

# Trastornos adictivos | BOLETÍN INFORMATIVO

Vol. 2 - No. 3  
septiembre – diciembre 2017

ISSN: 2518-4288  
IRNPS: 2430

GRUPO DE INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA



PUEDES PARAR EL SUFRIMIENTO

## **B**oletín Trastornos adictivos

### **¿Qué es?**

El boletín Trastornos Adictivos es una publicación seriada cuatrimestral coordinada por el Grupo de Investigaciones sobre Adicciones (CEDRO) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana que tiene como objetivo contribuir a divulgar resultados científico-técnicos y los avances relacionados con la prevención y atención de dicha problemática de salud en Cuba y el resto del mundo. Permite la actualización sobre las consecuencias y abordaje del uso indebido de drogas y de la práctica de actividades adictógenas desde una perspectiva interdisciplinaria y multisectorial, siendo consecuente con las prioridades y objetivos del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente con su adscripción universitaria brinda información actualizada sobre el enfrentamiento al flagelo de las adicciones desde las aristas docente, investigativa y extensionista.

### **¿A quién va dirigido?**

Es un servicio orientado a todos los profesionales de la salud de Cuba y en especial a aquellos que integran la comunidad universitaria y que asumen ésta temática como la arcilla fundamental de su quehacer en aras de contribuir al bienestar físico psíquico y espiritual de nuestro pueblo. Desde esta perspectiva contribuye a incrementar la cultura general integral de los interesados.

### **¿Cómo usarlo?**

Se distribuye en formato electrónico a los usuarios de la Red Académica sobre Adicciones. También puede ser consultado y descargado en <http://instituciones.sld.cu/cedro/boletin>, disponible desde el portal de instituciones de Infomed.

### **¿Para qué?**

Este boletín se concibió para mantener actualizados regularmente a los usuarios acerca de la repercusión de la temática Adicciones en la salud humana. No se trata de un servicio concebido para la toma de decisiones médicas, sino para orientar sobre las tendencias más actuales en el ámbito de la docencia, la asistencia, las investigaciones y la extensión universitaria.

### **¿Quién realiza el servicio?**

El boletín Trastornos Adictivos lo realiza un comité editorial integrado por expertos en los temas de prevención y atención a las adicciones de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

### **Proyecciones futuras**

Las proyecciones futuras del boletín son posicionarse como un recurso informativo de excelencia que sirva de base científica a quienes se forman como profesionales de la salud, a quienes abordan esta problemática desde la vertiente científico técnica y a quienes en el día a día asumen la responsabilidad de atender a los pacientes víctimas de este flagelo.

### **¿Qué beneficios ofrece a los usuarios?**

Nuestros tres números anuales aportan información necesaria para mantenerse actualizado en un tema que demanda sistematicidad y operatividad por sus implicaciones sobre la salud humana. Su utilización como base bibliográfica por los cursistas del Diplomado Nacional Abordaje Integral de las Adicciones y de la Maestría en Prevención del uso Indebido de Drogas, coordinadas desde CEDRO, constituye otro beneficio de gran valía para su equipo de realización. Este es un servicio que puede ser usado en Cuba y en cualquier otro lugar, por una institución o persona.

Testimonio: Prevención del uso de drogas y alcohol a temprana edad en la población aborigen australiana	Página 3
Revisión: Alergia, Drogas y Narcóticos	Página 8
Capacitación: La adolescencia y la Juventud como etapas del desarrollo psicológico. Fortalezas y riesgos para la iniciación en el consumo sistemático de drogas	Página 12
Presentación de caso. Intervención psicológica en la prevención y atención de las adicciones	Página 17

## Prevención del uso de drogas y alcohol a temprana edad en la población aborígen australiana

Lic. Marcelo Di Martino

El hecho de haber tenido la posibilidad de trabajar tiempo completo con la Comunidad Aborígen local (Wollongong, Australia) entre abril del 2005 y octubre del 2008 me ofreció una oportunidad única de embeberme en una cultura tan antigua y tan esencialmente humana como fascinante. Y éstas son, como generalmente sucede, palabras de otro. Freud nos invita, en "Tótem y tabú", a remitirnos a lo esencialmente humano por vías de "observar" e informarnos acerca de las tribus Aborígenes Australianas.

Trabajar en el Centro Médico para Aborígenes del Illawarra (Illawarra Aboriginal Medical Service - IAMS), me ofreció un sinnúmero de oportunidades de aprender acerca de la comunidad Aborígen local así como de los asuntos que concernían a las comunidades Aborígenes en Australia en general. El centro médico me dió, no solo la oportunidad de procurarme un ingreso por vías de ofrecerme un trabajo, pero también la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en un ámbito que ha merecido la atención del gobierno australiano por décadas debido al reconocimiento y la aceptación de la idea de que los Dueños de Australia por excelencia y los Custodios Tradicionales de esta tierra que ha recibido una oleada migratoria variada, compleja y abundante, habían sido aquellos menos favorecidas por las políticas de expansión imperialista anglosajona.

Los Aborígenes Australianos sufrieron las mismas calamidades que otros pueblos indígenas del mundo, pero con algunas particularidades a veces horrendas, a veces complejas y en todo sentido, inhumanas.

Entre el exterminio masivo y las malvadas políticas de remoción de niños Aborígenes del cuidado de sus padres para ser educados como "blancos", encontramos otras atrocidades e injusticias que como objetivo principal conllevaban a la desaparición paulatina de una raza.

Los Aborígenes Australianos no accedieron a los mismos derechos que la población australiana anglosajona sino hasta después de la votación de un referéndum en 1967. Hasta ese momento, la desigualdad y la confusión en relación con los derechos de "los unos" y "los otros" pobladores de las antípodas se alimentaba de la desinformación general. Hasta aclarar oficialmente que no era cierto que antes del referéndum los Aborígenes no eran, por ejemplo, considerados "fauna" o que no tenían el derecho al voto, la falta de educación con respecto al tema hacia que el público en general pensara que ese era el caso y así eran las cosas. Mientras estas concepciones eran solo percepciones y malentendidos del público en general, una otrora investigadora del que se había dado en llamar el Centro de Historia del Estado en Australia del Sur (State History Centre - South Australia), Pat Stretton, explicó que, aunque estas percepciones eran sólo percepciones, eran ya elementos bien arraigados y constituidos en el discurso público en general lo que hacía que la población Aborígen fuese percibida de esa manera. Esto contribuía también y lógicamente, a la percepción por parte de la población Aborígen de que así era "la realidad" para ellos y "los demás".

En este estado de cosas, la población Aborígen ha sufrido años de lucha y políticas sutiles de exterminio que han eliminado vidas en algún momento por vías de matanzas pero mayormente, de aniquilamiento de la identidad de una población de por sí pacífica, amistosa y con una estructura social bien constituida.

Podría hablar páginas y hasta volúmenes acerca de esta problemática y su historia, pero, desde que arribé al punto de tocar el tema de la identidad, considero menester referirme a esta tópica en forma particular.

Con el correr del tiempo, después de ser colonizados o como los Aborígenes prefieren decir, "invadidos", los Custodios Tradicionales perdieron su propia ley y sus derechos naturales y esencialmente humanos.

Como expresé en mi presentación en La Habana, en 2016, "El Aborígen [Australiano] perdió su Kanyini y se quedó atrapado entre dos mundos... Viviendo una vida vicaria en su propia tierra".

La entrada de los europeos vino acompañada de sus costumbres y hábitos saludables e insalubres.

El consumo de alcohol es un hábito bien arraigado en la cultura anglosajona.

La cultura propia del alcohol llegó a Australia con los primeros barcos. Subsecuentemente, otras oleadas migratorias posteriores también arribaron a estas costas (y aeropuertos) con sus propias culturas del alcohol.

Los Aborígenes Australianos pasaron de ser cazadores, recolectores, nómades y/o sedentarios y en absoluta conexión con la Madre Tierra y la naturaleza a conectarse con una serie de elementos que no le eran propios y así perdieron su conexión

con esos elementos naturales, su Kanyini. El alcohol, la harina, el azúcar, las grasas saturadas le eran ajenas hasta ese momento y la adopción de los mismos y la inclusión en su vida diaria comenzó a tener consecuencias devastadoras para su salud.

Más tarde llegaron las drogas. El acceso de la población Aborigen a las mismas se da a mi entender por los mismos canales por los que se da con otras poblaciones incluyendo las anglosajonas y las del “resto del mundo” (léase, inmigrantes viviendo en Australia).

En la búsqueda de las causas de una adicción, siempre me ha ayudado en mi trabajo diario dividir esas causales en los siguientes grupos que paso a explicar a continuación:

- a- Aquellos que buscan modelos “identificatorios”: como hemos dicho, el Aborigen Australiano no conocía el alcohol. Asimismo, una vez impuesta la cultura foránea, una de las formas de avenirse por así decirlo, fue incorporar esos hábitos y costumbres ajenos. Por ejemplo, en un pasado no muy lejano, cuando ya los Aborígenes Australianos eran reclutados por el ejército australiano para servir a intereses internacionales, a los dueños tradicionales de Australia no les estaba permitido consumir alcohol en un bar. Cuando se comenzó a permitir la entrada de Los aborígenes Australianos a beber con otras comunidades, consecuentemente, nació la percepción por parte del Aborigen de que era por fin aceptado en cierta forma. Esta sensación (falsa) de que nacía una igualdad de derechos, tuvo consecuencias aniquiladoras para ellos. Una vez más, algo que no les pertenecía, enmascarado como un logro, solo contribuía a destruir ese Kanyini, esa conexión que al Aborigen le era natural.
- b- Aquellos que se auto-medican: las presiones de avenirse a una cultura diferente invasora e invasiva produce una serie de tensiones y el uso de alcohol y drogas ofrece una falsa vía de escape, una posibilidad de evadir el estrés por vías de adormecer los sentidos aniquilando asimismo esa conexión que les es propia naturalmente.
- c- Aquellos que buscan incorporar costumbres y ritos de pasaje que no le son propios: en la mayoría de las culturas que componen el crisol de razas australiano, cuando los jóvenes alcanzan la mayoría de edad (y pueden acceder al alcohol por sus propios medios) un rito de pasaje común es beber en el día del cumpleaños y generalmente, hasta cegarse, perder los sentidos, quedar inconsciente, enfermar y hasta en algunos casos, morir por causas directas (colapso orgánico o corporal) o indirectas (por accionar en estado de embriaguez).

Así es como basado en ciertas estadísticas (algunas más bien falsas percepciones) hay una percepción general de que el Aborigen Australiano:

- no controla su ingesta de alcohol y drogas como el resto de la población (estadísticamente falso),
- esta sobrerrepresentado en las cárceles y en los niveles de criminalidad (verdadero)
- no puede avenirse a formarse, estudiar, trabajar, etc. (falso)
- abusa (más que el resto de la población) de los derechos Adquiridos en los últimos años en el ámbito del bienestar social, las cortes, etc. (falso)
- y otras que no cabe destacar en este momento.

En ese estado de cosas y habiendo sido ya aceptado por la comunidad en general, a mi arribo al trabajo en un día en particular, me encuentro con que mi presencia era requerida en una escuela para conversar con un grupo de jóvenes (edad promedio 12 años) por haber sido hallados fumando cigarrillos en los baños.

Se me asignó inmediatamente la tarea de hablar con ellos y explicarles acerca de las consecuencias del uso de tabaco a tan temprana edad. En conversación con estos jóvenes, cuando les pregunté por qué la inclinación por fumar (y por beber, por la cual también indagué) la respuesta fue “porque somos Aborígenes” [y eso es lo que hacemos].

En estado de shock, retomé la charla que adquiriría cada vez más carácter retórico.

Pero no me fui del lugar ese día sin formularme una serie de preguntas:

- a- Cómo miembros de una cultura que hasta hace solo doscientos años no conocían el tabaco, el alcohol y (más tarde) las drogas, llegan a pensar y hasta convencerse de que estas sustancias y las prácticas que implican sean parte de la cultura de ellos?

- b- Como la pérdida de esa conexión o Kanyini gestada y sostenida a lo largo de 200 años puede ser más fuerte que 60.000 de historia previa?
- c- Que se puede hacer si la juventud ya se está perfilando como consumidores de tabaco, alcohol y drogas?

Entre algunos de los recursos a los que tenía acceso mientras me desempeñaba como psicólogo para el centro médico, encontré material en relación a algunos proyectos en los que maestros, trabajadores sociales, médicos y otros trabajadores de la salud implementaban a nivel preventivo con buenos resultados.

Así fue que hallé información de que en el estado de Australia de Sur, en una escuela, un educador y director de escuela con experiencia y expuesto a los problemas socioeconómicos que enfrentan chicos y jóvenes Aborígenes en áreas remotas o rurales de Australia, notó que había una correlación entre la falta de orgullo por la propia identidad y la tendencia a no asistir a la escuela y dedicarse a actividades inconsistentes que desembocaban en el uso de alcohol y drogas (una problemática que se producía a cada vez más temprana edad).

El (ahora) profesor Chris Sarras, otrora director de una escuela, comenzó entonces a estructurar una estrategia entendiendo de antemano que necesitaba despertar la motivación de los estudiantes.

El concepto de asistencia [a clase] era la condición necesaria para su trabajo con los estudiantes. Asimismo, el comprendió que “obligar” a los niños a asistir a clase sin darles nada a cambio, era una forma más de defraudar a una comunidad que ha sido defraudada por generaciones.

A mi parecer, después de informarme acerca del tema, el concepto de asistencia consiste de varios aspectos:

- 1- Asistencia como condición necesaria: a más de ser obligatoria y por ley, la asistencia a la escuela era el aspecto más importante para poder dar continuidad al trabajo de educación y prevención.
- 2- Asistencia como oportunidad de trabajar con los niños. Una oportunidad para el trabajador y una verdadera oportunidad para los niños. La oportunidad de aprender, de progresar en la vida y de fortalecerse (un concepto central en el proyecto, como veremos más adelante)
- 3- Asistencia para crear el hábito del compromiso. Compromiso con la tarea, con el cambio, con la propia cultura y con uno mismo.

Para asegurar la asistencia a clase, se crearon una serie de actividades y asimismo se mejoraron algunas ya existentes para hacer esta asistencia a clase atractiva a los estudiantes.

Estas actividades incluían cocina, artes, cultura y obviamente la currícula escolar pero esta última, no necesariamente como el objetivo principal.

Un video intitulado “Stay Strong” (permanece fuerte) que es también el nombre del proyecto (“Stronger and Smarter” - “más fuerte y más inteligente”) muestra otro aspecto importante del mismo: el uso de la oratoria y el carisma ejercido por Chris, que en sí mismo, hacen el modelo mucho más atractivo a los jóvenes, despertando no solo compromiso, pero orgullo y hasta pasión por la propia cultura [Aborígen].

En el video, al frente de una clase, se lo puede ver a Chris diciendo

“quien es Aborigen aquí?” (y los niños levantan la mano al grito de “yo [soy]!!!”)

“quien está orgulloso de serlo?” (y los niños levantan la mano al grito de “yo [lo estoy]!!!”)

“si somos todos Aborígenes y orgullosos... eso no significa estar “allá abajo”

“si somos todos Aborígenes y orgullosos... eso no significa ser una basura, una nimiedad”

“esto último no es lo que somos”

“ustedes no me pueden decir que son inteligentes y fuertes si no pueden venir al colegio, si no pueden sentirse orgullosos”

El objetivo primario del proyecto es romper con el prejuicio creado por la población anglosajona en particular y “adoptado” por la población general.

A fuerza del propio prejuicio que a veces se transforma en una falsa realidad generalizada, muchos sectores de la población Aborígen en general también se empieza a hacer eco de esos prejuicios. Un buen ejemplo son esos niños de los que hablé anteriormente en la escuela que visité. Los que expresaron que fumaban porque eran Aborígenes.

El objetivo secundario del proyecto es la escolaridad en sí. Una escolaridad entendida como integral que forma a los niños en el ámbito no solo académico pero que les da herramientas para el día a día y los edifica como personas, orgullosos de su cultura, de quienes son en realidad y sin prejuicios de ninguna índole introduciendo en forma práctica y efectiva el concepto de igualdad de condiciones.

Promover la asistencia a clase incluyó en varios casos “salir a buscar a los niños” para que asistan a clase. En otros casos, hubo que preguntarse seriamente si los padres valoran la educación para inculcar el compromiso para con ella desde el ejemplo.

El principio que garantiza la efectividad del método empleado en el proyecto, es como lo enuncia Chris que “...si los niños creen que pueden ser inteligentes y fuertes, eventualmente, lo serán”

El hecho de que exista una percepción estereotipada errónea con respecto a los Aborígenes y a los niños es, según las palabras de Chris, “...una tremenda tragedia”.

Y lo que es igual, el hecho de que los niños creen en estos estereotipos, se constituye en una barrera que parece infranqueable.

Las actividades propuestas más allá de las puramente académicas se tornan atractivas por el contenido cultural en sí de las mismas.

Aprender a cocinar incluye la adquisición de los alimentos, la compra y selección de opciones saludables y a precios razonables, la preparación de las diferentes comidas, la cocción y la práctica de compartir esos alimentos. En estas actividades se reflejan los aspectos que corresponden a la Cultura Aborígen siendo la alimentación una de las actividades más amplias como más fuertemente sociales.

Asimismo, la pintura ofrece la posibilidad de convertirse una actividad cultural importante en términos de reflejar no solo la identidad de cada persona pero la identidad cultural en general. La pintura del Aborígen Australiano, cuenta una historia. Cuando no la historia de una tribu, de la creación del mundo, y de la cultura aborígen per se, las pinturas cuentan la historia del autor, convirtiéndola en una oportunidad única no solo de expresión personal pero de conexión con las propias raíces tribales de la cultura. De la misma manera, la música (y el canto) cuenta historias. Así, ambas expresiones artísticas, la pintura y la música son solo dos de las mejores oportunidades de afianzar esa identidad que está dormida, y ese Kanyini, esa conexión que se ha perdido a través de los años.

Los cuentos para niños generalmente hablan de la creación de la tierra y la conexión de su gente con la misma. Historias acerca de los espíritus propios del área donde uno vive y las danzas que reproducen no solo esas historias sino también los quehaceres diarios propios de las tribus (caza, pesca, nacimiento, muerte, etc.) tienen un poder edificante mayúsculo cuando se practican con frecuencia y en el ámbito socio-cultural apropiado.

Teóricamente, vemos aquí la aplicación de los principios de la terapia cognitivo-conductual

1. Identificación del comportamiento a cambiar junto con los pensamientos asociados a ese comportamiento:

La inasistencia a la escuela, signada por la falsa concepción estereotípica de que el niño Aborígen no tiene capacidad (no puede ser inteligente y aprender), no tiene interés y nunca va a cambiar.

2. Determinar si el comportamiento es excesivo o deficitario: asistencia escolar pobre
3. Evaluar el comportamiento en términos de frecuencia para cada caso individual
4. Producir el aumento de la asistencia por vías de crear motivación a través de las actividades propuestas

Quebrar con la falta de asistencia, provee la oportunidad no solo de enseñar pero de fortalecer al niño en su cultura, mostrando claramente que le pertenece y que no le pertenece, culturalmente hablando.

Las drogas y el alcohol, no pertenecen a la cultura Aborígen. Por varias generaciones las comunidades aborígenes han operado bajo la sombra de este condicionamiento si se quiere, por el cual, a fuerza de insistencia, muchos cambios se han producido destruyendo identidades y vidas. Romper con ese concepto contribuye a la prevención de la búsqueda de falsas identidades por vías de adoptar comportamientos ajenos como la droga, el alcohol, la violencia y el sentimiento de que

no se puede mejorar y fortalecerse como persona procurando una educación integral con “altas expectativas” (otro concepto que conforma este proyecto).

Un dicho conocido en estas tierras enuncia lo siguiente “se necesita una población para criar a un niño” y así fue como, basado en este principio, nació más tarde el programa llamado Stronger Smarter Leadership Program, reconociendo que los directores de escuelas, maestros, padres y otros líderes de la comunidad tiene un rol no solo importante sino fundamental en la educación y el bienestar emocional, social y general de los niños. Este programa ofrece entrenamiento a estos líderes con el marco teórico y las experiencias del programa original de las escuelas.

El programa provee herramientas a estos líderes de la comunidad para mejorar y reforzar los resultados educativos de los niños con un énfasis particular en la identidad cultural.

El Stronger Smarter Institute ha celebrado más de diez años de sucesos.

En 1998 el Dr Chris Sarras fue el primer director Aborigen de la Cherbourg State School donde produjo cambios significativos en la manera en que los estudiantes aborígenes se educaban hasta ese momento.

Utilizando el abordaje llamado ‘strong and smart’ se comenzó a generar un cambio mayúsculo en términos de como la sociedad en general ve a los Aborígenes Australianos insertos en la misma

Ese suceso impulso la formación del Stronger Smarter Institute (el otrora Indigenous Education Leadership Institute) en Queensland

Entre el 2006 y el 2012 el Stronger Smarter Leadership Program pasó de ofrecer 4 programas por año para 80 personas a ofrecer programas regionales y nacionales proveyendo preparación a 250 personas.

En el 2015, el Stronger Smarter Institute ofreció 92 programas para 1,900 participantes, beneficiando a más de 38,000 estudiantes indígenas.

En el 2016 el profesor Chris Sarras fue galardonado con el premio (traducido) “Australiano Ilustre” en la llamada Naidoc Week (Semana del National Aboriginal and Islander Day Observance Committee).

## Alergia, Drogas y Narcóticos

Dra. Lisbet Cañadilla Blanco, Dra. Yusimy Arias López, Dr. Jolmis Martínez Silot

### INTRODUCCIÓN

Los casos de alergia a las drogas ilícitas y narcóticas son raros. Esto podría ser en parte al subregistro de casos atendidos en instituciones de salud debido a la naturaleza ilegal de estas sustancias. No obstante, los informes de eventos ocasionales demuestran la tendencia a las alergias en diferentes clases de sustancia psicoactiva. En esta revisión, discutiremos la evidencia de alergia mediada por la inmunoglobulina E (IgE) en depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) como el cannabis, opioides; estimulantes cocaína y anfetaminas así como alucinógenos ketamina y nuez moscada.

### Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC): cannabis y opioides.

#### El Cannabis sativa

El cannabis es un término genérico para las preparaciones de la droga: la marihuana, hachís, aceite de hachís, derivados todos del Cannabis sativa, planta herbácea de la familia Cannabaceae, con propiedades psicodélicas. Es originaria de las cordilleras del Himalaya en Asia. Contiene altos niveles de cannabinoides, particularmente el delta9-tetrahidrocannabinol, (THC): algunos de ellos son psicoactivos.

Aunque el uso del cannabis es ilegal en la mayoría de los países, son conocidos sus efectos relajantes y euforizantes, sobre todo por los adolescentes y jóvenes adultos. Se usan preparaciones utilizando las hojas y flores secas principalmente de la planta del cannabis hembra (la marihuana) y el derivado resinoso (el hachís) que se consume fumado, y también se hacen preparados para vaporizaciones, se mastica o se ingiere.

Las Naciones Unidas estimó que aproximadamente el 4% de la población mundial adulta (162 millones de personas) consume marihuana anualmente, y que alrededor del 0.6% (22,5 millones) lo consume a diario.

Aunque ha habido varios estudios sobre alergia respiratoria y cutánea profesional a las plantas de la familia *Cannabaceae* (*Cannabis sativa*) niveles de inmunoglobulina E (IgE) medió la alergia a Cannabis sativa.

El primer informe fue en 1971 y describe a un paciente que, después de fumar un cigarro de la marihuana, presentó una reacción alérgica.

La alergia al Cannabis puede ocurrir después de la exposición a través de la inhalación, el contacto cutáneo, la ingestión y administración intravenosa de la droga. Realmente, el humo o vapor puede ser portador del alérgeno del cannabis desencadenando cuadros de rinitis, conjuntivitis, y/o asma y de vez en cuando urticaria o angioedema.

También debe tenerse presente que esta es una planta anemófila. La polinización puede producirse por determinados agentes que transporten el polen desde la entera hasta el estigma de la flor, en este caso el agente polinizador es el viento por el cual el polen del cannabis sativa puede ser transportado a grandes distancias y comportarse como un alérgeno aéreo potencialmente inhalable.

Por ejemplo, en Nebraska donde el cáñamo es cultivado, la planta poliniza entre julio y septiembre, y alcanza un 36% del polen total en agosto. Bastante similar se hicieron las observaciones en los países europeos del Sur como Italia y España.

Los componentes alérgicos de Cannabis sativa no han sido estudiados completamente. Sin embargo, se ha purificado una lipoproteína de transferencia no específica (LPT-ne).

Se ha especulado que este constituye un alérgeno mayor del Cannabis sativa y puede ser una fuente potencial de sensibilización también en plantas comestibles como el tomate y el melocotón, pues en pacientes con alergia al Cannabis sativa (ACS) tenían antecedentes de serlo a estos alimentos. La sensibilización hacia el (LPT-ne) en éstos casos también podrían explicar las reacciones alérgicas cruzadas a varias bebidas alcohólicas como la cerveza y vino, tabaco y látex de Hevea.

En la actualidad, el diagnóstico de ACS generalmente descansa en comprobación en piel empleando los extractos preparados de macerados de hojas o flores. In vitro las pruebas que se han aplicado para documentar ACS son la medida de anticuerpos del IgE, las pruebas de liberación de histamina y prueba de activación de células basófilas. Cabe señalar

que estas pruebas no se han validado con fortaleza y que los resultados no son siempre predictivo para el resultado clínico, realmente en la comprobación superficial y cuantificación de IgE, se usan los extractos del alérgeno nativos, pues el resultado de la sensibilización no descarta la reacción cruzada a los compuestos como porfirinas, LPT-ne e hidratos de carbono presente en los alérgenos de la planta. Finalmente estas pruebas serológicas son tanto valiosas como en otras, en circunstancias en que exista la sensibilización al polen del cannabis, sin haber manifestación clínica alguna.

### Los opioides

Los opioides incluyen alcaloides naturales derivados del opio (el látex) expelido por las semilla de las vainas inmaduras de la amapola del opio.

Opioides naturales tales como la morfina y codeína; semisintéticos como el folcodina, hidrocodona, hidromorfona y heroína y compuestos sintético que no se relacionan químicamente a los opiáceos como el metadona, petidina, fentanyl y tramadol son comúnmente usados como analgésicos, pero también se abusa por sus fuertes efectos euforizantes.

Muchos opioides naturales y semisintéticos son liberadores inespecíficos potentes de histamina, una propiedad, a considerar en las reacciones anafilácticas mucho más prevalente que en las reacciones de hipersensibilidad mediado IgE.

Los datos hacen pensar que muchos pacientes tienen labilidad a las alergias por opioides, pero en realidad no se comportan como una genuina alergia. Debido a incertidumbres asociadas con las pruebas de piel tradicionales, potentes liberadores de histamina inespecíficos, indisponibilidad de ensayos validados IgE, el diagnóstico correcto de alergia mediada por IgE a la mayoría de estos agentes no es claro y el predominio de alergia opiácea podría sobrestimarse.

Se realizó un estudio epidemiológico por facultativos franceses (2005–2007) para analizar las anafilaxias perioperatorias. Aplicando pruebas superficiales y determinación de anticuerpos IgE, se creía que 13 pacientes padecían una alergia de morfina mediada por IgE. Sin embargo, debe llamarse la prudencia extrema en la interpretación de la prueba de piel positiva y suero IgE para opioides.

La amapola del opio (*Papaver somnífero*) perteneciente a la familia: Papaverácea es la planta de la que derivan opio y semillas de la amapola. El opio contiene un 15% de morfina, un alcaloide que frecuentemente se procesa químicamente para producir diacetilmorfina conocido como la heroína. El látex también contiene la codeína y varios alcaloides no narcóticos como la papaverina, tebaína y noscapina. A pesar del uso común de la morfina y la codeína estrechamente relacionada con (3-metilmorfina), las reacciones mediada por IgE a estas dos sustancias que se han informado, han tenido inconsistencias validas motivo de escasa documentación. Ha habido sólo un caso publicado en quien la IgE medió la alergia al papaveretum-hyoscina (una droga que contenía aproximadamente 50% morfina y 2.5 a 5% codeína (1980).

Algunos autores han recomendado las pruebas de provocación de droga para diagnosticar una alergia opiácea mediada por IgE. El diagnóstico de una alergia opiácea mediada por IgE, como en otras alergias, debe establecerse mediante historia completa y examen físico y por las pruebas de piel y determinaciones de anticuerpos IgE. Sin embargo, el diagnóstico correcto se dificulta. Primero, en cuanto a otras drogas y adicciones, los pacientes podrían ser muy renuentes admitir abiertamente el consumo y modificar la interpretación de sus síntomas. Segundo, hay riesgo considerable para sobrestimar el diagnóstico de alergia a opiáceo.

En Noruega, por ejemplo se halló IgE positivo a la morfina y folcodina en aproximadamente 5% de sangre de los donadores y 10% de pacientes que presentaron alergias, respectivamente. Se observó además anticuerpos IgE a la morfina y folcodina entre 0.5 a 1% de la población general. Al contrario en Armenia no se emplea anticuerpos IgE como un marcador seguro de alergia a opioides cuando se emplean en las pruebas la semilla de la amapola. Primero, de la semilla de la amapola se usa un extracto acuoso que contiene alérgenos naturales y como consecuencia aparecen reacciones cruzadas a componentes como porfirinas y LPT-ne que modifican el diagnóstico correcto de alergia opiácea.

Por ejemplo, se ha observado IgE positivo a la semilla de la amapola en 5 de 10 pacientes con una alergia establecida a *Cannabis sativa*, pero sensibilizó a LPT-ne. Paradójicamente, no se ha encontrado ninguna sensibilización a la semilla de la amapola en 3 pacientes con una alergia documentada a folcodina.

Además se ha encontrado presencia de LPT-ne en pacientes sensibilizados que demuestran un resultado IgE positivo para semilla de la amapola que se medicaron con morfina y codeína.

**La heroína** (diacetylmorfina o diacetato de morfina), también conocido como diamorfina, se sintetizó la primera vez para por Alder Wrighten 1874 agregando dos grupos acetyl a la molécula de morfina. La heroína como la morfina, es un liberador inespecífico potente de la histamina. Frecuentemente el prurito es la manifestación tras la inyección intravenosa. Este puede durar 10 min a 24 h. En el 4% de los casos, la heroína puede provocar urticaria que inicia aproximadamente 30 min después de la inyección persistiendo durante varios días mientras se continúe la administración, inyección o inhalación de heroína. También no son menos las reacciones anafilácticas con urticaria, angioedema severo y broncoespasmo pudiendo aparecer de inmediato.

Pero, todavía sigue faltando el mecanismo patológico mediada por IgE. Edston determino la triptasa en sangre post-mortem de 22 adictos a la heroína que fallecieron inmediatamente después de la inyección de la droga sin otra causa posible. Siete (32%) tenían concentraciones elevadas de triptasa. Aunque no se realizó cuantificación de IgE, en ausencia de concentraciones aumentadas de IgE, los autores especularon que algunas de éstas las fatalidades de la heroína podrían ser atribuibles a una liberación inespecífica del mediador de las células mástocitos.

### **Compuestos sintéticos**

Compuestos sintéticos que no se relacionan químicamente a los opiáceos como la metadona, petidina, fentanyl y el tramadol son opioides totalmente sintéticos fabricados artificialmente.

Las reacciones alérgicas IgE-mediadas a estos agentes son raras y parece involucrar petidina y fentanyl principalmente. Petidina (meperidina) fue el primer opioide sintético sintetizado en 1932 por el químico Otto Eislib, un agente anti-espasmódico potencial y se usa actualmente en el dolor de post-operatorio. Petidina es un potente liberador de histamina. En 1951, Butler informo de una anafilaxis obstétrica con cianosis, urticaria e hipotensión profunda después de la administración de 100 mg intramuscular de petidina. El diagnóstico de anafilaxis a petidina era dudoso debido a una prueba de provocación de petidina positiva, pero ninguna demostró un mecanismo IgE-mediado. Sin embargo, ningún caso fue estudiado. Recientemente ocurrió un caso de urticaria relacionada a petidina con angioedema facial, disfagia y disfonía validadas en prueba de reacción cutánea en 10 pacientes.

El citrato de Fentanyl es un narcótico sintético 1000 veces más potente que la petidina. De las distintas drogas utilizadas durante la anestesia general, el fentanyl no provoca inmediatamente la descarga de histamina de las células mastocitos cutáneas. El primer caso documentado de anafilaxia al fentanyl durante la anestesia general parece fue descrito por Pevny y Danhauser, diagnóstico apoyado por la comprobación superficial. Sin embargo, se han publicado algunos informes de prurito inducido, urticaria y anafilaxias. Un estudio epidemiológico francés sobre anafilaxia determino que en 10 de 3769 pacientes (0.003%) se ha identificado como alérgico al fentanyl. Sin embargo, en la mayoría de éstos el diagnóstico de los casos no podría ser inequívoco puesto que los anticuerpos de IgE específicos sólo se han informado en un caso. Fentanyl contiene en su grupo un nitrógeno terciario y por consiguiente podría reacción cruzada con petidina.

Tramadol es el 4-fenyl-piperidina análogo sintético de codeína. El Tramadol parece no inducir la descarga de la histamina. Algunos casos de urticaria inducido y angioedema se han publicado. Sin embargo, nuevamente, la evidencia firme para una reacción IgE-mediada continua ausente. Se verá, que los pacientes han presentado angioedema aislado sin prurito, urticaria u otro efecto anafilactoide, mecanismos fisiopatológicos que por regla deben incluir en el cuadro clínico. En este contexto, el hecho que varios pacientes con angioedema inducido al tramadol suponían agentes activadores de la inhibición de la Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) o tenía una historia de angioedema a (IECA) muchos coinciden que la bradiquinina es el mediador potencial de vasodilatación en el fenómeno inducido por tramadol.

### **Los estimulantes de SNC (la cocaína, las anfetaminas)**

La cocaína natural (el benzoilmetilecgonina) es un alcaloide cristalino que se obtiene de las hojas de la planta de coca (Eritroxilom coca) originaria de los Andes en la región de América del Sur. La cocaína se extrae de las hojas por maceración añadiéndole varios solventes (incluso el querosén) o (ácido sulfúrico), hasta obtener una pasta (pasta de coca). Esta pasta contiene un 80% cocaína, purificándose a cocaína base para luego someterla a una reacción con el ácido clorhídrico, formando el hidrocloreto de cocaína.

El polvo de la cocaína puede ser usado por vía oral, sublingual, nasal, intravenoso, intramuscular, hipodérmico, o rutas intravaginales, en formula pura o adulterado o incluso mezclado con morfina o heroína (speedball) u otro xenobiotico. El abuso de la cocaína puede ser muy perjudicial y resultado de lesión destructiva: los problemas de salud dentales, la tríada de pseudoesclerodermatosis, necrosis y gangrena de extremidades, hemorragia intracerebral y periféricas, urticaria, angioedema, rabdomiolisis entre otras. Sin embargo, ningún caso de alergia de la cocaína IgE-mediada, se ha informado. El angioedema uvular que se ha descrito ha ocurrido por el abuso intranasal de restos de la cocaína.

### **Anfetaminas**

MDMA (3,4-metilenodioximetilamfetamina) ampliamente conocido como éxtasi, es una droga entactogena dentro de las clases de anfetaminas con eventos adversos y tóxicos bien establecidos. Sin embargo, la alergia a MDMA es bastante infrecuente.

En 2008, se informó de una adolescente de 13 años que presento reacción severa con nausea, vómitos, apnea y finalmente pérdida de conciencia después de aproximadamente 4 h de exposición a media tableta de éxtasi. A la llegada al servicio de emergencia estaba en coma, hipotérmica, hipotensa y taquicárdica. A pesar del tratamiento ella se murió 30 h de la exposición. El análisis toxicológico reveló la presencia de MDMA en la sangre en concentración demasiado baja para ser letal y excluyó otras intoxicaciones. La autopsia reveló edema cerebral, pulmones congestionados y un edema laríngeo. Estos resultados, junto con un episodio anterior fueron considerados muy sugestivo para una reacción anafiláctica a MDMA. Más recientemente, se describió un paciente consumidor de éxtasis que presento urticaria papular facial. En ambos casos, de nuevo, ninguna evidencia para un reacción mediada por IgE.

### **Alucinógenos**

#### **Ketamina**

Ketamina se emplea en la inducción anestésica, sedación, analgesia y amnesia, y en el tratamiento del broncoespasmo. La Ketamine también se usa con fines recreativos. Las alergias a esta droga son bastante inusual. Un reporte de caso en una paciente de 19 años, presentó una reacción anafiláctica durante la anestesia. Desarrolló laringoespasmo y rash generalizado después del uso de ketamina. Las pruebas intradérmicas revelaron una reacción alérgica a ketamina. La comprobación superficial confirmó una reacción positiva a ketamina.

### **CONCLUSIÓN**

En la actualidad, poco es conocido sobre la alergia mediada IgE a las drogas ilícitas y narcóticas. Las reacciones de la hipersensibilidad a estas sustancias raramente están documentada, probablemente en parte debido a su naturaleza ilegal. El cannabis la sativa parece la sustancia más importante responsable en la hipersensibilidad alérgica. Las pruebas de la piel, para la determinación de anticuerpos, pruebas de liberación de histamina y las pruebas de activación de células basófilas pueden ayudar en el diagnóstico de alergia al cannabis sativa. Respecto a opioides, cocaína, anfetaminas y ketamina, se necesitan de estudios que demuestren cuales compuestos alergénicos pueden inducir determinada respuesta orgánica así como la validación de pruebas.

## **La adolescencia y la Juventud como etapas del desarrollo psicológico. Fortalezas y riesgos para la iniciación en el consumo sistemático de drogas.**

(Documento elaborado a solicitud del Ministerio de Educación para la capacitación a profesores y directivos)

Dra. Laura Domínguez García, Dr. Justo Reinaldo Fabelo Roche.

En la adolescencia ocurren un conjunto de cambios biológicos o “transformaciones puberales” que abarcan los antropométricos, fisiológicos y endocrinos, así como a la maduración sexual. Estas potencialidades del desarrollo físico poseen una importante repercusión psicológica; en particular, en la autovaloración, -incluida la imagen corporal-, y también, en el carácter de la valoración que recibe el adolescente por parte de los adultos y coetáneos.

En cuanto a la actividad formal, los adolescentes continúan asistiendo con carácter obligatorio a instituciones de la Enseñanza Media y, posteriormente, de la Enseñanza Media Superior, por lo que la actividad de estudio cambia tanto por su contenido como por su forma en comparación con la edad escolar y requiere de la utilización de nuevos métodos de asimilación de los conocimientos.

Por otra parte, en su tiempo libre los adolescentes desarrollan diversas actividades y hay mayor selectividad en la elección de las mismas, en función de sus intereses generales. Algunas de estas actividades pueden ser altamente motivantes y relegar las actividades vinculadas a la escuela a un segundo plano. También pueden encontrarse o no vinculadas con la profesión a la que piensan dedicarse en el futuro.

En sus relaciones de comunicación con los adultos los adolescentes tienden a ser muy críticos y, por esta razón, los adultos dejan de ser autoridades sagradas. Esta valoración es poco reflexiva y tiende a ser rígida por el carácter dicotómico del pensamiento en esta edad y la insuficiente consolidación de algunas formaciones motivacionales. La aceptación de los maestros por el adolescente va a depender en mayor medida de su estilo de comunicación que de su preparación técnica. Los adolescentes privilegian a los profesores que establecen con ellos un diálogo abierto y se preocupan por sus inquietudes e intereses y no únicamente por las vinculadas con la esfera de los estudios.

En cuanto a las relaciones de comunicación entre los adolescentes y sus padres vemos que las mismas dependen de diferentes factores como el nivel socio-económico, escolar y cultural de la familia y el estilo de comunicación que se ha venido desarrollando entre padres e hijos.

Se produce el conflicto adulto-adolescente, el cual tiene como causa principal, la divergencia de opiniones de adultos y adolescentes en cuanto a los derechos y deberes de estos últimos. El carácter más o menos agudo de dicho conflicto depende de la capacidad o incapacidad de los adultos y, en particular de los padres, para dejar a un lado la moral de obediencia -propia de etapas anteriores- y establecer con sus hijos un diálogo abierto y una actitud de entendimiento mutuo.

Es por ello que una de las principales vías para lograr atenuar este fenómeno o solucionarlo, consiste en producir cambios en el estilo de comunicación con el adolescente, de forma tal que el adulto combine una dirección firme y consecuente con la flexibilidad necesaria y la racionalidad de las exigencias. Los adultos deben explicar a los adolescentes el motivo de sus exigencias, provocar reflexiones mutuas y aplicar la fuerza de su poder sólo cuando resulte imprescindible.

Otro fenómeno de carácter psicológico y fuerza motriz del desarrollo, típico de este período, es la llamada crisis de la adolescencia como reflejo cognitivo y vivencial de la falta de correspondencia que se produce entre las crecientes potencialidades físicas y psicológicas del adolescente y las posibilidades reales con que cuenta para su realización, en el contexto de los sistemas de actividades y comunicación donde transcurre su vida.

La crisis se encuentra condicionada por diferentes factores: los biológicos (transformaciones puberales), los psicológicos (necesidades de independencia, autoafirmación y la intensa búsqueda de la identidad personal) y los sociales (referidos a la posición intermedia que ocupa el adolescente en su sistema relaciones con quienes le rodean).

Como manifestaciones de la crisis de la adolescencia se presentan un conjunto de conductas que resultan censurables a los ojos de los adultos, ya que los adolescentes tratan de sobresalir en alguna esfera, dan muestras de sabihondez, emplean estilos altisonantes de conversación, hacen un uso exagerado de la moda y del argot juvenil, y en ocasiones tienden a aislarse o se comportan agresivamente, mientras que en otros momentos demuestran timidez, retraimiento,

etc. Estas conductas son interpretadas por los adultos como expresión de rebeldía, pero también son expresión de la inseguridad del adolescente y una forma de buscar comunicación y apoyo por parte de quienes le rodean.

En lo relativo a las relaciones de comunicación con los coetáneos o iguales, los adolescentes pasan más tiempo con sus compañeros que en el seno familiar, por lo que sus valores y normas de conducta están determinados, en buena medida, por el carácter de estas relaciones, tanto en el grupo formal como en el espontáneo o informal. La necesidad de ocupar el lugar deseado en su grupo de coetáneos se convierte en motivo fundamental de la conducta del adolescente, y su equilibrio y bienestar emocional dependerá de que logre ocupar en el mismo, el lugar deseado. La importancia del grupo la demuestran fenómenos, tales como: el conformismo, el negativismo y la persecución de la nota. La ausencia del reconocimiento deseado por parte de sus iguales, puede llevar al adolescente a convertirse en el peor alumno de su aula y, por este camino, a conductas antisociales que pudieran desembocar en la comisión de actos delictivos.

La amistad constituye otra importante esfera en el sistema de comunicación durante la adolescencia. Esta relación se basa en la confianza total, la ayuda y el respeto mutuo, aunque se produce una tendencia a idealizar al amigo y la amistad puede romperse con relativa facilidad.

Las relaciones de pareja son inestables, ya que poseen un carácter experimental y contribuyen al desarrollo de la autovaloración o identidad personal y, en particular, de la identidad sexual y de género del adolescente. Esto resulta peligroso, pues los adolescentes en muchos casos no cuentan con una adecuada educación sexual, constituyendo un grupo de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual y, también, pueden llegar a una maternidad o paternidad precoz.

La formación psicológica más importante en esta etapa es la autovaloración o identidad personal. Así, se unen sus funciones subjetivo-valorativa y reguladora, y al autovalorarse el adolescente destaca sus cualidades psicológicas y morales, aun cuando todavía esta valoración está muy influida por la opinión del grupo y se presenta cierta tendencia a la sobrevaloración.

Como logros fundamentales del desarrollo de la personalidad podemos señalar el surgimiento del pensamiento teórico y de una actitud cognoscitiva más activa hacia el conocimiento de la realidad, lo que unido al desarrollo de formaciones motivacionales complejas como son la autovaloración, los ideales y la motivación profesional, conduce a una regulación más consciente y efectiva del comportamiento. Especial progreso se produce en la esfera moral, aún sin la presencia de una concepción del mundo, formación típica de la edad juvenil.

Todas estas adquisiciones, al ser objeto de reflexión consciente por parte del adolescente y vivenciarse como potencialidades, lo impulsan a exigir de quienes le rodean mayor independencia y respeto para su individualidad y a mostrar conductas que inducen a valorar este período como una etapa crítica.

De aquí la importancia de dirigir conscientemente las influencias educativas que se ejercen sobre los adolescentes por parte de la familia, la escuela y la sociedad, en general. Entre los aspectos a tener en cuenta durante la adolescencia sobresale la frecuente iniciación en el consumo de sustancias psicoactivas, muchas veces propiciada por la propia familia y reforzada en el contexto de las relaciones con sus pares. El tabaco y el alcohol constituyen las drogas más asequibles dado su carácter legal y disponibilidad social y comunitaria.

Estas sustancias sientan las bases para el uso de otras que por su carácter ilegal suelen preocupar mucho más a los adultos. Sin embargo en ambos casos el adolescente se expone a pasar rápidamente del contacto inicial al uso exploratorio o recreativo y desde el mismo a uso sistemático o de riesgo, al abuso o a la adicción propiamente dicha.

En tales casos las consecuencias son impredecibles llegando a producirse trastornos neurocognitivos no solo durante la intoxicación o la abstinencia, sino además de modo permanente lo que puede llegar a frustrar las principales aspiraciones o proyectos del adolescente ya que se afecta su capacidad para asimilar información relevante y desarrollar habilidades y capacidades.

Ante la disponibilidad de las drogas, solo la percepción de riesgo puede evitar el contacto inicial con la sustancia. Se trata de un sistema que incluye elementos informativo-valorativos, afectivo-vivenciales e intencionales-conductuales que si se afianza en el adolescente deviene en regulador esencial para el control de las conductas adictivas. Sin embargo con frecuencia el adolescente se siente invulnerable y en tales casos el consumo continúa de manera permanente

desarrollándose el llamado síndrome amotivacional caracterizado por la pérdida de los intereses propio de la edad y su concentración en el consumo como única alternativa.

El uso indebido de drogas constituye un indicador disfuncional de la personalidad en formación, afectándose tanto la regulación inductora como la regulación ejecutora del comportamiento. Al descontrol emocional se añaden las limitaciones cognitivas y la afectación de las funciones ejecutivas que impiden pueda regularse y autorregularse la conducta de manera eficaz.

El docente al igual que la familia puede identificar al estudiante en riesgo o consumidor si tiene en cuenta algunas señales de alerta, entre las cuales pueden citarse la disminución abrupta del rendimiento académico, la pérdida de intereses por las motivaciones o gustos habituales, los cambios de amigos y contextos socioculturales, la afectación significativa de sus relaciones interpersonales tanto con el maestro como con los padres y otros familiares, el descuido de los hábitos de higiene y estética personal, el comportamiento inadecuado en clase y la utilización de objetos extraños que pudieran estar asociados al consumo.

Para lograr el rescate de un adolescente consumidor no basta la información acerca de los riesgos del consumo. Si bien conocer sobre las consecuencias del uso indebido de drogas es importante solo si a ello se añade una adecuada motivación por el cambio y el desarrollo de habilidades específicas para lograrlo, puede aspirarse al desarrollo de una conducta preventiva.

Cuando la afectación del adolescente haya alcanzado niveles elevados, la atención psicológica y médica es imprescindible. Sin embargo en los estadios iniciales de la enfermedad adictiva la intervención del maestro suele ser de especial utilidad. Además de brindarle información pertinente al adolescente, el docente puede facilitar sus reflexiones acerca de cuanto pudiera afectar el consumo de drogas la consecución de sus proyectos y metas. Además puede entrenarlo en habilidades que pueden ser de gran utilidad para enfrentar problemáticas familiares y sociales que pudieran estar afectándolos.

Otra forma de ayudarlos es potenciando el desarrollo de factores protectores como por ejemplo un estilo de vida adecuado, en el que se incluyan actividades dirigidas al desarrollo de su espiritualidad. El acercamiento al arte y la cultura, al deporte y a la práctica de ejercicios físicos, a la alimentación saludable y al establecimiento de un ciclo de sueño y actividad adecuado, contribuye de manera eficaz a evitar el desarrollo y afianzamiento de intereses relativos al consumo de drogas. Enseñarlos a afrontar la adversidad a partir de sus propios recursos, a desarrollar patrones de comportamiento saludables y a identificar sus valores y creencias, son alternativas de atención válidas. Si bien ello constituye un reto tanto para los profesionales de la salud como para los maestros y orientadores, debemos tener presente que de ello depende el éxito de las acciones preventivas.

La juventud se caracteriza por ser una etapa de afianzamiento de las principales adquisiciones logradas en períodos anteriores y, en especial, en el transcurso de la adolescencia. Estos avances en el desarrollo de la personalidad se producen en consonancia con la tarea principal que debe enfrentar el joven: la de autodeterminarse en las diferentes esferas de su vida, dentro de sus sistemas de actividad y comunicación.

La elección de la futura profesión o el desempeño de una determinada actividad laboral ocupa un lugar elevado en la jerarquía motivacional de los jóvenes y nos permiten establecer distinciones entre sus variados sectores, como son los estudiantes universitarios, los de nivel de técnico medio, trabajadores estatales o por cuenta propia, campesinos, etc. Entre estos sectores existen diferencias de carácter sociológico y económico que se reflejan de múltiples formas en la subjetividad de los jóvenes, por lo que en comparación con etapas anteriores del desarrollo humano, en este período se torna más difícil el establecimiento de regularidades y tendencias generales del desarrollo psicológico.

En la juventud la actividad de estudio o actividad formal adquiere un carácter científico-profesional, sobre todo en el caso de aquellos jóvenes que continúan desarrollando sus estudios en la Educación Superior. En diferentes momentos de esta etapa, los jóvenes se van integrando al desempeño de una determinada actividad laboral y el éxito en la misma dependerá, en importante grado, de su preparación profesional y motivación por las tareas a realizar.

En relación con la actividad informal o no institucionalizada, se observa en ocasiones gran dispersión de intereses, lo que les genera dificultades en la organización y distribución de su tiempo. Otra característica en esta esfera, propia de la

juventud, es que su vida cultural y recreativa se encuentra orientada, en mayor medida, hacia espacios externos al centro de estudios o laboral que a los institucionales.

Adentrándonos en el análisis del sistema de comunicación, en la juventud las relaciones con los adultos se basan en la valoración crítica de sus cualidades psicológicas y morales, con un mayor nivel de argumentación que en la adolescencia y mayor flexibilidad.

La aceptación de los maestros depende de sus cualidades personales y estilo de comunicación, privilegiándose aquel basado en el diálogo y el respeto mutuo y, también, atendiendo a su competencia profesional. De igual forma, las relaciones con los padres basan en el respeto mutuo, lo que favorece el intercambio comunicativo sobre nuevas bases.

El desarrollo de la capacidad de autodeterminación en la juventud y la necesidad de independencia mejor estructurada y fundamentada que en la adolescencia, permiten al joven mostrarse como un ser relativamente independiente de las opiniones de su grupo de coetáneos o iguales, siendo capaz de enfrentarse abiertamente a determinados criterios de estos, si considera inadecuadas ciertas posiciones, normas o exigencias grupales.

En esta etapa se produce una búsqueda intensa de la amistad, concebida como una relación afectiva, altamente individualizada, estable y profunda. Las relaciones de amistad entre los jóvenes se rigen por importantes valores morales, como son la honestidad y la lealtad, y presentan un carácter selectivo, diferenciándose los compañeros de los amigos, por lo que tiende a disminuir el número de estos últimos.

En cuanto a las relaciones de pareja, la búsqueda de una mayor estabilidad constituye una tendencia en esta etapa, aunque el logro de dicha estabilidad y la forma en que cada miembro de la pareja enfoque y proyecte la relación, dependerá, en gran medida, de la educación recibida principalmente en la familia respecto a esta esfera. También aparecen el proyecto de creación de la familia propia, la preparación para el matrimonio y la llegada del primer hijo, como regularidades de la edad.

En este período se consolidan el pensamiento conceptual teórico –adquiriendo un carácter emocional personal- y los intereses profesionales, que pueden convertirse en intenciones. Las intenciones profesionales surgen como formación motivacional compleja y expresión de una tendencia orientadora de la personalidad hacia esta esfera, en el momento en que el sujeto es capaz de elaborar los contenidos de esta motivación en las perspectivas de su vida presente y futura y con un elevado compromiso de la autovaloración.

En la juventud la autovaloración resulta más flexible y estructurada que en la adolescencia, lo que indica que esta formación ha ganado en estabilidad y objetividad, sirviendo de apoyo a la elaboración del sentido de la vida o proyecto de vida. El joven confiere mayor importancia a aquellas cualidades vinculadas con el dominio de sí mismo y su proyección futura.

Por otra parte, se produce una búsqueda consciente del ideal, el cual se asume teniendo como base una valoración moral y crítica de sus características. Los ideales, al igual que la autovaloración, se convierten en patrón de evaluación del comportamiento del joven, propio y ajeno. La regulación moral en la juventud resulta más estable, en comparación con la alcanzada etapa de la adolescencia, y esto se debe, en buena medida, al surgimiento de la concepción del mundo. Esta formación permite al joven estructurar su proyecto de vida, a través de planes, objetivos, metas y de las estrategias correspondientes para su consecución.

La concepción del mundo es la representación generalizada y sistematizada de la realidad en su conjunto, de las leyes que rigen su devenir y de las exigencias que plantea el medio social a la actuación del joven; es también la representación del lugar que ocupa el hombre en este contexto, y por ende, la propia personalidad. La concepción del mundo sirve de sostén a la elaboración del sentido de la vida, en tanto sentido de la propia existencia y camino o estrategia a seguir, para encontrar el lugar al que se aspira dentro del cuadro del mundo. El problema del sentido de la vida, aunque constituye una reflexión sobre sí mismo, sólo se realiza y expresa en la propia actividad del sujeto y en su sistema de interrelaciones con quienes le rodean, no estableciéndose de manera invariable, por cuanto se va reestructurando y construyendo durante toda la vida.

El surgimiento de la concepción del mundo y la elaboración del sentido de la vida, transforman la esfera afectivo-motivacional en la etapa de la juventud, momento en que adquieren carácter de formaciones psicológicas complejas de

la personalidad y sirven de apoyo, como elemento distintivo de la regulación del comportamiento, al proceso de autodeterminación del comportamiento.

Si bien las características de la juventud como etapa del desarrollo psicológico, pueden constituir un referente para el docente preuniversitario, es válido señalar que dicha etapa del ciclo vital humano no se consolida hasta edades posteriores. En el nivel medio de formación e incluso en los primeros años de los estudios superiores es frecuente que continúen manifestándose algunas de las características propias de la adolescencia. En la actualidad la preparación para un trabajo o profesión demanda más tiempo y ello hace que la autodeterminación e independencia propias de la juventud, al menos en el plano económico, llegue más tarde.

Más que valorar la extensión de la adolescencia hasta edades posteriores, nos interesa identificar la coexistencia de características propias de la adolescencia que si bien tienden a ir superándose, constituyen elementos de gran valor para diagnosticar el riesgo adictivo. Es importante reconocer que en Cuba está prohibida la venta, y por tanto el consumo, de drogas legales antes de los 18 años de edad, no obstante esa regulación suele ser violada con frecuencia ya que los mecanismos para el control de su cumplimiento son limitados e ineficaces.

Las encuestas nacionales y otros estudios desarrollados en contextos académicos, han revelado que la edad promedio de iniciación en el consumo tanto de drogas legales como ilegales es inferior a los 18 años de edad. Ello impone reconocer que muchas veces se llega a la juventud con una experiencia de consumo previa y que en esa etapa al tener el joven mayor independencia y autodeterminación es más complejo incidir sobre dicho fenómeno.

En estos casos la concepción del mundo como formación motivacional de la personalidad puede estar permeada por una actitud favorable al consumo de determinadas sustancias psicoactivas. Es conocido que algunos de nuestros jóvenes defienden de manera vehemente su derecho a consumir sustancias consideradas legales en otros contextos, alegando que el consumo de tabaco suele ser más dañino y sin embargo es legal. En esos casos a los profesionales de la salud y de la educación nos toca recordarles que entenderíamos que ellos propongan la ilegalización del tabaco, pero la legalización de otras sustancias no solo no es competencia nuestra, sino que al implicar afectaciones a la salud no la consideramos prudente.

En general los jóvenes que se iniciaron tempranamente en el consumo de determinadas sustancias adictivas o en la práctica de determinadas actividades capaces de generar adicciones, pueden haber desarrollado niveles de dependencia suficientes como para diagnosticarse la enfermedad adictiva. Es importante identificarlos más que todo para ayudarlos a vencer dicha problemática y brindarles el tiempo necesario para su tratamiento, su rehabilitación y su reinserción sociofamiliar.

El trabajo preventivo con los jóvenes también impone la necesidad de ofrecer un nivel de información elevado acerca de las consecuencias del uso indebido de drogas. Tanto el desarrollo del pensamiento conceptual teórico como el hecho de disponer de una concepción del mundo holística y cosmovisiva facilitan ahondar en esta temática. El joven tiene mayor control sobre sus emociones y necesariamente ha tenido más tiempo para desarrollar habilidades conductuales importantes.

El uso indebido de drogas puede llegar a mutilar las principales conquistas de la juventud. Por ejemplo la elección de la futura profesión o el desempeño de una determinada actividad laboral atractiva, pueden quedar relegadas de las principales motivaciones al privilegiar la necesidad de sustentar económicamente su consumo y para ello buscar alternativas rápidas e incluso ilegales, las amistades pudieran seleccionarse a partir de la comunión con el uso de drogas y las relaciones de parejas pudieran retornar a ser superficiales y efímeras.

Uno de los elementos más característicos de la juventud es el desarrollo de intenciones conductuales, entre las cuales aquellas que se relacionan con la profesión ocupan un lugar destacado. Se basan en una tendencia orientadora de la personalidad hacia determinada esfera del quehacer humano. Ello también puede estar afectado por las adicciones, legitimando el facilismo, la violencia y otros males. Nos corresponde velar porque los jóvenes puedan dirigir eficazmente su comportamiento, elaborar el sentido de sus vidas y realizar sus intenciones tornado en realidad sueños y proyectos. Solo así habremos vencido el flagelo de las drogas.

## Presentación de caso, Intervención psicológica en la prevención y atención de las adicciones.

Lic. Patricia Puga Vandama<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Psicología. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

### Resumen:

Las adicciones pueden afectar el bienestar psicológico, social y económico de las personas, así como su integridad biológica, y por tanto su *calidad y estilos de vida* en salud desde cada uno de los individuos. De ahí que el enfrentamiento a las drogas en sus diferentes categorías exige de todos los factores un esfuerzo mancomunado para combatirlas; enfatizando en la educación para la promoción de estilos de vida más sanos, la atención adecuada a grupos de alto riesgo y las medidas preventivas conocidas hasta hoy. Este estudio de caso, tuvo como objetivo, describir el patrón de consumo a través de la evaluación de categorías psicológicas y motivación para el cambio. Para ello, se usaron diversos métodos y técnicas psicológicas. Estamos en presencia de un joven de 27 años, con un uso compulsivo y repetitivo de la sustancia y una dependencia psíquica y física, trayéndole así consecuencias perjudiciales para él y las personas que le rodean. Su adicción lo ha llevado a un deterioro de la calidad de vida, un estilo de vida inadecuado, la no percepción de riesgo, proyectos futuros pocos estructurados, la presencia de diversos acontecimientos de vida significativos los cuales llevaron al inicio y mantenimiento del consumo y limitados recursos personales que no le permiten afrontar las situaciones y problemas. Concluimos diciendo, que estamos en presencia de un paciente que se encuentra en la etapa de cambio de pre-contemplación, pues no existe motivación hacia un mejoramiento o cambio de su situación actual.

**Palabras clave:** adicciones, categorías psicológicas, patrón de consumo, motivación para el cambio.

### INTRODUCCIÓN:

Los términos drogadicciones, toxicomanía, abuso de sustancias y hábitos tóxicos se utilizan indistintamente para designar un relevante problema de salud que en algunos países desarrollados supera en morbilidad y casi alcanza en letalidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas<sup>5</sup>.

Las drogas tienen un historial que se remonta hacia épocas muy antiguas de la civilización. La drogadicción es un fenómeno que abarca un sinnúmero de ámbitos, desde la política, la salud, la delincuencia, la violencia intrafamiliar, el desempleo, la deserción escolar, las depresiones y otros problemas psicológicos y sociales<sup>6</sup>. El mayor problema que tienen las adicciones no son sólo los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que producen a medio y a largo plazo. Son enfermedades, pero con algunas características que las diferencian del resto de los problemas de salud, debido a su influencia sobre la conciencia y a sus efectos transitorios y permanentes sobre la personalidad. Los valores humanos se afectan progresivamente y la vida social se reduce a compartir con personas cuyo estilo de vida se empobrece cada vez más, y llegan a la marginalidad por diversos mecanismos.<sup>5</sup>

El uso irresponsable de sustancias químicas y naturales, legales e ilegales, constituye en la actualidad una problemática social con gran repercusión a nivel individual, familiar y comunitario.<sup>5</sup> En general las adicciones y principalmente el grupo de drogas ilegales son responsables de la mitad de los arrestos policiales, del 50% de las muertes por accidentes de tránsito, del 50% de los homicidios, del 30% de los suicidios, del 70% de la violencia intrafamiliar y del 60% de los divorcios como algunas de las repercusiones sociales de las drogas que afectan la conducta.<sup>5</sup>

El paciente adicto sufre en la medida que van enriqueciendo a otras personas y hacen sufrir por su consumo a los seres queridos, siendo además de víctimas de quienes les venden las drogas, victimarios de sus convivientes.<sup>1</sup> De ahí que el enfrentamiento a las drogas en sus diferentes categorías exige de todos los factores un esfuerzo mancomunado para combatirlas; enfatizando en la educación para la promoción de estilos de vida cada vez más sanos, la atención adecuada a grupos de alto riesgo y las medidas preventivas conocidas hasta hoy.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo masculino, de 27 años de edad. Asiste a consulta porque refiere que quiere ingresar debido a su consumo. Consume drogas ilegales (marihuana, crack y cocaína). Lo acompaña su novia y una amiga de su mamá, esta última está a cargo de la casa, pues la mamá del paciente vive fuera del país. Después de indagar un poco, resalta su verdadero motivo

de ingreso y es que tiene una deuda de 7000 cuc y la única forma de pagarla es ingresando y haciendo ver a su mamá que está cambiando.

Inicia su consumo con 15 años, tras la pérdida de su padre, con quien existía un vínculo emocional afectivo muy fuerte, además de que este le establecía orden y límite, y un sentido de responsabilidad con las tareas del hogar y la escuela. Tras la ausencia del padre, quedaron solo él y la madre, pero las relaciones entre ellos siempre fueron conflictivas, a partir de este momento, el paciente se vuelve rebelde y la madre para no enfrentarse comienza a complacerlo en todo lo que pedía. Le compra un carro, el cual es usado para participar en las carreras de carro, aquí comienza el consumo de alcohol, este era esporádico, pero enseguida empieza a consumir marihuana. En estas carreras tiene un accidente, la madre le arregla el carro y a los meses, ya el paciente quería un carro nuevo y la madre lo complace. Después de un tiempo dejó de asistir a esas carreras y frecuentes bares y discotecas, donde incrementa el consumo de marihuana, haciéndose este diario e incorpora el consumo de crack y cocaína, pero en menor cantidad.

Luego la madre va a vivir a los Estados Unidos, el joven, se queda con una amiga de la madre, pero su conducta seguía, mantenía el consumo, las salidas, llegaba tarde a la casa, etc. Cuando tenía 20 años, la madre, vira para Cuba y lo manda a él a estudiar medicina a los Estados Unidos, con la idea de que así lo alejaría de ese mundo que estaba viviendo y las cosas fueran diferentes. En Estados Unidos, el paciente permanece 2 años, la madre le alquilaba un apartamento para que él estuviese ahí, pero su comportamiento fue igual, dejó la carrera y continuaba consumiendo, llegando a consumir hasta heroína. A los 2 años, él decide virar para Cuba y la madre se vuelve a ir para los Estados Unidos. Al regresar, seguía su consumo el cual era diario y en mayores cantidades. Comienza una relación de pareja, la cual también consume y prostituye para mantener el consumo de ambos. Al cabo de los meses, en una discoteca, andaban ellos dos con unos amigos y los cogen con 1gr de cocaína, actualmente está cumpliendo sanción a causa de esto, sanción cautelar en el hogar.

Desde que regresó de los Estados Unidos no ha vuelto a ver a la madre, solo hablan por teléfono y ahora ella no quiere saber nada de él, llegando al punto que quería que se fuera de la casa.

## **DISCUSIÓN:**

Nos encontramos ante un paciente con un uso compulsivo y repetitivo de la sustancia, que va en búsqueda de los efectos placenteros que le genera, lo cual le trae para su organismo efectos estimulantes y depresores. Este consumo le ha traído consecuencias negativas como: agresiones, desordenes públicos, accidentes, conflictos familiares, reducción de sus intereses, pérdida de metas y planes de vida, así como la pérdida de la capacidad para resolver problemas y situaciones. Por tanto, considero, que nos encontramos, ante un paciente que tiene instaurada una adicción, ya que, existe esa compulsión a seguir consumiendo, ha existido una tendencia al aumento de la dosis, con una dependencia tanto psíquica como física, trayendo así consecuencias perjudiciales para el paciente y las personas que le rodean.

Entre las causas de su adicción, podemos situar: la débil tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad y depresión, estos guardan estrecha relación con la situación que estaba viviendo cuando inició el consumo, debido a la pérdida de su padre, con el cual había un fuerte vínculo emocional afectivo y por otro lado no contaba con el apoyo, comprensión y acercamiento de la madre, demandando así de una fuerte necesidad de afecto, la cual fue sustituida por regalos y cosas materiales. (Causas individuales). Otra de las causas de su adicción fue la disfuncionalidad, debido a la imprecisión o inadecuación de límites, sentido de responsabilidad, incapacidad para atender las necesidades emocionales de sus miembros, respeto débil o inexistente, muerte del padre y ausencia de supervisión. (Causas familiares) y por último el medio en que comenzó a desenvolverse, donde todo era consumo. (Causas sociales)<sup>10</sup>

De esta forma se ve el deterioro de la calidad de vida del paciente, pérdida del control del uso de la sustancia, así como su uso a pesar de los daños, de esta forma vino la negación y autoengaño hacia la sustancia, un pensamiento adictivo, alejándose así de la realidad de su enfermedad, presentando conductas de búsqueda y deseos automáticos en la búsqueda de la sustancia.

Partiendo de todo lo expuesto, y de lo obtenido en el caso, se puede decir que no existe una percepción riesgo, pues no hay un conocimiento acerca de la conducta asociada a esto y no hay conciencia de enfermedad. Además la existencia de un estilo de vida inadecuado, pero a la vez un ambiente reforzador del consumo generador de la adicción. Sus propósitos vitales no realistas y relevantes, sin un patrón de comportamiento a seguir, sin metas y objetivos. Con un patrón de comportamiento basado en el consumo. Los proyectos futuros poco estructurados, pues no existe un orden jerárquico de

actividades vitales, no hay presente un estilo comunicativo, ni sistemas de roles, como tampoco orientación en el tiempo ni autorrealización personal, pues cada cosa que realiza es dependiendo de alguien, y en la espera de que otros hagan por él. En sus proyectos se aprecia, esa creencia y concepción, de que como es hijo único por tanto le corresponde el negocio y todo aquello material que posee la madre. Se puede apreciar, la presencia de diversos acontecimientos de vida significativos los cuales llevaron al inicio y mantenimiento del consumo como mecanismo evasivo ante la situación que se encontraba viviendo. También limitados recursos personales que no le permitan afrontar las situaciones y problemas ante comportamientos de riesgo, usando como estrategia la evitación y distanciamiento, además que no busca apoyo social y con esto se aprecia una limitada amplitud de las redes de apoyo social. Por lo que existe muy poca interacción social, y de expresión de sentimientos hacia su familia o seres cercanos, aquí influye, la poca confianza que le tienen, y el tiempo que lleva viviendo lejos de su mamá.<sup>2, 7,9</sup>

Se puede concluir diciendo: el paciente se encuentra en la etapa de cambio de pre-contemplación, ya que no existe motivación hacia un mejoramiento o cambio de su situación actual. No hay crítica, ni convicción de su enfermedad. Además que cuenta con varios factores de riesgo como son: su pareja consume y además esta se prostituye para propiciarle de cierta forma el dinero para comprar la droga, cuando tiene una gran deuda, su mamá se la paga, no trabaja, ni estudia, no tiene responsabilidades, ni límites, ni orden.<sup>3,4</sup>

Ante esto lo que se recomienda es trabajar con él a partir de lo siguiente: que tome conciencia de que ha perdido el control. Su adicción, la que debe ver como una enfermedad, le está afectando en sus diversas esferas de vida. Desear la recuperación y tomar conciencia del problema y así asumir la responsabilidad por las consecuencias de su comportamiento y actuar con cierto grado de esta. Llegar a conocerse mejor, conocer sus dificultades y así explorar nuevas estrategias de solución, reconocer y trabajar en el desprendimiento de esas ideas, creencias y concepciones que posee, practicar conductas y comportamientos diferentes y conocer sus puntos vulnerables para de esa forma evitar posibles recaídas. Desarrollo de habilidades para manejar la abstinencia, situaciones tensionales, de estrés y de frustración y comenzar a desarrollar relaciones más armoniosas, de expresión de sus sentimientos, dándole un nuevo sentido a su vida, con proyectos estructurados y de esta forma pueda mejorar su calidad de vida y adoptar un nuevo estilo de vida con más responsabilidad.<sup>8</sup>

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. (2011) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Sociodrogalcohol. Disponible en [www. sociodrogalcohol.org](http://www.sociodrogalcohol.org)
2. Domínguez García L, Ibarra M L. (2003) Juventud y proyecto de vida. En: Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba.
3. Fabelo Roche Justo R, Iglesias S, Núñez L (2011) Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana.
4. González Menéndez R.(2009). Las adicciones ante la luz de la ciencia y el símil. La Habana: Editorial Política.
5. González Menéndez R.(2006). Como enfrentar el peligro de las drogas. La Habana: Editorial Política.
6. Johan Córdoba J. (2006). Drogadicción. Hospital Nacional Psiquiátrico. Pavas, San José.
7. Mayo Parra I. (1999). Estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad de La Habana.
8. Roca Perara Miguel A. (2003) Autoeficacia. Su valor para la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Revista Cubana de Psicología.
9. Rodríguez M y Zaldívar Pérez D (2001) Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría estilo de vida en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana de Psicología.
10. Zaldívar Pérez D. (2012): Apuntes sobre las adicciones. Folleto para el curso de facilitadores sociales. FFM. Caracas. Venezuela.

### **Aumento en la exposición de los estadounidenses jóvenes a los anuncios de marihuana**

*Los jóvenes son expuestos a los anuncios sobre la marihuana.* Por Robert Preidt. [medlineplus.gov](http://medlineplus.gov). 29/03/17.

La legalización de la marihuana en más de la mitad de los estados de EE. UU. fomenta la tendencia, sugiere un estudio. Ha habido un aumento alarmante en la exposición de los estadounidenses jóvenes a los anuncios de marihuana, a medida que más estados legalizan la droga, plantea un estudio reciente.

El uso recreativo y/o medicina de la marihuana es ahora legal en más de la mitad de estados de EE. UU., señalaron los investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, en St. Louis.

"La publicidad puede ser poderosa", dijo la primera autora del estudio, Melissa Krauss, estadística investigadora en el departamento de psiquiatría. "Por eso nos preocupa que tantos adultos jóvenes vean anuncios de marihuana. Además es probable que niños más jóvenes y más vulnerables también estén viendo los anuncios".

Para el estudio, el equipo de Krauss encuestó a 742 personas jóvenes, de 18 a 34 años de edad. Todas habían reportado consumo de marihuana. Los investigadores encontraron que un 54 por ciento habían visto o buscado anuncios de marihuana en el mes anterior. Los anuncios aparecían en internet o en formas más tradicionales, como vallas publicitarias o medios impresos.

Las leyes sobre la publicidad de la marihuana varían entre los estados, pero la mayoría de los encuestados que encontraron anuncios sobre la marihuana los vieron en sitios web o medios sociales. Incluso en los estados donde los anuncios de marihuana están restringidos, los anuncios en línea no pueden ser controlados, según los investigadores.

Y aunque los anuncios de marihuana están prohibidos en Facebook, "se puede acudir a Facebook y descubrir muy rápidamente que hay anuncios e información sobre dispensarios", aseguró Krauss.

Aunque la encuesta solo incluyó a personas que dijeron que usaban marihuana, es preocupante que tantas hubieran visto anuncios de la droga, incluso en lugares donde se supone que dichos anuncios están prohibidos, añadió.

El estudio encontró que las personas que buscan anuncios de marihuana tendían a ser usuarios de productos de marihuana medicinal, que eran más propensas a utilizar productos de marihuana comestibles y concentrados, y que eran más propensas a ser usuarios empedernidos.

Los menos propensos a ver anuncios de marihuana usaban la droga de forma recreativa, vivían en estados donde la droga es ilegal, y eran más propensos a fumar la marihuana en lugar de usar comestibles o concentrados.

"A medida que más estados legalizan la marihuana, deberíamos tener cuidado con los anuncios que promocionan la droga", planteó Krauss en un comunicado de prensa de la universidad.

El estudio aparece en la edición del 29 de marzo de la revista Drug and Alcohol Dependence.

Alrededor de un 30 por ciento de las personas que usan la marihuana tienen algún nivel de un trastorno por el uso de marihuana, que puede asociarse con la adicción, según el Instituto Nacional sobre el abuso de Drogas de EE. UU.

FUENTE: Washington University School of Medicine in St. Louis, news release, March 28, 2017