



**“No basta saber, se debe
también aplicar. No es
suficiente querer, se debe
también hacer”**

Johann Wolfgang Goethe

 **Taller de Percepción de riesgo**

Boletín 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.

EDITORIAL: El peligro de las drogas de abuso que azotan a la humanidad en el presente siglo	Página 1
LOS ADOLESCENTES Y EL ALCOHOL: La previa: el 50% de los padres la permite (?)	Página 9
INVESTIGACIÓN: Papel del centro de información toxicológica de Angola en el enfrentamiento a las drogas	Página 13
TÉCNICAS Y MEDIOS PARA EL TRABAJO EDUCATIVO: Busca en tu Mochila	Página 19
MEMORIAS DEL TALLER “PERCEPCIÓN DE RIESGO”: Aproximación teórica-metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios	Página 20
Percepción de riesgos y cambio de comportamiento. Algunas reflexiones necesarias	Página 24
COLABORACIONES: Un día tras otro... ¡Sólo por hoy!	Página 29
CONSEJOS: Si su hijo ya se ha iniciado en el consumo de drogas	Página 33
DESDE INTERNET: Las 10 drogas más peligrosas del mundo	Página 34

El peligro de las drogas de abuso que azotan a la humanidad en el presente siglo

Autor: Dr. C. Gabriel Lajús Barrabeitg*

Resulta necesario enfatizar, como en la sociedad primitiva el consumo de las sustancias psicoactivas estaba, la mayoría de las veces, circunscrito a ceremonias rituales o a rudimentarios intentos terapéuticos, en el contexto de una medicina incipiente.

A medida que las diversas civilizaciones fueron desarrollándose, el uso de sustancias psicotrópicas se popularizó y salió del estricto marco médico religioso inicial, por lo que ha sido una práctica habitual a lo largo de la evolución de la humanidad, de tal forma que el consumo de drogas ilegales “clásicas” en la sociedad moderna, es un hecho bastante conocido, pero que va dejando paso, a nuevas formas de abuso y a nuevos compuestos.

Así lo muestra, un informe mundial difundido por la ONU, el cual señala, que a pesar de que los mercados de la cocaína, la heroína y de la marihuana han declinado, permanecen estables o aumentan en el mundo, la producción y el abuso de drogas sintéticas y de prescripción.

En su informe del año 2013, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), a fin de promover una terminología clara sobre estas sustancias, utiliza solamente el término “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), resultando definidas como: sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparados, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública.

Del mismo modo señala que, el término “nuevas” de las NSP, no se refiere necesariamente a nuevas invenciones, sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas a las Convenciones antes mencionadas.

Conforme a este informe de la ONUDD, las NSP se han convertido en un fenómeno global y todas las regiones del mundo se han visto afectadas por ellas. De esta forma, enumeró 251 sustancias, incluida la ketamina, que fueron reportadas por los gobiernos y los laboratorios en todo el mundo, cifra que sorprendentemente es superior, a las 234 sustancias sujetas a fiscalización, en virtud de las Convenciones de 1961 y 1971. De esta forma, ya hasta octubre del año 2014, se habían detectado 388 sustancias diferentes en todo el mundo, lo que representa un incremento de 11 % con respecto al año 2013, y el doble que, en el año 2009, lo que resulta en extremo preocupante.

La prevalencia en el consumo de drogas permaneció estable alrededor del universo, de acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas de la ONUDD en el año 2014. Cerca de 243 millones de personas, es decir,

5 % de la población mundial entre 15 y 64 años de edad, consumió una sustancia ilícita durante el año 2012. Hubo alrededor de 27 millones de consumidores de drogas perniciosas, equivalente a grandes rasgos al 0.6 de la población adulta en el mundo, o lo que es lo mismo, una de cada 200 personas.

Resumidamente, la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas permanece proyectando un impresionante problema, dado que su número de 388 en diciembre del año 2013, frente a las 251 que existían en julio del año 2012, supera claramente al de las sustancias psicoactivas que se hallan sujetas a fiscalización internacional, que suman un total de 234.

De manera que, no cabe la menor duda de que el consumo y el tráfico de drogas es un gran negocio para muchos, así como un campo de especulación demagógica, que favorece a los señores de las mafias narcotraficantes internacionales, pues con esta oscura operación, obtienen cuantiosos beneficios económicos que se derivan de este comercio ilegal, en un mundo globalizado y neoliberal.

El macro fenómeno del narcotráfico internacional, es producto de la explotación inescrupulosa, afán de lucro y ganancia generalizada por la globalización capitalista, donde gracias a la corrupción burguesa y al lavado de dinero,

circulan verdaderos magnates inmunes, beneficiados por la filosofía individualista que se esconde tras las leyes penales procesales del capitalismo, impuesta por el llamado "Primer Mundo Imperialista", elevando los niveles de miseria y estimulando el fenómeno del consumo de las drogas, como recurso ventajoso en el comercio internacional.

Constituye un verdadero negocio del capitalismo como forma de masacrar a los pueblos, porque con la estimulación de su consumo devoran al individuo, a la familia y a la sociedad, más preocupante aun, cuando los más afectados son los jóvenes, quienes se encuentran en edad productiva y reproductiva, en franca etapa de desarrollo espiritual y humano, quienes generalmente quedan transformados en seres con arreatividad emocional, cuando no, en individuos violentos, que se suman a la delincuencia, al crimen y al tráfico organizado, al terrorismo, la prostitución y al vandalismo.

De igual forma, representa un indiscutible negocio, porque el narcotráfico y el consumo indebido de sustancias de abuso, son un impedimento para el crecimiento económico, son causa de inestabilidad social, lavado de dinero, tráfico de personas, inseguridad e ingobernabilidad, constituyendo un obstáculo para el desarrollo y la paz de la mayoría de los países.

En la sociedad moderna, el consumo de drogas de abuso ilegales consideradas como clásicas, es un hecho largamente conocido. Sin embargo, y a medida que las fuerzas y los cuerpos de la seguridad del Estado de casi todos los países, ponen cerco y dismantelan las redes de distribución y los laboratorios clandestinos, las organizaciones criminales van orientando su actividad, a la síntesis y venta de nuevas sustancias menos conocidas, aunque más accesibles y, en la mayoría de los casos, "legales".

Otro suceso que se debe vigilar, es el reciente desplazamiento del consumo de los países desarrollados a los países en desarrollo, lo que supondría una mayor carga para países comparativamente menos preparados para soportarla.

Para colmo, las tendencias demográficas indican, una posible acentuación significativa del número total de consumidores de drogas en los países en desarrollo, no solo debido al mayor crecimiento demográfico proyectado en esas zonas, sino también a su población más joven, y a su rápida tasa de urbanización.

Al mismo tiempo, es posible que la brecha de consumo entre los hombres y las mujeres comience a cerrarse, a medida que aumenta el consumo de drogas por las mujeres en los países en desarrollo, como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales, y de una mayor igualdad de género.

De manera que, los perjuicios causados por la drogadicción que no resultan en muerte, ocasionan daño físico y trastornos psicológicos, que limitan la funcionalidad individual y social. La morbilidad relacionada con este flagelo de la droga, congestiona los servicios de salud, afecta los costos globales de atención y afecta su calidad y cobertura.

Al elevar sustancialmente la demanda de servicios, obliga a asignar recursos adicionales o a desviar los asignados a la prevención y a la atención básica, hacia la satisfacción de la demanda inducida por las consecuencias del consumo de las drogas de abuso.

De ahí que, el sector salud constituya el receptáculo de todos los corolarios de la conducta adictiva, por la presión que ejercen sus víctimas en los servicios de urgencia, la atención especializada, la rehabilitación física, psicológica y la asistencia social.

Si a todo lo anteriormente expresado, se le añade otra consecuencia de la conducta adictiva, la de causar también el surgimiento de nuevas enfermedades como hepatitis, ITS/HIV/SIDA, tuberculosis, tétanos, suicidios, trastornos mentales, etc., se entenderá mejor la magnitud de este grave fenómeno.

Del mismo modo, ocasiona cuantiosos gastos generados en la elaboración y puesta en marcha de programas preventivos, programas educativos, investigaciones científicas, investigaciones policiales, procesos judiciales,

atención a la conducta violenta resultante, homicidios, suicidios, accidentes; hasta los cuantiosos gastos generados en labores relacionadas con el enfrentamiento al narcotráfico, entre otros; todo lo cual ilustra gran parte de la dimensión y el peligro de este fenómeno o problema social, e igualmente de este fenómeno o problema de salud.

Como si fuera poco, se le adiciona al mismo tiempo, que el tráfico y el consumo de drogas, no reconoce fronteras, procedencia social, nivel de desarrollo, nivel educacional, nivel cultural, credo, edad, sexo, preferencia sexual, clase social, estatus social, ni posición política e ideológica; por lo que más que en un fenómeno, lo convierte en un conjunto de fenómenos, de numerosas e incalculables dimensiones y consecuencias.

Dicho de otro modo, el uso, mal uso, abuso y dependencia de sustancias de abuso, constituye un problema prioritario del sistema de Salud Pública y como tal debe ser percibido por los trabajadores de este sector, al concebir además, que los costos de la drogadicción que no se han calculado con precisión, son los de las secuelas espirituales, psíquicas y físicas de estos eventos que no causan la muerte, ni las de otras consecuencias indirectas. Es posible que los costos mayores de la drogadicción, no se puedan estimar en términos cuantitativos o económicos.

¿Quién puede evaluar el costo de quedar huérfano o de perder al cónyuge, por padecer una drogadicción o por sus consecuencias?;

¿cómo valorar el impacto de una masacre en los parientes, vecinos, compañeros y amigos de las víctimas y de la población en general como consecuencia de la ingobernabilidad inducida por las drogas?; ¿a cuántas unidades de dolor e infelicidad constante, equivale tener para siempre a un familiar, a un amigo, a un compañero o a un vecino atrapado entre las redes de las drogas y el narcotráfico?, ¿cómo estimar, en términos de bienestar de individuos o grupos humanos, los costos de vivir en situaciones de marcada inseguridad social?

No se puede crear, amar, disfrutar, admirar; ni dormir, trabajar o comer de la misma manera, tras el suicidio, el homicidio, la reclusión, la desaparición, la enfermedad, la locura o la muerte de la pareja, de un padre, de un hijo, de un pariente, de un compañero, de un amigo o de un conocido. La salud mental, es una de las cajas de resonancia interior de las consecuencias padecidas, directa e indirectamente, por la drogadicción y el narcotráfico.

No obstante, lo nuevo, es su alcance, hoy en día hay más drogas legales e ilegales disponibles, y existen más personas expuestas que nunca. Se diseñan por procesos de síntesis mayor número de nuevas drogas con las que no hay experiencia médica alguna; existe una tendencia internacional al poli consumo de sustancias, aparecen nuevas patologías y existe un incremento de la cantidad de transportadores humanos de drogas.

El consumo crece irrefrenablemente, lo cual se ve agravado, además, por los factores siguientes: la poli adicción se ha convertido en el patrón más frecuente de consumo y la edad de comienzo de la drogadicción, asombrosamente desciende a nivel internacional.

A lo que se le añade, al mismo tiempo, un incremento en el abuso de drogas con mayor poder adictivo y destructor; la extensión del abuso a los compuestos sintéticos, la incorporación al arsenal de las drogas de sustancias de uso médico que usualmente no recibían atención por parte de los drogadictos; además, de la presencia de pruebas, de un creciente consumo con fines no médicos de los medicamentos vendidos con receta, así como el llamativo fenómeno, comprobado hoy en día, de que la mujer se está iniciando, en igual o mayor medida, en el consumo de sustancias de efecto psicotrópico.

Por ende, las implicaciones personales, médicas, espirituales, legales, jurídicas, familiares, sociales, sanitarias, laborales, económicas, policiales, éticas, ecológicas y políticas, son en la actualidad incalculables. Todo parece indicar que la sociedad moderna solamente ha vivido, hasta la fecha, los prolegómenos de lo que será uno de los grandes males del presente siglo XXI: *el aumento incontrolable de las sustancias y de las conductas adictivas*.

De esta forma, la humanidad asiste hoy a una gran batalla, que, sin fusiles ni cañones, cobra un número de víctimas sólo comparable con las grandes guerras o con las graves epidemias: las drogadicciones.

Paralelamente, en los últimos decenios el problema de las drogas, ha cobrado ciertas características tipificadas por las rápidas transiciones socioeconómicas en varios países, caracterizándose por su concentración entre los jóvenes, en particular los hombres jóvenes de entornos urbanos y por una vertiginosa y creciente gama de sustancias psicoactivas.

Cuba, no queda exenta de la amenaza que representa el tráfico, venta ilícita, tenencia y consumo de sustancias psicoactivas, pues al formar parte de este mundo, no escapa de su presencia, aunque carezca del dramatismo del resto de los países. No obstante, se ha tenido que librar una gran batalla a lo largo de todo el proceso Revolucionario, para soportar y enfrentar los embates de un mundo enfermo e invadido por las drogas, en el que las estadísticas globales reflejan un recrudecimiento.

El número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales de la década de los años 1990, pero en la actualidad la mayoría de los expertos coinciden en que el abuso de drogas, como la marihuana, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y los opiáceos incluyendo la heroína, se ha estabilizado desde el año 2009, lo que contrasta con la tendencia creciente de las NSP, más conocidas como drogas emergentes.

A la par, el consumo general de las drogas se mantuvo estable en el año 2010, pero comenzó a tener una tendencia creciente la oferta y la demanda de sustancias que no están, bajo el control internacional, las drogas emergentes, que se suman a la gran tragedia mundial de las drogas, alcanzando a producir anualmente la muerte de alrededor de 200 000 personas solamente por el abuso de las sustancias estimulantes, lo que equivale a un promedio aproximado de una muerte cada tres minutos, como señalara recientemente el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon.

Desde los inicios de los análisis y las revisiones de las políticas de drogas en los últimos años, y más concretamente, desde la entrada en vigor en el año 1985 en España, del Plan Nacional sobre Drogas, se ha producido un cambio brusco en la percepción social del fenómeno del consumo de sustancias de abuso y de las drogodependencias.

Las tendencias actuales de consumo, los tipos de sustancias utilizadas o los nuevos patrones de abuso y toxicidad hacen imprescindible su conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en su abordaje clínico y terapéutico, en la prevención, en el enfrentamiento, y por qué no, necesario en el conocimiento del propio adicto, de todos los actores sociales comprometidos con la prevención, como lo son la familia, que constituye la mejor red de apoyo social, la comunidad y sus líderes formales, no formales y naturales.

Su uso, mal uso, abuso y dependencia, se asocia generalmente a determinados ambientes festivos, mayoritariamente los fines de semana, entre jóvenes y adolescentes, popularizándose, por regla general entre los consumidores, sólo los efectos estimulantes o favorecedores de la relación con los demás, y desconociendo, como suele ocurrir en la mayoría de las ocasiones, los efectos perjudiciales sobre la salud.

En este sentido, es evidente que el mundo de las drogas de abuso o sustancias psicoactivas, con fines recreativos, se encuentra en continua evolución.

Asimismo, todo esto se ve agravado por el consumo concomitante de bebidas alcohólicas, la asociación con otras drogas de abuso y/o por los acostumbrados fraudes en la composición de estas sustancias, adulteradas con todo tipo de productos psicoactivos o con diluyentes.

El número de sustancias en la actualidad es muy elevado y se mantiene en continuo crecimiento, entre las que se incluyen, plantas, cactus y hongos, incluso hasta vitaminas, minerales, fármacos de uso legal o sus plagios y sustancias químicas no autorizadas, con múltiples formatos de comercialización y consumo: inciensos, píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, sales de baño, etc. De esta manera, su expansión se ha visto facilitada extraordinariamente por Internet.

Existe una considerable cantidad de información en la red, sobre los procesos de obtención, síntesis, identificación, consumo, efectos y comercialización de todo tipo de sustancias. Se trata de una información pseudocientífica, que no se encuentra verificada ni contrastada y que, con frecuencia, es utilizada como justificación para la promoción del uso de estas drogas desde muchas páginas *web*, a la vez, que es manejada para satisfacer los gustos de los usuarios.

Por consiguiente, un informe mundial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre las drogas en el año 2014, alerta sobre el desafío que supone el auge de los estupefacientes sintéticos y el surgimiento de mercados virtuales de drogas ocultos en internet, fuertemente encriptados, y que utilizan la moneda electrónica *Bitcoin*, para dificultar la identificación de las operaciones realizadas.

Esta “red oscura”, constituye un mercado virtual al que no se logra acceso buscando en la *web*, y en el cual resulta difícil para los organismos de contención, identificar a los propietarios y a los usuarios de los sitios digitales, porque mantienen oculta su identidad con métodos muy complejos.

También hay indicios de que en la red oscura existe un mercado especializado de nuevas sustancias psicoactivas, pero, además, para las ilegalizadas y tradicionalmente consumidas, como lo son: la cocaína, la heroína, el éxtasis o la MDMA (metilendioximetanfetamina) y la marihuana “de alta calidad”, entre otras muchas más.

Un ejemplo de esto, aparece en un reporte, que recoge cómo desde la página de Internet llamada *Silk Road* (Ruta de la Seda), especializada en la venta de drogas y otros bienes ilegales, se realizaba esta operación, por lo que fue cerrada por los Estados Unidos a finales del año 2013.

Según el informe de la ONU del año 2014, esa página *web*, que tenía 200 000 usuarios y funcionaba como un gran bazar de drogas, había obtenido en sus dos años y medio de funcionamiento, ingresos de unos 1 200 millones de dólares.

De ahí que las nuevas pautas de consumo y su evolución, escapan en gran medida a los mecanismos de control y seguimiento de los Estados. La naturaleza virtual y globalizada de Internet, dificulta aplicar medidas restrictivas legales, y su relativo anonimato y rapidez, favorecen, además, su comercio y distribución.

Precisamente, en las últimas décadas, las fiestas con música electrónica y las macro fiestas, generalmente realizadas al aire libre, tomaron un lugar importante en la vida de los adultos jóvenes y de los adolescentes en muchos países. Con ellas comenzaron a usarse las drogas de club o recreativas, diseñadas a fin de tolerar la duración prolongada de varios días, de estas fiestas maratonianas.

En consecuencia, ha cambiado el panorama, también la parafernalia utilizada durante estos encuentros lúdicos, y por tanto también son otros los indicadores específicos de consumo, porque quienes participan en estas fiestas, típicamente usan lentes negros para tolerar la ftofobia producida por la midriasis, utilizan chupetes para bebé para disminuir las molestias ocasionadas por el trismo, o paletas para contrarrestar el rechinado de los dientes, secundarios al bruxismo.

De igual forma, consumen abundante agua mineral por la gran deshidratación, a causa de la intensa actividad física durante el continuo baile, más el efecto diurético, y/o el posible riesgo de hipertermia ocasionada por la anulación de los mecanismos protectores a nivel no consciente y, el aumento de la sudoración que provoca el éxtasis o lo que se vende por él.

Es por esto que se ofrecen en estos lugares de ocio, diversas marcas de agua, cuando no, de bebidas energizantes, y se les ve portando los frascos de agua en las manos o en los bolsillos de sus ropas. A la par exhiben el mascado de chicle, para contrarrestar la gran resequedad bucal producida por el abuso de las sustancias.

De modo similar, también se les puede ver usando brazaletes en las muñecas para además de secarse el sudor, utilizarlos como vehículo para consumir sustancias inhalantes. Al mismo tiempo, al bailar intensamente toda la noche de forma ininterrumpida, la música fuerte, determina que la forma de comunicarse sea a través de los órganos de los sentidos, la mímica, los aspavientos y no preferentemente, a través de la palabra.

En oposición a la agitada música del rock y otras corrientes musicales, en las *raves*, la música es repetitiva y las letras no tienen una intencionalidad contestataria ni de protesta; sólo repiten estribillos y frases ocurrentes. Además, para descansar está el *chill out*, “zona de pausa o de *relax*” para recuperar energía, relajarse, donde habitualmente se consume marihuana, y se escucha música sin bailar.

En otras palabras, es otro el contexto durante el consumo, se presenta un escenario totalmente diferente, se suman otros indicadores específicos e inespecíficos al abuso de las drogas emergentes como se mencionó, en gran medida nada parecidos a los presentes en los ambientes para el consumo, de las drogas más tradicionalmente utilizadas.

Con la descripción de algunas peculiaridades relacionadas con las drogas emergentes que aparecen, reaparecen, emergen o se mantienen, como consecuencia del narcotráfico internacional, se pretende alertar sobre los nuevos retos, los nuevos escenarios, las nuevas estrategias y las nuevas consecuencias a las que se enfrenta la humanidad, de continuar estas masivas oleadas de drogas, que resultan, cada vez más peligrosas.

Así, se puede arribar a las conclusiones que aparecen formuladas a continuación.

Conclusiones

- El narcotráfico internacional, ha introducido un estrepitoso repertorio de sofisticadas sustancias, tradicionales o nuevas, “legales” e ilegales; naturales, sintéticas, semisintéticas, y de síntesis o diseño; con una mercadotecnia atrayente que satisface los gustos de los más jóvenes.
- El macabro negocio del narcotráfico, utiliza conocimientos de avanzada de diversas ramas de las ciencias, ante la carencia del amparo de los elementales principios éticos, lo que constituye una nueva expresión de su afán de lucro.
- El hombre se enfrenta diariamente a más y diversas drogas, mucho más peligrosas y con secuelas tan nefastas, capaces de afectar todas las esferas de la vida y la vida misma, quedando representado, con la mayor vulnerabilidad, por los jóvenes.
- Estas sustancias, devienen un grave problema social y de salud en casi todos los países, de lo cual no queda exenta Cuba, en los que su proliferación resulta una alerta para las comunidades modernas, a las que amenaza, porque lo destruyen todo.

Referencias bibliográficas

1. Arana X, Montañés V, Urios C. Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. En: Oñati Socio-Legal Series [en línea], 2012, vol. 2, nº. 6. pp. 6-21 [consultado 29/04/2016] ISSN 2079-5971. Disponible en: <http://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/197>
2. Baumann MH, Partilla JS, Lehner KR, Thorndike EB, Hoffman AF, Holy M, Schindler CW. Powerful Cocaine-Like Actions of 3,4- Methylendioxypropylvalerone (MDPV), a Principal Constituent of Psychoactive “Bath Salts” Products. *Neuropsychopharmacology* 2013, 38(4):552-62.
3. Becoña E, et al. Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. En: *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol* [en línea], 2012, vol. 23, no. 3. pp. 205-218 [consulta 29/04/2016] ISSN 0214-4840. Disponible en http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=723
4. Boletín Oficial del Estado (2011). Orden SPI/201/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmecatinona (Mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977. Madrid: Ministerio de la Presidencia. Recuperado de <http://www.boe.es>, Consultado 19/04/2016.
5. Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR, Green JL, Rumack BH, Dart RC. 2010 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS):28th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)* 2011; 49: 910-941.
6. Clemente C, Aguirre A, Echarte JL, Puente I, Iglesias MI, Supervía A. Diferencias entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones. *Emergencias* 2010; 22: 435-440.
7. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sexto Informe: Drogas emergentes. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf>. Consultado el 30/06/2016.
8. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2010. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf. Consultado 12/05/2016.

9. Europol-EMCDDA: Joint Report on a new psychoactive substance: 1-benzylpiperazine (BZP). Disponible en: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33251_EN-Final_Joint_Report_BZP.pdf. Consultado 12/05/2014.
10. Freeman KB, Naylor JE, Prinszano TE, et al. Assessment of the kappa opioid agonist, salvinorin A, as a punisher of drug self-administration in monkeys. *Psychopharmacology (Berl)* 2014; 231: 2751–2758.
11. Garcia A, Metzger M, Wade J. The subjective experience of acute experimentally induced *Salvia divinorum* intoxication. *Journal of Psychopharmacology* 2015; 1-10.
12. Gaire BP, Subedi L. A review on the pharmacological and toxicological aspects of *Datura stramonium*. *Journal of Chinese Integrative Medicine* 2013; 11(2), 73-79. Recuperado de <http://www.talktofrank.com/>. Consultado 16/06/2016.
13. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Informe 2010. Disponible en: http://www.incb.org/incb/es/annual_report.html. Consultado el 12/06/2016.
14. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, et al. Monitoring the Future National Survey Results On Drug Use, 1975–2012. Volume I: Secondary School Students. Institute for Social Research, the University of Michigan. Ann Arbor 2013.
15. Kjellgren A, Jonsson K. Methoxetamine (MXE), a phenomenological study of experiences induced by a “legal high” from the internet. *Journal of Psychoactive Drugs* 2013, 45(3):276-86.
16. Lajús G. *Drogas, Adictos, Familia y Sociedad*. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. Colección ANÁLISIS. Caracas, Venezuela, 2008.
17. _____. *Drogas Emergentes: conocimientos más relevantes*. Revista Hosp Psiquiátrico de la Habana (Suplemento Especial), ISSN – 0138-7103, 2016.
18. _____. *Características generales de los principales grupos de Drogas Emergentes: catinonas, piperacinas y spices*. Revista Hosp Psiquiátrico de la Habana (Suplemento Especial), ISSN – 0138-7103, 2016.
19. _____. *El narcotráfico y el consumo de drogas. Desafío para la salud mental. Su afrontamiento clínico*. [en prensa] *Investigaciones Médicoquirúrgicas, Órgano oficial del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas*, ISSN – 1025-7292, 2016.
20. Maclean KA, Johnson MW, Reissig CJ, et al. Dose-related effects of salvinorin A in humans: Dissociative, hallucinogenic, and memory effects. *Psychopharmacology (Berl)* 2013; 226: 381–392.
21. National Institute on Drug Abuse. *Panorama Actual en el Uso de Drogas Emergentes*. Health and Addictions: Vol. 14, No.1, 47-58. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/>. Consultado el 12/06/2016.
22. Neerman MF, Frost RE, Deking J. A drug fatality involving Kratom. *Journal of forensic sciences* 2013; 1(Supl. 2):78-9.
23. Organización de Naciones Unidas (ONU). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Informe mundial sobre las Drogas 2011. Viena. Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html. Consultado el 12/12/2014.
24. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea 2012. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_ES_TDAC12001ESC_.pdf. Acceso el 30/09/2013. Consultado 16/02/2016.
25. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2013. Tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_ES_TDAT13001ESN1.pdf. Acceso el 21/10/2013. Consultado el 18/01/2016.
26. Smart & headshop. Disponible en: <http://www.azarius.net>. Consultado 16/02/2016.
27. Papanti D, Schifano F, Botteon G, Bertossi F, Mannix J, Vidoni D, Bonavigo, T. “Spicephrenia”: a systematic overview of “Spice”- related psychopathological issues and a case report. *Human psychopharmacology* 2013; 28(4), 379–89.

28. Paterline BA, Albo MJ. A content analysis of Salvia divinorum use on YouTube. The Journal of Public and Professional Sociology 2013; 5. Disponible en: <http://digitalcommons.kennesaw.edu/jpps/vol5/iss1/6>. Consultado el 16/06/2016.
29. Psychoactive plants and drugs. Disponible en: <http://www.erowid.org/psychoactives/psychoactives.shtml>. Consultado el 16/06/2016.
30. Spaderna M, Addy PH, D'Souza DC. Spicing things up: synthetic cannabinoids. Psychopharmacology 2013; 228(4):525-40.
31. Tung CK, Chiang TP, Lam M. Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. East Asian archives of psychiatry. Official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists 2012; 22(1):31-3.
32. United Nations Office on Drugs and Crime (2013). The Challenge of New Psychoactive Substances. The vaults of Erowid. Recuperado de: <http://www.eurowid.org> disponible en: http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf. Consultado el 12/06/2016.
33. Van Hout MC, Bingham T. "Silk Road", the virtual drug marketplace: A single case study of user experiences. The International journal on drug policy 2013; 24(5), 385–91.
34. Wikström M, Thelander G, Dahlgren M, Kronstrand R. An accidental fatal intoxication with methoxetamine. Journal of analytical toxicology 2013; 37(1), 43-6.
35. Wood DM, Greene SL, Dargon PI. Clinical pattern of toxicity associated with the novel synthetic cathinone mephedrone. Emerg Med J 2010. Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/early/2010/06/25/emj.2010.092288.html>. Consultado el 12/06/2016.
36. White KL, Roth BL. Psychotomimetic effects of kappa opioid receptor agonists. Biol Psychiatry 2012; 72: 797–798.
37. Wood DM, Dargan PI. Mephedrone (4-methylmethcathinone): What is new in our understanding of its use and toxicity? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2012.

** Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de 1º y 2º Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social. Diplomado en Psicoterapia. Profesor Titular. Profesor de Análisis Transaccional del EastWind Institute de Canadá. Investigador Titular.*

Correo electrónico: gabriellaj@infomed.sld.cu; gabriellajus@nauta.cu

LOS ADOLESCENTES Y EL ALCOHOL

La previa: el 50% de los padres la permite (?)

Soledad Vallejos

La Nación 10 de julio de 2016

Colaboración de la Dra. Francisca Cruz Sánchez. Presidenta de la

Consideran que es un mal menor para evitar consumos excesivos de alcohol

Insiste en que no ofrece su casa para hacerse "la madre canchera". Es más, sabe que a los chicos no les gusta ese tipo de actitudes, pero cuando sus hijos llegaron a la adolescencia el ritual estaba tan instalado que, según cuenta a Claudia Martínez, docente y madre de dos jóvenes que hoy tienen 18 y 21 años, no le quedó otra alternativa.

"Prohibir es para un adolescente una invitación a actuar de manera clandestina, y ante esa chance prefiero ofrecer mi casa para que hagan una previa en lugar de que lo hagan en la calle, sin ningún tipo de control, o en la casa de otro."



Foto: Sebastián Dufour

Según un estudio de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) sobre el consumo de alcohol en los jóvenes -en el que se entrevistaron a 400 hombres y mujeres mayores de 18 años-, **cinco de cada diez padres aprueban que sus hijos se reúnan con amigos y hagan una previa o preboliche. Y dos de cada diez, en su mayoría mujeres mayores de 50 años, les facilitan el alcohol bajo el argumento de que prefieren que tomen lo que ellos les dan antes de que los adolescentes decidan según su criterio.**

"Es un tema difícil, y si bien cada familia procede del modo que mejor le parece, habilitar las previas en las casas hace que el consumo se banalice", dice la psicóloga y docente de la UADE, Flavia Schlingmann.

Y agrega: **"Permitirlo hace que el problema se naturalice en el ámbito más íntimo, que es la familia. En los talleres con adolescentes no son pocos los chicos que reconocen el consumo de alcohol como una situación riesgosa, pero a pesar de eso manifiestan que van a continuar haciéndolo. Está instalado. Es la manera en la que se divierten".**



Según un informe difundido por el Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina, **hace dos años, el consumo de alcohol en los jóvenes se duplicó en una década -desde 2001 hasta 2011 se observó un incremento ostensible (113%) de la prevalencia en estudiantes secundarios-**.

Para intentar buscar una explicación, el estudio de la UAI -en sintonía con la mayoría de las investigaciones al respecto-, **indica que los adolescentes beben para deshinibirse, relacionarse con los demás y porque la mayoría de sus amigos también lo hace. Ante la pregunta sobre cuál es el principal objetivo de un "preboliche", 8 de cada 10 padres coincidieron: "Se juntan para tomar alcohol". Muchas veces ni siquiera van al boliche después.**

El comienzo del Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes



El estudio **Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes del Gran La Plata**, hecho por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA), señala: **"El consumo de alcohol por parte de los jóvenes se da en consonancia con una etapa en la cual el entorno social ocupa un lugar primordial: 7 de cada 10 jóvenes dicen que comenzaron a consumir imitando la conducta de amigos y/o conocidos o porque empezaron a salir, es decir, motivos relacionados con el mundo de la vida social y su entrada en el espacio público sin el control de los padres"**. En contraposición, sólo 1 de cada 10 indica haber comenzado a beber por una actitud individual, como, por ejemplo, el gusto por el sabor de las bebidas.



Daniela Freire tiene una hija de 16 años, y en su casa "no se hacen previas". Madre también de dos varones, de 20 y 23 años, afirma no desconocer cuál es el ritual de moda, pero, como no está de acuerdo, dice que no puede permitirlo. "Trato de que reflexionemos juntos, además de pedirles que entre ellos mismos sepan cuidarse y que si ven a uno de sus amigos en una situación riesgosa no lo dejen solo y pidan ayuda. Intento que se hagan responsables en las decisiones que toman", admite.



Martínez sí habilita las previas, pero pone tres condiciones: "**Nadie puede salir borracho de la casa. La idea es que compartan un trago en grupo. Tienen que estar atentos y avisarme si alguno está tomando de más para llamar a los padres. Y, como ahora la mayoría tiene registro, nadie se va de la casa manejando: colectivo o taxi.**"



En relación con esto, y con los datos que surgen del estudio de la UCA, una proporción considerable de los jóvenes (6 de cada 10) declaró al momento de la encuesta que tenía amigos que se habían emborrachado en el último mes.

Delfina, de 16 años, dice que fue conciente de los riesgos del consumo excesivo de alcohol hace exactamente un mes. Estaba en la casa de un amigo en medio de una previa, regada con vodka, fernet y cerveza, cuando Juan desapareció de la habitación en la que estaban tomando. El joven vomitaba en el baño. Se preocuparon todos. La madre del organizador de la reunión debió intervenir. Llamó a un familiar de Juan para que lo fuera a buscar. El adolescente terminó internado.



"¿Vincularía la ingesta de alcohol con la violencia que se genera entre los jóvenes en las salidas nocturnas?", se preguntó en la encuesta de la UAI y 9 de cada 10 dijeron que sí.

Señales de alerta

- **Físicos:** Excesiva fatiga, problemas para dormir y ojos enrojecidos
- **Emocionales:** Cambios rápidos de humor, irritabilidad y conducta irresponsable
- **Escolares:** Baja de calificaciones, aumento de las ausencias y problemas de disciplina

"La violencia existe porque estamos ante una sociedad que no sabe decir que no. Que no puede autolimitarse y resulta incapaz, por ende, de autoprotegerse. Los padres resultan cada vez más permisivos y los chicos creen que pueden hacer lo que quieran, casi sin consecuencias. Así, con la excusa de la desinhibición, caen en el consumo de alcohol o de drogas, y pierden el control de accionar, derivando en agresiones que han llegado a alcanzar la muerte de otras personas -reflexiona Edgardo Néstor De Vincenzi, rector de la UAI y presidente de la Asociación de Entidades Educativas Privadas Argentinas (Adeepra)-. **La respuesta: encarar una reingeniería de la familia. Esta situación es fruto de la crisis del vínculo familiar, que es cada vez más profunda."**

Para Mirta Petrollini, supervisora y docente de la Institución Fernando Ulloa, **"los padres hoy no quieren ser autoritarios, pero hay que entender que los adolescentes necesitan confrontar el modelo social y familiar, y que poner un límite es ayudarlos en su desarrollo y estructuración como sujetos"**. Sin embargo, la especialista también considera que los padres no son los únicos responsables. **"Es un trípode responsable que se divide en el Estado, la familia y la escuela."**

Como señala el reporte de la UCA, **un indicador de vulnerabilidad se puede medir a través de la percepción subjetiva de facilidad o dificultad para acceder a las bebidas alcohólicas. "Indagados en este sentido, la amplia mayoría (9 de cada 10 jóvenes) señalaron que les resulta fácil acceder: 65%, muy fácil y 27%, bastante fácil. Y aún para los menores de edad, según confesaron 8 de cada 10, el acceso no es un problema, poniendo de manifiesto las falencias del cumplimiento de las leyes que prohíben la venta de bebidas a los menores de 18 años de edad"**, concluye el informe.

Otro dato relevante que marcan los especialistas consultados es que **al preboliche se sumó el abuso de alcohol durante el día, incluso antes y después de la escuela. De hecho, según la encuesta de la UAI, 4 de cada 10 adultos creen que hay un mayor ausentismo escolar por la resaca que llega en las horas posteriores al descontrol. La situación se agrava sobre todo en este segundo semestre cuando empiezan las fiestas de egresados.**

Comunicación temprana sobre el cuidado y el respeto, interacción con otros padres de la escuela e impulso de actividades deportivas para fomentar modelos positivos

Fuente: <http://www.lanacion.com.ar/1917062-la-previa-el-50-de-los-padres-la-permite>

NOTA: Excepto la primera, las figuras que acompañan a este artículo fueron incorporadas por www.psicoadolescencia.com.ar

Papel del centro de información toxicológica de Angola en el enfrentamiento a las drogas

Autores: DrC André Pedro Neto^I; MSc. Yamilet Garcia González^{II}. Dra. Juana M. Torriente Valle^{III}, Dra. Catarina Gregório Gaspar^{IV}, Dr. Rodelin Oliveros Oliveros^V.

Resumen

El consumo de drogas aumenta a nivel mundial. Todas estas sustancias tienen la capacidad de cambiar la conducta del individuo trayendo consecuencias a la salud, a la economía y a la sociedad llegando a afectar la seguridad nacional de un país. Angola no escapa a esta situación. En 1985, la Organización Mundial de la Salud orientó a todos los gobiernos la creación de los Centros de Toxicología con la misión de desarrollar esta especialidad en el país y promover programas de, prevención, vigilancia y atención en este tema. En Angola se desconocen las estadísticas reales del consumo de drogas. Objetivo: Caracterizar el consumo de drogas según los reportes al departamento de Información toxicológica de urgencia y de la atención por consulta a los pacientes desde al año 2013 a mayo de 2016, identificar los riesgos que tiene el país para el consumo y proponer estrategias a desarrollar por el centro. Método. Estudio descriptivo transversal. Resultados: Se caracterizaron un total de 321 casos. Sobresalieron las edades de 11-40 años y el sexo masculino. Se destacaron las provincias de Luanda (52,9%) y Malanje (25,8%), seguidas de Uige y Benguela. Se identificaron riesgos importantes en el país para el consumo. Se desarrollaron actividades de prevención en la comunidad así como capacitación a pregrado y postgrado. Conclusiones: El Centro de Información toxicológica juega un importante papel en el combate a las drogas siendo una herramienta de apoyo en la prevención, capacitación, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones por drogas.

Palabras Clave: Drogas, Angola, Cimetox.

Introducción

Las drogas cada día cobran más vidas a nivel mundial. Ningún país logra escapar de este problema. La preocupación es aún mayor si tenemos en cuenta que los adolescentes por las características de esta etapa son los más afectados y más aun conociendo que por su desarrollo cerebral tienen problemas en entender por qué el uso que hacen de sustancias químicas es dañino. ^(1,2)

A escala mundial se considera que en el transcurso de la vida el 10 % de la población puede presentar abuso o dependencia de alguna droga. También se recoge que el 7 % de la población no adicta puede sufrir consecuencias desfavorables por el consumo de drogas. El daño es mayor pues se plantea que un 17 % de la población mundial que son drogadictos pasivos, no consumen el tóxico pero sufren las consecuencias. ⁽³⁾

Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. Esto representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial. El número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en 187.100 en el año 2013) casi no ha variado. Un número inaceptable de consumidores de drogas sigue perdiendo la vida de forma prematura, a menudo a consecuencia de una sobredosis, pese a que la muerte por sobredosis puede evitarse. ⁽³⁾

Angola es un país del continente africano que no escapa a esta situación. El país tiene identificado en la población, el consumo de cigarrillos y alcohol así como de drogas ilícitas donde sobresalen la marihuana conocida como yamba y la cocaína fundamentalmente. A través de los medios de comunicación se han realizado llamados a revertir esta problemática. El país cuenta con voluntad política para trazar estrategias para minimizar el daño a la salud, a la economía y a la sociedad.

Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud, que en 1985 orienta a todos los gobiernos e instituciones de salud crear los centros de toxicología con la misión de desarrollar la especialidad en sus respectivos

países y promover programas de prevención, capacitación, vigilancia y atención del paciente intoxicado, el 10 de noviembre del 2011, se inaugura el Centro de Información e Investigación sobre Medicamentos y Toxicología (CIMETOX)⁽⁴⁾. Este centro es el encargado de desarrollar la especialidad en Angola.

Conociendo que las drogas forman parte de las sustancias tóxicas que son capaces de provocar intoxicación aguda con graves secuelas no solo para la persona sino a la sociedad hasta llegar a convertirse en un problema de seguridad nacional, se convirtió este tema en objeto de investigación del CIMETOX.

Objetivos:

1. Caracterizar el comportamiento de las intoxicaciones agudas por drogas.
2. Mencionar diferentes aspectos donde se ha identificado puede estar presente el consumo de drogas.
3. Realizar propuestas de acciones a desarrollar por el CIMETOX

Material y Método

Tipo de Diseño: Diseño mixto de investigación

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal

Universo: 321 casos

Técnicas y procedimientos: Se extrajeron los datos de la base de datos del departamento de toxicovigilancia del CIMETOX.

Se emplearon los métodos de revisión documental e histórico lógico

Procesamiento y análisis de los resultados: El análisis estadístico se realizó a partir de medidas resúmenes para datos cuantitativos.

Como medidas de resumen se utilizaron las siguientes:

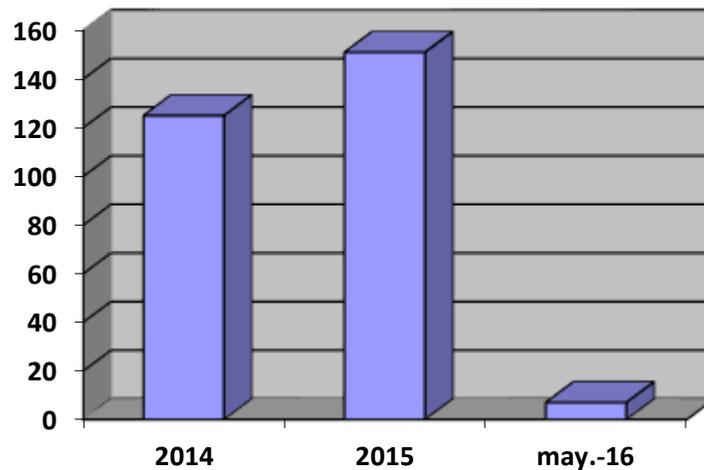
- Variables cuantitativas: media, mediana y desviación estándar
- Variables cualitativas: Frecuencia y Porcentaje respecto al total

Los resultados se presentaron en gráficos.

Análisis y Discusión de los resultados

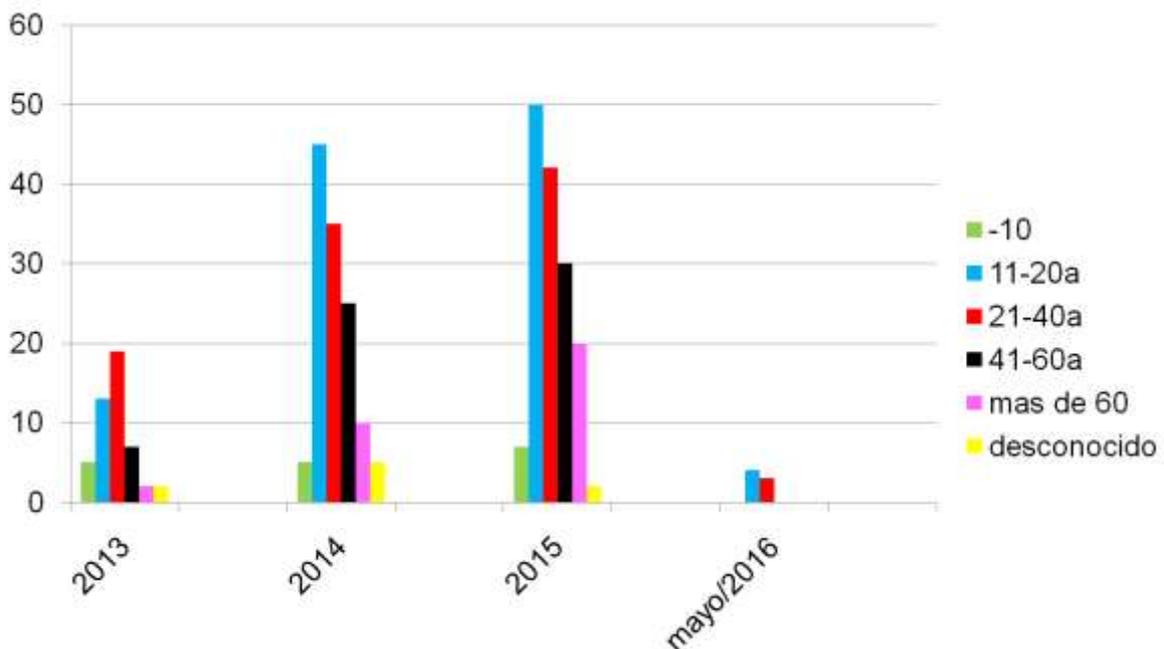
El CIMETOX, centro de toxicología de Angola trabajo con un universo de 321 casos que fueron reportados al departamento de Información de urgencia.

Grafico1: Reporte de casos por consumo de drogas 2013-mayo 2016.



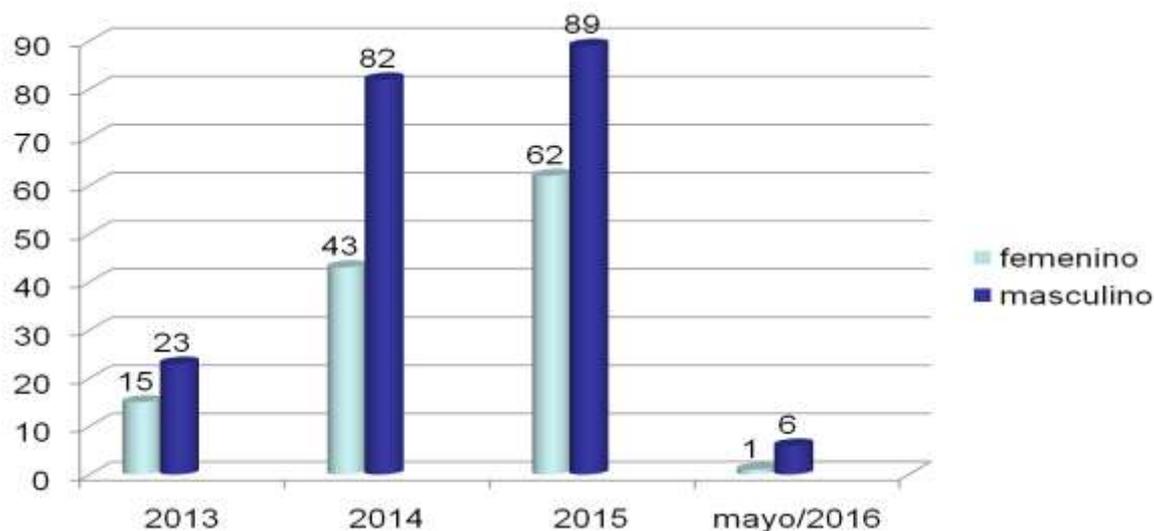
Sobresalió el año 2015 seguido del 2014. El 2016 es el año con menos reporte aunque solo incluye 5 meses pero de continuar de esta manera sería el año de menor reporte en el período analizado. No obstante los resultados evidencian el consumo de drogas que existe en Angola. En el año 2016 consideramos no se trate de que existe menos consumo pues existen riesgos en el país que facilitan el mismo sino que debido a las condiciones actuales por las que atraviesa el país, “crisis económica”, se han limitado las llamadas al centro por la ausencia de una línea gratuita y el costo de la llamada vaya a la cuenta personal de la persona que solicita el servicio. Iguales resultados se reportan en países europeos y de América Latina. ⁽⁵⁾

Gráfico 2: Consultas por drogas según edad



Como se aprecia en el gráfico 2 predominó la edad de 11-20 años seguida del rango de 21-40 años. En el año 2013 fueron igualmente estos dos grupos etarios los que sobresalieron pero de manera invertida. De manera general es justamente la adolescencia la población más afectada lo que consideramos esta en relación con las características propias de la edad de ir a la búsqueda de sensaciones, explorar lo desconocido con un desarrollo cerebral que le impide comprender con exactitud la magnitud del daño. Los datos se corresponden con los reportes estadísticos a nivel mundial. ⁽³⁾

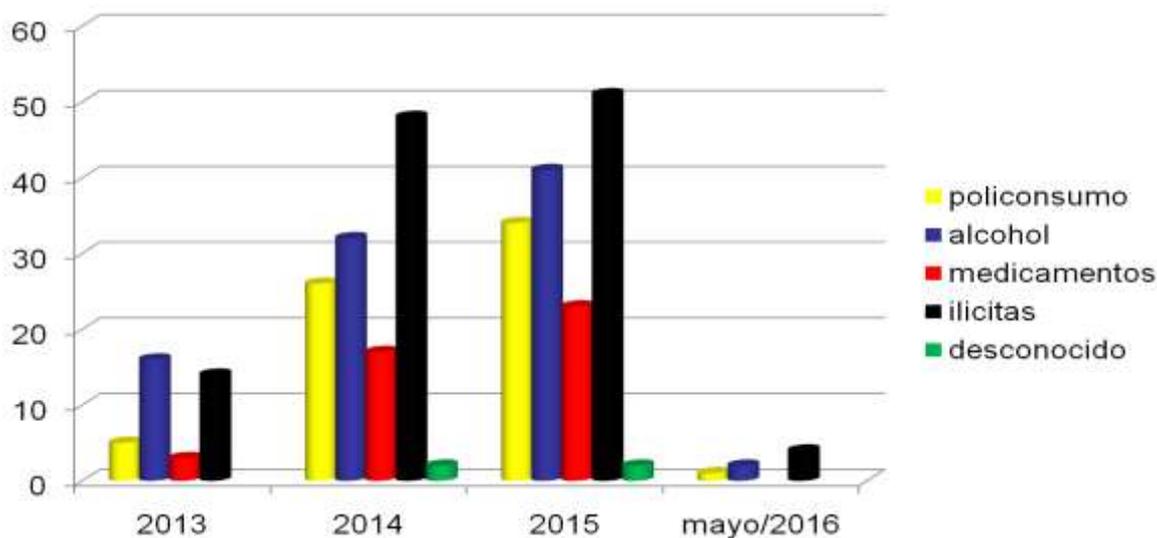
Gráfico 3: Consultas por drogas según sexo



Evidenció el gráfico 3 que el sexo masculino predominó en todos los años. De manera general en el período se reportó el consumo de 200 varones y 122 hembras. Consideramos no obstante que el sexo femenino ha ido escalonando en el consumo de este tipo de sustancias. Se evidencia más en el año 2015 donde se reportaron 89 masculinos y la cifra de féminas ascendió a 62 casos.

Estos resultados también coinciden con lo que reporta el Centro Nacional de Toxicología de Cuba al cierre del 2015. ⁽⁶⁾

Gráfico 4: Casos reportados según tipo de sustancia



El consumo de drogas ilícitas y el alcohol fueron las dos sustancias que predominaron todos los años. En las drogas ilícitas sobresale en un 90% la marihuana conocida en Angola como yamba y en menor número la cocaína en la modalidad de crack. Los medicamentos ocuparon el tercer lugar en los tres últimos años. Fundamentalmente predomina el consumo de psicofármacos sobresaliendo las benzodiacepinas mezcladas con alcohol y medicamentos opioides. Esto está relacionado con que la marihuana es la droga más consumida a nivel mundial e incide en el consumo de medicamentos la libre venta de los mismos en las farmacias donde no se requiere necesariamente de una receta o método para adquirir el mismo. Este resultado coincide con lo que reportan países como Cuba y otros de América Latina. ^(3, 6, 7, 8). Según el informe estadístico del cierre del 2015, refiere que a pesar de las variaciones nacionales y regionales que existen en las tendencias del consumo de drogas, los escasos datos disponibles indican que el consumo de opiáceos (heroína y opio) se ha mantenido estable a nivel mundial. Principalmente debido a la

tendencia registrada en América y Europa, el consumo de cocaína ha disminuido en su conjunto, mientras que el consumo de cannabis y el uso no médico de opioides farmacéuticos han seguido aumentando.⁽³⁾

En Angola se ha identificado el incremento de diferentes variables que de manera indirecta pueden medir la existencia o no de droga puesto que detrás de los mismos puede estar involucrado el consumo de las mismas y el estar bajo los efectos de este consumo puede ser el factor agravante de que estos ocurran. Hay artículos referidos a Angola donde se recoge:

- Aumento del suicidio
- Aumento de la violencia
- Aumento del número de accidentes
- Existencia de prostitución
- Aumento de los hechos delictivos

El consumo de sustancias psicoactivas produce cambios de conducta en la persona. Bajo los efectos de las mismas puede el individuo tener poco control de los impulsos y tornarse agresivo lo cual eleva los actos de violencia así como los hechos delictivos de manera general. También el no control de los reflejos así como los trastornos visuales que pueden estar presentes inciden en el no cumplimiento de las normas de tránsito y eleva la ocurrencia de accidentes.

Es conocido la llamada dosis del valor donde muchas personas acuden al alcohol para cumplimentar una idea suicida. La prostitución ha estado siempre muy ligada al consumo de drogas de hecho las personas que practican la misma se encuentran dentro del grupo de riesgo de consumo.

Por ello es necesario enfrentar esta problemática respondiendo también al llamado que hizo la OMS (3) y cumpliendo con la función de los centros toxicológicos reflejado en el “Programa Internacional de seguridad de las sustancias químicas”.⁽⁹⁾

El CIMETOX como centro regulador de la toxicología en Angola está en el deber de llevar a cabo propuestas de acciones para minimizar esta problemática en el país. Como propuesta a seguir se trazó el accionar en tres objetivos de trabajo:

- Actividades de prevención
- Esfera asistencial
- Formación de recursos humanos

Las actividades que ha venido desarrollando en estos 4 años de creado le han permitido establecer las siguientes tareas que servirán de plan de trabajo y permitirán trazar nuevas pautas a seguir en el combate a las drogas.

Propuesta de Acciones

- Actividades de prevención
 1. Desarrollar Círculos de interés con estudiantes de pregrado de carreras de salud poniendo en práctica actividades de extensión universitaria.
 2. Realización de actividades en escuelas de nivel inferior
 3. Promover actividades culturales y deportivas sin consumo de bebidas
 4. Realizar charlas en la comunidad incentivando una vida sana sin consumo de drogas
- Esfera Asistencial
 1. Cumplir con un servicio de información de urgencia las 24 horas del día, todos los días del año.
 2. Desarrollar actividades de toxicovigilancia
 3. Poner en práctica una línea gratuita de atención a pacientes drogodependientes
 4. Perfeccionar con el completamiento de un equipo multidisciplinario la consulta de seguimiento a pacientes adictos

- Formación de Recursos Humanos

 1. Desarrollo de maestría de Toxicología Clínica con la presencia de un módulo de drogas
 2. Realización de curso de Manejo de las intoxicaciones por drogas a profesionales de la salud

Conclusiones

1. El año donde más se reportó consumo de drogas fue el 2015 siendo el sexo masculino, los adolescentes y como sustancia la marihuana los que más incidieron.
2. Se mencionaron cinco problemas que afectan Angola donde pueden estar incidiendo las drogas.
3. Se realizó propuesta de acciones a partir de tres objetivos de trabajo.

Bibliografía

1. García González Y. Caracterización de las Intoxicaciones Agudas por Carbamazepina con fines de abuso. Centro Nacional de Toxicología 2008-2012. Tesis para Optar por el Título de Máster en prevención del Uso Indebido de Drogas. La Habana, 2013.
 2. Serpa Díaz D. Análisis epidemiológico de las intoxicaciones agudas atendidas en la Clínica de Cartagena del Mar entre el 2009 – 2010. Tesis para optar por el Título de Máster en Toxicología. Cartagena de Indias. Colombia, 2011.
 3. Informe mundial sobre las drogas. UNODC. Resumen Ejecutivo 2015. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
 4. Directorio de Centros de Información y Asesoramiento Toxicológico e instituciones relacionadas. Centros de respuesta químicos y asociaciones de toxicología (Asociaciones, Sociedades o Redes). OPS-OMS-2006.
 5. Araya S, Fallas M, Moya A. Síndromes Tóxicos: Diagnóstico y Manejo. Rev Med Costa Rica y Centroamérica. 2010; LXVII (593): 299 – 304.
 6. Centro Nacional de Toxicología. Casos consumidores de drogas de abuso atendidos en consultas toxicológicas. La Habana: CENATOX; 2015.
 7. Olivero R. Propuesta de Manual de Actuación ante Intoxicaciones por Medicamentos consumidos con fines de abuso en la actualidad. Trabajo para Optar por el Título de Máster en Toxicología Clínica. La Habana. CENATOX, 2013.
 8. National Institute on Drug Abuse. Medicamentos con o sin prescripción médica. [Internet]. Bethesda: NIDA; 2012 [citado 3 may 2013]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/losmedicamentos-con-y-sin-prescripcion-medica>.
 9. OMS/ Centros toxicológicos. Programa Nacional de la Seguridad de las sustancias químicas. Disponible en: <http://www.who.int/ipcs/poisons/centre/es/>.
- I. Doctor en Ciencias. Licenciado en Farmacia. Decano de la Facultad de Medicina de Malanje. Angola. Director del CIMETOX
 - II. Especialista 1er Grado en Medicina Interna. MsC Toxicología Clínica. MsC en Prevención del uso indebido de drogas. Medico CIMETOX
 - III. Especialista 2do Grado en Pediatría. MsC Toxicología Clínica. MsC Atención integral al niño. Medico CIMETOX
 - IV. Médico General. Directora adjunta de CIMETOX
 - V. Especialista 1er Grado en Medicina General Integral. Esp. 1er Grado en Toxicología. Medico CIMETOX

Busca en tu Mochila

Autoras: MSc. María Rosa Sala Adam ^I; MSc. Ana Cepero Gil ^{II}.

Las técnicas y medios de enseñanza provocativos de participación que se utilizan en las actividades educativas aportan beneficios para la construcción, fomento o transformación positiva de conocimientos, actitudes y prácticas de salud integral. Los estudiantes, las familias, las comunidades y las sociedades trabajan para decir “NO” a las adicciones en su conjunto y al tabaquismo de manera particular, porque cada vez es mayor su triste papel de portero en el castillo embrujado de las drogas.

Lo que significa en salud una adolescencia libre de tabaco redundará en una calidad de vida más plena en armonía con el medio ambiente. La escuela, como escenario cultural por excelencia dentro del entorno comunitario, favorece el desempeño de estas actividades y la competencia del personal educador. Por eso, te invitamos a “llenar una mochila” con técnicas y medios útiles en el trabajo educativo, que estará a tu disposición según las situaciones que se vayan presentando en lo cotidiano, de manera tal que ir andando el camino de una vida sana resulte divertido, práctico, participativo...

¡Adelante con la aventura de la salud!
Y cuando necesites aplicar
una técnica educativa o medio de enseñanza
¡Busca en tu mochila!

“La obra del profe Gilbert”

- | | |
|------------------------|--------------------------------------------------|
| - ¿Dónde va, Gilbert? | - ¡No soy yo solo |
| - A construir | El que creará! |
| Una gran obra | Espacios libres |
| ¿Tú quieres ir? | De humo tabáquico |
| - ¿Una gran obra? | Construiremos... |
| ¿Con qué herramienta? | ¡No hay que ser mágico! |
| - ¡Con mil amores | Aire muy puro |
| Y mente abierta! | Que al respirar |
| - ¿Qué beneficios | ¡Llene la vida |
| De ella obtendremos? | De amor y paz! |
| - ¡Respirar puro, | - Profe, queremos |
| Es lo que haremos! | Participar |
| - ¿Dónde, mi profe, | ¡La escuela toda |
| Trabajará? | Se va a agrupar! |
| - ¡En esta escuela | En este empeño |
| Es buen lugar! | De eco-salud |
| - ¿Quiénes, entonces, | - ¡Cuento contigo! |
| Le ayudarán? | ¿Lo sabes tú? |
| - ¡Padres, alumnos ... | Un aire sano, |
| Comunidad! | Nuevo y mejor |
| ¿Cuándo, qué día, | Construiremos |
| Empezará? | ¡Lleno de amor! |
| - Eso es hoy mismo... | |
| ¡No hay que esperar! | I. Master en Promoción y Educación para la Salud |
| - ¿Y qué construye? | II. Master en Comunicación Social |
| ¡Dígalo ya! | |

Aproximación teórica-metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios

Autoras: MSc. Evelyn Fernández-Castillo ^I, Dra.C. Osana Molerio Pérez ^{II}, Lic. Adriana Ubalde Rodríguez ^{III}

Introducción

El término percepción de riesgo ha sido abordado desde diferentes perspectivas siendo un concepto clave en el ámbito preventivo.¹⁻⁶ El concepto parte de campo como la antropología y ha cobrado auge dentro de la psicología, especialmente en el ámbito de los estudios relacionados con el consumo de sustancia. Su inclusión en las valoraciones para determinar la severidad y el pronóstico en el consumo de alcohol y tabaco cobró importancia en los años 1970⁷ y se ha identificado como un importante factor en el inicio y mantenimiento del consumo.⁸

Para entender la complejidad de la percepción de riesgo se hace necesario profundizar en dos conceptos importantes: el concepto de riesgo y el de percepción como proceso psicológico.

El concepto de riesgo es heterogéneo. De forma general el riesgo es definido como la posibilidad de ocurrencia de que un evento ocasione daño a una población vulnerable. Desde una perspectiva cuantitativa, se considera que el riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro y atendiendo a ello en el ámbito de la salud se define el enfoque de riesgo como aquel que se emplea para la estimación de la necesidad de la atención a la salud y otros servicios⁹ en este sentido el análisis de los riesgos constituye una importante técnica en la epidemiología.¹⁰

La perspectiva psicosocial enfatiza en los juicios, actitudes y comportamientos de las personas respecto a las situaciones de riesgo.³ En este sentido se distingue el riesgo real y el riesgo percibido y se plantea que las personas responden únicamente ante los riesgos que perciben.⁶

Desde el enfoque histórico- cultural se reconoce que la percepción como proceso cognitivo se vincula estrechamente a la actividad práctica de hombre como ser social. Se considera como "un reflejo sensible de un objeto o fenómeno de la realizada objetiva que actúa sobre nuestros órganos sensoriales"¹¹

La percepción es una forma de conocimiento de la realidad, tiene un carácter racional y objetivo y está históricamente condicionada pues el objeto o fenómeno percibido se integra a un sistema de conceptos y representaciones, definidos desde el lenguaje que representa el producto de la evolución histórica social. De igual forma se afirma que la percepción no es nunca un acto pasivo ni contemplativo, pues en este proceso se manifiesta el ser humano en relación con sus necesidades, intereses, aspiraciones, deseos y sentimientos.¹¹

Según los autores de este enfoque, la percepción de algo como objeto o fenómeno sería imposible sin el apoyo de la experiencia pasada determinando qué se percibe y cómo se percibe. Se considera una imagen subjetiva del mundo real que se comprueba en la práctica y donde La relación emocional regula lo percibido.¹¹⁻¹²

Otros autores entienden y explican el concepto de percepción desde una perspectiva subjetiva, unido a conceptos como creencia o actitud. Desde esta perspectiva se trataría de un proceso cognitivo en el que descansa la información que cada persona tiene acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que se procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor del mismo.⁴

Por lo tanto, la percepción del riesgo estaría ubicada en el plano subjetivo de la persona y junto a factores como calidad y cantidad de la información, creencias y actitudes, experiencias, motivación, estereotipos; hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en función de las características expositivas de cada situación.

Atendiendo a esto la percepción de riesgo surge como un concepto central dentro de las investigaciones relacionados con el consumo de drogas. De ahí que en la actualidad su estudio, ha generado gran interés por parte de los investigadores, sin embargo el análisis psicológico de esta categoría resulta aún insuficiente.

El presente trabajo pretende ofrecer una aproximación teórica y metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas, especialmente en la población de estudiantes universitarios. Los resultados que se presentan son fruto de un proyecto de investigación¹ desarrollado desde el Centro de Bienestar Universitario adscrito a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Desarrollo

Para lograr una aproximación a una definición sobre percepción de riesgo se partió de una profunda revisión teórica sobre el término en sentido general y la percepción de riesgo sobre el alcoholismo y el tabaquismo, en lo particular. Un primer momento de análisis lo constituyó el análisis de la producción científica sobre percepción de riesgo en idioma inglés, la búsqueda fue realizada en la Base de Datos *EBSCO*, en el período 1972- 2014, predominando como palabras clave: percepción de riesgo, conductas de salud, actitudes.

En este primer análisis, los resultados permitieron identificar que el comportamiento de las investigaciones en este campo ha sido fluctuante, con una tendencia muy significativa al aumento de las investigaciones entre el año 2005 y 2009 manteniéndose el interés en esta categoría hasta la actualidad. De igual forma se destaca la revista *Psychology & Health* en la publicación de artículos relacionados con el tema.¹³

A pesar de la amplia difusión del término, en la actualidad no está clara su conceptualización teórica en la literatura científica psicológica, ni las dimensiones a emplear para su estudio así como las alternativas metodológicas para su evaluación. El análisis de conceptualizaciones ofrecidas sobre percepción de riesgo¹³ permitió identificar que la percepción de riesgo ha sido considerada por algunos autores, desde una visión unidimensional, como un proceso cognitivo que tiene como resultado una valoración o juicio acerca del peligro^{8, 14, 15}

Se ha considerado como un factor o variable esencial en el proceso de toma de decisiones sobre el consumo y se le ha conferido gran importancia para la preservación de la salud. Además, los estudios sobre este tema han identificado un grupo de sesgos moduladores de la percepción de riesgo tales como el optimismo ilusorio, la ilusión de control.^{4, 16}

Otra de las tendencias en el estudio de esta categoría es entenderla desde una perspectiva multidimensional donde se incorporan los aspectos sociales y se destacan categorías como la motivación, la actitud y la intención como algunos de sus componentes más estudiados.^{17, 18}

En esta última perspectiva se sustenta la concepción sobre percepción de riesgo que se ha ido construyendo por parte de un grupo de investigadores del Centro de Bienestar Universitario.^{13, 19-24} Desde esta visión se concibe que la percepción de riesgo debe considerarse como un proceso individual, dinámico, que se relaciona con las particularidades del contexto y es además mediatizado. Tiene su expresión en la capacidad del individuo de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias de una conducta de riesgo, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir los comportamientos de riesgo y asumir comportamientos protectores.

Se configura de forma multidimensional a partir de un componente informativo-valorativo referido al nivel de conocimientos que posee la persona sobre los riesgos y consecuencias asociadas a determinados comportamientos de riesgo. Este se relaciona estrechamente con los componentes afectivo-motivacional e intencional-conductual desde donde se expresa la postura de aceptación o rechazo en relación a dicha conducta; o incluso en la búsqueda de nuevos elementos que le permitan definir su intención y actuación con relación a la misma.

¹ Proyecto Institucional: “Metodología para la promoción de salud y el desarrollo personal desde la concepción de un Centro de Bienestar Universitario” (9810)

Asumiendo esta concepción se han venido desarrollando una serie de investigaciones orientadas a crear instrumentos de evaluación que permitan explorar esta categoría en la población de estudiantes universitarios.¹⁹⁻²¹ Se ha tenido en cuenta que según autores como Becoña²⁵, la percepción de riesgo debe ser evaluada en función de la sustancia específica. Tanto el cuestionario para evaluar la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol como el que se construyó para el tabaco, han mostrado adecuados niveles de confiabilidad, destacándose su carácter multifactorial.

Los resultados de estos estudios han permitido identificar niveles adecuados de información sobre las consecuencias de estos comportamientos de riesgo en las muestras de estudiantes universitarios estudiados. De igual forma, en ambos casos, las mayores variaciones se centraron en la dimensión motivacional-conductual, siendo este factor quien mejor predice los niveles de percepción de riesgo. Además se ha destacado, que los hombres tienden a experimentar menor percepción de riesgo que las mujeres, respecto al consumo de alcohol y tabaco en esta población.^{20, 21}

Conclusiones

Los resultados presentados permiten una aproximación teórica y metodológica al estudio de la percepción de riesgo. Especialmente se suscriben al estudio de esta categoría en estudiantes universitarios atendiendo a la importancia de perfeccionar el trabajo preventivo que se realiza en este contexto.

Se evidencia que las investigaciones sobre este tema han sido fluctuantes y deben continuar enriqueciéndose especialmente en el ámbito del consumo de drogas. Se destaca la importancia de la perspectiva multidimensional en el estudio de la percepción y la necesidad de avanzar en la construcción y validación de indicadores e instrumentos que permitan su exploración en este y otros contextos.

Referencias

1. González-Iglesias B, Gómez-Fraguela JA, Gras ME, Planes M. Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: el papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*. 30(3):1061–1068, 2014.
2. Peretti-Watel P, Seror V, Verger P, Guignard R, Legleye Beck F. Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addictive Behaviors*. 39(9):1304–10, 2014.
3. Rohrmann, B. Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: a conceptual appraisal. In *Global co-operation in emergency and disaster management*. The International Emergency Management Society, 2008.
4. Rojas-Murcia C, Pastor Y. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*; 6(1), 28–38, 2015. [consultado 12 Dic 2015] Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70004-9](http://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70004-9)
5. Salameh P, Salamé J, Waked M, Barbour B, Zeidan N, Baldi I. Risk perception, motives and behaviours in university students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 19(3), 279–292, 2014.
6. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Why study risk perception? *Risk Analysis*. 1982. [consultado 12 Ago 2014] Disponible en: <http://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1982.tb01369.x>
7. Patiño, G. *Percepción de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2014*. Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., 2015.
8. García del Castillo, J. A. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12(2), 133–151, 2012.
9. Filho ND, Castiel LD, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*. 5(3), 323–344, 2009.
10. García-García JM. Medición del riesgo en la Epidemiología. *Revista Mexicana de Pediatría* 65(2), 76–83, 1998.
11. Rubinstein JL. *Principios de Psicología General*. La Habana, Cuba: Edición Revolucionaria, 1967.
12. Smirnov AA, Leontiev AN, Rubinstein SL, Tieplov BM. *Psicología*. La Habana, Cuba: Ediciones Pedagógicas, 1961.
13. Ubalde A, Fernández-Castillo E. *“Bases teóricas–metodológicas para el estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas.”* Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, 2016.

14. Bejarano J, Ahumada G, Sánchez G, Cadenas N, de Marco M, Hynes M, Cumsille F. Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Factors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 9–17, 2011.
 15. Danseco ER, Kingery PM, Coggeshall MB. Perceived risk of harm from marijuana use among youth in America. *School Psychology International*. 20(1), 39–56, 1999.
 16. Pons-Salvador G, Miralles MT, Guillén-Salazar F. El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*. 26(2), 310–317, 2010.
 17. Dîrțu MC, Soponaru C. Smoking Cessation Therapy: Between Risk Perception and Behavior Change. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 142, 325–331, 2014. [consultado 21 Ago 2015] Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.643>
 18. Lopez-Quintero C, Neumark Y. Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. *Drug and Alcohol Dependence*. 109(1-3), 65–72, 2010. [consultado 21 Ago 2015] Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.011>
 19. Cárdenas R, Pedraza L, & Molerio O. *Efectividad de un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, 2013.
 20. Fernández-Castillo E, Molerio O, López L, Cruz A, Grau R. (en prensa). Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
 21. Fernández-Castillo E, Molerio O, Sánchez D, Rodríguez Y, Grau R. (en prensa). Desarrollo y análisis de confiabilidad del Cuestionario para la evaluación de percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios cubanos. *Psychologia: Avances de La Disciplina*.
 22. Hernández-Valdespino Y, Pedraza L, Molerio O. *Diseño de un Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, 2012.
 23. Pedraza L, Molerio O, Álvarez R. *Percepción de riesgo en relación al tabaquismo: una experiencia en estudiantes universitarios*. Santa Clara, 2012.
 24. Ranero E, Fernández-Castill E. “Bases metodológicas para potenciar la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en estudiantes universitarios.” Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, 2016.
 25. Becoña E. *Bases teóricas para la prevención de la drogodependencia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
- I. Master en Psicopedagogía. Coordinadora del Centro de Bienestar Universitario. Profesora asistente. Departamento de Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Correo: efernandez@uclv.edu.cu
 - II. Doctora en Ciencias Psicológicas. Msc. en Psicología Médica. Msc. en Psicología Clínica. Profesora Titular. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Villa Clara. Cuba.
 - III. Licenciada en Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

Percepción de riesgos y cambio de comportamiento. Algunas reflexiones necesarias

Autora: MsC. Belkis Echemendía Tocabens*

INTRODUCCIÓN

En la literatura científica actual relacionada con el cambio de comportamiento en salud, aparece frecuentemente asociado este concepto al de percepción de riesgos. Es decir, se considera que una parte importante del cambio del comportamiento en salud se relaciona con la percepción que se tenga de los riesgos para la salud. Pero, ¿qué es el riesgo? ¿Qué se entiende por percepción de riesgos? ¿Es suficiente con cambiar la percepción de riesgos para lograr cambiar la conducta?

Son importantes algunas precisiones conceptuales antes de avanzar en el tema.

En una de sus definiciones más elementales, el riesgo se enuncia como la probabilidad de ocurrencia de un daño o hecho adverso ⁽¹⁾. Según Paul Slovic, el riesgo influye en el comportamiento a través de la percepción del riesgo ⁽²⁾.

En cuanto a la percepción del riesgo o percepción de riesgos, son múltiples las aproximaciones a su definición. A continuación se comentan dos de ellas.

Según el Glosario de términos para Toxicología y Ambiente, la percepción de riesgos es un principio de selección construido socialmente, que atribuye o no peligro a determinados factores y sucesos. Situado en la intersección entre lo social y lo individual, este proceso abarca a las sociedades, comunidades, familias e individuos incluidos en ellas ⁽³⁾.

Por otra parte, García del Castillo ⁽⁴⁾ intentando esquematizar el contenido de este constructo, destaca que la percepción de riesgo es un concepto elaborado por un sujeto. Se genera cuando a partir de la recogida de información y de su historia personal y experiencias vividas, el individuo realiza un proceso cognitivo que, sumado a sus creencias, estereotipos, actitudes y motivación, le permiten elaborar una valoración ante un riesgo o conducta de riesgo que es precisamente la percepción de riesgo. Esa valoración o juicio condicionará su comportamiento y le permitirá tomar una decisión final.

Estos no son los únicos intentos por definir la percepción de riesgos, pero en ellos se resumen de algún modo aspectos importantes a tener en cuenta en su estudio.

Aunque un camino la señala como un concepto propio de individuos, el otro apunta a que el sujeto de la percepción de riesgos es plural. Es cierto que al hablar de percepción se hace referencia a procesos cognitivos propios de individuos. Pero los grupos y las comunidades también producen cogniciones aunque con características particulares.

Otro aspecto interesante de las definiciones anteriores está relacionado con el proceso de construcción social que está detrás de cualquier proceso cognitivo como la percepción de riesgos. Cómo se percibe la realidad y qué significación se le atribuye, está condicionado por la cultura, las tradiciones, los modos y estilos de vida de poblaciones e individuos.

Un elemento que también aparece en una de las definiciones es el carácter consciente de la percepción al tratarse de una elaboración que permite tomar una decisión. Sin embargo, en la práctica las cosas no funcionan tan cronometradas. No necesariamente lo que se percibe orienta conscientemente la conducta ni es ese conocimiento consciente de la realidad lo que únicamente orienta el comportamiento.

El vínculo de las percepciones con otros componentes de la subjetividad es otro elemento interesante que se subraya ya que ningún aspecto de la realidad psicológica del sujeto actúa aisladamente en su evaluación de la realidad y, por consiguiente, en la orientación de su comportamiento.

Finalmente y a modo de limitación de estas definiciones o aproximaciones, puede señalarse que al referirse a la percepción del riesgo no abordan aspectos como la esfera afectiva (no solo como motivación), ni explícitamente se

toma en cuenta la regulación integral del comportamiento por parte del sujeto en tanto individuo portador de una personalidad o sujeto grupal portador de formaciones subjetivas específicas. Estos son elementos esenciales para comprender la percepción de riesgos en el complejo contexto de la determinación del comportamiento de las personas con respecto a la salud.

DESARROLLO

Existen muchas investigaciones en el campo de la percepción del riesgo. Las más frecuentes y divulgadas responden al paradigma psicométrico desarrollado por autores como Slovic, Fischhoff, entre otros. Este paradigma ha sido uno de los que más evidencias empíricas han aportado de las diferentes dimensiones o rasgos del riesgo. Algunas de sus características son:

- La percepción del riesgo se considera un constructo multidimensional, de ahí el estudio de sus diferentes dimensiones o parámetros
- Se basa en medidas psicométricas para describir la percepción del riesgo
- El riesgo percibido (o percepción del riesgo) se estudia a través de la evaluación cuantitativa de varios atributos cualitativos del riesgo (factores) y de una cuantificación global de este
- Cada dimensión o atributo explora una cualidad del riesgo percibido o percepción del riesgo
- Se ha utilizado para el estudio de conductas no saludables relevantes como: hábito de fumar, consumo de alcohol, consumo de drogas, ingestión de alimentos no saludables

Como resultados de estas investigaciones se han identificado un conjunto de factores que generalmente se utilizan para explicar la percepción de riesgos. Estos se clasifican en cuatro grupos:

- Factores relacionados con el tipo de peligro
- Factores relacionados con el contexto social
- Factores relacionados con el contexto de las opiniones sobre el riesgo o sus ponderaciones
- Factores relacionados con características individuales

A continuación se muestran algunos de estos factores y su expresión en ciertas condiciones en las que hipotéticamente podrían producirse altas percepciones del riesgo o altas ponderaciones (evaluaciones) del mismo ⁽⁵⁾:

FACTORES GENERALMENTE UTILIZADOS PARA EXPLICAR LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Factor /Parámetro	Condiciones hipotéticas para percepciones más altas del riesgo o de la ponderación del mismo
Factores relacionados al tipo de peligro	
Catástrofe potencial	Capaz de causar alto número de muertos/lesionados en el tiempo, o en relación con un solo evento, en comparación con los riesgos normales.
Aceptación voluntaria	Involuntario
Grado de control	Incontrolable
Conocimiento	Poco conocido para el individuo
Incerteza científica	Poco conocido o desconocido para la ciencia
Controversia	Incierta; hay distintas opiniones sobre el riesgo
Temor	Terrible; temor por el tipo de consecuencias
Historia	Recurrente; ocurrencia previa de accidentes
Aparición de los efectos	Repentina; falta de advertencias previas e importantes efectos inmediatos
Reversibilidad	Irreversible; las consecuencias no pueden ser reguladas o remediadas
Factores relacionados al contexto social	
Equidad	Basada en una injusta distribución de riesgos y de beneficios

Beneficios	Incerteza respecto a beneficios
Confianza	Dirigida, o estimada, por autoridades o expertos no confiables
Atención de los medios	Altamente expuesto y presentado emocionalmente en los medios de comunicación masiva
Disponibilidad de la información	Se percibe información no confiable o insuficiente, los rumores crecen en importancia
Niños involucrados	Abarca a niños o a fetos
Generaciones futuras	Afecta a futuras generaciones en forma injusta e irrevocable
Identidad de la víctima	Causa daño a alguien conocido o querido
Factores relacionados con el contexto de las opiniones sobre el riesgo o las ponderaciones	
Blanco del riesgo	Ponderaciones de los riesgos para otros y no para uno mismo
Definición del riesgo	Énfasis sobre las consecuencias en contraste con las probabilidades
Marco contextual	Estrechamente relacionado en el tiempo con una experiencia personal negativa o con una situación que induce a una mala disposición
Factores relacionados con características individuales	
Género	Las mujeres expresan más alta percepción del riesgo que los hombres
Educación	Personas de menor educación emiten generalmente estimaciones más altas
Edad	Las personas mayores generalmente emiten estimaciones más altas
Ingreso	Las personas de menores ingresos generalmente emiten estimaciones más altas
Sensibilidad psicológica	Las personas más ansiosas generalmente emiten estimaciones más altas
Habilidades personales	Las personas que no tienen conocimientos o entrenamiento sobre riesgos emiten estimaciones más altas

Aunque el enfoque psicométrico se inicia en la década del 70 del siglo pasado, en Cuba no se han aprovechado al máximo sus ventajas para identificar aquellos factores que más pueden estar relacionados con la baja o alta percepción del riesgo en determinadas afecciones, para determinadas poblaciones y en las condiciones particulares de nuestro contexto histórico y cultural. Estas informaciones serían sumamente útiles para el diseño de campañas preventivas en el campo de la salud.

Es decir, el diseño de investigaciones desde este paradigma permitiría acumular evidencia empírica propia que responda a la realidad histórica, cultural, social y económica concreta del país. Sin embargo, no se puede pretender resolver todo desde este paradigma pues estos factores son apenas guías para una futura intervención que tendría que tener en cuenta otros muchos aspectos.

Algunos apuntes para reflexionar sobre el verdadero alcance del concepto de percepción del riesgo se brindan a continuación:

- Como concepto corresponde a un Enfoque de Riesgos dentro de la Salud Pública: útil pero limitado
- El enfoque psicométrico ha sido el más utilizado para su estudio pero no es suficiente
- Implica una evaluación subjetiva por lo que involucra no solo aspectos cognitivos sino también afectivos (sentido personal)
- Puede estudiarse a nivel individual, grupal y social pero cada nivel de estudio tiene sus particularidades metodológicas (un grupo no es la suma de individuos)
- Es un término cuyo uso en la práctica incluye: conocimientos (información con distinto grado de estructuración y jerarquización), afectividad (disposición emocional) y prácticas (comportamientos) en relación con el riesgo. Por lo tanto el término "percepción" resulta limitado aunque ya está ampliamente difundido en la literatura y la investigación científicas
- Muchas veces se iguala a alguno de sus componentes (cognitivo, afectivo, conativo) ignorando el resto

- Concepto que puede confundirse con: actitudes (el enfoque tridimensional incluye los mismos componentes: cognitivo, afectivo y comportamental); representación social

Por otra parte, una adecuada percepción del riesgo no sería suficiente para un cambio de comportamiento aunque hay evidencias científicas que encuentran menos tendencia a comportamientos riesgosos en personas con una mayor percepción del riesgo del problema, como en el caso de las adicciones ⁽⁶⁾. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que para modificar la percepción del riesgo no es suficiente con brindar más cantidad de información sino en saber qué información elegir y de qué fuentes, cómo estructurarla para que adquiriera un sentido personal para sus destinatarios así como diseñar adecuadamente las formas de transmisión de esa información. Es decir, el trabajo sobre la percepción de riesgos debe estar acompañado de un adecuado diseño de la comunicación de riesgos.

No obstante y más allá de las limitaciones del uso de este concepto en la prevención y cambio de conductas no saludables, los estudios de percepción de riesgos han hecho numerosos aportes en el terreno de la salud:

- Es un constructo central en la mayoría de las teorías sobre comportamientos relacionados con la salud y en teorías que se enfocan en el cambio de la conducta saludable
- Se ha encontrado que el nivel de riesgo percibido (percepción de riesgo) se asocia con un comportamiento de autoprotección y con comportamientos saludables
- Ha sido incluida en modelos teóricos de salud preventiva
- Un metanálisis de estudios experimentales (Sheran y cols, 2014) demuestra que cuando las intervenciones logran incrementar las percepciones de riesgo, aumenta también la intención de cambio de conducta y se logran cambios de comportamiento favorables para la salud

CONCLUSIONES

Para orientar los estudios de percepción de riesgo, además de analizar críticamente los aportes hechos por las investigaciones desde los distintos enfoques, sería importante plantearse algunas interrogantes:

- ¿A qué se le llama “percepción del riesgo” y desde qué perspectiva se le estudia?
- ¿Es suficiente con aportar información sobre el riesgo (conducta riesgosa) y sus consecuencias para evitar que esta se produzca o para cambiarla por una más saludable?
- ¿Incrementando la percepción de riesgos garantizamos el cambio de comportamiento?
- ¿Por qué si el individuo sabe lo que le perjudica, continúa comportándose de la misma manera?
- ¿Qué otros aspectos deben ser estudiados para conseguir un cambio de comportamiento riesgoso hacia uno más saludable?
- Para el cambio (incremento) de la percepción de riesgos y para el cambio de comportamiento, ¿se debe trabajar igual con individuos, grupos y poblaciones más numerosas?
- ¿Cómo sabemos que ha sido efectiva una campaña dirigida al aumento de la percepción de riesgos sobre un problema de salud?

Finalmente puede concluirse que:

- Los estudios de percepción de riesgo deben esclarecer sus propósitos a más largo plazo: conocer (diagnóstico) para el cambio (prevención y promoción de salud)
- Estos estudios deben ubicarse dentro de una determinada perspectiva teórico-metodológica lo que implica asumir una determinada concepción sobre el sujeto, las determinantes de su comportamiento y del cambio de ese comportamiento
- Los modelos de cambio de comportamiento en el campo de la salud no solo buscan cambiar el comportamiento sino sus determinantes psicológicos y sociales, aunque esto no siempre esté explícito en dichos modelos. El cambio de comportamiento es el final esperado pero conlleva otros cambios
- En los estudios de percepción de riesgo debe pasarse de la descripción a la intervención

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Digón A. Glosario de términos para Toxicología y Ambiente. Servicio de Toxicología del sanatorio de Niños SERTOX [Internet]. Riesgo [citado 5 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.sertox.com.ar/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=124>
- 2- Slovic P. The perception of risk. Risk, society, and policy series. London: Earthscan; 2000.
- 3- Digón A. Glosario de términos para Toxicología y Ambiente. Servicio de Toxicología del sanatorio de Niños SERTOX [Internet]. Percepción de Riesgo [citado 5 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.sertox.com.ar/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=107>
- 4- García del Castillo JA. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Health and Addictions / Salud y Drogas [Internet]. 2012 [citado 5 mayo 2016]; 12 (2): 133-151. Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/download/2/184>
- 5- Sjöberg L & Drotz-Sjöberg BM. La percepción del riesgo. Revista de la Sociedad Radiológica [Internet]. Mar 1997 [citado 5 Sep 2006]; Edición 15: [aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.radioproteccion.org.ar/15-2.htm>
- 6- Lucena V. Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba [tesis doctoral]. Córdoba, Argentina: Universidad de Córdoba; 2013 [citado 5 mayo 2016]. Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10760/803.pdf?sequence=1>

* Profesora Asistente. Investigadora Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) belkis@inhem.sld.cu

Un día tras otro... ¡Sólo por hoy!

Basado en la vida de un adicto nicaragüense tratado en Cuba.

Autor: Luís Roberto Gómez Alarcón*

Lloraba solo. Mientras más lo pensaba, más deseos tenía de acabar con mi vida. Pero faltaba algo. O más bien sobraba. Sobraba el miedo. Soy el hombre miedo. Miedo intenso, solapado, oculto..., que carcome mis entrañas. Tira desde lo más hondo de mí con tamaña fuerza, que hace temblar, cual sismo inacabable, cada célula de mi cuerpo todo, y mi mente toda, y mi espíritu todo enjaulado, encarcelado..., maniatado yo con barrotes ante mis pupilas hinchadas y sanguilonetas, gritando con chillido sordo: salvarme, salvarme ¡por Dios!, lo antes posible.

De la isla aquella siempre se ha hablado horrores. Yo sabía, además, que habían estado metidos en nuestra guerra hasta los mismísimos cojones. Lo que no sabía –ni siquiera podía imaginar-, era que iba yo a entrar en otra guerra a muerte con ellos de mi lado nuevamente. Y no sabía, no podía tan solo imaginar, que iba yo a ganar la penúltima batalla y convertirme en el eterno soldado con la adarga al brazo, en guerrero persistente hacia la luz.

No sé cuántas cosas me pasaron por la cabeza mientras veía a mi padre enrejando un cuartucho en nuestra casa. Sí, realmente es un cuartucho de dos metros cuadrados. Y mucho menos podía imaginar que pasaría cinco espantosos meses encerrado en él. No olvido a mi padre halándome por un brazo y golpeándome, mientras me repetía una y otra vez: ¡Me vas a matar, coño...!

Me comí el techo, los barrotes de hierro; bebí mi sudor y mi llanto sin saciarme. Mi trastornada cabezota por momentos quería estallar. Pasaron por mi mente los peores pensamientos de mi vida. Odié y maldecí. Me arrepentí y sucumbí. Blasfemé. Y también le pedí y recé a Dios como nunca antes lo había hecho –a un tipo como yo le sobran ateísmo y cojones. Hice de tripas corazón. No había perdón; sólo dolor. Aquel pensamiento me acompañaría durante mucho tiempo después en Cuba. No podía perdonar ni perdonarme. Pero iba a aprender. Iba también a hacer descubrimientos. Iba a comprender.

Siempre he creído en la inmensidad de la mar. He tenido una relación muy íntima con las aguas. Mi país media entre dos grandes océanos: el Atlántico en buena lid –regionalistamente sería el Caribe-, acaricia y maltrata toda la costa noreste; y el -eufemísticamente oscuro- Pacífico, igualmente se apodera de toda la costa sur apuntando a occidente. Pero, además, en tierra firme, el no menos gigante lago Managua te reafirma la fiereza de las aguas: hasta tiburones me recuerdan que el infierno y el edén se alojaron en mi mente pa'joder no más. Mucho tiempo después iba a saber que el océano no es inmenso; la vida es inmensa. Sí, inmensa. Entre las tantas cosas que iba a descubrir en esta Isla, está esa, la inmensidad de la vida y su color. Tuve que salir del océano profundo, oscuro, en el que me movía a diestra y siniestra con lo peor y lo más torcido. Donde me creía el gran pez nadador y tragón, para luego sentir el dolor hasta el fondo y lanzarme en la carrera del esfuerzo individual. Sí, una maratónica carrera hacia la luz desde lo más profundo y oscuro. Como el salmón del Pacífico, que viene en batalla desde la inmensidad del ridículamente eufemístico mar hasta el cálido y transparente riachuelo en tierra firme. Que desanda en batalla permanente miles de kilómetros con un solo objetivo, con un único fin: reproducirse, crear nuevas vidas en la luz. Así, cual salmón empecinado, enfrentando saltos y osos, insertado en un ejército de muchos, llegué, llegué hasta aquí.

No puedo recordar la fecha exacta. Olvidé inscribirla en papel o en la piel, pero no en el alma, ahí está. Ese día cambió mi vida. Ese día dio un vuelco definitivo mi existencia. Y no importa que no pueda recordar la fecha exacta. Eso no hace falta. Eso no importa. Ya bautizaré ese día como el imprescindible en mi vida: un dieciocho de noviembre de dos mil cuatro; y le pondré hora además: las nueve y veinte de la noche; mi hora. Ese día fue el principio del fin, del fin del sufrimiento. Ese día alguien me dijo que no iba a sufrir más. No lo quería creer.

Ya no podía más. Tenía que escapar. La obsesión era intensa. Es una obsesión incontrolable. Cuando un adicto llega a ese estado no lo para nadie. Créanme. Y así fue.

La Pucha era no más una sanísima mujercilla que se encargaba de labores domésticas en casa, para suplir la ausencia de mis progenitores que estaban inmersos en grandes responsabilidades de trabajo. Yo era el chamaco hijito de papás, que sumido en sus miedos y complejos malgastaba el dinero no ganado en beber alcohol y fumar piedras de crack hasta la saciedad. Aquel gordito con un dedo mocho no podía enfrentar la calle –entiéndase la vida en toda su dimensión-, sin cocinar y consumir la cocaína hasta abarrotarse el cerebro. Para colmo de males, mi tartamudez me golpeaba cada vez más sin piedad. Mientras bebía, más halaba, más fumaba, más gagueaba. Y no paraba hasta llegar a la mudez total. ¿De qué me servía? Me preguntaba una y otra vez cuando ya no más quedaban cenizas sobre mi alma. Sabía que sólo me revolcaba aún más en la mierda, pero no podía salirme. La hediondez pétrea era mi mundo, pero no podía escapar. A un adicto compulsivo no lo para nadie. Ni su madre. Ni Dios.

Mientras estuve encarcelado en el cuartucho de mi casa, salía sólo para las comidas junto a la familia. Consumía DVDs al por mayor para contrarrestar al tiempo, y me perforaba los pabellones de los oídos con los audífonos escuchando mi música de una discman. Craso error de mis padres. Tenía ya una forma de obtener dinero para saciar mi insania. No tenía ropas en el reclusorio. Andaba en pijama todo el tiempo, cual paciente impaciente en un hospital psiquiátrico. Parecía que estaba hospitalizado. No importa. ¡Al carajo! Así mismo.

Mis padres habían partido más temprano que de costumbre ese día por obligaciones con su trabajo en el Gobierno. Esta es la mía. Me escondí la discman y un montón de discos bajo el pijama. Aprovechando la ingenuidad y buena voluntad de la Pucha, cuando me abrió la puerta del cuartucho para que saliera a desayunar, raudo y veloz, no paré hasta la calle. Tomé un taxi y me dirigí a uno de “los clave” que me facilitaba la droga –facilitaba es un eufemismo, me la vendía, me explotaba sin escrúpulos alguno. Allí, el tipo –el hijo de puta de su madre-, me pagó el taxi y se apoderó sin miramientos de la discman y los discos.

No había terminado de fumarme la primera piedra de crack, y se apareció mi padre en un jeep, acompañado de un par de secuaces de él; y cual criminal infraganti, me introdujeron a la fuerza en el auto. El hijo de puta de su madre huyó. Eso era yo, un delincuente embadurnado de mierda hasta los mismísimos cojones. Capaz de cualquier cosa por su droga favorita. Ingenuo yo. Ya mi padre había investigado y sabía exactamente dónde conseguía mi veneno y quiénes me lo expendían. No tenía escapatoria. Y, por supuesto, la Pucha, había avisado inmediatamente después de que yo, tras empujarla, había salido corriendo a la calle cual animal incauto dispuesto a conflagrar concupiscente a toda costa.

Tengo que hacer tantas cosas conmigo. ¿Cuándo carajo había sido yo tan violento ni mucho menos? De chico, yo era más bien una bolita dócil. Siempre fui un niño tranquilo, de la casa, educadito; eso que llaman un hijito de papás que no se metía con nadie. Eso jodió. Y se jodió. No puedo culpar a mis padres, sería injusto. Pero, quizás como no podían estar todo el tiempo que querrían conmigo, me complacieron demasiado y mis bolsillos se llenaron más de la cuenta. ¿Por qué carajo las cosas tienen que ser así? Ya iba yo a aprender en Cuba, de alguien que para mí es una de esas personas que están por encima de todo lo humanamente conocido y por conocer, que cual ángel citado por todos, pasó a ser el Ángel –ese es su segundo nombre, estoy seguro que no hay persona que lo lleve mejor que él-, de muchos adictos como yo en la Isla y en un montón de partes de este mundo; que uno de mis tantos problemas iba a estar ahí. Me iniciaría en esa carrera inacabable del autoconocimiento, de sumergirte en lo más hondo con un escarpelo en mano y discernir hasta lo ignoto sin escrúpulos ni clemencia. Llegar al fondo y entonces saltar. Mira que darse cuenta de tamañas estupideces después de tanto tiempo, ¡le ronca...!

Yo era una persona violenta –o mejor, lo soy; lo que tengo encarcelada la fiera y no la alimento, a la espera de su deceso. Me convertí en aquella cosa espantosa. Y lo peor, era que me lo proponía día a día; tenía que ser como ellos: los tipos duros. Iba escalando -ocultando mis complejos y miedos atroces-, los peldaños oscuros del ranking de los indeseables. Y para ello, tenía que hacer cosas espantosas. De lo contrario, sigues siendo el mismo comemierda - ¡Comemierda fue en lo que me convertí!

No pensé que llegaría a tanto. Me vi con un cuchillo en la mano y no vacilé en darle una puñalada a otro hijo de puta para que quedara claro que conmigo la cosa era bien difícil, hasta las últimas consecuencias. Lo peor no fue agredir y herir severamente a ese infeliz; lo peor, lo inconcebible fue que no sentí nada; no experimenté ninguna sensación después de casi matar a otro ser humano. ¿Hasta dónde había llegado? ¿En qué me había convertido? En aquel momento me importaba tres cojones. Hoy pasa a ser parte de ese tesoro bien guardado y pesado que es mi pasado.

Sí, mi pasado es un tesoro muy preciado al que voy una y otra vez, voy a su reencuentro para no olvidar jamás en lo que me había convertido: en un animal reprochable.

Si no tengo amor de nada me sirve, ni la fe ni un carajo...; no tengan fe, amen.

¡El pasado! Es del carajo. A veces uno recuerda cada cosas, que preferiría callar u olvidar para siempre. Pero ser honesto es un principio que no puede dejarse de practicar en cada momento.

Mi droga favorita –el crack-, no permite la socialización del adicto. Provoca tanta paranoia que te aíslas totalmente. El consumo encerrado y oculto te convierte en una alimaña de la noche. Cuando paras y regresas a casa, lo haces a hurtadillas y con tanto miedo, que eres capaz de lo impensable en ese trayecto hasta llegar al ocultamiento de descanso, hasta volver a luchar dinero para el próximo consumo.

Eran la siete de la mañana. Desandaba yo las calles del “belicosa” –pichincha de la puta de su madre-, ya me adentraba por el parque de las citas insospechadas y pecaminosas. A esa hora, con ese aspecto, después de haberte metido ochenta piedras, eres inconfundible. Uno de esos tipitos que están al acecho de cualquier desahuciado como yo para satisfacer sus apetitos más reprimidos, desvariados y ostensiblemente pervertido, ofreciéndome dinero, me intersecta. Me hablaba lo mismo como una Gotié dócil y desesperada, que cambiaba de palo pa’rumba –como dicen ustedes-, y se comportaba entonces como un machote que quería nalgas grandes, blancas y redondas, aunque fueran de mujer –o sea, un bugarrón empedernido o maricón consagrado; le daba igual. Por esas casualidades de la vida, no acepté. ¿Qué coño casualidades? Estaba hecho talco. No me podía sostener, y cual vampiro huía de la luz. No acepté. No sucumbí. Al otro día, a la misma hora –ahora desesperado yo-, volví al parque del pecado. Buscaba desesperadamente a la Margarita-Sansón. Daba vueltas cual orate compulsivo dispuesto a cualquier cosa, dispuesto a todo. Necesitaba dinero a toda costa. Pero el gay no apareció por ningún lado. Era como si se lo hubiera tragado la tierra. Quizás había conseguido a otro chiquillo como yo. Estaría preso o muerto. ¡Qué sé yo! Por suerte no apareció; si no, mi expediente tendría hoy la peor mancha que puede tener un hombre cojonudo como yo.

Ya en ese momento me había convertido en una piedra de crack. Todo para mí era una piedra de crack. Era un ser inanimado. Era eso, un canto. Mi familia era un canto. Todo a mí alrededor era un canto. Creo que estaba desconectado permanentemente. Funcionaba sólo por instintos, sin el menor ápice de conciencia. ¡Qué horror!

Una cosa para que sea problema debe tener solución –decía mi padre-, si no tiene solución para ti, no es un problema. No hay cosa que genere más pánico que el día después de la aceptación de la enfermedad. Los miedos los tengo identificados y trabajo hasta agarrarme los huevos y vencerlos. Yo le tengo miedo al crack y al alcohol. Pero mi talón de Aquiles era cuando me dejaban las mujeres ¡por Dios! Lloraba por todos los rincones del planeta –ya no de mi casa. Me intenté matar en una ocasión y no lo logré, me di cuenta entonces que tenía otra salida; observé con mirada de adulto. Sí. No se puede ver las cosas con ojos de niño, sino con ojos de adulto –decía el Ángel de todos; y mi “poder superior” a la vez-, la única que te hace inferior a los demás es cuando te vas a consumir –agregaba sabiamente.

No quiero regresar al pasado ¡Ni pinga! No vuelvo a ser la Magdalena llorona que aparentaba ser un cojonudo por nada de este mundo ni de ningún otro. Y mucho menos despertar al monstruo. ¿Qué haría ella si despertara el monstruo? Por eso le cuento todas las cosas, para que sepa con quién se va a casar –¡porque me voy a matrimoniar en serio, coño!

A mí no se me paraba cuando dejé de consumir –¡mira tú qué cosa!-; se me paraba y se me caía... De mi trabajo para la escuela –eran mis prioridades-, y de ahí, a mi casa. Así fue durante años... Y de aquello nada. Sólo auto manipulación –entiéndase masturbarse, pajas. Cuando llegaba a la intimidad no se me paraba ni con una grúa. Se lo conté a ella sin miramientos de ningún tipo, con lujo de detalles y sin escrúpulos. Ella pensó que le estaba pidiendo una consulta de sexualidad, porque es psicóloga; no comprendió –ni siquiera le pasó por la mente en ese momento-, que la estaba enamorando ¡Mira tú qué cosa! Estaba yo inventando una nueva forma de enamorar a las mujeres ¡Es del carajo! Intentar ligar a una mujer diciéndole que tienes problemas de disfunción eréctil como resultado del consumo de drogas. Por suerte no me dio la consulta –no es sexóloga. Y comprendió que este loco estaba cuerdamente enamorado de ella hasta donde se puede imaginar el final del túnel. Por suerte, logré colármelo dentro de su inmensidad cardiaca. Fui correspondido. Me creí –y me lo sigo creyendo-, el tipo más afortunado del mundo. Hoy es mi esposa, y les puedo asegurar que no tiene ninguna vocación para monja. Ahora bien, no piensen que le voy a contar cómo resolví el

problema de mi falta de una buena parada; eso es algo totalmente privado como se podrán imaginar; y no me sale de ahí mismo contárselo a nadie. No vayan a creer que es miedo. En lo absoluto. Es pudor de hombre. No se puede confundir el miedo con la estupidez. Yo me he deshecho de algunos miedos, pero no de todos... Tengo algunos miedos pendejos, idiotas. Como a hablar por teléfono ¡el colmo! Eso tiene que ver con la falta de aceptación –soy tartamudo. Pero me tiro al coliseo romano con los leones. Cualquier cosa que ocurra, no me puede llevar a consumir. Repito: no se puede confundir el miedo con la estupidez. También le tengo miedo a la oscuridad –mariconerías más.

El miedo es normal. Todos los seres humanos sentimos miedo –hasta los animales no pensantes. Lo patológico son las fobias –siempre irracionales-, que te llevan a la paralización total. De imaginártelo solamente, ya tienes una respuesta fisiológica desagradable de malestar, que incluso te puede llevar a la muerte. Ahí si estás listo para el loquero. Ahora bien, si yo he podido estar día a día sin drogarme, ¡lo demás es mierda! No comas mierda, ¡es sólo por hoy!

*Licenciado en Artes. Master en prevención del uso indebido de drogas



Si su hijo ya se ha iniciado en el consumo de drogas:

EVITE:

1. Desesperarse, no todos los que se inician en el consumo de drogas se convierten en consumidores habituales.
2. Culparle, ni “echarle en cara”, todo lo que Usted ha hecho por él.
3. Convertirse en perseguidor, obsesionado por seguir sus pasos.
4. La crítica continuada y violenta de su comportamiento.
5. Utilizar el castigo como único recurso para evitar que continúe consumiendo.
6. Acosarle continuamente con preguntas sospechosas, acusaciones, etc, pues con ello solo conseguirá que se aleje de usted cada vez más.
7. Desentenderse de él, no prestándole atención.

*“No basta saber,
se debe también aplicar.
No es suficiente querer,
se debe también hacer”*

Johann Wolfgang Goethe

PROCURE:

1. Dialogar con su hijo analizando las circunstancias que le llevaron al consumo.
2. Favorecer el acercamiento de su hijo hacia Usted, comportándose de manera que su hijo vea en Usted alguien a quien recurrir en solicitud de ayuda, y no alguien del que hay que huir por temor al castigo.
3. Mostrarle su afecto por lo que es, independientemente de lo que haga.
4. Reflexionar sobre lo que puede hacer por su hijo, intente dedicarle más tiempo y prestarle algo más de atención.
5. Reflexionar en común sobre las posibles formas de ayudar a su hijo.
6. Entender que está ante un ser humano que tiene problemas y no ante “un problema”.

Las 10 drogas más peligrosas del mundo

1.- Krokodil

Su efecto destructivo empieza con manchas en la piel, incluso en algunas ocasiones se cae por el uso continuado dejando los huesos al descubierto.

El nombre de la droga en Rusia proviene de la palabra cocodrilo por los efectos que producen en la piel. A diferencia de la heroína, donde el efecto puede durar varias horas, el Krokodil sólo dura entre 90 minutos y dos horas.

La piel de los adictos al 'krokodil' se vuelve gris y se desprende hasta dejar los huesos expuestos. En tres años, la carne se pudre.

La droga es de elaboración casera y forma parte de los opiáceos sintéticos muchas veces más potente que la heroína que se crea a partir de una compleja cadena de reacciones químicas y mezclas.

2.- Shabú

Es conocida como "la droga de los pobres" y se consume fundamentalmente en Asia, en ocasiones para afrontar largas jornadas de trabajo. (Esta es el clorhidrato de metanfetamina, el cristal. Ese es otro de los nombres)

Esta droga es un potente estimulante incluido por la Convención Internacional de Psicotrópicos en la lista II por su alto potencial de adicción.

Según los expertos, provoca alucinaciones y psicosis más potentes que los de la heroína o el LSD, y la Policía filipina atribuye a la conducta agresiva derivada de su consumo muchos de los asesinatos y otros crímenes violentos que cada día se cometen en el país.

3.- Polvo de Ángel

La PCP afecta el funcionamiento cerebral, bloqueando la capacidad de concentración y de pensamiento lógico, y alterando la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo.

Su consumo habitual produce trastornos emocionales, pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, síntomas depresivos y pérdida de peso, que pueden persistir hasta un año después de suspender su uso.

4.- Ketamina

Es una sustancia muy peligrosa que puede provocar ansiedad, paranoia, y paros respiratorio y cardiaco, e incluso consumos mínimos pueden producir sobredosis.

Su consumo habitual produce alteraciones en la memoria y en la concentración y deterioro de las habilidades del individuo.

5.-Jenkem

El Jenkem consiste literalmente en inhalar los gases de las heces humanas fermentadas. El procedimiento consistiría en colocar materia fecal y orina dentro de una botella y cubrirla con un globo que se irá inflando con los gases producidos por la fermentación. Pasada algunas horas o días, el gas del globo puede ser inhalado produciendo euforia y alucinaciones al consumidor.

6.- Khat

Es una planta con un poderoso efecto narcótico que, al ser mascada, genera un estado de euforia leve seguido de un largo período de estupor. La planta de khat (*Cathaedulis*) es una fanerógama que mide entre 1.5 y 20 metros, dependiendo de las precipitaciones. Una vez cortada, sus hojas conservan las propiedades narcóticas durante un plazo máximo de dos días. Sus efectos son estimulantes. Producen en la persona una sensación de alegría, de liberación, acompañada de extrema locuacidad, risas, y finalmente degenera en un estado de semi coma. Usado de manera permanente, puede desembocar en un caso de delirium tremens. Entre sus otros efectos secundarios se advierte de cáncer oral y gástrico, hemorragia cerebral, hipertensión, degeneración de los genitales, y una adicción similar, por intensidad, a la de la cocaína.

7.- Estramonio

El Estramonio o *Datura Stramonium* es una planta de la familia de las solanáceas, que puede encontrarse en nuestro medio y que es utilizada por los seres humanos desde la antigüedad por sus propiedades alucinógenas y medicinales. Aunque es una sustancia que se puede fumar, lo más habitual, entre las personas que la consumen, es tomarla en infusión. Las oscuras y dulzanas semillas que alberga esa cápsula son la parte más tóxica de la planta. Una cantidad de cinco o seis gramos de semillas u hoja fresca pueden constituir una dosis letal.

8.- Burundanga

La Escopolamina, Burundanga o Hioscina, como mejor se la quiera llamar, actúa como depresor directo de las terminaciones nerviosas y del cerebro en sí. Es barata y sirve de instrumento perfecto para cometer delitos, y al no encontrarse aún incluido en la lista de drogas ilegales, su tráfico no está penado. El tiempo de actuación es excesivamente rápido: tan sólo tarda en hacer efecto en la víctima 3 o 4 minutos.

Los principales puntos de producción son Reino Unido, Países Bajos y Alemania, desde donde se distribuye al resto de Europa.

9.- Popper

La sustancia se inhala para causar placer y mucha energía, lo que se suele lograr a los pocos minutos de su administración, pero la sensación dura muy poco. Las drogas recreativas o de síntesis son las consumidas en bares, clubes, fiestas y conciertos y su objetivo es cargar de energía al individuo.

El uso del popper es muy común entre jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 24 años que son dados a visitar discotecas y lugares nocturnos. (Esta es la droga preferida del mundo gay pues produce relajación del esfínter anal y facilita la penetración)

10.- Ayahuasca

Las consecuencias del uso de la ayahuasca son inmediatas, pero también conlleva secuelas a largo plazo. Además de ansiedad, pánico, euforia y distorsión de la realidad, la planta puede provocar algunos cuadros de esquizofrenia.

Fuente: <https://intervencionenadicciones.wordpress.com/2016/08/05/las-10-drogas-mas-peligrosas-del-mundo-5/>

COMITÉ EDITORIAL:

MsC. Serguei Iglesias Moré

Licenciado en Enfermería. Master en Psicología de la Salud y Psicología Clínica. Profesor e Investigador Auxiliar. Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

DrC Justo R. Fabelo Roche

Licenciado en Psicología. Especialista de I y II grado en Psicología de la Salud. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador Titular. Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

DrCs. Ricardo A. González Menéndez

Doctor en Medicina. Especialista de I y II grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias. Profesor e Investigador Titular. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

DrC. Antonio J. Caballero Moreno

Doctor en Medicina. Especialista de I y II grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular. Hospital "Enrique Cabrera".

DrC. Jorge González Pérez

Doctor en Medicina. Especialista I y II grado en Medicina Legal. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Ministerio de Salud Pública.

MsC. Ana M. Gómez García

Doctora en Medicina. Especialista de I y II grado en Psiquiatría Infanto Juvenil. Master en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar y Consultante. Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

MsC. Martha M. Chang de la Rosa

Licenciada en Sociología. Master en Salud Pública. Profesora e Investigadora Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

MsC. Yamilé García González

Doctora en Medicina. Master en Toxicología Clínica y Prevención del uso Indebido de Drogas. Profesora Asistente. Instituto Nacional de Toxicología.

MsC. María E. Molina Aneiros

Doctora en Medicina. Especialista de I grado en Medicina Interna. Master en Prevención del uso indebido de drogas. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Joaquín Albarrán".

sitio web: <http://instituciones.sld.cu/cedro/boletin>

e-mail: cedro@infomed.sld.cu