos con trastorno por uso de sustancias (TUS) que entre la población en general y los pacientes con trastornos psiquiátricos presentaban mayor tendencia al uso de sustancias de abuso. Esta comorbilidad entre patología psiquiátrica y TUS tiene gran importancia desde el punto de vista neurobiológico, diagnóstico, y terapéutico. Luque (2011).

(Szerman, Haro & Martínez-Raga, M. Casas citados por Bobes, Casas & Gutiérrez, 2011.pag. 118) sugieren que la Patología dual, fue un nombre acuñado por Miguel Casas en España, es la denominación clínica de una situación sindrómica en la que concurren una conducta adictiva y otro trastorno mental. En el mundo anglosajón es conocida como Diagnóstico dual, trastorno dual o trastornos concurrentes entre otros, aunque en el mundo hispano la denominación definitiva es la de patología dual. Pese a la arbitrariedad de esta denominación, hoy todos los clínicos conocen la implicación en este nombre de una conducta adictiva y otro trastorno mental.

De acuerdo a lo anterior para la clasificación de la patología dual, se debe contemplar la etiología y el proceso asociado a los trastornos por uso de sustancias. Por consiguiente la

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

clasificación respecto a la etiología del proceso según Solomon, Zimberg y Shollar (1996 citado en Navarro, 2013); se divide en varios tipos:

*Trastorno dual tipo I.* comprende que el trastorno psiquiátrico es primario y el trastorno por uso de sustancias es secundario, es decir, el trastorno psiquiátrico, es previo a que el consumo de sustancias cree dependencia e influya en el mismo.

*Trastorno dual El tipo II.* El trastorno por uso de sustancias es anterior al comienzo del trastorno psiquiátrico. Se fundamenta en los siguientes aspectos: La abstinencia y/o el consumo, son considerados el origen de los trastornos del humor y episodios depresivos, La intoxicación y la abstinencia pueden generar trastornos de ansiedad y crisis de pánico, La dependencia al alcohol, anfetaminas y cocaína aumentan el riesgo de síntomas psicóticos.

*Trastorno dual tipo III.* Comprende la coexistencia del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de sustancias de origen independiente. Dentro de este tipo se observa la complicada tarea de clasificarlos, como que los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias están presentes y no coinciden en comienzo y curso, así como que los trastornos son crónicos y severos con distintos comienzos y cursos sobrepuestos. Otras clasificaciones dentro de este tipo, encuentran que el trastorno psiquiátrico se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro. Por otro lado, el trastorno por consumo de sustancias se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar el curso del otro. El trastorno dual verdadero es considerado el del tipo III, aunque es importante la distinción entre los diferentes tipos de trastornos duales, ya que el pronóstico del trastorno dual de tipo I con un trastorno psicopatológico primario es peor que cuando el trastorno por abuso de sustancias es anterior.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

## MÉTODO

### DISEÑO

El paradigma con el cual se abordó la presente investigación es Empírico Analítico, donde según Arnal, del Rincón y Latorre (1992), prima la objetividad sobre otros elementos. Al participar del principio de objetividad se asume la replicabilidad de las investigaciones, por lo tanto, la posibilidad de verificar o no, el conocimiento generado. Las herramientas metodológicas de este paradigma son el método deductivo, el uso de estrategias y técnicas que generan datos de tipo estadístico. Igualmente, las variables en relación al consumo de sustancias psicoactivas específicas de la marihuana, se determinan en la selección de la muestra. Los resultados se analizaron de manera deductiva, pues los datos generales de la investigación podrán servir para ser estudiados a nivel grupal e individual, en proceso de prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

El enfoque trabajado fue cuantitativo, que de acuerdo a Sampieri y otros (2003), se caracteriza por la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento. En este caso se aplicaron tres instrumentos de medición, (Ficha de datos sociodemográficos Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview- versión 5.0.0), *Escala PDQ-4+ (Personality Disorder Questionnaire)* los cuales permitieron extraer, analizar información desde puntuaciones numéricas, y relacionar las variables de mayor significancia.

El tipo de investigación, fue descriptivo; porque permitió hacer un análisis a partir de datos numéricos, los cuales indicaron porcentualmente cuáles son los trastornos de mayor relevancia basados en una escala de medición. Llegando a significar e identificar los trastornos asociados al consumo de marihuana (Patología Dual), de acuerdo a lo expuesto por Sampieri (2003), se analizaron los datos de modo sistemático; las características de una población, situación o área de interés. El estudio no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Por tal motivo, en el presente trabajo se describieron cada una de las variables que se

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

relaciona con, datos sociodemográficos, consumo de marihuana y los trastornos que se asocian a la patología Dual.

Por último, el estudio que se plantea es de tipo trasversal, según Sampieri y otros (2003), refiere que son útiles para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida, en un punto específico de tiempo. Por esta razón, a la muestra objeto de estudio, internos consumidores de marihuana del Complejo Penitenciario Carcelario Penitenciario de Ibagué, se les aplicó los instrumentos de medición solo en un momento determinado.

### POBLACIÓN

Conformada por 1200 internos de género masculino, de edades de 18 a 59 años, consumidores de marihuana, del Complejo Nacional Penitenciario de Ibagué COIBA y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el a trabajo de investigación.

### Muestra

Para esta investigación se tuvo en cuenta, una muestra probabilística. Es decir, se seleccionaron los sujetos al azar de esa población establecida, teniendo en cuenta, que la muestra fuera representativa.

Mediante un Muestreo Aleatorio Simple (MAS), que es un método estadístico que permite calcular un tamaño de muestra fijando: un nivel de significancia o porcentaje de confianza  $Z_{\alpha/2}$  donde a mayor nivel de confianza mayor será el tamaño de la muestra, para este estudio el nivel de confianza es del 95%; porcentaje de variabilidad  $p = q = 0,5$ ; valor máximo admisible de error  $d = 0,16$ ; y el tamaño de la población  $N = 1200$ . La fórmula a usar para obtener el tamaño de muestra apropiado mediante este tipo de muestreo es:

$$n = \frac{Nz_{\alpha/2}^2pq}{d^2(N - 1) + z_{\alpha/2}^2pq}$$

Donde al reemplazar los valores descritos anteriormente se obtiene un tamaño de muestra  $n = 36$ .

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión de acuerdo a Sampieri y otros (2003) definen una característica como condición para ingresar al estudio y automáticamente excluyen a quienes no la poseen. Los criterios de exclusión actúan sobre los incluidos en el primer grupo. El uso de criterios de inclusión y exclusión tiene como finalidad controlar o anular algunas variables intervinientes que el investigador decide no estudiar.

Los criterios de inclusión y exclusión en la investigación que se tuvieron en cuenta son:

- a. Que el rango de edad estuviera entre los 18-59 años.
- b. Consumidores de marihuana específicamente
- c. De género masculino.
- d. El tiempo de consumo de aproximadamente 12 meses de una forma regular.
- e. nivel escolaridad como mínimo primaria.
- f. No tener de base una enfermedad mental.

### **PROCEDIMIENTO**

Para la realización de la presente investigación fue conveniente y necesario implementar la distribución de los procesos pertinentes en fases, esto facilito organizar y ejecutar los procesos con el fin de lograr lo propuesto, así:

## **MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Fase I: Revisión documental: teniendo en cuenta la temática escogida, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de manera exhaustiva y profunda con el fin de conocer investigaciones por medio de revistas indexadas, artículos científicos, trabajos de grado de los cuales se encontró información pertinente para la investigación.

Fase II: Reconocimiento y selección de la muestra: como primera medida se estableció contacto con la Mayor Nancy Pérez González, directora del complejo carcelario penitenciario de Ibagué, a fin de lograr la aprobación de dicho proceso, posteriormente se fijaron fechas para la aplicación del instrumento de medición. Seguidamente se realizó la identificación de la población, que presentaron características similares para realizar la investigación. Posteriormente se seleccionó la muestra y se estableció el acercamiento a la población con el fin de formalizar con los sujetos a estudio el objetivo del proceso investigativo, socialización y firma de consentimiento informado.

Fase III: Recolección de datos a través de los instrumentos: Como primera medida se estableció y diligenció el consentimiento informado, en el cual los internos aceptaron voluntariamente lo estipulado; posteriormente se procedió a socializar y aplicar los instrumentos seleccionados.

Fase IV: Análisis de resultados obtenidos: En esta etapa se extrajo y se analizaron los datos obtenidos en los instrumentos aplicados, permitiendo elaborar y diseñar la información; para finalmente elaborar las conclusiones de la investigación que posteriormente fueron socializadas.

### **INSTRUMENTOS**

Para la recolección de datos en esta investigación se utilizó técnicas de tipo cuantitativo como lo son:

Ficha de caracterización sociodemográfica.

Se describe como la recolección de datos, donde se pretende tener una mirada general de la población objeto de estudio.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview- versión 5.0.0).

Escala PDQ-4+ (Personality Disorder Questionnaire) (Adaptación Española de Calvo, Caseras, Gutiérrez y Torrubia, 2002).

Herramienta para análisis de los resultados

Estadística descriptiva.

En el caso de variables categóricas, se elaboraron tablas de frecuencias, gráficos de barras y cruces de variables.

## **RESULTADOS**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta fase del trabajo investigativo, se da a conocer el análisis de los resultados obtenidos, mostrando inicialmente los datos sociodemográficos que caracterizan a esta población de internos, y posteriormente los instrumentos de medición (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview- versión 5.0.0- Escala PDQ-4+ (Personality Disorder Questionnaire) (Adaptación Española de Calvo, Caseras, Gutiérrez y Torrubia, 2002), estableciendo las relaciones entre las variables que tienen mayor significancia para el estudio planteado.

#### **.Tabla 1.**

**Análisis porcentual del PDQ-4 + según variables. Autoría propia**

**ANTISO**

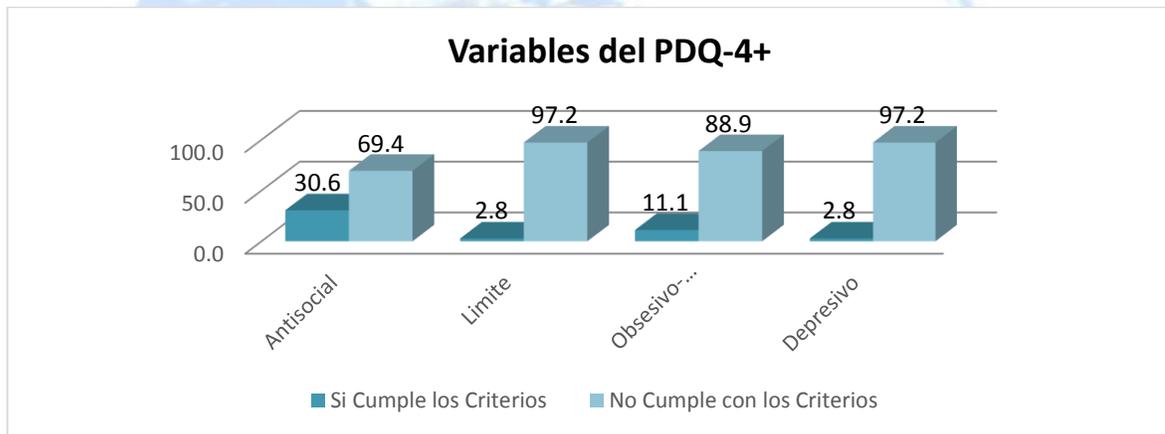
**LI**

**OBSESIVO-**

**DEPRE**

**MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION  
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

	CIAL	MITE	COMPULSIVO	SIVO
Si Cumple los	30,6	2,8	11,1	2,8
<b>Criterios</b>				
No Cumple con los	69,4	97,2	88,9	97,2
<b>Criterios</b>				

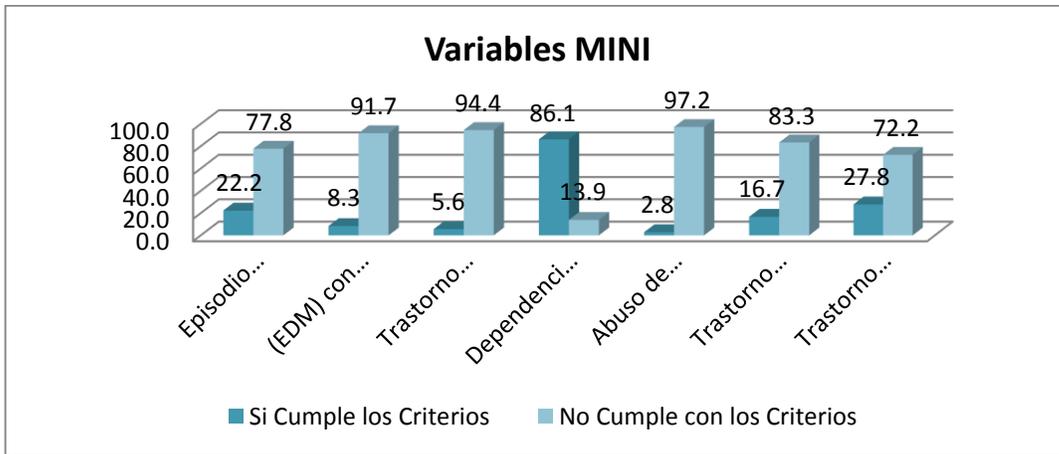


Grafica 1. Análisis porcentual del PDQ-4 + según variables. Autoría propia

**Tabla 2.**

**Análisis porcentual según variables MINI. Autoría propia**

	Episodio Depresivo Mayor (EDM) con síntomas melancólicos	Trastorno Distímico	Dependencia de sustancias	Abuso de sustancias	Trastorno De Ansiedad Generalizada	Trastorno Antisocial de la personalidad
Si Cumple los	22,2	5,6	86,1	2,8	16,7	27,8
<b>Criterios</b>						
No Cumple con los	77,8	91,7	13,9	9,2	83,3	72,2
<b>Criterios</b>		4,4	7,2			



**Grafica2. Análisis porcentual según variables de mini. Autoría propia**

De acuerdo a los resultados del análisis porcentual de las variables del *PDQ-4+*, se evidencia que el 30,6% sujetos evaluados cumplen con los criterios de un trastorno de personalidad antisocial, paralelo al consumo de marihuana. Seguidamente 11,1% cumplen criterios para un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo. Igualmente al retomar las puntuaciones de la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI International Neuropsychiatric Interview- versión 5.0.0 indica que el 27,8% de los internos consumidores de marihuana presentan un Trastorno Antisocial De Personalidad, seguidamente el 22,2% sujetos presentan episodio depresivo mayor actual, y el 16,7% de los internos presenta ansiedad.

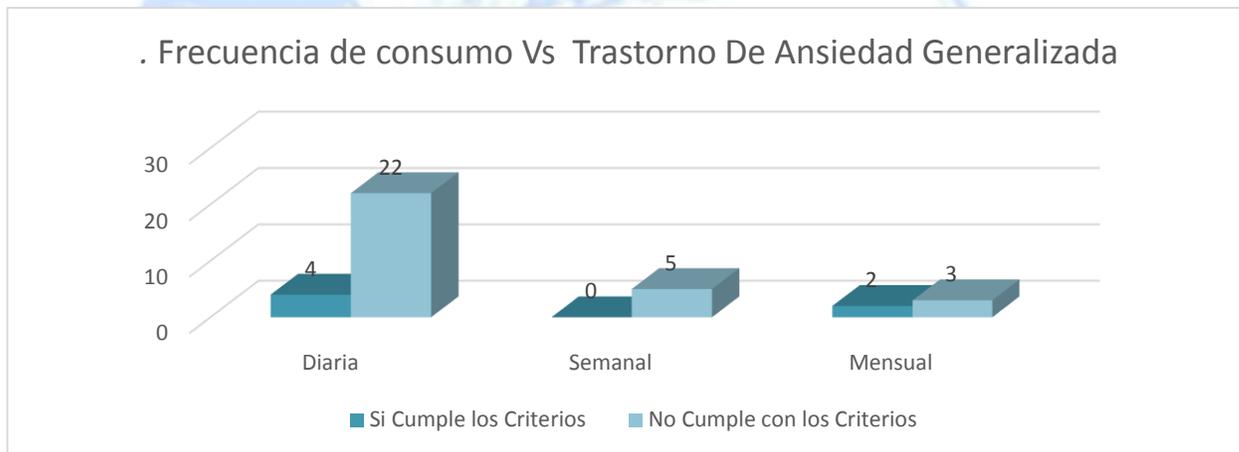
Según este instrumento, también se puede encontrar que en una alta proporción que el 86,1% presentan un alto nivel de dependencia al consumo de marihuana.

Tabla 3.

Frecuencia de consumo Vs Trastorno De Ansiedad Generalizada. MINI. Autoría propia

FRECUENCIA DE CONSUMO	DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		DE TOTAL
	Si Cumple los Criterios	No Cumple con los	

	Criterios		
<b>Diaria</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>26</b>
<b>Semanal</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Mensual</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>36</b>



**Grafica 3. Frecuencia de consumo Vs Trastorno De Ansiedad Generalizada. MINI.**

**Autoría propia**

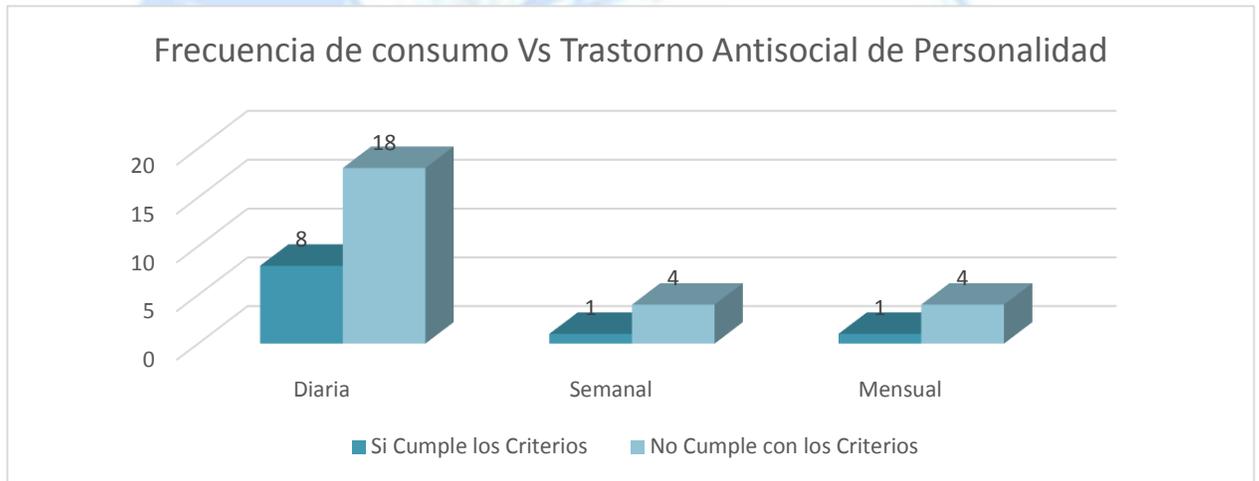
Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con esta variable y al relacionar la frecuencia de consumo con el trastorno de ansiedad generalizada, apenas 4 de los 26 internos que consumen diariamente marihuana cumplen con los criterios de dicho trastorno.

**Tabla 4.**

**Frecuencia de consumo Vs Trastorno Antisocial de Personalidad. MINI. Autoría propia**

FRECUENCIA DE CONSUMO	DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	TOTAL
	Si Cumple	No Cumple

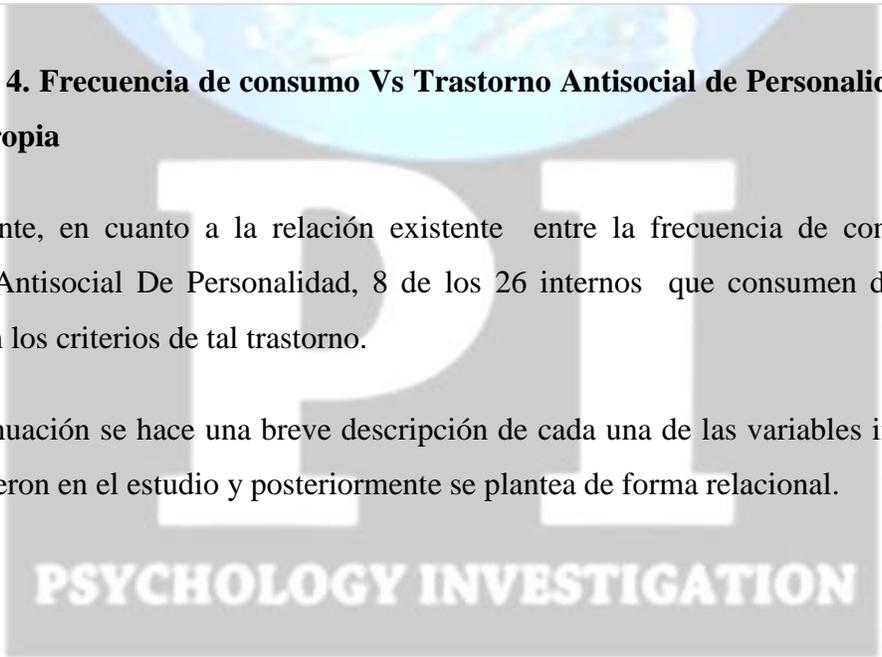
	los Criterios	con	los
		Criterios	
<b>Diaria</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>26</b>
<b>Semanal</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Mensual</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>36</b>



**Grafica 4. Frecuencia de consumo Vs Trastorno Antisocial de Personalidad. MINI. Autoría propia**

Finalmente, en cuanto a la relación existente entre la frecuencia de consumo y el Trastorno Antisocial De Personalidad, 8 de los 26 internos que consumen diariamente, cumple con los criterios de tal trastorno.

A continuación se hace una breve descripción de cada una de las variables individuales que se tuvieron en el estudio y posteriormente se plantea de forma relacional.



**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

La drogadicción es considerada como un problema grave en la mayoría de partes del mundo (Pinel, 2007). La problemática del consumo de drogas, como cualquier problema social, es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas, tanto así que puede considerarse como una dificultad social compleja y multifactorial, por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones. De este modo, podrá ser contemplado el problema desde perspectivas distintas, cada una de las cuales enfatiza en unos aspectos determinados y propone una postura aproximada particular (Pons, 2008). La condición de la problemática de las adicciones se complejiza por lo disímil en poder entender los elementos causales que mantienen he instauran la conducta adictiva, sumado a las diversidades de contextos donde emerge dicha problemática.

Otro problema que hace más difícil estudiar la condición de las drogas es cuando se relaciona los hechos delincuenciales con la drogodependencia, esto ha tenido gran importancia en los últimos años por la asociación entre el uso de sustancias psicoactivas, tanto legales, como ilegales, con la conducta antisocial (López, Alba, y Garrido, 2005), siendo particularmente necesario y de gran interés plantear investigaciones en estos contextos. Debido a que existen estudios en poblaciones vulnerables relacionados a lo social, pero es muy poco lo que tiene referencia al análisis de la problemática del consumo de marihuana en población carcelaria, siendo allí, donde las prevalecías, y las problemáticas que subyacen a consecuencia de ello hacen más crítico su entender, y es necesario delimitar los elementos patológicos que se asocian a dicho consumo.

Esta realidad tiene un claro referente en los datos que describen los motivos por los que las personas cumplen condena en prisión: el uso de drogas es habitual, siendo muy elevada la probabilidad de penados polidrogo dependientes, (García, 1999). Lo cual es evidenciado en los resultados obtenidos de esta investigación, donde el 86,1% internos evaluados, presento un alto índice de dependencia al consumo de marihuana y se encuentran pagando condenas por hurto porte ilegal de armas, al igual que por tráfico y porte de estupefacientes.

Según Támara, Silva, Padilla y Ariza (2011), a nivel nacional el consumo de marihuana, es una de las sustancias que más se utiliza en el contexto penitenciario, y carcelario, relacionándose así con el trastorno antisocial de personalidad, depresión, y

ansiedad. (Casares, 2010), respecto a lo anterior puede apreciarse en las conclusiones y análisis del presente estudio, que existe una prevalencia de trastornos antisocial, depresión y de ansiedad en los sujetos evaluados del complejo penitenciario, presentando a su vez un porcentaje elevado, para el consumo de marihuana del 72%.

Por otra parte, los elementos relacionados con la soledad, el escape a la realidad, la búsqueda de nuevos estilos de afrontamiento, desesperanzas, hacen que el consumo se presente en cada uno de ellos. Estos estímulos motivantes se sitúan en el sistema de creencias, lo cual puede explicar una frecuencia en la recurrencia para la adicción y los trastornos que se asocian a ella. Esta información es corroborada con el modelo cognitivo de Beck (1979), donde los estímulos desencadenantes del consumo no se sitúan fuera del sujeto, sino en su sistema de creencias. Lo que explica la frecuente concurrencia de adicción y otros trastornos psicopatológicos. Esto se observó en los datos obtenidos en la población objeto de estudio.

La Patología dual, fue un nombre acuñado por Miguel Casas en España, es la denominación clínica de una situación sindrómica en la que concurren una conducta adictiva y otro trastorno mental. (Szerman, Haro & Martínez-Raga, M. Casas citados por Bobes, Casas & Gutiérrez, 2011.pag. 118). Es por ello que los trastornos duales como diagnóstico suelen ser recurrentes, generando en el individuo que los presenta deterioros, con pronóstico negativos para el mejoramiento de dichos trastornos. Actualmente es uno de los problemas de salud mental presente entre la población carcelaria haciendo que requiera una mayor atención desde la psicología psiquiatría.

De acuerdo a lo expuesto en el referente teórico Solomon, Zimberg y Shollar (1996 citado en Navarro, 2013), la patología dual puede dividirse en tres tipos, ubicando la población estudiada en el trastorno dual tipo II, el cual se caracteriza por que el consumo siendo de la sustancia psicoactiva, se presenta anterior al comienzo del trastorno psiquiátrico. Información valida en los resultados encontrados por los instrumentos aplicados, encontrándose en una gran proporción paralelo al consumo de marihuana, trastornos psicopatológicos.

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

El Trastorno antisocial de personalidad es el de mayor prevalencia, el cual se define como un constructo psiquiátrico y psicológico, caracterizado por un patrón permanente de profundo déficit afectivo, acompañado por una falta de respeto por los derechos de los otros y por las normas sociales. (Hare, Pherso, Forth, 1988 & American Psychiatric Association, 2002, citados en Mejía & Palacio, 2007). De igual forma, las personas con este trastorno suelen ser presuntuosos, arrogantes, dominantes, manipuladores, irritables, incapaces de establecer fuertes vínculos emocionales y carentes de empatía, culpa o remordimiento (Durst, Gresham, Lane & Lambros citados en Mejía & Palacio, 2007). Estas características son evidentes y hacen parte constante de la estructura de la personalidad en los sujetos evaluados, estando presente en ellos la impulsividad, la relación permanente con algún tipo de sustancia psicoactiva, peleas físicas, versen expuestos a peligros que amenazan su integridad y no se sienten culpables de hechos delictivos cometidos en contra de otras personas. Es así que se corrobora la hipótesis de Mejía y Palacio (2007), quienes manifiestan que hay una asociación entre el Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA) y los Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (TCSP), en sociedad actual un gran número de delitos están relacionados de forma directa e indirecta con el consumo de sustancias.

En un segundo rango de importancia, se encuentra el Episodio depresivo mayor, como prevalente en este estudio, según lo puntuado por el MINI (International Neuropsychiatric Interview), en relación a ello el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante un período de al menos 2 semanas. El sujeto puede experimentar, otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o toma decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Cada uno de estos criterios son característicos en la población evaluada, condición que merece atención, relevancia, siendo que al unirse con un alto grado de dependencia y prevaleciendo también un trastorno antisocial, se engloba a una estructura de la personalidad clínicamente afectada, que en el transcurrir del tiempo esos signos y síntomas

que caracterizan a esos cuadros patológicos, tenderán a agudizarse, y los pronósticos para el nivel de prevalencia estarán en aumento.

Por último en un tercer rango, los internos también cumplen con los criterios de un Trastorno Ansiedad generalizada, el cual está caracterizado por una constante preocupación, Inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador), malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (Algunos de los cuales han persistido más de 6 meses) (American Psychiatric Association. DSM-V, 2014). La ansiedad generalizada como consecuente del consumo de marihuana, puede generar una serie de condiciones de inestabilidad que complica el trastorno de base, empeorando el curso de la enfermedad con aumento de la cronicidad, siendo estas condiciones de alto riesgo para las personas que se encuentran detenido.

Es así, que los resultados de esta investigación indican, que un alto porcentaje de las personas internadas en prisión presentan un trastorno de consumo de sustancias, en este caso el consumo de marihuana unido a otros trastornos mentales. Lo anterior se relaciona con el estudio realizado por Casares et al (2010), en España, donde el 78,7% de la muestra presenta un trastorno comórbido al Trastorno por uso de sustancias. Estos resultados a su vez superaron, a los ofrecidos por Piselli, Elisei, Murgia, Quartesan y Abram (2009), para quienes uno de cada cinco reclusos (20,9%) tenían comorbilidad por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos, coincidiendo con la tasa de patología dual del 80% en personas encarceladas, frente al 31% observado en la comunidad, obtenidas por Butler et al. (2007), y con los hallazgos de Gunter et al. (2008), para quienes más del 90 por ciento de los reclusos cumplían los criterios de un trastorno psiquiátrico actual o pasado, siendo los más frecuentes los trastornos por uso de sustancias (90%), trastornos del humor (54%), trastornos psicóticos (35%), trastorno de personalidad antisocial (35%) con una media de 4,2 trastornos (dos tercios tenían 3 o más trastornos).

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Al relacionar la teoría de Prochaska y Diclemente, quienes proponen 5 estadios de cambio. La población objeto de investigación se ubica en la fase precontemplativa, es decir, son personas que no tienen intención de cambiar, no idealizan la característica negativa ni las consecuencias que trae el consumo de marihuana. En relación a este constructo teórico, las personas inmersas en una problemática de conducta adictiva deben tener elementos motivacionales, por el cual decidan tener cambios a futuro en relación a su problemática, contemplando elementos cognitivos, emocionales para motivar al paciente y generar un cambio en él. Este grupo de personas no consideran necesario el cambio pues no ven un problema que lo haga necesario. Estas características se relacionan con los trastornos comórbidos en cada uno de ellos.

Desde la perspectiva clínica, cada uno de los elementos con los cuales tiene que vivir un interno dentro de una cárcel están: el estrés, condiciones sanitarias, soledad, la exposición a las drogas, historial de actos delictivos. Estas condiciones hacen que los trastornos se conviertan en elementos patológicos que pueden aumentar en su cronicidad, viéndose reflejados en la conducta de su personalidad.

La teoría cognitiva identifica, la percepción, la estructura de las experiencias del individuo, sus sentimientos y conducta, siendo estos elementos estructurales e iniciales para entender el procesamiento de la información. (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Razón por la cual este busca reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas a estas reacciones. Esto se evidenció en el personal evaluado donde sus pensamientos están siendo gobernados por condiciones psicopatológicas, que no les permiten visualizar ideas claras en relación a su problema de consumo de marihuana, teniendo procesamientos de información, basados en errores perceptuales, niveles motivacionales con un bajo umbral y emociones basadas en características relacionadas a inestabilidad emocional, ansiedad y depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR.(2002). Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Tercera Revisión. Barcelona. Masson.

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson (Original 2000).

Arroyo J M.(2005). El Grupo De Trabajo Sobre Salud Mental En Prisiones (Gsm). Actividades Y Funcionamiento. Rev Esp Sanid Penit 2005; 7: 86-91

Bringas, Rodríguez, López, Rodríguez, Estrada. (2012). Consumo de drogas y conducta delictiva: análisis diferencial de la Heroína y la cocaína en la trayectoria infractora. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, vol. 3, núm. 1, enero, 2012, pp. 39-54

Brusa, M. & Bonet, L. (2004). Desarrollo psicológico: Escuela de padres.

Calafat A (2006). Cannabis: Clínica. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G. Tratado SET de trastornos adictivos. Panamericana. Madrid. 231-37

Comas, D. (1985). El Uso De Drogas En La Juventud. Madrid: Instituto De La Juventud, Ministerio De Cultura.

L. Gutiérrez-Rojas, J. De Irala, M.A. Martínez-González. Efectos Del Cannabis Sobre La Salud Mental En Jóvenes Consumidores. Rev Med Univ Navarra/Vol 50, Nº 1, 2006, 3-10

L.F. Callado, A. Verdejo-García. Consumo de cannabis, juventud y género. (2011). Trastornos Adictivos. 2011; 13(3):89-90.

Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. Neurosci Biobehav Rev. 2006;30(6):718-29.

Prochaska, J.& DiClemente, C .(1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), Progress in behavior modification (pp. 234-259). Newbury Park: Sage.

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Quiroga G, M.(2002). Cannabis Y Psicopatología Comorbida .Adicciones, 2002 • Vol.14  
Núm. 2 • Págs. 191/200 191

Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo A.L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar.  
Centro de Investigación en Criminología. Informe nº 15, 1-80. Recuperado en  
<http://www.uclm.es/criminologia/pdf/15-2008.pdf>

Sampieri, R; Fernández Collado, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación  
(3a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Torrens, M. (2008) Patología Dual: Situación Actual Y Retos De Futuro. Adicciones, 20,  
315- 320.

Torres M, E, R. (2012). Adiestramiento En Patología Dual Grave. Memoria Científica  
.Programa Jofre Programa Para La Formación E Investigación En Psiquiatría .Provincia de  
Castellón.

UNODC, Oficina De Las Naciones Unidas Contra La Droga Y El Delito. (2010). Informe  
Mundial Sobre Las Drogas. Subdivisión De Investigación Y Análisis De Tendencias,  
Viena, Austria.

Vargas U, Torres M, Icaza G, Alvarado V (2003). Consumo De Sustancias Psicoactivas  
Capaces De Producir Dependencia. Centro De Desarrollo Estratégico E Información En  
Salud Y Seguridad Social Cendeiss. Recuperado De  
<Http://Www.Cendeiss.Sa.Cr/Modulos/Aismodulo3.Pdf>.

Verdejo, G,A . (2009). Neuropsicología Del Abuso De Cannabis. Universidad De Granada

Waber D P, De Moor C, Forbes PW, Almli CR, Botteron KN, Leonard G, Milovan D, Paus  
T, Rumsey J; Brain Development Cooperative Group. The NIH MRI study of normal brain  
development: performance of a population based sample of healthy children aged 6 to 18  
years on a neuropsychological battery. J Int Neuropsychol Soc. 2007 Sep;13(5):729-46.

**RESEÑA AUTOR**

**HELMER CHACÓN PERALTA**

Psicólogo de la Universidad Antonio Nariño – Maestría Internacional en Adicciones Universidad Miguel Hernández. Alicante España Doctorando en Psicología, Universidad Pontificia Católica de Buenos Aires UCA, Presidente del Colegio Colombiano de Psicólogos Capitulo Tolima. Coordinador programa de psicología UAN – Ibagué. Representante del Campo de la Salud Colegio Colombiano de Psicólogos Docente especialización en Pedagogía Infantil – Docencia Universitaria – U-magdalena Convenio INALFEC. Co-investigador Grupo de investigación Necesidades Psicosociales y Violencia.

