

G U E A

Grupo Universitario para el
Estudio de las Adicciones



 Encuentro Cuba – Puerto Rico

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.

Hacia un avance cualitativo en la organización de un Junte Caribeño y Latinoamericano para estudiar y enfrentar las adicciones como región	Página 1
¿Es nuestra percepción de riesgo, ante el uso indebido de alcohol, y otras drogas, suficiente?	Página 3
Acercamientos desde la neurociencia y psicología para estudiar las adicciones	Página 10
Políticas de drogas: Alternativas desde un modelo de salud pública	Página 14
¿Drogas Medicinales? Dilemas en Adicciones	Página 18
Personas sin hogar con consumo problemático de sustancias (con problemas de adicción): Un Modelo de Intervención desde la Psicología Social-Comunitaria	Página 23
Una visión clínica de adolescencia: Salud Mental y Trastornos por consumo de sustancias	Página 27
Programas cubanos de prevención y control de los trastornos adictivos. Retos y perspectivas	Página 30
Antropología y etnografía de las drogas: algunas consideraciones teórico-metodológicas	Página 34
Visión Estudiantil	Página 40



Hacia un avance cualitativo en la organización de un Junte Caribeño y Latinoamericano para estudiar y enfrentar las adicciones como región

Mensaje del Dr. Francisco Torres Rivera en ocasión del Primer Encuentro Latinoamericano y Caribeño para el Estudio de las Adicciones como parte del Octavo Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, titulado:

Dra. Olga Infante, Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA)

Colegas del Comité Organizador de este Octavo Congreso

Dr. Justo Reinaldo Fabelo – Director del Centro de Entrenamiento en Drogodependencias (CEDRO), Escuela de Medicina, Universidad de La Habana, y Oficial de Enlace del Grupo Caribeño para el Estudio de las Adicciones

Dr. Ricardo González

Prof. Edward J. Martínez, director del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Humanidades, UASD y Oficial de Enlace de la República Dominicana

Colegas Latinoamericanos y caribeños

Amigos todos

Reciban un caluroso saludo de mi parte y del pueblo de Puerto Rico en saludo al Primer Encuentro Latinoamericano y caribeño para el Estudio de las Adicciones. Nuestro agradecimiento eterno a los hermanos de ALAPSA, quienes nos han facilitado un espacio para que los académicos, investigadores, profesionales de ayuda y estudiantes se den a la importante tarea del intercambio de saberes y experiencias en el complejo campo de las adicciones. Tenemos un reto enorme en adelante. Nuestra región y el mundo, están experimentando altas tasas de incidencias y prevalencias de viejas y nuevas adicciones. Todos los presentes en este auditorio tenemos el compromiso de luchar tenazmente contra las adicciones. Ese llamado nos lo imponen los valores éticos que le sirven de fundamento a los diversos quehaceres profesionales que ejercen los aquí reunidos.

Las adicciones es un fenómeno de elevada complejidad, que requiere enfrentar las mismas partiendo del reconocimiento de su naturaleza multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria. No podemos insistir en continuar mirando las adicciones desde un crisol unilateral como si se tratara de un fenómeno inconexo. Este es el caso del discurso biólogo o psicólogo que promueve la adicción como enfermedad. Cuando un académico o un profesional de ayuda se une al coro que repite el cliché de que la adicción es una enfermedad, están promoviendo el discurso mercantilista de las farmacéuticas, quienes obtienen cuantiosas ganancias de capital, y a su vez, han servido como elemento entorpecedor de la diseminación del discurso que promueve el carácter multifacético de las adicciones. Históricamente las adicciones y el capital han caminado de la mano. Como he dicho en varios foros: “detrás de cada adicción están las multinacionales”.

La imposición de estas formas aisladas y unilaterales a la hora de interpretar el desarrollo de los comportamientos adictivos, es sin duda, una de las razones que explica el por qué hemos fracasado en la lucha por reducir significativamente las tasas de adicción en nuestra región y en el mundo. También, el mencionado fracaso se debe a que hemos soslayado los factores sociales, entiéndase los procesos económicos, políticos y como estos intervienen decisivamente en el desarrollo de los comportamientos adictivos. No puede haber tratamiento verdaderamente liberador si el adicto no entiende cómo las condiciones materiales de existencia que nos lega el neoliberalismo global, que por su injusta e inequitativa distribución de las riquezas que se producen, lo que ha hecho es globalizar la pobreza. No hay tratamiento liberador si el adicto no ha logrado un entendimiento que le permita diferenciar entre lo que son formas democráticas y dictatoriales de vida. La nueva terapéutica que aspiramos es una donde el adicto, no solo experimente cambios sustantivos en su entorno emocional, conductual y mental, y que su cuerpo, su psiquis sea territorio libre de sustancias, sino, además, que este dotado de adecuados niveles de consciencia social y política que le permitan insertarse a la sociedad no como meros observadores de la historia, sino como entes protagonistas. Esto como diría el neurólogo y psiquiatra austriaco Viktor Frankl, le permitiría al adicto trascender y encontrarle sentido a la vida.

Definitivamente, una nueva y verdadera, terapéutica liberadora para los adictos, requiere un profesional con un avanzado nivel de excelencia en su especialidad, pero que también esté dotado de un elevado nivel de culturación. Resulta

indispensable pues, la construcción o reestructuración de los programas académicos existentes para dar paso a una nueva pedagogía de entrenamiento y formación de un nuevo profesional de ayuda.

En nuestro nuevo caminar para enfrenar las adicciones, es necesario rescatar la investigación científica, es decir, urge la creación de centros de investigación en nuestros respectivos países. Toda la producción de saberes científicos que se produzcan será compartida en este espacio que tan gentilmente nos ha provisto ALAPSA. De igual forma, se podrían llevar a cabo encuentros, conferencias bilaterales y/o trilaterales para el intercambio de saberes y experiencias que nos sean de utilidad para todos.

Todo este cúmulo de juntas y trabajo, nos permitirá ir articulando y gestando una estrategia que nos permita estudiar y enfrentar las adicciones como región.

Hoy es un día importante para la historia de nuestros pueblos. Iremos dejando atrás la lucha fragmentada contra las adicciones para ahora abordarlo como totalidad. En la marcha seguiremos puliendo nuestra estrategia y cogeremos fuerza, hasta alcanzar la meta propuesta de una región latinoamericana y caribeña libre de adicciones. La lucha será ardua e intensiva, pero nuestros pueblos históricamente se han distinguido por gloriosas luchas contra todo tipo de opresión, como la lucha contra el colonialismo europeo y la abolición de la esclavitud entre muchas otras.

Es la hora del deber. Nos estamos preparando para el combate. Cuenten conmigo. Poseemos armas muy poderosas, estas son: nuestra tenacidad, nuestra inteligencia y la poderosa y letal arma de la ciencia.

Inspirados en los principios que nos legaron nuestros patriotas: Simón Bolívar, José Martí y Ramón Emeterio Betances le declaramos una verdadera guerra a las adicciones.

Caribeños y Latinoamericanos unidos contra las adicciones hasta la victoria siempre, venceremos.

Mensaje del Dr. Francisco Torres Rivera

Director Interino y Catedrático del Departamento de Ciencias Sociales

Facultad de Estudios Generales

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

presentado el 17 de mayo de 2018 en

en ocasión del Primer Encuentro Latinoamericano y Caribeño para el Estudio de las Adicciones

como parte del VIII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud

en el Palacio de Convenciones en La Habana, Cuba

Lectura del mensaje a cargo de Adrián B. Maldonado Rodríguez,

Presidente del Consejo General de Estudiantes de la Facultad de Estudios Generales

y estudiante subgraduado del Programa de Bachillerato en Estudios Generales

de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

¿Es nuestra percepción de riesgo, ante el uso indebido de alcohol, y otras drogas, suficiente?

Dr. Ricardo Ángel González Menéndez

Universidad de Ciencias médicas de La Habana, Facultad Enrique Cabrera.

INTRODUCCIÓN

VISIÓN ACTUAL DE LAS DROGAS EN LA CULTURA CONTINENTAL.

- Generalmente el término droga se usa erróneamente solo con sustancias ilegales, y no es excepcional que hasta en medios especializados, se hable de alcohol y drogas, en vez de alcohol y otras drogas (1)
- Muchas personas desconocen aún que las drogas son un sistema Interactivo de sustancias psicotrópicas integrado por drogas legales, drogas de prescripción médica, drogas ilícitas, e inhalantes. En que unas potencian el efecto de otras, o actúan como porteras o trampolín para el consumo de nuevas sustancias, cada vez más dañinas
- Existe el mito de que las sustancias de origen vegetal, no pueden ser dañinas, y que pueden utilizarse con fines medicinales sin cumplir los exigentes protocolos investigativos internacionales
- Se ignora prácticamente la repercusión social global de las drogas legales, ante las cuales predominan actitudes sociales de franca tolerancia,
- Tienden a subvalorarse las drogas ilegales, crecen las proposiciones despenalizadoras y legalizadoras con la marihuana, y se esbozan con los hongos alucinógenos
- El abominable negocio de las drogas, se erige como el segundo más rentable, a nivel mundial, después de la venta de armamentos.
- El crimen organizado se erige, con el narcotráfico, como poder Transnacional (2)
- En la última década se acusaron cambios transitorios, pero relevantes, en el consumo de algunas drogas ilegales clásicas, debidos a la disponibilidad de las mismas, (como los derivados del opio que parecían en total declinación, y en el 2015 Y 2016 causaron en igual orden, 33 mil y 64 mil muertes por sobre dosis, en un país desarrollado de 300 millones de habitantes (3) (4); o la cocaína, que después de la aparente disminución del consumo mundial, ha vuelto a los primeros lugares en nuestro continente (5).

Sin embargo, la tendencia mundial consistente en el presente siglo, es al incremento del uso de sustancias legales e ilegales; la preferencia por preparaciones de concentraciones cada vez más elevadas; y los inicios de consumo progresivamente más precoces y destructivos. (6)

INDICADORES ACTUALES DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Grosso modo, las drogas de mayor consumo mundial siguen el orden decreciente: Café, té, mate, cola, tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína, derivados del opio, tranquilizantes e hipnóticos, drogas de diseño, e inhalantes (7)

DESARROLLO

Presentaremos la cara actual del problema, mediante cifras mundiales que se han mantenido con relativa estabilidad en la última década.

Cuando se contabilizan los gastos sociales globales determinados por todas las drogas existentes en el mundo, las cifras son espeluznantes:

En todo el mundo

- 8,9% del total de años perdidos, por discapacidades físicas o psíquicas
- 12,4% del total de años perdidos por muertes precoces (antes de cumplir la esperanza de vida promedio) (8)
- Se registra un suicidio cada 40 segundos/Muere un consumidor no social de alcohol cada 18 segundos/Muere un fumador cada 8 segundos.
- Un 30% de la población enfrenta expectativas de tragedias por uso indebido de alcohol u otras drogas que modifican la conducta (9)
- De los 27 factores más importantes para enfermar monitoreados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluyen la hipertensión, la obesidad, la comida rica en grasas animales, la ausencia de frutas vegetales, el

agua no potable, la presencia de vectores, y otros, el primer lugar a escala mundial es el tabaco, mientras que en nuestro continente (Las Américas), la causa más importante de enfermedades, es el uso indebido de alcohol (10)

En USA (300 Millones habitantes)

- Costos anuales de:
 - Todas las drogas. 500 MIL MILLONES (500 BILLONES), USD
 - Todas las formas de diabetes 250 MIL MILLONES (250 BILLONES), USD
 - Todas las formas de esquizofrenia: 50 MIL MILLONES (50 BILLONES), USD
 - Cada recién nacido viene al mundo con una deuda tóxica de dos mil USD
 - Cada año nacen 350 mil niños bajo efectos del alcohol u otras drogas (7), y estas cifras, son similares en otros países desarrollados.
- América latina solo el 25% de los adictos recibe atención profesional.

Ningún poblador de nuestro planeta está totalmente fuera de riesgo de caer en esta nefasta trampa mundial y el riesgo será mayor, si no desarrollamos nuestra insuficiente percepción mundial de riesgo (11)

Entramos así, a los contenidos más escabrosos de nuestras reflexiones el futuro mundial del problema, si se mantienen las catastróficas tendencias actuales

EL PROBLEMA, EN EL FUTURO

Los exergos seleccionados para atenuar nuestras expectativas pesimistas sobre el tema, serán una propuesta de parafraseo del aforismo martiano, "Mientras el mundo no tenga la cabeza cortada, nada está completamente perdido para él" Otra observación del Apóstol, que esperamos justifique en algún grado la forma directa en que abordaremos el tema, sentencia: "En la verdad hay que entrar con la manga al codo como entra a la res el carnicero" (12)

NUESTRA PERCEPCIÓN DE RIESGO, ANTE EL USO INDEBIDO DE ALCOHOL, Y OTRAS DROGAS

Aunque se estima que el consumo de bebidas alcohólicas pudo haber comenzado antes de aparecer los seres humanos, por el encuentro casual de líquido estancado, en que se hubiese fermentado algún fruto, y con otras sustancias psicoactivas en la etapa de recolectores

El real punto de partida del problema médico social vinculado al uso no social de esta sustancia, reconocida como la droga modelo y portera, no fue esperable, hasta que diez mil años atrás, apareció la alfarería, que posibilitó su almacenamiento y consumo, en diferentes formas, y cantidades (13).

Durante el tiempo transcurrido, hubo también diferentes propósitos para su consumo, y al comentarlos veremos que reproducen-por su condición de droga modelo-todo lo ocurrido históricamente con otras sustancias, y sobre todo se hará evidente que el uso indebido de alcohol, facilitado culturalmente en todas las Américas, es el más frecuente y trágico comienzo del camino hacia lo que nadie desea para su futuro personal, familiar y social (14)

Los propósitos de los patrones de consumo étlico han pretendido comunicarse con los dioses; beber en solitario y "dedicar" una parte a las divinidades; beberlo y brindarlo en forma colectiva durante ceremonias que remedan los banquetes sacramentales y algunas procesiones primitivas, hacerlo como ofrenda para aplacar la furia de la naturaleza o agradecer sus beneficios.

En fases más recientes, se sumaron-como objetivos- "ahogar penas", "combatir la depresión", "ganar valor", "soportar dolores quirúrgicos", "integrarse a las costumbres de los amigos o la comunidad", "divertirse". "mostrar hombría", "ganar potencia sexual", "ostentar poder económico", "facilitar la comunicación", "celebrar los cumpleaños" (con tendencia a hacer lo mismo con los días de no cumpleaños), "quitarse el frío", "proteger del calor el hígado de cocineros, horneros, o fundidores", y hasta dar más leche a las madres lactantes".

Estas y otras apreciaciones y comportamientos integran la llamada cultura alcohólica-altamente contagiosa y mundialmente difundida-que, junto a la aceptación de la embriaguez como una gracia, si no termina en desgracia, caracterizan las llamadas sociedades permisivas, incondicionales, mucho más riesgosas, que las permisivas condicionales, cuya actitud es aceptar-con muy buen criterio-el consumo social, pero criticar la embriaguez (15)

La permisividad incondicional-que predomina en nuestro hemisferio occidental-se refleja también-con incomprensible entusiasmo-en filmes, programas televisivos, digitales y de prensa escrita, situación nada excepcional, desde Alaska a la Patagonia (16).

En las últimas décadas, las fiestas sin alcohol, han quedado desiertas, el tradicional café, en las partidas de dominó, fue desplazado por dos botellas de ron, con la meta de llevarlas al vacío absoluto antes de concluir el juego, En muchos países, las bebidas no alcohólicas frías se han convertido en recuerdos del pasado; y en casos no excepcionales, el alcohol ha sido utilizado como droga de sumisión sobre jovencitas ingenuas

Sin embargo, para nosotros es aún más preocupante, la apreciación de que los excesos-con esta y otras sustancias-se vinculan a una tendencia híper hedónica mundial, y que la razón de vivir se degrada progresivamente a ¡que me quiten lo bailado!, lema inspirativo nada compatible con la misión de construir un mundo mejor (17)

Las experiencias de países que-como Suecia y Finlandia-enfrentaron con relativo éxito los peores estragos del uso indebido de alcohol, no han sido muy copiadas en la región, y términos como “chofer seleccionado”; apoyo-legal y policial-a expendedores, para evitar abusos, o control horario de salidas nocturnas en menores, resultan casi desconocidos

La reducción del horario de expendio nocturno, el incremento de la edad permitida para el consumo, la disminución del porcentaje de alcohol en cervezas y bebidas destiladas, así como la recomendación de evitar los envases pequeños por ser facilitadores de iniciación temprana, han sido frecuentemente subvaloradas,(18) y las leyes de “prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas, matizadas por el enfoque sistémico y la peligrosidad de las drogas legales como porteras, (normativas conocidas en países industrializados como “ley de drogas”), resultan habitualmente consideradas como innecesarias en muchos medios

Los lectores conocen seguramente los efectos dañinos de esta droga legal, cuando su consumo no es realmente social, algo que ocurre en cerca de ocho de cada diez personas que se creen bebedores sociales, en las Américas,

Creemos que en nuestro continente, la percepción del riesgo sobre el tema, del uso indebido de alcohol y otras drogas, tanto legales, como ilícitas, o de prescripción médica, es solo parcial, y además, limitada al corto plazo, es decir a una generación (nosotros y nuestros descendientes directos), y esa percepción limitada, no es solo de personas poco informadas, ya que-se aprecia también, en algunos, profesionales, decisores, y responsables de hacer cumplir las normas de disciplina y el orden social.

LA CONSIDERAMOS PARCIAL

Por centrarse básicamente, en que el uso indebido puede conducir a la esclavitud ante el alcohol, u otras drogas, y en menor grado, la preocupación de que dicha conducta determine accidentes automovilísticos, laborales, y violencia hogareña, o comunitaria.

También hay cierto reconocimiento de las enfermedades que se vinculan al consumo, que van desde la blenorragia, sífilis, SIDA, cirrosis hepática, hepatitis, cáncer, tuberculosis, infartos cardíacos, encefálicos, amputaciones, esquizofrenia, demencias, depresiones, suicidios y las que se suman al uso inyectable de las drogas, como septicemias, encefalitis, meningitis, ceguera, abscesos cerebrales y hepáticos, e infestaciones masivas por hongos.

SE SUBVALORAN, SIN EMBARGO, OTRAS TRAGEDIAS DE SIMILAR O MAYOR RELEVANCIA HUMANA Y COSTOS SOCIALES COMO SON:

I-Las conductas bajo influencia de alcohol, y otras drogas capaces de determinar comportamientos brutales, en personas que no son alcohólicas, aunque tampoco verdaderos bebedores sociales, ni presentan categorías diagnósticas equivalentes con otras sustancias legales como algunos medicamentos.

Lo que sorprendió a la comunidad científica internacional una década atrás fue que dichas conductas bajo influencia- apenas tomadas en cuenta popularmente-subvaloran la resolución 58.26 de la (OMS)-mayo 2005, (19) “Los daños sociales globales, del uso indebido de alcohol en supuestos bebedores sociales, son mayores que los asociados al uso indebido en enfermos alcohólicos” Fin de la cita.

Como resulta inferible, algo similar ocurre con otras drogas, si tomamos en cuenta la condición del etanol como droga modelo y portera.

La aparente contradicción de esta realidad mundial, se explica por las limitaciones sociales progresivas, de un consumidor, cuando pasa de bebedor social; a bebedor de riesgo moderado, o severo; a consumo perjudicial (primera forma clínica de alcoholismo); a dependiente alcohólico. El subrayado equivale a "uso indebido" en la resolución comentada.

SUBVALORA LA REPERCUSIÓN ÉTICO MORAL

II-. En cierto grado se "pasa también por alto" la repercusión ético moral global del efecto de sustancias que bloquean los centros cerebrales que regulan nuestro comportamiento "humano. Es evidente que los comportamientos instintivos, afectivos, impulsivos, e irracionales de los animales, son totalmente anti éticos, pero comprensivamente tolerables. No así en un ser humano que ya ha incorporado los valores de convivencia, y superado el esperable egoísmo, narcisismo, intolerancia a frustraciones, cambios afectivos bruscos, incapacidad para posponer satisfacciones, y falta de control sobre la ira, pues los niños en fases iniciales de su desarrollo son simplemente animalitos muy queridos, pero que tenemos el deber de transformar en personas, aún más queridas, si ello es posible.

Cuando utilizamos la metáfora de la "muerte espiritual" de alguien embriagado, nos referimos a que al menos mientras dure la embriaguez, todo lo aportado-con tanto amor-en su proceso formativo, desaparece, y su imagen ante los padres, cónyuges, hijos, abuelos, hermanos y vecinos, se transforma-dolorosamente siempre para mal-por ello, el sufrimiento resulta inevitable aún en culturas tolerantes incondicionales-como las de nuestro continente-en que la embriaguez no es habitualmente criticada. Y ESO DEBEMOS SUPERARLO, CON UN ROTUNDO NO, A LA EMBRIAGUEZ

II-A-Otro aspecto aún más obviado en las apreciaciones populares, es la notable repercusión ética del consumo de drogas que no modifican en forma relevante el comportamiento humano. Se trata del consumo de tabaco y del abuso y dependencia del café, mate, y cola, situación que abre la mítica caja de Pandora, esta vez, por la vía de las muertes precoces y por la repercusión económica hogareña, que muchas veces equivale a la mitad de los ingresos familiares totales (7)

Los dilemas ético-morales-deontológicos, que plante el consumo de estas drogas legales, pueden enunciarse con estas preguntas en el orden personal, familiar y social

- 1- ¿Es ético consumir-en busca de presunto placer-sustancias, que evidentemente me enferman, me discapacitan, y reducen la duración de mi vida?
- 2- ¿Pienso en mi familia cuando "quemo" 15 años de mi vida?
- 3- ¿Es ético buscar presunto placer a expensas de limitar, económicamente, hasta satisfacciones básicas de mis hijos y otros seres queridos?
- 4- ¿Es justo que fume a sabiendas de que el humo que exhalo, daña a otras personas?
- 5- ¿Es ético que sirva de ejemplo negativo a mis hijos y nietos, mediante comportamientos dañinos, que después imitarán?

SUBVALORA EL SUFRIMIENTO DE FAMILIARES CONVIVIENTES

III-Se subvalora el gran sufrimiento de los familiares convivientes, cuya tragedia cotidiana puede ejemplificarse con las esposas, madres, padres e hijos, que esperan el regreso del consumidor, bajo la incertidumbre del ¿Cómo vendrá) Frase tomada por el autor de la Obra maestra de Romain Roland: "Juan Cristobal", cuando Luisa, la madre del protagonista, esperaba hasta altas horas de la madrugada, a su esposo Melchor, músico de pueblo, y alcohólico

SUBVALORAN AFECCIONES PSICOSOMÁTICAS DE CONVIVIENTES.

IV-Otro efecto-a corto y mediano plazo-que consideramos subvalorado hasta en la literatura internacional revisada, es la repercusión somática del estrés mantenido, sobre los familiares convivientes, que son-en algún grado-"bebedores pasivos", aunque los daños sufridos no se determinan por el humo indirecto del fumador, sino, por la derivación del estrés prolongado, a través, del eje córtico-inmuno-hipotálamo-hipófiso-adreno-gonadal, y su repercusión sobre algún órgano o aparato hiper reactivo (20).

Se producen así, cuadros de hipertensión arterial,, obesidad, infartos de miocardio, arritmias cardíacas, accidentes vasculares cerebrales, inmuno-supresión, cáncer, úlceras gastroduodenales y otros cuadros psico-fisio-patológicos, que implican muertes precoces, discapacidades, reducción de la esperanza de vida, e importantes costos sociales por atención médica, y reducción de la productividad, rubros poco enfatizados en las cifras arriba comentadas, por tratarse ahora de familiares no de consumidores (21)

El término internacional para designar estas personas es el de co-dependientes y conceptualmente enfatiza los aspectos psicosociales, derivados de una sobre protección con el consumidor, y continuo sufrimiento con la idea de evitar un nuevo consumo.

Como adelantamos, la percepción de riesgo más generalizada es solo parcial y habitualmente limitada al aquí y ahora, pero los que trabajamos en esta dedicación profesional, y chocamos cotidianamente con sus trágicas realidades, sabemos que de no avizorar a tiempo el futuro y agotar de manera multiestatal y exhaustiva, los recursos actuales y venideros, implícitos en el desarrollo de la ciencia, y el imprescindible progreso de esa espiritualidad desarrollada, descrita-milenios atrás-por Lao Tse, como fundamental para alcanzar los propósitos de cualquier gestión para construir un mundo mejor, enfrentaremos a mediano y largo plazo, peligros inimaginables (22).

Veámoslos, en síntesis. pero antes propondremos una definición supuestamente actualizada, de su relevante aporte filosófico, como seguidor de la corriente inspirativa del pensamiento chino, de sus tiempos, cercanos a los de Confucio

“La espiritualidad desarrollada es la constelación de virtudes que permiten a un ser humano, asumir como propias las necesidades de otros, y disponerse a contribuir a su satisfacción, por motivaciones ajenas al provecho personal, como la satisfacción con el deber cumplido, y por hacer el bien sin mirar a quien”

Apréciase la vinculación de este concepto con la regla de oro de la ética; con la solidaridad compasiva: con el altruismo; con la vocación de servicio, (sea esta religiosa, médica, educacional, patriótico-militar. jurídica, rescatista o política; y también con la plurivocación de quienes han trascendido sus tiempos (23) (24) (25)

Volvamos ahora a los peligros de mediano y largo plazo, mientras mantenemos los dedos cruzados para que no lleguen a convertirse en realidad

I-La afectación de los principios y valores ético-morales-deontológicos, que antes vimos en su forma transitoria, alcanzaría el nivel de degradación, difícilmente reversible, y consecuentemente el robo, desvío de recursos, estafas, plagios, violaciones, incesto, y otras formas de corrupción nos alejarían cada vez más de lo soñado por nuestro Apóstol para el bien de todos.

II-Gran reducción de la producción, así como de la creación científica, artística, de las condiciones físicas y el rendimiento deportivo, con la consecuente degradación escolar, laboral, y competitiva mundial, amén de la consecuente reducción de la calidad, duración y propósitos de la vida.

III-Aumentaría de manera mundialmente incontenible, la miseria y degradación hogareña y comunitaria, con lo que el iceberg del problema se haría cada vez más monstruoso.

EXPECTATIVAS A LARGO PLAZO

Antes de abordar este capítulo, que tendrá carácter básicamente especulativo-creemos importante destacar, que a diferencia de lo hasta ahora comentado, los párrafos que siguen, no alcanzan aún categoría de ciencia constituida. Se consideraba que las consecuencias globales de la epidemia mundial de las drogas podrían superarse en una o dos generaciones, por basarse-sobre todo- en estilos de vida nada salutogénicos, transmitidos culturalmente.

Sin embargo, a partir de los resultados de Eric Kandel, premio Nobel estadounidense del año 2000, se demostró, la reciprocidad de influencias en la interacción de la genética y el medio, algo nada sorprendente si recordamos a Darwin, y la evolución de las especies. Aunque hasta ahora se acepta que los cambios genéticos determinados por influencias culturales, son de transcripción y no de patrón, así como que los efectos son básicamente sobre la expresión génica y no mediante mutaciones.

No es, en modo alguno descartable, que los avances investigativos en genética molecular lleguen a sustentar, que las actitudes permisivas incondicionales individuales, familiares y comunitarias, (e incluso los patrones de consumo y la tolerancia metabólica al etanol y otras drogas), puedan transmitirse de generación en generación, por vías diferentes al aprendizaje o al vínculo materno-fetal.

Esos serían riesgos tardíos a mediano plazo y sobre todo, a largo plazo, mientras que el agravamiento progresivo de la situación, junto a las tendencias legalizadoras de la marihuana (26) (27), también planteadas con los hongos alucinógenos (28), implican el riesgo de caer en pendiente resbaladiza con otras drogas cada vez más dañinas, que podrían llegar a extinguir la especie humana, por la vía de la entropía social (28) Expectativas aún más angustiosas si tomamos en cuenta el reforzamiento actual o la emergencia de las llamadas adicciones sociales, adicciones comportamentales, y más recientemente tecno adicciones, o cíbero adicciones (29) (30)

REFLEXIONES CONCLUSIVAS

Dado el contexto cultural continental, en nuestro país, la percepción de riesgo-a mediano y largo plazo-de que el uso indebido de té, café, mate, cola, y alcohol; así como el consumo de cualquier sustancia ilícita-que es siempre indebido-pudiera afectar en el futuro, los pilares ético morales, solidarios y justicieros, simbolizados por nuestro lema ¡Estudio, trabajo y fusill!, es todavía insuficiente.

Lo que hemos tratado de insinuar, y esto es más que pesimismo, es que si seguimos el modelo de Charles Darwing, en el caso de fracasar en el enfrentamiento al problema global de las drogas, pudiera ocurrir que después del Homo erectus, Homo robustus, y Homo sapiens, correríamos el gran riesgo de evolucionar a Homo hedónicus, Homo nicotínicus, Homo etílico, Homo cannábicus, Homo eroinómanus y finalmente el Homo extíntus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mills, C.; González, R. Cuban approaches to substance abuse (interview) MEDICC Review. 2013 15(4) 6-10
2. González, R. "Mensaje a multiplicadores comunitarios Repercusión social global del uso indebido de drogas" Rev. Cub. Salud Pública PDF, 2010, 36 (1) Enero-Marzo. Disponible:<http://Scielo.sld.cu/Scielo.php?script=Sci.08643466201000048mg=es&Rnrm=iso>
3. Owen Amos¿Por qué los opioides se convirtieron en un problema tan grave para Estados Unidos? BBC / 25 octubre 2017
4. Lioman Lima Emergencia sanitaria por opiodes en usa BBC Mundo, 26 octubre 2017 <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-41744306>
5. Román d. Ortiz "La cocaína regresa a Colombia" El crecimiento de la producción de narcóticos amenaza la estabilidad del país andino y multiplica la llegada de cocaína a EE UU y Europa, El País 12 may 2018
6. Organización M. de la Salud (OMS) Informe Mundial sobre el alcohol y la Salud 2013 Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/9789240692763eng.pdf?ua=!> Consultado 17 mayo 2014
7. González, R.´; Donaire, I. Alcohol y otras drogas. Apreciaciones populares vs realidades científicas.La Habana, Editorial Academia, 2016
8. Organización Mundial de la Salud Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington DC: OPS.2005.
9. González, R. Donaire, I. El sendero de la rehabilitación del paciente adicto La Habana Editorial, José Martí 2013
10. Rehm, J.; Monteiro, M. "Alcohol consumption and burden of disease in the Americas Implications for Alcohol Policy" .Revista Panamericana de la Salud. 2005, 18 94-5) 241-248
11. González, R. Misión rescate de adictos. La Habana Editorial Abril 2013
12. Valdés, I. José Martí. Un artífice de la conspiración. La Habana. Editorial José Martí, 2013
13. Gonzalez, R. "Alcohol harm: Beyond the body to the body politic". Perspective. Medicc Review, 2010, 12 (4).30-

14. González, R "Alcoholismo. Abordaje integral, Santiago de Cuba, 2006
15. González, R. Goicolea, S, Quintana, A. "Un bolero para Eduardo. Y Anillos de oro. Expresión en novelas televisivas, de actitudes ante los tóxicos en dos países" Rev.Hosp. Psiq. De la Habana; 1994, 35 (1) 13-16
16. González, R.; Goicolea, S. "Los patrones de consumo alcohólicos en el cine. Estudio de un grupo de filmes cubanos y de otros países Latinoamericanos" Rev del Hosp. Psiq. De la Habana 1988, 29 (1) 41-52
17. González, R. "Los rubros casi olvidados de las drogas duras" Rev. Del Hosp. Psiq. Habana, PDF. 2014, 11 (1) Disponible en: <http://www.revph.sld.cu>
18. Babor,T.; Caetano, R. "Evidence-based alcohol policy in the Americas. Strengths, weaknesses and Future Challenges" Pan-American Journal of Public Health. 2005,18 (4-5)327-337,
19. Organización Mundial de la Salud Resolución 58.26 de la 58 Asamblea Mundial de la salud "Problemas de Salud Publica Causados por el Uso Nocivo del Alcohol. Ginebra Mayo 2005
20. Arce, S. Inmunología Clínica y Estrés. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.2009
21. González, R. Tácticas para vencer las drogas blandas y duras, Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 2017
22. Díaz Mastelari, M. Pensar en Chino. II Edición, Bogota', Editora Hel Ltda, 200
23. González, R. La vocación médica en el mundo actual. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2017
24. González, R. The vocation to serve: Cornerstone of Health Care. Medicc Review; 2012.14 (3): 52 (Viewpoint).
25. Betancourt, A. Fidel contra las drogas. Apuntes para una historia, Premio Nacional Concurso Premio Anual de la Salud, La Habana, 2018
26. Cerdá, M; Terrie E. Meier,M; Harrington, H; Houts R; Ramrakha, S; Hogan,S; Poulton,R and Caspi, A. (2016), "Persistent Cannabis Dependence and Alcohol Dependence Represent Risks for Midlife Economic and Social Problems:A Longitudinal Cohort Study Downloaded from cpx.sagepub.com by guest on April 17, 2016
27. Keller, D. "Cannabis Use Linked to More Severe Schizophrenia" Medscape Medical News Conference News. From Epa 2013: 21st European Congress of Psychiatry
28. Volkow, Nora D.(Directora Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos); Baler, Ruben, D.;Wilson, M.; Compton, M.; Weiss, Susan R.B. (2013) "Adverse Health Effects of Marijuana Use" Fuente Revista Médica New England Journal Medicine, Traducido al castellano Web médica INTRAMED.Disponible: http://www.ecured.cu/index.php/Marihuana#Efectos_en_elorganismo
29. Weinstein A; Lejoyeux M "Internet addiction or excessive internet use? Am J Drug Alcohol Abuse; 2010, 36(5):277-83,
30. KAPLAN & SADOCK, Manual de Psiquitría Clínica, Edición en español de la obra original en lengua inglesa "Kaplan and Sadock's Concise textbook of Clinical Psychiatry , 4a, ed. Editdo por Sadock B, J; Sadock, V.; y Ruiz, P. New York, Wolters Kluwer, 2017

Acercamientos desde la neurociencia y psicología para estudiar las adicciones

Nelson D. Cruz-Bermúdez, Ph.D.

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

INTRODUCCIÓN

Los trastornos adictivos, en especial la drogadicción, han sido conceptualizados históricamente como una falta de voluntad y debilidad de carácter¹. Dicha valoración responde a un juicio moralista, enraizado principalmente en la prohibición y criminalización de las drogas psicoactivas. En el pasado, los profesionales de la salud definían drogadicción como un estado de dependencia física y psicológica, sin entender necesariamente los factores psicosociales y neurobiológicos que subyacen ese trastorno. No obstante, diferentes investigaciones interdisciplinarias en los pasados 40 años han permitido identificar algunos de esos factores enlazados a los trastornos adictivos. Por ejemplo, el maltrato físico y abuso sexual durante la infancia figuran como variables psicológicas asociadas al inicio y progreso del uso de drogas por parte de las víctimas durante el transcurso de sus vidas²⁻³. Se han establecido además correlaciones y se han identificado diferencias entre variables tales como edad, sexo, etnicidad, estatus o nivel socioeconómico y calidad de vida, entre otros factores socioculturales, con el comienzo y continuidad del uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas⁴⁻⁹. Contamos con bastante evidencia respecto a estas interacciones.

Siguiendo esa misma línea de argumentación, diferentes investigaciones multiniveles desde las neurociencias y ciencias biomédicas han provisto información valiosa sobre los efectos celulares y fisiológicos de las drogas en el sistema nervioso, lo cual ha permitido conceptualizar la drogadicción como un trastorno o enfermedad del cerebro. Según Volkow y colaboradores¹⁰, la drogadicción es una enfermedad del cerebro en tanto el sobreuso de sustancias desregula progresivamente la actividad de varios circuitos neuronales que median funciones psicológicas tales como la búsqueda de placer, motivación, toma de decisiones y auto-regulación del comportamiento. Brevemente, el uso de drogas provoca desensibilización del circuito del placer y recompensa (i.e., sistema mesocorticolímbicodopaminérgico), precipitando una disminución en la habilidad de la persona de sentir placer y motivación para desempeñarse socialmente. Dicha desensibilización va acompañada de un aumento significativo en reacciones al estrés, emociones negativas y respuestas condicionadas al uso de drogas, desencadenando ansia, búsqueda compulsiva y posterior auto-administración de sustancias. Por último, existe evidencia de una disminución o debilitamiento de funciones ejecutivas, caracterizada por la pérdida del auto-control y de la regulación de conductas, cuyo resultado es la continuidad o reincidencia del uso de drogas, principalmente en individuos con trastornos adictivos en fase crónica¹⁰.

Estudios recientes indican que no todas las personas que usan o abusan de sustancias psicoactivas desarrollan trastornos adictivos¹⁰⁻¹¹. Dicho escenario trae ante nuestra atención una compleja interacción entre genes, cerebro y ambiente. Tomando en consideración los resultados de investigaciones biomédicas, sociológicas y psicológicas sobre los trastornos adictivos, podríamos asumir que la drogadicción es un problema de naturaleza biopsicosocial y, por tanto, amerita ser abordado desde múltiples instancias y utilizando técnicas de investigación que correspondan directamente con las preguntas fundamentales sobre este fenómeno. Desde esa perspectiva, el equipo de investigadores de mi laboratorio –compuesto por estudiantes graduados y sub-graduados– hemos conceptualizado y completado estudios independientes con el objetivo de explorar cómo diferentes variables psicosociales, culturales y ambientales, procesos neurofisiológicos y funciones neuropsicológicas interaccionan en el contexto de la adicción a drogas. Los principales resultados de estas investigaciones con muestras de puertorriqueños y puertorriqueñas con trastornos adictivos se resumen en los próximos párrafos.

Acercamiento Psicosocial en Mujeres Puertorriqueñas con Trastornos Adictivos

La inmensa mayoría de las investigaciones sobre trastornos adictivos hasta la década de 1990 fueron realizados con hombres¹², hecho que dejó fuera del debate científico diferencias sexuales y de género que ameritan ser investigados. Ante este escenario, completamos dos estudios que exploraron y profundizaron sobre las experiencias y significado del

uso de drogas en 10 mujeres puertorriqueñas que se encontraban en proceso de recuperación. Utilizamos un acercamiento cualitativo-fenomenológico con entrevistas semiestructuradas que partían de unos temas preconcebidos, aunque contemplaban la inclusión y exploración de temas emergentes durante la interacción con las participantes.

Entre los hallazgos más relevantes, encontramos que la falta de comunicación familiar y experiencias negativas vividas en diferentes programas de tratamiento y rehabilitación son variables de importancia que afectan directamente la reincidencia y recuperación de mujeres con trastornos de adicción. Además, según documentado previamente en la literatura¹³, hallamos que la mayoría de las mujeres recurrieron al uso de drogas como mecanismo de automedicación para manejar sus emociones ante la pérdida de familiares cercanos, experiencias traumáticas durante su infancia y adultez y el surgimiento de crisis de identidad a lo largo de sus vidas.

Un tercer factor de mucho interés fue la auto-estigmatización que reportaron las participantes, directamente vinculada a sus roles sociales como mujeres y, en algunos casos, como madres o madres solteras. Este fenómeno ha sido abordado teórica y empíricamente¹⁴. Es importante puntualizar que algunas de las participantes que también eran madres, no poseían la custodia legal de sus hijos porque el estado lo prohíbe como consecuencia del trastorno adictivo. Esta última observación tiene una serie de implicaciones para el diseño y la contextualización de tratamientos y políticas públicas sobre drogadicción. Algunas participantes verbalizaron que la remoción de sus hijos de sus hogares cuando habían reincidido en el uso de sustancias detonaba un malestar emocional que, desde sus perspectivas y subjetividad, retrasaba significativamente su afrontamiento, recuperación y abstinencia. Por tanto, el entramado emocional y legal, junto a la estigmatización que genera un diagnóstico por trastorno adictivo en mujeres que son madres, es un asunto complejo que merece ser explorado con investigaciones adicionales.

Evaluación Neuropsicológica y Adiestramiento con *Neurofeedback* para Trastornos Adictivos

Las modificaciones neurobiológicas que subyacen los trastornos adictivos incluyen adaptaciones en la expresión de genes y procesos neurofisiológicos que resultan en alteraciones de funciones ejecutivas tales como flexibilidad cognitiva, toma de decisiones y monitoreo de errores^{10,15}. Partiendo de la evaluación neuropsicológica clínica, sabemos que personas usuarias de drogas y con trastornos adictivos presentan deficiencias en ciertos dominios cognitivos y funcionamiento normal en otros dominios¹⁶. Este fenómeno puede estar relacionado al tipo de sustancias utilizadas y tiempo de uso, entre muchos otros parámetros. Por ejemplo, adictos crónicos a cocaína pueden presentar deficiencias en percepción visual, aprendizaje verbal y memoria¹⁷⁻¹⁸, mientras que usuarios del alucinógeno ketamina presentan deficiencias en memoria episódica y semántica, fluidez verbal y velocidad de procesamiento¹⁹. La combinación y administración de diferentes drogas (poli-uso) podría generar otro espectro de deficiencias a nivel cognitivo y neuropsicológico.

Con el objetivo de explorar algunos de estos constructos en la población puertorriqueña, diseñamos un estudio para comparar la ejecución viso-motriz entre personas con trastorno por uso de sustancias, ex adictos en abstinencia e individuos con ningún historial de uso de sustancias psicoactivas ilegales (no usuarios) utilizando la prueba neuropsicológica Bender Gestalt II. En una muestra de 116 sujetos, encontramos que la ejecución viso-motriz en hombres y mujeres usuarios de drogas y en abstinencia fue estadísticamente más baja que en personas no usuarias de drogas. Estos resultados son similares a los obtenidos por Ghalehban y colaboradores con la misma prueba neuropsicológica²⁰. En términos de la droga de predilección, los análisis de datos sociodemográficos revelaron que las mujeres con trastornos adictivos y en abstinencia utilizaban mayormente cocaína (*crack*) y fármacos tranquilizantes en comparación con los hombres, cónsono con otras investigaciones²¹⁻²². Otros análisis estadísticos en progreso revelan preliminarmente interacciones interesantes entre variables tales como edad, sexo, cantidad de droga utilizada y tiempo de uso.

Por último, desde una perspectiva de rehabilitación, diseñamos otra investigación cuasi-experimental (con diseño prepos) cuyo objetivo fue explorar si una modalidad de adiestramiento con *neurofeedback* puede modificar dominios

cognitivos tales como atención y toma de decisiones en personas con trastornos adictivos. Estudios recientes con *neurofeedback*, desde un enfoque clínico, han reportado que ciertos protocolos de intervención son efectivos para los trastornos por uso de sustancias y por déficit de atención e hiperactividad²³⁻²⁴, entre otros. Brevemente, encontramos que, posterior al adiestramiento con *neurofeedback*, los participantes con trastornos adictivos mostraron mejor ejecución en una tarea computarizada que medía toma de decisiones en un contexto afectivo. Otros análisis estadísticos preliminares revelan igualmente cambios en la regulación de las emociones y los resultados generales se alinean con otras investigaciones que demuestran la efectividad del *neurofeedback* para el tratamiento de distintos trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIÓN

En resumen, el trastorno por uso de sustancias es una condición de salud compleja y altamente estigmatizada. Los datos que hemos recopilado, combinando diferentes enfoques teóricos y técnicas de investigación, nos han permitido establecer hipótesis más específicas sobre determinantes psicosociales y neurobiológicos relacionados a la adicción a drogas en Puerto Rico. Algunos de estos resultados generan interrogantes adicionales sobre cómo la drogadicción y el historial de uso (e.g., tipo de drogas, ruta de administración, tiempo de uso) puede modificar redes neurales y procesos cognitivos a corto, mediano y largo plazo. Estos hallazgos también son relevantes para el desarrollo de tratamientos especializados e intervenciones de rehabilitación neurológica para pacientes con trastornos adictivos. Desconocer las variables psicosociales y biológicas que causan y exacerbaban los trastornos adictivos perpetúa la marginalización de este sector de la población, obstruye la obtención de servicios y retrasa el desarrollo de intervenciones adecuadas e innovadoras.

RECONOCIMIENTOS

Estas investigaciones fueron completadas principalmente por Alexandra Rodríguez-Romero, M.A. y por los doctores Julia González-González, Ph.D., Bexaida M. Díaz-Pérez, Ph.D., e Ismael J. Castillo-Reyes, Ph.D., bajo mi supervisión. Los estudios fueron subvencionados con fondos institucionales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pickard, H., Ahmed, S. H., & Foddy, B. (2015). Alternative models of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 20. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00020>.
2. Nomura, Y., Hurd, Y. L., & Pilowsky, D. J. (2012). Life-time risk for substance use among offspring of abusive family environment from the community. *Substance Use & Misuse*, 47(12), 1281-1292.
3. Oshri, A., Tubman, J. G., & Burnette, M. L. (2012). Child maltreatment histories, alcohol and other drug use symptoms, and sexual risk behavior in a treatment sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 102, S250-S257. doi: 10.2105/AJPH.2011.300628
4. Grant, J. D., Vergés, A., Jackson, K. M., Trull, T. J., Sher, K. J., & Bucholz, K. K. (2012). Age and ethnic differences in the onset, persistence and recurrence of alcohol use disorder. *Addiction*, 107(4), 756-765.
5. Mulia, N. & Zemore, S. E. (2012). Social adversity, stress, and alcohol problems: are racial/ethnic minorities and the poor more vulnerable? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 570-580.
6. Becker, J. B., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1), 36-47.
7. Crome, I. B. (1997). Gender differences in substance misuse and psychiatric comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 194-198.
8. Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44-55.
9. Lynch, J., Davey Smith, G., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., & Kaplan, G. A. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, 358, 194-200.
10. Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371. doi: 10.1056/NEJMra1511480.

11. Swendsen, J., & Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216, 73-85.
12. Addiction in women (2010). https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/addiction-in-women
13. Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
14. Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 120. doi: 10.3389/fpsy.2013.00120.
15. Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Review Neuroscience*, 12, 652-669.
16. Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406.
17. Bolla, K. I., Rothman, R., & Cadet, J. L. (1999). Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11(3), 361-369.
18. Kelley, B. J., Yeager, K. R., Pepper, T. H., & Beversdorf, D. Q. (2005). Cognitive impairment in acute cocaine withdrawal. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(2), 108-112.
19. Curran, H. V., & Monaghan, L. (2001). In and out of the K-hole: a comparison of the acute and residual effects of ketamine in frequent and infrequent ketamine users. *Addiction*, 96(5), 749-760.
20. Ghalehban, M., Besharat, M. A., & Rad, E. (2011). The use of the bender visual motor gestalt test with substance abuse patients. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 30, 433-436.
21. Cormier, R. A., Dell, C. A., & Poole, N. (2004). Women and substance abuse problems. *BMC Women's Health*, 4(1).doi: 10.1186/1472-6874-4-S1-S8.
22. Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B., & Curtin, J. J. (2007). Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(2), 165-175. doi: 10.1037/1064-1297.15.2.165.
23. Unterrainer, H., Lewis, A., & Gruzelier, J. (2013). EEG-Neurofeedback in psychodynamic treatment of substance dependence. *Frontiers in Psychology*, 4, 692.
24. Meisel, V., Servera, M., Garcia-Banda, G., Cardo, E., & Moreno, I. (2013). Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: a randomized controlled trial with six-month follow-up. *Biological Psychology*, 94(1), 12-21.

Políticas de drogas: Alternativas desde un modelo de salud pública

Gisela Negrón Velázquez, Ph.D.

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Este escrito forma parte de la categoría de “temas misceláneos” del VIII Congreso de ALAPSA. El mismo tiene varios propósitos, entre ellos, familiarizar a psicolog@s y otros profesionales de la salud como trabajadores sociales, con el concepto de políticas de drogas, sus fundamentos paradigmáticos y estrategias de acción particulares enmarcadas en el paradigma salubrista, destacando ejemplos que integran estrategias de reducción de daño actualmente existentes en diversos lugares del mundo. Este resumen termina con la referencia de un capítulo publicado por esta servidora en un libro reciente en el cual discuto este tema al detalle, con sus implicaciones para la profesión de trabajo social.

Negrón-Velázquez (2013) define el concepto de políticas de drogas como los planes de acción o directrices de carácter oficial que se elaboran para indicar la forma en que socialmente se debe concebir, definir, interpretar, abordar y lidiar con diversas dimensiones relacionadas al fenómeno de las drogas. Todas las políticas de drogas responden a algún paradigma o modelo fundamental que utiliza el ser humano para entender y lidiar con asuntos de su interés, en este caso, las drogas. El paradigma prohibicionista y punitivo ha dominado las políticas de drogas a nivel mundial desde hace más de 80 años. El Modelo de Justicia Criminal es el utilizado bajo este paradigma para lidiar con el control de drogas. Así surgen leyes y códigos penales que establecen los delitos relacionados a las drogas (consumo, posesión, venta y distribución, cultivo, tráfico, entre otros) y las sentencias discrecionales y mandatorias. El paradigma prohibicionista contiene otros modelos particulares especializados como el Modelo de Interdicción, el cual centra sus esfuerzos en controlar la oferta (producción, distribución y venta) de diversas drogas a través de operativos en las fronteras y otros espacios geográficos (Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, 2014; Boyum & Reuter, 2005; Albizu-García, Negrón Velázquez, González Carrasquillo y Santiago-Negrón, 2006). El paradigma salubrista se sostiene en el Modelo de Salud Pública y teóricamente se enmarca en la Perspectiva Ecológica. En este caso, se entiende que el individuo afecta y es afectado por el ambiente y se le da prioridad a la salud del colectivo y no del individuo. Su énfasis de acción incluye estrategias basadas en evidencia científica, ya sean de prevención primaria, estrategias de reducción de daño o tratamiento para lidiar con el uso problemático de drogas y otros problemas relacionados. El paradigma salubrista ha rendido frutos importantes, como reducciones significativas de niveles de violencia, países con cárceles vacías como Holanda y una mejoría significativa en la calidad de vida y la salud pública de países como Alemania, Portugal, Brasil, Paraguay y Uruguay, entre otros (Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, 2014; Albizu García et al., 2006).

El estado de conocimiento respecto a las políticas sociales que atienden los asuntos relacionados a las drogas exige acciones concretas de todos para avanzar políticas de drogas basadas en ciencia, compasión y el respeto a los derechos humanos; DrugPolicy Alliance, 2013). Quienes educan a futuros trabajadores sociales y demás profesiones afines deben conocer sobre estos temas, y explorar cuál es la postura de éstos respecto a diversas políticas sociales existentes en cada país, incluyendo su actitud respecto a mantener el statu quo o transformarlo. A continuación, presento un resumen de algunas estrategias de reducción de daño que deberían ocupar espacios para la discusión pública y el debate profesional basado en evidencia científica. Las mismas fueron presentadas brevemente durante mi ponencia ya que los coordinadores de este panel redujeron el tiempo que se me había asignado sin ofrecer explicación alguna:

Legalización de todas las drogas o únicamente de la marihuana: La marihuana es la sustancia más utilizada en el mundo y la evidencia científica ha obligado a revisar críticamente las políticas de drogas que prohíben su consumo. Actualmente la legalización del cannabis para uso medicinal es cada vez más común internacionalmente que su legalización para uso recreacional. Esta tendencia está parcialmente sustentada en la contundente evidencia científica sobre sus beneficios en el tratamiento de más de cuarenta condiciones de salud (Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, 2014), entre otras razones. La experiencia de Uruguay no muestra un alza en la violencia ni en el consumo de esta sustancia una vez ocurrida la legalización, mientras que en Colorado y Washington donde también se legalizó el uso medicinal del cannabis se registró un aumento en el turismo debido a la implementación de esta política y una disminución en los accidentes de automóvil causados por el uso excesivo de alcohol (Baca, 2015). Ambos estados están aportando millones de dólares mensuales al erario, con lo cual se están haciendo inversiones en el sistema educativo, salud y servicios sociales, entre otros. Existen varios modelos internacionales para el manejo legal de esta sustancia, como la prohibición parcial o

de facto, la prohibición con principio de conveniencia, y la legalización de iure, los cuales ya existen en los Países Bajos, como Alemania, Austria y España, en varios estados de Estados Unidos, en Colombia, Suiza y en la India (UNODC, 2013; Caulkins et al., 2012; Blickman y Jelsma, 2009).

La descriminalización de todas las drogas o únicamente de la marihuana: La criminalización de las drogas ilegales es un fenómeno social amplio y complejo, y sus diversas manifestaciones pueden encontrarse en los países donde las políticas sociales para lidiar con las drogas responden primordialmente al paradigma prohibicionista-punitivo. Las políticas sociales de corte salubrista que buscan erradicar la criminalización de las drogas proponen la eliminación de cargos criminales por posesión y uso (de drogas), manteniendo o eliminando multas civiles y aceptando que las personas con uso problemático de sustancias puedan ser arrestadas y encarceladas por cometer crímenes violentos, pero no por crímenes no-violentos, como robos o guiar bajo la influencia (UNODC, 2013). Descriminalizar implica cambiar o eliminar estrategias oficiales del Estado que fomentan la criminalización de las drogas. También implica la remoción del estigma social que esta criminalización genera.

Tratamiento en vez de prisión: Esta política de corte salubrista propone que las personas arrestadas por posesión de drogas que padecen de trastornos de sustancias sean obligadas a recibir tratamiento y no a ir a prisión. La realidad de la mayoría de los países del mundo es que existe escasez de acceso a tratamiento efectivo que responda a estándares mínimos de tratamiento para atender personas con trastornos de sustancias. Esta escasez en el acceso es usualmente una estrategia del Estado para castigar al consumidor y favorecer la industria carcelaria, de la cual muchas personas ricas se benefician (Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, 2014). En California implementaron esta política con personas que tenían uso problemático de drogas que no cometieron delitos violentos, lo que generó grandes ahorros al erario y extensos beneficios al participante y a la sociedad (Boyum & Reuter, 2005; Albizu et al., 2006; Negrón Velázquez et al., 2008). La Organización de las Naciones Unidas (2014) recomienda que cada país establezca alternativas distintas a la encarcelación para poblaciones vulnerables, por ejemplo, obreros de bajo nivel en la jerarquía del narcotráfico, como agricultores y mensajeros, particularmente si éstos no han cometido delitos violentos. Los servicios pueden incluir tratamiento obligatorio pues la literatura contemporánea en el campo de los trastornos de sustancia ha demostrado que el tratamiento obligatorio para esta condición de salud es tan efectivo como el voluntario, siempre y cuando el programa cumpla con estándares mínimos de tratamiento (Negrón Velázquez, 2012; World Health Organization, 2008). Para que la política de tratamiento obligatorio en vez de prisión funcione, es imprescindible que quienes dictan sentencias conozcan las alternativas de tratamiento disponibles.

Acceso a la medicación: La política de acceso a la medicación usualmente se refiere al uso de farmacología para tratar trastornos de sustancias. No obstante, en esta presentación discutí brevemente una estrategia menos tradicional, la cual permite que las personas que no quieren o no puedan abstenerse, puedan obtener sus drogas a través de su médico o de alguna clínica con licencia para esto. Esta estrategia de reducción de daños existe en varios países del mundo, incluyendo en los Países Bajos, como Alemania, Austria, Holanda y Suiza, donde su implementación ha evidenciado ser efectiva en mejorar significativamente la calidad de vida de los usuarios y la salud pública del país (Drug Policy Alliance, 2013; Blickman y Jelsma, 2009; Albizu-García et al., 2006). El uso problemático de drogas, particularmente de drogas ilegales, está tan estigmatizado que la visión tradicional de integrar el uso de farmacología a un plan de tratamiento para esta condición no es visto como un derecho a la salud del paciente; mucho menos si la medicación se lleva a cabo con la droga de consumo. Existen muchos mitos sobre la medicación entre la población general, entre profesionales de la salud y entre las mismas personas con uso problemático de drogas y sus familiares (World Health Organization, 2008). Estos mitos entorpecen el uso de farmacología apropiada como parte de un plan de tratamiento a lo cual tiene derecho cualquier persona que muestre un cuadro clínico de trastornos de sustancias.

Para finalizar les invito a reflexionar críticamente sobre las consecuencias intencionadas y no intencionadas de la guerra contra las drogas. Existe evidencia de que las mismas han sido devastadoras, pero el daño mayor lo han sufrido grupos socialmente vulnerables a quienes se les violentan todos los días derechos fundamentales básicos, como el derecho a la salud y a vivir una vida digna y plena. Uno de esos grupos vulnerables son las personas que viven en la pobreza, pues son estos quienes tienen más probabilidad de ir a prisión por uso problemático de drogas que de recibir tratamiento para su condición (World Health Organization, 2008; Drug Policy Alliance, 2013; Comisión de Drogas y Democracia en América Latina, 2009). Son hombres pobres-jóvenes en edades reproductivas y productivas quienes están muriendo en el Caribe

y otras regiones de Latinoamérica, por la violencia que genera el mercado ilegal de las drogas, y son mayormente pobres las familias que lloran a los hijos que mueren a consecuencias del narcotráfico cuando apenas comenzaban a vivir. Son familias enteras alrededor del mundo, quienes, a falta de empleo, se han visto obligados a entrar al negocio ilegal de las drogas, donde, para subsistir, tienes que ofrecer tu vida y la de tu familia como garantía. Son millones de personas, las que pierden sus hogares anualmente por problemas relacionados a las drogas y las que mueren por sobredosis en sus hogares y fuera de ellos. Grupos raciales particulares, como los negros y latinos en Estados Unidos, son sistemáticamente encarcelados por delitos relacionados a drogas y cumplen sentencias mandatorias desproporcionadas a su delito.

Definitivamente, la guerra contra las drogas ha fracasado. Mantener el statu quo se ha hecho insostenible, particularmente para los grupos en desventaja social. Los grupos y personas que se lucran al mantener esta opresión, resistirán para mantener el control y el orden social. ¿Pero el estado del conocimiento respecto a diversas políticas de drogas salubristas exige acciones concretas de todos para avanzar políticas basadas en ciencia, compasión y el respeto a los derechos humanos? ¿De qué lado estamos los profesionales de la salud? Para una respuesta preliminar a esta pregunta enfocado en estudiantes de trabajo social favor leer Negrón Velázquez y Rivera Montoya (2018). Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albizu-García, C. E., Negrón Velázquez, G., González Carrasquillo, A., & Santiago-Negrón, S. (2006). Reconsiderando la Política de las Drogas: Alternativas Para Puerto Rico Desde un Modelo de Salud Pública. *Revista Jurídica Universidad de Puerto Rico*, 75(4):1071-1106.

Baca, R. (February 12, 2015). Chart: Colorado marijuana sales hits \$700 millions for 2014. *The Cannabist*, Associated Press. Recuperado de: <http://www.thecannabist.co/2015/02/12/colorado-marijuana-sales-2014-700-million/27565/>

Boyum, D. & Reuter, P. (2005). *An Analytic Assessment of U.S. Drug Policy*. Washington, DC. The AEI Press.

Blickman, T. & Jelsma, M. (2009). La reforma de las políticas de drogas: Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Nueva Sociedad*, No.222, ISSN: 0251-3552.

Caulkins, J.P., Hawken, A., Kilmer, B., Kleiman, M.A.R. (2012). *Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press Inc.

Comisión de Drogas y Democracia en América Latina. (2009). *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Statement by the Latin American Commission on Drugs and Democracy, www.drugsanddemocracy.org

Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas. (2014). Boletín Final de la IV Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas. Recuperado de: [Http://www.intercambios.org.art/15-ideas/noticias/comunicados/boletin-final-de-la-iv-conferencia-latinoamericana-sobre-politicas-de-drogas](http://www.intercambios.org.art/15-ideas/noticias/comunicados/boletin-final-de-la-iv-conferencia-latinoamericana-sobre-politicas-de-drogas)

Drug Policy Alliance. (2013). *International Drug Policy Reform Conference, 2013*. Denver, Co. Recuperado de: http://www.reformconference.org/sites/reformconference.org/files/docs/2013%20Reform%20Conference%20Program%20Book_postconference.pdf

Negrón Velázquez, G. y Montoya Rivera, M. (2018). Investigación mixta, transnacional-comparativa sobre actitudes de estudiantes de la Facultad de Trabajo Social de la UAS en México y de otros países de América Latina hacia reformas salubristas en las políticas de drogas, Editoras Montanez Concepción, I. y Negrón Velázquez, G. En, *Estudios comparativos sobre ideologías y preferencias profesionales de estudiantes subgraduados de Trabajo Social en ocho países de América Latina*. Capítulo 5, pags. 139-205

Negrón Velázquez, G. (2013). Trabajo Social y Políticas de Drogas. Conferencia ofrecida en, *Encuentro para la divulgación de hallazgos de Estudio Internacional sobre ideologías y preferencias profesionales de estudiantes de Trabajo Social en Latinoamérica*, (25-26 de septiembre de 2013). Facultad de Ciencias Sociales, Edificio Ramón Emeterio Betances, Anfiteatro Milton Pabón (REB 238), Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Recuperado de:

[https://www.academia.edu/5109677/TRABAJO SOCIA Y POLITICAS DE DROGAS CONCEPTOS IMPORTANTES UNIV
RSIDAD DE PUERTO RICORECINTO DE RIO PIEDRAS OCTUBRE 2013](https://www.academia.edu/5109677/TRABAJO_SOCIAL_Y_POLITICAS_DE_DROGAS_CONCEPTOS_IMPORTANTES_UNIVERSIDAD_DE_PUERTO_RICORECINTO_DE_RIO_PIEDRAS_OCTUBRE_2013)

Negrón Velázquez, G. (julio-diciembre, 2012a). Los trastornos psíquicos de las sustancias tóxicas y la práctica del Trabajo Social basada en evidencia. *Trabajo Social Sin Fronteras:Debate Intercontinental*. 4 (8): 77-90.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2013. World drug report 2013. Recuperado de:
[http://www.unodc.org/lpo-brazil/en/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-
drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-Psychoactive-substances.html](http://www.unodc.org/lpo-brazil/en/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-Psychoactive-substances.html) United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6.
Recuperado de: [https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World Drug Report 2013.pdf](https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem. Recuperado de: <http://www.unodc.org/ungass2016/>

¿Drogas Medicinales? Dilemas en Adicciones

Dr. C Antonio J. Caballero Moreno

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Enrique Cabrera

La mayor parte de las sustancias que denominamos drogas son sustancias muy antiguas, con amplios usos por la humanidad, desde tiempos prehistóricos. Por otra parte, las drogas de laboratorio o de diseño, siempre remedan estructura o acciones de sus predecesoras.

Desde principios del siglo XIX, se han remarcado con razón sus acciones deletéreas sobre el organismo, y, sobre todo, su capacidad esclavizante, que ha dado lugar a lo que hoy denominamos: la epidemia de las drogas. Sin embargo, nunca ha quedado de lado su vertiente terapéutica, el ejemplo más conocido es el amplio uso de los derivados del opio y opiáceos en la farmacología del dolor.

Viene así al caso este concepto de Fármaco (1):

Indica remedio y veneno. No una cosa o la otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza se solicitan en este orden de cosas. Unos fármacos serán más tóxicos y otros menos, pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña. La frontera entre el prejuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente.

De ahí que podamos hablar de dos modelos con relación a las drogas: el modelo de enfermedad y el modelo terapéutico.

En los últimos años se ha emprendido una revisión importante del modelo terapéutico y es nuestro objetivo hacer unos breves comentarios acerca del tema en este artículo.

Para ellos dividiremos el trabajo en 3 partes:

- a. Medicina Psicodélica
- b. El problema de la Marihuana Medicinal
- c. La epidemia de opiáceos en Estados Unidos y otros países.

Medicina Psicodélica

¿Qué son los psicodélicos?

Se definen como compuestos que alteran la mente de manera muy especial, ellos pueden tener profundos efectos sobre la percepción y la cognición, sin efectos sobre la memoria, la coordinación y la autoalerta (2).

Un hito moderno en la investigación psicodélica se produjo en 1938 cuando el LSD fue sintetizado por el químico suizo Albert Hoffman buscando un estimulante respiratorio y circulatorio. Tenemos el controvertido caso de Timothy Leary que lo usó como psicomimético, adjunto a la psicoterapia. La investigación con LSD se detuvo por el uso masivo en los años 60, relacionado con los movimientos de contracultura de la época (3).

En los años 80, se produjo una investigación importante con el MDMA (ecstasis), metilenendioximetamfetamina, droga de diseño, a la cual se le atribuyen propiedades empátogenas.

El efecto más prominente encontrado con ecstasis ha sido su aparente habilidad para ayudar a recuperarse de las memorias traumáticas en niños abusados, se plantea que los pacientes pueden ganar control cognitivo sobre sus emociones relacionadas con el trauma. En 1985, debido a un incremento masivo en su uso, se interrumpieron estas investigaciones (4).

Actualmente ha renacido el interés en algunas drogas psicodélicas como la ketamina, antagonista del receptor NMDA en el tratamiento de las adicciones y de la depresión. Para esta última ha representado en primer lugar, un nuevo tratamiento para la depresión resistente y una herramienta para estudiar el papel del sistema del glutamato en la depresión.

Junto con el LSD, los "hongos mágicos" son un resonante singular de psicodelia, dados los efectos alucinógenos de la psilocibina, un primo químico de la serotonina. Los hongos alucinógenos fueron usados de manera religiosa y medicinal en numerosas culturas antiguas.

Muchas personas le atribuyen efectos “espirituales”, en el campo específico de la psicopatología, hay ensayos positivos en el tratamiento del TOC y de la ansiedad relacionada con el cáncer, en general mejorías del ánimo y de la ansiedad.

En 2010, aparecieron estudios sobre los efectos beneficiosos del MDMA sobre el trastorno por stress postraumático y más recientemente estudios con RMf reportan reducción de la activación cerebral para las memorias negativas en la región de la ínsula (5).

La ibogáina es un psicodélico que se encuentra en el arbusto tabernathe iboga y ha sido usado para ceremonias espirituales en África por siglos, se ha venido usando con éxito en la abstinencia al alcohol, cocaína y opioides (6, 7).

Podemos concluir, que se está produciendo una investigación interesante con estas drogas psicodélicas, de todas maneras, deben ser miradas con precaución y sobre todo sopesar riesgos versus beneficios y los primeros es grandes.

El problema de la marihuana medicinal.

Marihuana es la droga ilícita más usada en USA, globalmente es la más cultivada, traficada y abusada de las ilegales y tiene el uso humano más antiguo. Hace ya 5000 años los chinos ya la recomendaban para los dolores y calambres.

El término marihuana se refiere a hojas desecadas, flores, tallos y semillas de *Canabis Sativa*, algunos de los componentes químicos de este cáñamo (cannabinoides), son psicoactivos, incluyendo el Delta-9-tetrahidrocannabinol, hashish se refiere a plantas femeninas no polinizadas concentradas en una resina, mientras el aceite es un concentrado de cannabinoles extraídos de la planta cruda o de la resina con solventes.

En los Estados Unidos sigue penalizada como droga peligrosa en el nivel I a nivel federal, sin embargo, a nivel estatal ha sido votado su uso medicinal y/o recreativo por más de 20 estados.

A nivel global un pequeño grupo de países permite su uso medicinal y unos pocos el uso recreacional. La Convención Única sobre drogas narcóticas de la ONU de 1961, ubica a marihuana en el nivel I-IV (bajo potencial de abuso, bajo riesgo de dependencia). Prohíbe el uso de la resina fumada y su uso no médico. Uruguay, Canadá y México han abogado por su legalización en 2016.

Canabis Sativa contiene un número de cannabinoles de los cuales el más conocido es el Delta-9-Tetrahydro-cannabinol, el cannabidiol es de particular interés para nuestros fines.

Ellos son los responsables de los efectos fisiológicos y psicoactivos de los cannabinoles a partir de los receptores CB1 y CB2. En los últimos años se han descubierto endocannabinoides los cuales activan los mismos receptores que los cannabinoles exógenos. Este sistema tiene importantes funciones regulatorias en corazón, endocrino, digestivo, inmune nervioso y reproductivo (placer, memoria, pensamiento, concentración, movimiento, coordinación, percepción sensorial y de tiempo, apetito y dolor) (8).

Estos descubrimientos centran el debate sobre su uso medicinal, sin dudas, como en otros casos (verbigracia; opiáceos), después de realizar ensayos clínicos, controlados, aleatorizados, etc., si se demuestra efectividad pudieran ser introducidos en la práctica médica.

¿Qué acciones se le atribuyen a la marihuana? (9)

Las indicaciones médicas de la marihuana medicinal están restringidas a 5 categorías fundamentales:

- Dolor
- Náuseas y vómitos (relacionadas usualmente con la quimioterapia del cáncer)
- Pérdida de Peso relacionada con enfermedades debilitantes.
- Espasticidades neurológicamente inducidas.
- Otras condiciones como colon irritable.

Dos cannabinoles tipo THC: dronabinol y nabilona han sido aprobados por la FDA para tratar las náuseas en la quimioterapia, el drobinol también ha sido aprobado para problemas del apetito en el HIV.

Un cannabiol (Epidiolex) se ha estado usando en las epilepsias infantiles (síndrome de Dravet y de Lennox-Gastaut) así como para la esclerosis tuberosa.

Nabiximols (Sativex), combinación de THC y CBD en spray orofacial para cáncer avanzado y espasticidad.

Consentimiento Informado

Donde el uso de marihuana médica es permitido, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Prever uso inapropiado/diversión.
- Los riesgos del uso de marihuana, especialmente en poblaciones vulnerables.
- Métodos de administración: oral versus vaporización versus fumar.
- Evaluación periódica de la eficacia terapéutica.
- No operar maquinarias o vehículos durante el tratamiento.
- Estrategias de retiradas, cesaciones suaves.

Condiciones neurológicas y Marihuana Médica

En 2014 la Academia Americana de Neurología publicó resultados de una revisión de 34 estudios en un período de 65 años, sobre la eficacia de la marihuana médica para el tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple, epilepsia y trastornos del movimiento.

- Esclerosis Múltiple: Hay evidencias fuertes de que píldoras de CBD y evidencias moderadas de que píldoras de THC y nabiximols suministran alivio a corto plazo de la espasticidad y reducen el dolor central.
- Enfermedad de Parkinson: No hay evidencias de reducción de las diskinecias producidas por la levo-dopa.
- Epilepsia: No hay evidencias de alivio de las convulsiones, si sobre los movimientos del cuello y la severidad de los tics.
- Dolor: Hay crecientes evidencias con relación a la eficacia de la marihuana médica en el manejo del dolor crónico neuropático y el no maligno.

Otras patologías

- Cáncer: Algunos laboratorios encuentran evidencias de efecto antitumoral del cannabidiol en cáncer de colon, mama y glioblastoma.
- Vómitos/náuseas relacionados con quimioterapia: Los efectos antieméticos del THC sintético (dronabinol y nabilona) están bien establecidos.
- Gastrointestinales: Hay evidencias anecdóticas de regulación colónica y gastrointestinal.
- Glaucoma: No hay evidencias de efectos en el manejo del glaucoma, aunque reduce la presión ocular brevemente.

Como siempre con estas sustancias se debe sopesar daño-beneficio

Efectos Neuropsiquiátricos de la marihuana (10)

- Desarrollo de BP, trastorno de pánico, agorafobia y fobia social.
- Declinar de la salud psíquica: Los usuarios de cannabis de alta potencia tienen 3 veces probabilidades de desarrollar psicosis. La inducción de psicosis es potencialmente debida a:
 - Disrupción del THC de las bandas gamma de oscilaciones neurales.
 - Aumento de la liberación de DA en áreas estriatales y frontales de individuos susceptibles.
 - Mutaciones en el gen del receptor DA.
- El daño cognitivo y motivacional que puede llegar a ser grave.

La marihuana médica es una realidad y a veces su reclamo trasciende a la investigación científica y se posiciona en otros escenarios, sin embargo, en el mundo de la investigación médica se escuchan constantemente declaraciones como estas:

Artículo de Medscape de 13 de marzo de 2018 (11).

Conocimiento de los médicos sobre el uso de la marihuana se queda corto.

Plantea un problema muy importante, que las personas responden de manera diferente a estos productos diferentes y alguno de ellos tienen más probabilidades de causar problemas, son tantos los efectos neuroquímicos de los productos que no se conocen bien las interacciones con otros medicamentos y hay dudas sobre las vías de administración más seguras.

O como esta:

Declaración Pública Fundación Epistemonikos (12):

No existe ninguna condición en la cual los beneficios del uso del cannabis sean superiores a los efectos adversos y riesgos.

- No son efectivos y se asocian a efectos adversos frecuentes (esclerosis múltiple, anorexia nerviosa).
- Podrían tener beneficios escasos, pero efectos adversos que los superan (dolor crónico y epilepsia).
- No está claro si son efectivos y tienen efectos adversos (fibromialgia, insomnio, Tourette y náuseas y vómitos por quimioterapia)

La epidemia de opiáceos en Estados Unidos y otros países

Cuando se usan apropiadamente los opiáceos pueden ser unos medicamentos muy efectivos, cuando se abusan pueden tener terribles consecuencias como se ha visto con el reciente aumento de muertes por sobredosis (13,14).

De acuerdo al Centro de Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, en 2012 se prescribieron 56 millones de pastillas para el dolor, suficiente para que cada estadounidense tenga su pomo de tabletas y mueran 56 por día por sobredosis. Los norteamericanos constituyen el 4,5 % de la población mundial y consumen el 80% de las pastillas para el dolor.

No debemos olvidar que los opioides de prescripción tienen las siguientes características:

- Altamente adictivos
- Reducen el dolor
- Euforia increíble
- Alivian la ansiedad
- Letales en sobredosis

Da la impresión de que la eficacia de estos fármacos está sobredimensionada:

Para el dolor agudo:

- Mejoría analgésica y funcional
- Los no opioides son a veces tan buenos o mejores
- Las cantidades prescritas con frecuencia superan lo necesario
- Uso a largo plazo para el dolor crónico: Dudoso

Las evidencias son débiles e insuficientes, y hay una desconexión entre las guías y la práctica clínica real.

Uno de los opiáceos de prescripción más abusados es el fentanyl y estas son sus características (15):

- Es un opioide sintético que es 50 veces más potente que la heroína y 100 veces más potente que la morfina. La tasa de muertes por este opiáceo y por el tramadol se incrementó en un 72 % entre 2014 y 2015
- Lo más interesante de esta nueva epidemia es que se produce disociada de la de abuso de heroína, también los usuarios son diferentes y también son diferentes los suministradores.

- En el caso de los opioides de prescripción, se trata de personas que están recibiendo tratamiento para el dolor y las pastillas son prescritas por sus médicos de cabecera.

CONCLUSIONES

El tema del uso médico de drogas que por lo demás están bien definidas como drogas de abuso está sobre el tapete.

La medicina psicodélica florece con algunos resultados interesantes como el caso de la ketamina para la depresión.

La marihuana medicinal está siendo intensamente investigada, aunque aún muchos resultados no son consistentes y aún controvertidos por la ecuación riesgo/beneficio.

La actual crisis de opioides de prescripción pone al día los problemas del uso médico de opioides y de la iatrogenia médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escohotado Antonio. Historia de las Drogas. Madrid. Alianza Editorial. 1989. Tomo I, págs. 9-29.
2. Zawilska J.B; Andrzejczak D. Next generation of novel psychoactive substances on the horizon- A complex problem to face. *Drug Alcohol Depend.* Dec 1; 157: 1-17
3. Mycyk MB; Emerging drugs of abuse: what was new yesterday is new today. *J. Med Toxicol.* 2012 Mar; 8(1): 1-2
4. Nelson ME; Bryant SM; Aks SE. Emerging drugs of abuse. *Emerg Med Clin North Am.* 2014 feb; 32(1): 1-28
5. Gibbons S. "Legal Highs"- novel and emerging psychoactive drugs: a chemical overview for the toxicologist. *Clin Toxicol.* 2012 Jan; 50 (1): 15-24
6. Hill SL; Thomas SH. Clinical Toxicology of new recreational drugs. *Clin Toxicol.* 2011 Oct; 49 (8): 705-19
7. Kersten BP; McLaughlin ME. Toxicology and management of novel psychoactive drugs. *J PharmPract.* 2015 Feb; 28 (1): 50-65
8. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015; 313(24): 2456-2473
9. Schrot RJ, Hubbard JR. Cannabinoids: Medical Implications. *Ann Med.* 2016
10. Meier Madeline H, Avshalom Caspi, Cerdá Magdalena, et al: Associations between cannabis use and physical health problems in early midlife a longitudinal comparison of persistent cannabis versus tobacco. June 01, 2016 *Psychiatry* published on line.
11. Batya Swift Yasgur. El Conocimiento de los médicos sobre los efectos de la marihuana se queda corto. 2018. WebMD, LLC. Medscape.
12. Epistemonikos Foundation. Declaración Pública de Fundación Epistemonikos y Organizaciones firmantes frente a la discusión sobre uso medicinal de cannabis y productos derivados en el Congreso de Chile. 26 de abril 2018 Santiago de Chile.
13. Fernández Miranda JJ; Pereiro Gómez C. Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. 2007. Socidroalcohol.
14. Fernández Miranda JJ. Opiáceos. Guías Clínicas basadas en la evidencia científica. 2008. Socidroalcohol.
15. Bobes J; Casas M. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. 2010. Socidroalcohol.

Personas sin hogar con consumo problemático de sustancias (con problemas de adicción): Un Modelo de Intervención desde la Psicología Social-Comunitaria.

Doris G. Quiñones Hernández PhD.

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

El propósito de este trabajo es abordar la situación de las personas sin Hogar y el consumo de sustancias adictivas. Así como, contarles la experiencia desde la Psicología Social-Comunitaria y nuestra mirada dentro del abanico de acercamientos de apoyo ante a la realidad de vida de nuestros participantes. Para ello es fundamental una puesta al tanto del reto que enfrenta estos temas en Puerto Rico.

Cerca de 60 mil personas padecen de trastorno de dependencia a drogas en Puerto Rico. El consumo de heroína y opiáceos en la isla supera en 50% por ciento al de Estados Unidos. Las personas usuarias de drogas inyectadas tienen la característica que se inyectan con mayor frecuencia: entre cuatro a ocho veces al día. (Carmen Albiz; 2010).

Instituto de Investigación en Ciencias de la Conducta, del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM). 2014 al 20 realizó una investigación sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la utilización de servicios especializados de la población adulta entre 2014 y 2016. En este se identificó que el trastorno de uso de sustancias en los jóvenes entre 18 y 24 años es de 18%. Entre personas de 26-45 años es de 11.9%, de 46-64 años es de 8%. El uso problemático de sustancias ilegales en el género masculino es de 21.7% y en el femenino es de 14.2%.

Entre los hallazgos significativos en este estudio se encuentran el que la prevalencia 2017 de trastornos de uso de drogas (3.3%) se duplicó comparado con estudios 1998 de 1.3%. (Colón et al.) Que la región sureste de la Isla tiene la segunda tasa más alta de adicción a sustancias y adicción a drogas (6.2%). Y que el 71.7% de los adultos con trastorno de sustancias cree que el tratamiento no les va a ayudar.

Por otra parte, en los medios noticiosos del país destacan que Departamento de la policía de Puerto Rico nos sumerge en la noticia del primer censo detallado de operaciones de los puntos de drogas en país (2016). El censo, tomó dos años e involucró el trabajo de 80 agentes y un contador público autorizado que trabaja para la Policía.

“La Policía define como punto una operación continua de venta al detal que tenga una estructura jerárquica y al menos tres emplead@s” (Torres-Gotay. 2016).

En este, se estableció que, en el país, operan de manera continua y prolongada, y a menudo 24 horas al día, por lo menos 542 puntos de droga, que generan aproximadamente \$366,808,620 anuales en ventas. Estiman, además, que puede haber hasta 300 más, cuya existencia no se ha podido certificar.

542 puntos de droga en una isla de 3,453 millas cuadradas significa que hay uno cada 6.4 millas cuadradas.

- Significa que, viajando en carro a velocidad regular, se puede encontrar donde comprar drogas cada 10 o 12 minutos.
- Significa que los hay en residenciales públicos y en barriadas, como siempre se ha sabido, pero también en urbanizaciones, cascos urbanos, calles de vecindario, vestíbulos de hoteles, estacionamientos, universidades y en cualquier sitio al que lleguen los servicios de entrega a domicilio que también existen.
- Según el análisis de la Policía, la región en que más puntos de droga opera es San Juan, con 89, seguida de Caguas, con 50; Carolina, con 49; Aguadilla, con 45; y Arecibo, con 43. El análisis está dividido por las 16 regiones en que tiene oficinas el Negociado de Drogas de la Policía de Puerto Rico.
- Cuando arrestan a l@s manejadore/as y emplead@s de un punto, otro grupo surge para hacerse cargo del sector en períodos que no suelen pasar de 24 horas. (Torres, Gotay 2016).

En ese mismo artículo el economista José Alameda hace referencia a que se ha estimado que solo el 10% de la droga que entra a Puerto Rico se queda y se vende en la calle. \$366.8 millones son apenas \$92.2 millones menos que los \$459 millones que la estima que venden los 18 Supermercados Amigo en Puerto Rico; es un poco más que lo que se generó aquí en ganancias de capital en el 2015 (\$353.4 millones); \$80 millones más de los \$286.7 millones que recibió el Gobierno en el 2015 por arbitrios de tabaco y ron, y \$50 millones de lo que se genera en pasajes en medio de la mayor ola migratoria

de la historia. El estudio del impacto del narcotráfico en la economía local, indica que de acuerdo con el 10%, el impacto real de la droga en la economía es de unos \$3,600 millones al año. A nivel mundial, se estima que el tráfico de drogas genera \$400,000 millones, el 8% del total de la economía global.

A través del Censo de Personas sin Hogar 2017, se identificaron 3,501 personas sin hogar (PSH) en Puerto Rico, constituyen un total de 3,155 núcleos o familias. Por demás, esto solo refleja un muestreo de la cantidad real de la población Sin Hogar en el país.

El 75.8% son de género masculino, 24% de género femenino y .3% transgénero. El promedio de edad fluctúa entre los 48 años en hombres y 43 en las mujeres.

El 41.6% indicó ser usuari@s de drogas ilegales. En consumo de alcohol reveló un 29.6% y en cuanto a condiciones de salud mental reflejó un 34.1%. (Resumen de Censo de personas Sin Hogar 2017).

Un modelo de intervención: Trabajo de Alcance Comunitario (TAC) Proyecto Plaza Corazón

Cuando caminamos las calles, rescatamos los espacios para vivirlos. Cuando Rescatamos edificios abandonados, rescatamos hogares donde vivir. Cuando rescatamos personas que la sociedad ha abandonado, rescatamos nuestras propias vidas y nuestra paz.



Somos un equipo multidisciplinario que ofrece servicios de apoyo bio- psico-sociales. Trabajamos como mediadores/as haciendo: enlace, intercesoría, apoyo y mediación, conectando al/la participante con agencias de servicios; Promoviendo en estas últimas, sensibilización, flexibilidad y la acción afirmativa que hagan viable la movilización de las personas sin hogar a alternativas más seguras, salubres y dignas para la vida.

En ese sentido, conceptualizar nuestras/os participantes no basta con decir que son un adict@s, o drogodependiente, trastornad@s mentales, deambulantes, tecat@s o criminales. Son seres humanos, seres vivientes.

Es un Ser human@ quien tiene el poder de determinar sus necesidades y deseos. Que ha perdido la confianza de y en l@s otr@s seres human@s. En quien el consumo de sustancias es una de las pocas instancias que le es posible sentir placer y bienestar. Las redes de apoyo son mínimas y en múltiples ocasiones inciden alrededor del consumo de la sustancia. Personas invisibilizadas por todo un sistema social que le incomoda aceptar su fracaso como

contrato social.

Es un ser humano que nos permite colaborar y apoyarle en sus decisiones y acciones. Es una persona que tiene el derecho y el deber de apropiarse de su proceso de vida. Es parte integral de la comunidad que tiene igual derecho y responsabilidad de participar de los bienes materiales y espirituales de la sociedad. Persona quien nos brinda la confianza de entrar a su intimidad.

El modelo de intervención consta de cinco fases de interacción específica con cada participante en niveles micro y macro social. Plantea que a la par que se trabaja mano a mano o con el/la participante, se construyen redes de soporte social reconociendo las intersecciones sistémicas y estructurales.



Fase I: Trabajo de Alcance Comunitario

- *Se trabaja la situación de la persona desde donde se encuentra (calle, plazas, puentes, pastizales, etc.) a través de ir caminando con ell@s sus propias rutas diurnas y nocturnas.*

Fase II: Sistema de Cuidado

- *Diseño de actividades de fortalecimiento de adherencia, aspectos psico-afectivos y organización mental.*
- *Realizar tareas concretas e inmediatas.*
- *Consejería, orientación, manejo de conflicto y destrezas de vida.*
- *Tratamiento y coordinación de salud física y mental.*

Fase III: Administración psico-social

- *Manejo de Casos.*
- *Estabilidad psicológica, (emocional-afectivo), procesos de socialización y la estructura social.*
- *Se trabaja a nivel individualizado, la coordinación y seguimiento en la transición crítica de la calle a vivienda.*

Fase IV:

Independencia y Autosuficiencia

- *Estabilidad emocional y económica.*
- *Manejo de readaptación en vivienda permanente.*
- *Adiestramiento, apoyo y seguimiento en la búsqueda de alternativas de empleo.*

- Fortalecimiento en el área profesional y financiero a fin de alcanzar estabilidad y seguridad personal

Fase V: Desarrollo Comunidad

- Proyecto promotor de Rehabilitación de edificios para hacer asequibles viviendas permanentes a personas que experimentan pobreza, desventaja y marginación.
- Taller de planificación de consciencias, compromisos, sensibilidad y paz.
- Anhelo de vivir en ciudades seguras y de paz.
- Reconocimiento de una responsabilidad social.
- Se promueve el desarrollo de sentido de pertenencia, compromiso social y la adquisición de destrezas de trabajo en equipo.



Esto ya lo hemos demostrado muchas veces. Hablamos de remirar responsablemente nuestras nociones y empezar a escuchas a quienes viven sintiendo la situación. Se trata de hacer en concordancia con las necesidades sentidas, vividas y normativas.

[“Invertimos muchísimo tiempo y recursos en las investigaciones y nunca hay escasez de droga en la calle”, dijo José Caldero, superentendiende de la Policía de Puerto Rico quien aseguró que, entre junio de 2014 y noviembre de este año, se hicieron 22,000 arrestos por droga, sin que el mercado se haya afectado en lo más mínimo.] Torres-Gotay, 2016.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alianza para Reducir la Insuficiencia de Sustancias para la Adicción en Puerto Rico. 2008.

ELNUEVO DIA .COM. Sesenta mil adictos a drogas. miércoles, 11 de agosto de 2010 - 5:51 PM.
<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/sesentamiladictosadrogas-757951/>

<https://www.scribd.com/document/351653652/El-Mapa-de-La-Droga-en-Puerto-Rico>.

Prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la utilización de servicios especializados de la población adulta de Puerto Rico. Instituto de Investigación en Ciencias de la Conducta, del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM). 2018.

Resumen de Conteo de Personas Sin Hogar 2017. Departamento de la Familia.
[file:///C:/Users/dqghd/OneDrive/Documentos/GUEA/UCC/INFORME%20CONTEO-2017%20DFamilia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/dqghd/OneDrive/Documentos/GUEA/UCC/INFORME%20CONTEO-2017%20DFamilia%20(1).pdf)

Torres Gotay, Benjamín. ENDI.com. El Mapa de la droga en Puerto Rico. viernes, 9 de diciembre de 2016 - 12:00AM.
<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/elmapadeladrogaenpuertorico-2270507/>

Torres Gotay, Benjamín. Miles de adictos son dejados a la deriva. 9 de febrero de 2017 - 8:00 AM.
<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/milesdeadictossondejadosaladeriva-2289470/>

Torres Gotay, Benjamín. Grave el cuadro de salud mental en Puerto Rico. lunes, 16 de enero de 2017 - 8:00 AM
<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/graveelcuadrosaludmentalenpuertorico-2281299/>

Una visión clínica de adolescencia: salud mental y trastornos por consumo de sustancias

Dra. Luz N. Ramos Vargas

Con la colaboración de las estudiantes Tonya Gastón y Angélica Ortiz

Universidad Central del Caribe, Puerto Rico

El propósito primordial de esta presentación fue el reconocer y entender los principales diagnósticos de Salud Mental en los Adolescentes a través de un resumen breve enfocado en los diagnósticos específicos de adolescentes señalados en el DSM 5, sus signos principales y la prevalencia de estos a través del tiempo.

Se pretendía también, realizar un análisis de la prevalencia de los trastornos de salud mental y la comorbilidad que existe en adolescentes en los trastornos por uso de sustancias. Al ser nuestro enfoque uno relacionado en la preparación de profesionales para que puedan trabajar con la población con un trastorno por uso de sustancias, quisimos realizar un enfoque mayor en los diagnósticos relacionados al uso de sustancias que afectan a la población en general, con mayor énfasis en los adolescentes. Este se llevó a cabo primordialmente enfocado en el uso de alcohol excesivo, los medicamentos controlados, su relación con las drogas ilegales y la epidemia de opioides que existe hoy en día. Es importante reconocer el desarrollo del cerebro del menor y cómo este se ve afectado y/o comprometido a través del uso de sustancias desde edades tempranas.

Por último, quisimos orientar sobre acercamientos de prevención basados en la evidencia para los trastornos por consumo de sustancias en diversos escenarios y aumentar la conciencia entre los profesionales de la salud, sobre los riesgos del uso de sustancias en adolescentes y cómo estos afectan su desarrollo en términos biológicos, conductuales y emocionales.

Cuando hablamos de adolescentes debemos pensar en sus etapas de desarrollo y como estos pasan por ellas de una manera o no adecuadas. Una de las etapas primordiales de los adolescentes según Erickson, es la búsqueda de la autonomía e identidad, los cuales son elementos definidores de la misma en los adolescentes. Esta etapa se va a ver, favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma y su grupo de amigos. Este debe darse en todas las áreas, tanto en el desarrollo físico como en el desarrollo emocional y moral, por lo que se debería tener un funcionamiento de manera más adecuada. El desarrollo humano se da en interacción con las variables genéticas y el entorno y expone de manera clara los diferentes sistemas que conforman las relaciones personales en función del contexto en el que se encuentran (Bronfenbrenner, 1994). En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva con profesionales de la salud o personas que puedan servir de apoyo a los niños y adolescentes. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas.

El cerebro del adolescente pasa también por diferentes etapas, en donde en el crecimiento del ser humano, a los nueve años aún se está perfeccionando, de los 10 a los 15 años se encuentra mejor capacitado para planear, retener información y resolver problemas. De los 16 a 20 años el cerebro es capaz de manejar razonamientos más completos. Más de la mitad de todos los trastornos mentales y adicciones comienzan a la edad de los 14 años y 3 de cada 4 comienzan a la edad de 24 años (Unicef).

Cuando hablamos de los trastornos más comunes, encontramos que, en Puerto Rico los trastornos de salud mental más prevalentes en la población de niños/as y adolescentes son el trastorno oposicional, el déficit de atención, la depresión mayor y la distimia (Bird et al.,1988).

La depresión constituye uno de los problemas de salud mental más serios y frecuentes entre niños/as y adolescentes (Rosselló & Maysonet, 2002). Según estudios recientes de ASSMCA (2016) se encontró que la prevalencia de situación de salud mental en niños y adolescentes era de 48% en problemas de hiperactividad y agresividad, 12% en problemas de desarrollo como habla y motores y problemas relacionados con la escuela y figuras de autoridad entre otros (12%). La mayor parte de estos diagnósticos están relacionados o tienen una comorbilidad grande con los trastornos relacionados al uso de sustancias y por ende tienden a tener un riesgo mayor en el desarrollo del adolescente, lo que resulta muy preocupante para la población, porque además de su cerebro aún no haberse desarrollado completo, también tienen muchos factores adicionales que pueden influenciar en continuar en conductas de uso o adicciones. Dentro de los factores

de riesgo fundamentales en el adolescente están los factores genéticos, factores desencadenantes en el entorno como trauma, estrés y abuso físico o sexual; regiones similares del cerebro y comienzo temprano de uso de sustancias (Unicef).

En encuestas realizadas en Puerto Rico a través de la Administración de Salud Mental y Contra la Adicción y la Universidad de Puerto Rico (2008 y 2012), se ha encontrado que gran parte de los estudiantes han estado expuestos al uso de alcohol, medicamentos prescritos y drogas ilegales. Existe evidencia científica en donde se ha comprobado que el consumo temprano de los adolescentes de sustancias puede afectar áreas críticas del cerebro como la motivación, la memoria, el aprendizaje y el juicio y comportamiento. El sistema límbico vincula una serie de estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. El placer nos motiva a repetir comportamientos que son fundamentales para nuestra existencia como son comer, las emociones, el sexo y otras. Este percibe las emociones tanto positivas como negativas. El uso y abuso de manera descontrolados de medicamentos recetados por profesionales, puede crear hábitos similares a las drogas ilegales, ya que crean una dependencia al utilizarlos de manera inadecuada, a través de las funciones vitales de nuestro cerebro se puede crear un abuso compulsivo de sustancias que caracterizan la adicción, ya que estos imitan los mensajeros químicos naturales. La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobrestimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo—y le enseñan al usuario a repetirlo.

Entonces es importante preguntarnos ¿Por qué la adolescencia es un momento crítico para prevenir los trastornos por uso de sustancias? Como hemos dicho en el escrito y resumiendo, el consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle un trastorno por uso de sustancias. Las drogas modifican el cerebro y esto puede llevar a la adicción y causar otros problemas graves. Si podemos evitar que los jóvenes experimenten con drogas, podemos prevenir la drogadicción promoviendo los factores preventivos (OMS). Un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia, mejorar las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y la autoconfianza. Además de esto, enfocar a los jóvenes en practicar deportes, participar de actividades comunitarias y extracurriculares en el área escolar, facilita el que los estudiantes y jóvenes se mantengan ocupados la mayor parte del tiempo y eviten el tiempo de ocio que los lleva a enfrentarse con más facilidad a los factores de riesgo. Es importante a su vez, fomentar en los jóvenes el auto avalúo, la comprensión e importancia de los valores y creencias, la confianza en sí mismo y la confianza en las figuras de apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
- Courtois, C. & Ford, J. (2009) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence- Based Guide*. Guildford Press: New York.
- Courtois, C., Ford, J. 2013. *Best Practices in Psychotherapy for Adults Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach*. Chapter 4, 82-101.
- Child Welfare Information Gateway. (2014) *Parenting a child who has experienced trauma*.
- Cumplimiento Escolar; Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Escuela Graduada de Salud Pública.
- Development through life: a psychosocial approach* (11th. Ed.). United States: Thomson Wadsworth
- Drugs of Abuse: From Doctors to Dealers, Users and Healers*, 1st edition.
- Duarté-Vélez, Y., Lorenzo, J.& Rosselló, Y. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(Suplemento 2), 2-17.

Moscoso, A.; Rodríguez, L.; Reyes, J.; Colón, H. Adolescentes de Puerto Rico, Una Mirada a la Salud Mental y Asociación con el Cumplimiento Escolar; Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Escuela Graduada de Salud Pública.

National Institute of Drug Abuse. (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Publication NIH No. 08-5605 (S). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Marijuana Infocast M
<http://www.drugabuse.gov/publications/infocasts/marijuana>, January 30, 2012.

National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services <http://www.oas.sasmhsa.gov/nsduh.htm>

Newman, B.M. and Newman, P.R. (2011) van der Kolk, B. (2014) *The Body Keeps the Score*. Penguin Group: New York.

Rodríguez, C.; Benitez, J.; Pares, N. (2016) Descripción de la prevalencia y del estado de situación de la salud mental de niños y adolescentes en Puerto Rico; Informe Final preparado para la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) por CINED, Inc

Rosselló, J. & Berríos Hernández, M.N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresante y autoestima en una muestra de adolescents puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.

The National Child Traumatic Strees Network. (2003). *Complex Trauma in Childrens and Adolescents*.

The Changing Minds Institute <https://changingmindsnow.org/>

<http://www.thelancet.com/journals/>

[http://www.childtrends.org/SALUD_MENTAL de Puerto Rico Análisis de Situación de la Salud en Puerto Rico](http://www.childtrends.org/SALUD_MENTAL_de_Puerto_Rico_Análisis_de_Situación_de_la_Salud_en_Puerto_Rico)

<https://www.unicef.org/.../pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>

White, W. Recovery Management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In Great Lakes ATTC (2006) *Recovery Management*, <http://.glattc.org>

White, W. Perspectives on Systems Transformation: Recovery as an Organizing Concept. An Interview with H. Westley Clark. 2007; accessed February 7, 2008.

Programas cubanos de prevención y control de los trastornos adictivos. Retos y perspectivas.

Autores: Dr.C. Justo Reinaldo Fabelo Roche, MSc. Serguei Iglesias Moré, MSc. Ana María Gómez García.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias

INTRODUCCIÓN

La historia del consumo de drogas en Cuba parte necesariamente del tabaco, ya que los pobladores de la isla lo usaban desde la etapa precolombina. En su segundo viaje Cristóbal Colon introdujo la caña de azúcar sentando las bases del ulterior desarrollo de la industria azucarera y a partir de ella, la fabricación de los rones ligeros. Ambas drogas legales se unen en una simbiosis especial, profundamente enraizada en la identidad nacional. En el siglo XVII se incorpora a esa pareja irreverente, el café traído por la migración francesa proveniente de Haití completándose el trío de drogas de mayor arraigo en la Cuba de siempre. En el siglo XIX llegó el opio unido a la migración china y durante el siglo XX se consagraron el cannabis y la cocaína en la preferencia de los consumidores cubanos. Entre los años 1960 y 1990 se logró un control eficaz de estas drogas ilegales, pero en los últimos 30 años se ha operado en resurgir de su presencia en el contexto nacional con un crecimiento del consumo moderado pero sostenido en el tiempo afectando sobre todo a adolescentes y jóvenes¹.

También en dicho grupo poblacional se ha hecho frecuente el policonsumo de alcohol mezclado con drogas de prescripción y los llamados cannabimiméticos. Finalmente, también se observa un incremento de la presencia de trastornos adictivos referidos a otros comportamientos, fundamentalmente el juego tanto el tradicional como el vinculado al uso abusivo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La presencia de práctica compulsiva y obsesiva de ejercicios físicos, trastornos alimentarios y consumo excesivo de pornografía son males que, aunque de forma incipiente pueden observarse en la práctica clínica asistencial². Con este trabajo se pretende valorar como las instituciones cubanas más estrechamente destinadas a la atención de niños, adolescentes y jóvenes (Ministerio de Educación, Ministerio de Educación Superior y Ministerio de Salud Pública) enfrentan esa situación.

La creación de la Comisión Nacional de Drogas de la República de Cuba en 1989, constituye una expresión de la voluntad política para enfrentar esta problemática, ante una coyuntura mundial compleja, de incremento del uso indebido de drogas y del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Por sus graves consecuencias en la formación y desarrollo en las nuevas generaciones y en la salud de la población en general, los referidos ministerios fueron llamados a integrar dicha comisión, contribuyendo desde entonces desde sus frentes respectivos con la labor preventiva que les corresponde.

DESARROLLO

Los programas cubanos de prevención y control de los trastornos adictivos a que se hace referencia en este artículo son los siguientes:

1. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación (MINED)³
2. Programa Nacional de prevención del uso indebido de drogas (MES)⁴
3. Programa Nacional de prevención y control del tabaquismo (MINSAP)⁵
4. Programa Nacional de prevención y control de la conducta alcohólica (MINSAP)⁶
5. Programa Nacional Integral de prevención del uso indebido y control de drogas (MINSAP)⁷

El Ministerio de Educación a través de su Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación establece entre los contenidos considerados ejes temáticos fundamentales, la educación antitabáquica, antialcohólica y antidroga. En ese sentido enfatiza en los antecedentes históricos del alcohol y sus componentes químicos, las consecuencias para la salud del consumo excesivo de alcohol y sus manifestaciones como droga, la clarificación acerca de cómo se establece el hábito de beber y el papel del ejemplo. Finalmente incluye los métodos para dejar de beber alcohol, el alcoholismo como un problema familiar y social y la precisión acerca de quién es un alcohólico.

El referido programa argumenta que los adolescentes al terminar el noveno grado deben ser capaces de practicar medidas higiénicas que contribuyan al mantenimiento de la salud individual y colectiva partiendo del conocimiento de las consecuencias para el organismo humano del consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Por último, dicho documento insiste en que los adolescentes al terminar el bachillerato deben ser capaces de manifestar actitudes de rechazo ante los efectos nocivos del alcohol en el organismo humano y lograr evitar constituirse en consumidores.

Por su parte el Programa Nacional de prevención del uso indebido de drogas del MES fue aprobado en el año 2014 en el consejo de dirección del Ministerio de Educación Superior y es considerado el documento rector en la labor de prevención de los centros universitarios del país. La elaboración del dicho programa estuvo a cargo del Centro de Bienestar Universitario (CBU) de la Universidad Central “Martha Abreu” de Las Villas. En el mismo se insiste en que actualmente se requiere un cambio diametral en la orientación de las políticas de prevención del uso indebido de drogas. Estas deben transitar desde las prohibiciones legales a la búsqueda de las causas para direccionar las acciones de prevención. Prevenir es concienciar, no imponer o meramente institucionalizar ciertas medidas de actuación, de manera que ha de ser un acto de mediación más que de imposición· por lo que se requiere desarrollar acciones de carácter comprensivo que respondan a la multidimensionalidad de la problemática asociada al consumo de drogas.

Según el referido programa se ha hecho evidente que el éxito de dichas estrategias puede garantizarse con el trabajo coordinado y unificado de instituciones, organizaciones e individuos con responsabilidades en esta labor. El sistema educativo no puede permanecer pasivo ante la posibilidad de aportar desde su propio espacio, elementos que contribuyan al bienestar actual y futuro de la población, de manera particular en el enfrentamiento a los efectos nocivos de las drogas. Precisamente las instituciones educativas constituyen un contexto idóneo para la prevención en tanto a través de programas y acciones de promoción y educación para la salud, pueden convertirse en un eslabón integrador entre la familia y la comunidad donde se consolide el pleno desarrollo de los estudiantes, así como la auto-responsabilidad con la salud.

A partir de 1980 el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna inició estudios de prevalencia del tabaquismo. De la tendencia al ascenso de las cifras obtenidas emergió la propuesta en 1985 de desarrollar una “Campaña para desestimular el hábito de fumar” que se convirtió en 1988 en el primer Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, con carácter intersectorial y multidisciplinario, ambas tareas coordinadas por dicho Instituto. En 1994 se derivó al Ministerio de Salud Pública donde fue reformulado y nombrado Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, el cual está integrado por cinco componentes: vigilancia, ambientes libres de humo, información, educación y comunicación; tratamiento y rehabilitación y legislación. En general, tiene un enfoque de promoción de salud, en tanto, sus componentes están en correspondencia con sus cinco áreas de acción⁵.

Promueve entornos saludables libres de humo de tabaco para la protección de los no fumadores a la exposición a un ambiente contaminado, en especial a niños y embarazadas, e incide en la disminución del consumo de tabaco general. Para lograr que no se fume en los centros de trabajo, de estudio y lugares cerrados, se divulga información y realizan actividades educativas, entre otras iniciativas que estimulen la emulación para la declaración de estos espacios libres de humo.

El Programa se apoya en la estructura creada para la promoción de salud y la APS con el fin de ofrecer alternativas saludables en la reducción del consumo de tabaco en el entorno familiar, social y cultural, y lograr la movilización y empoderamiento comunitario. Esto implica: participación, apoyo y trabajo conjunto de la comunidad, identificar el problema, desarrollar acciones colaborativas con todos los actores sociales y atender las características específicas de cada localidad^{8,9}.

Fue en 1985 que se confeccionó el programa de prevención y control del alcoholismo y diez años después se llevó a cabo la revisión y actualización que aún mantiene su vigencia. Desde entonces el sistema de salud se ha desarrollado y perfeccionado, específicamente la Atención Primaria de Salud (APS).

En 1995 comienza la reorientación de la Psiquiatría hacia la APS, que deviene desde 1996 en la política definida por el MINSAP para el desarrollo e integración plena de las acciones de salud mental en la comunidad. Se logra una mayor cobertura asistencial y se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental, actuales Departamentos de Salud Mental, en todos los municipios del país, lo cuales devienen en la piedra angular para todas las acciones sobre la salud y enfermedad

mental y por tanto en un nuevo escenario para la práctica cotidiana de las especialidades de salud mental dentro del sistema de salud. Se crean: la Comisión Nacional de Salud Mental y sus réplicas en las provincias y municipios, que entre sus funciones tienen la de evaluación, control y monitoreo del programa de alcoholismo. Es en ese marco donde se implanta y evoluciona el Programa nacional de prevención y control de la conducta alcohólica.

Desde entonces se logra mayor participación de otros sectores, tales como: Educación, Comercio Interior, Comisión de Prevención y Atención Social, Medios de Comunicación, organismos y organizaciones de la Sociedad Civil y otros, que contribuyen desde sus funciones a los propósitos del programa pero sin formar parte del mismo y determinan en algún grado la toma de conciencia paulatina de decisores y de la población de que el consumo excesivo e irresponsable de bebidas alcohólicas es un problema de salud, con amplias repercusiones sociales y que la solución trasciende los límites de un solo sector.

En el ámbito del sector salud, el alcoholismo sobrepasa los límites de la salud mental y es considerado como factor de riesgo para la salud, con amplias repercusiones entre las enfermedades crónicas no transmisibles, donde se considera como factor de riesgo. Es también en este período donde se inicia la implementación de los Grupos de Ayuda Mutua en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico, que amplían sus acciones a las de prevención con enfoque de riesgo. Las investigaciones de corte epidemiológico, transversales e incluso otras con técnicas cualitativas contribuyen a hacer más visible la magnitud de la conducta alcohólica y la necesidad inaplazable de su priorización, tanto por el MINSAP, como por otros sectores del estado.

En 1999, se aprueba el Programa Nacional Integral de Prevención del Uso Indebido de Drogas con el objetivo de garantizar la adecuada coordinación de intereses y concertación de esfuerzos entre todos los organismos nacionales en torno al tema de las drogas y de contribuir al cumplimiento de los compromisos internacionales contraídos por Cuba. En una primera etapa este programa, desarrolló un componente básico de implementación estructural de las tareas a nivel de los distintos territorios y su consolidación, debido a que es un tema novedoso para las actuales generaciones y el conjunto de la sociedad de hoy, en lo que se refiere a su atención y tratamiento adecuado. También incluye la capacitación nacional, territorial y sectorial teniendo en cuenta el carácter multidisciplinario e intersectorial de las acciones.

Además, promueve el trabajo comunitario, las acciones de promoción y educación dirigidas a la sociedad en general, prestando especial atención a los individuos y grupos de riesgo, a fin de fomentar el desarrollo de actitudes y estilos de vida saludables ajenos al consumo de sustancias causantes de adicción; estas acciones abarcan tanto las drogas ilegales como aquellas consideradas legales.

En la actualidad el MINSAP desarrolla un Plan de Acción Nacional que evalúa periódicamente el cumplimiento de los indicadores establecidos en la estrategia de enfrentamiento a la problemática de las drogas ilegales en todo el país. En ella participa el Grupo de Investigaciones CEDRO de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, encargado de asesorar y monitorear la marcha del componente educativo, incluida la elaboración y control de la ejecución a nivel nacional de programas de capacitación dirigidos a los recursos humanos encargados de la prevención y atención de los trastornos adictivos en los diferentes niveles de atención salud.

El referido plan de acción constituye una iniciativa con proyección comunitaria e intersectorial de la que además son beneficiarias las organizaciones de la Sociedad Civil Cubana. En dicho proceso los adolescentes y jóvenes constituyen actores de inestimable valor al desarrollar proyectos comunitarios en los que abordan las problemáticas de las drogas con sus pares habiéndose obtenido resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES

Entre los retos de los programas cubanos de prevención y control de los trastornos adictivos de mayor relevancia se encuentra contribuir a la comprensión por parte de los decisores y otros actores involucrados en dicha misión acerca de que solo la intersectorialidad puede garantizar el éxito de cualquier estrategia preventiva¹⁰. Los ministerios de Educación, Educación Superior y Salud Pública pueden hacer y efectivamente hacen mucho, pero el incumplimiento sistemático de la política de precios establecidas¹¹, de las normativas jurídicas vigentes¹², de los mecanismos de control existentes y de las acciones de enfrentamiento que eviten la disponibilidad de drogas ilegales en las cercanías de sus instalaciones corresponden a otros sectores de la sociedad. Entre las perspectivas que se priorizan se encuentra la posibilidad de

empoderar a niños, adolescentes y jóvenes para que sean capaces de decidir por sí mismos, desarrollando un locus de control interno. Ardua labor si se tiene en cuenta que debe trabajarse con personas en pleno desarrollo de sus funciones esenciales, que desde los puntos de vista neurobiológico y psicosocial presentan múltiples vulnerabilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Gómez García AM, Hernández Domínguez H, García Enríquez I. AnIntersectoralInterventionto Alcohol Use in Cuban AdolescentsPreventEarly. MEDICC Review, July 2016, Vol 18, No 3
2. Prevención y Atención de los Trastornos Adictivos. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 2018
3. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación. MINED. La Habana, 1999
4. Ministerio de Educación Superior. Programa Nacional de prevención del uso indebido de drogas. MES. La Habana, 2014
5. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de prevención y control del tabaquismo- MINSAP. La Habana, 2010. Disponible en: <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/04/programa-pct20104.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de prevención y control de la conducta alcohólica. MINSAP. La Habana, 1995
7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Integralde prevención del uso indebido y control de drogas (MINSAP) La Habana,1999
8. Lorenzo I, Lefèvre C, Guerra M C, Ferrer L, Rodríguez Salvá A, Van Der Stuyft C, et al. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos. Rev Cubana De Medicina General Integral [Internet]. 2013 Abr [citado 22 Jun 2016]; 29(2): [aprox. 7p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=111426568&lang=es&site=ehost-live>
9. OPS/OMS. Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud nº 4. OPS: Washington DC; 2013. Disponible en: <http://www.inlatina.org/wp-content/files.../136569967414escuelasPromotorasdeSalud.pdf>
10. Castell-Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
11. Suárez Lugo Nery. Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Sep 04]; 40(3): 331-344. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300003&lng=es
12. Lorenzo Vazquez*¹ E. Contribución de las normativas jurídicas cubanas para el control del tabaco a la prevención del tabaquismo. Tesis de Maestría en Promoción y Educación para la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana 2017

Antropología y etnografía de las drogas: algunas consideraciones teórico-metodológicas

Juan Negrón Ayala, MPH, PhD

Universidad de Puerto Rico, Campus de Bayamón

INTRODUCCIÓN

En esta ponencia propongo reflexionar sobre los aportes teórico-metodológicos de la antropología al estudio de las drogas, y que esta reflexión se aborde no desde el concepto de la adicción sino más, bien desde el consumo de drogas. Me parece que este acercamiento provee un marco conceptual mucho más amplio y sin las cargas ni ataduras históricas implicadas en la idea de la adicción. No se trata con esto de desestimarla necesidad de acometer el fenómeno de las adicciones, sino que abordar el fenómeno de las drogas desde las adicciones supone una conceptualización de estas que históricamente se han inscrito en el ámbito de lo patológico, de lo desviado, de lo ilegal, de lo estigmatizado, lo criminal, en fin, de la exclusión social (Jáuregui 2007).

Por ello, problematizar los asuntos relativos a las drogas solo desde la lógica de lo adictivo reduce significativamente las posibilidades de entender la diversidad y la complejidad de los significados que se asignan a las sustancias, y a las prácticas de preparación y consumo. Los reduccionismos que acompañan la concepción patógena de la droga muchas veces resultan en representaciones estáticas, monolíticas y lineales que terminan por encubrir la relación sujeto, producto y sociedad (Bilbao 2003). Crean, a su vez, una otredad desarraigada de sus contextos sociales y culturales y de las relaciones estructurales que configuran el consumo de las drogas. No estoy diciendo que no existan consumos patológicos con sus concomitantes trastornos, sino que no todos los consumos pueden vistos y nombrados como tales (Menéndez 2002). Tampoco cancelo la posibilidad de nombrar “el problema de la droga” pero un verdadero acercamiento antropológico enfatiza en la necesidad de situar las prácticas de consumo, sean estas patológicas o no, y las sustancias, sean estas ilegales o no, en el marco de los órdenes colectivos y las lógicas socioculturales que les regulan.

Comenzaré por discutir cómo las bases epistemológicas de la antropología permiten configurar una problematización del consumo de drogas desde la perspectiva de los implicados que a su vez procura un entendimiento contextualizado de las expresiones cotidianas y significados que a estas se le atribuyen. Lo que quiero evitar en el día de hoy es sucumbir a una inercia teórica que resulte en un recuento histórico y transcultural del consumo de drogas.

Luego exploraré el potencial de la etnografía como conjunto de técnicas y métodos para un acercamiento al estudio del consumo de drogas centrado en la perspectiva de los sujetos de estudio, el conocimiento local y los contextos particulares en donde los fenómenos ocurren. Discutiré algunas experiencias investigativas concretas para mostrar cómo se han expresado estas potencialidades de la etnografía de las drogas.

Abordaje teórico-metodológico desde la antropología

En un primer nivel, la perspectiva relativista de la antropología permite conceptualizar la diversidad del consumo de drogas en un amplio continuo de prácticas enmarcadas en contextos culturales que le asignan su lógica y valoración social. Es necesario abordar esta diversidad desde la posición de los consumidores, esto es, caracterizar la relación entre patrones de comportamiento específicos y un conjunto de valores, normas e ideas compartidas por aquellos individuos que incurren en esos comportamientos.

En un segundo nivel, el enfoque holístico de la antropología busca desarrollar una antropología de las drogas que además de romper con los extrañamientos, explore las conexiones entre los procesos micro-observables y el análisis macro estructural. Es necesario estudiar las dinámicas de uso de drogas de los individuos en los bordes de la sociedad y al margen de los sistemas de tratamientos (adictos criminalizados) (Singer M., 2012). Ahora bien, sería ilusorio pretender comprender estas prácticas desvinculadas de las relaciones de estos usuarios con otros tipos de poblaciones de usuarios y no usuarios, con los sujetos en el trasiego de drogas (tiradores, bichotes), con la política pública de control social y las fuerzas de la ley que la accionan, con las condiciones y normas de los sistemas de prestación de servicios de salud, con los cambios demográficos, migratorios o epidemiológicos (morbilidad), con el desarrollo de nuevas drogas o tecnologías de uso, con la introducción de nueva información o creencias/percepciones y con las nuevas tendencias tales como la descriminalización y la medicación. Los usuarios de drogas de todo tipo siguen siendo miembros de comunidades y

contextos sociales mayores que inciden de diversas maneras sobre las formas en las cuales se articulan relaciones que estos establecen con las drogas.

La etnografía de las drogas: usos y aportes

El vehículo metodológico de la antropología para comprender las relaciones y los contextos que configuran los consumos de drogas es la etnografía. Este conjunto de estrategias y técnicas naturalistas permite a los investigadores internarse en el mundo de los usuarios de drogas y generar interpretaciones de los comportamientos observados ancladas en las experiencias y las realidades sociales y culturales de los sujetos estudiados. La inmersión en el campo no solo proporciona un entendimiento de los comportamientos en sus contextos naturales, sino que también permite establecer relaciones significativas con los sujetos de estudio. La descripción densa (Geertz 1983) sobre la dinámica del uso de drogas (cómo, dónde, cuándo y con quién) que proporciona la etnografía provee claves para documentar los patrones menos evidentes y conocidos pero que contribuyen a un mejor entendimiento de la epidemiología de estas prácticas (Page and Singer 2010).

Basado en mi experiencia, quisiera discutir algunos ejemplos sobre la dinámica del uso de drogas en la cuales la etnografía ofrece una herramienta inigualable para su comprensión. Las situaciones que presentaré son las siguientes: 1) identificar nuevas drogas o tendencias de consumo o preparación; 2) perfilar/Identificar poblaciones de usuarios, especialmente poblaciones no institucionalizadas (poblaciones ocultas); 3) proyectos de investigación en colaboración con los sujetos de estudio; 4) descripción detallada de los contextos de uso; y 5) documentación de las prácticas de preparación de drogas

Identificar nuevas drogas o tendencias de consumo o preparación

Las transformaciones en los patrones de consumo, preparación y distribución de las drogas son en ocasiones sumamente aceleradas. Los sistemas de vigilancia epidemiológica suelen ser ineficaces para detectar adecuadamente los patrones emergentes en el mundo de las drogas. Además, carecen de los mecanismos para documentar las particularidades que definen las nuevas tendencias, especialmente en sus etapas iniciales. El surgimiento de nuevas drogas tales como la marihuana sintética, las sales de baño (estimulantes), entre otras, son algunos de estos desarrollos (DEA 2017). La introducción de adulterantes (cortes) para incrementar el volumen de las sustancias y maximizar las ganancias o para incrementar el efecto de la droga son prácticas muy comunes, cuyos efectos sociales y sanitarios no suelen reflejarse en los sistemas de vigilancia sino hasta un tiempo después que las prácticas están arraigadas. Desde la pasada década el uso de analgésicos veterinarios ha ganado popularidad como drogas recreacionales en Puerto Rico (Torruella 2011; Reyes et. al. 2012). La llamada “anestesia de caballo” (Xylazine) emerge para principios de la década del 2000 como el principal adulterante de la heroína en la escena de la droga en varias zonas urbanas de la isla. La Xylazine, cuyo nombre comercial es Rompun, es un sedante y analgésico para uso exclusivamente veterinario. Los primeros reportes sobre este nuevo corte se obtuvieron a través de los medios de comunicación masivos y reportes de trabajadores de la salud. Esta sustancia se asoció a algunas muertes por sobredosis en prisiones de la zona oeste de Puerto Rico. Los reportes sobre la anestesia de caballo que recibíamos de los usuarios de drogas por medio de otros proyectos de investigación eran comunes y variados, además de que se asociaba al aumento en la frecuencia y gravedad del problema de lesiones en la piel (abscesos) entre los usuarios de droga. En un clima de información anecdótica e impresionista, el trabajo etnográfico nos permitió levantar de forma sistemática una base de información inicial sobre los patrones de uso y las percepciones de los usuarios y los trabajadores de la salud en relación a esta nueva sustancia. A través de observaciones y entrevistas individuales no estructuradas, grupos focales y un cuestionario pudimos constatar lo siguiente: 1) Los procesos de preparación de drogas reflejan la posición de vulnerabilidad de las poblaciones de usuarios pues muchos de estos desconocen los componentes de las sustancias que están utilizando, en incluso sabiéndolo, carecen de opciones. Muchos de los entrevistados reportaron haber comenzado a utilizar (y eventualmente desarrollar una adicción) al nuevo corte sin saberlo; 2) la introducción de la anestesia de caballo supuso modificaciones en los patrones de uso y en los efectos de la droga ya que los encuestados reportaron un aumento en la frecuencia de inyección diaria (28.2%), sobredosis (21.1%) y lesiones en la piel (35.2%); 3) surgimiento de nuevas adicciones. La Xylazine pasó de ser un adulterante de la heroína (que los usuarios de la zona oeste llamaban Piqui-Piqui), a una droga base que podía utilizarse sola o adulterada por la heroína (llamada en la calle solo como anestesia). Eventualmente, esto probó tener serias consecuencias para los procesos de tratamiento diseñados para opiáceos.

Este tipo de información provee un marco inicial de referencia para el ajuste de los sistemas de vigilancia a las tendencias emergentes y, eventualmente, brinda mecanismos para la interpretación de los hallazgos de estos sistemas. La etnografía puede ofrecer explicaciones de por qué se producen los comportamientos y de cuándo y cómo cambian o se mantienen constantes. Las observaciones directas en los entornos locales permiten, no sólo una contextualización más completa de la interpretación de las correlaciones epidemiológicas, sino que también aumentan la precisión de otros sistemas de documentación como las encuestas al permitir preguntas más centradas en las perspectivas de los usuarios (Bourgois 1999).

Perfilar/Identificar poblaciones de usuarios, especialmente poblaciones no institucionalizadas (poblaciones ocultas)

Mucho de lo que se conoce de las poblaciones usuarias de drogas proviene de estudios basados en muestras que se han obtenido en espacios institucionales como las clínicas de tratamiento (Allen, et al. 1992; DePhilippis, et al. 1992; Huebert and James 1992; Neugebauer and Wittes 1994; Prevots, et al. 1997). Los usuarios de drogas en tratamiento suelen representar una porción pequeña de la población total de usuarios. Por ejemplo, de acuerdo a la Administración de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), agencia del gobierno de Puerto Rico encargada de la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de salud mental, incluyendo abuso de sustancias, en el año 2008, el 60% de la población con adicción a drogas (45,096) no estaban en ningún tipo de tratamiento (ASSMCA 2009). Aquellos usuarios de drogas fuera de tratamiento podrían tener significativas diferencias en cuanto a comportamientos y perfiles epidemiológicos al compararlos con las poblaciones de usuarios de drogas en tratamiento.

El ejemplo que presentaré a continuación consiste en la aplicación de una estrategia combinada de métodos etnográficos con técnicas de análisis espacial para el desarrollo de indicadores de actividades de alto riesgo relacionadas a drogas. Esta estrategia se desarrolló para localizar inyectores fuera de tratamiento como parte de un proyecto de investigación en la ciudad de Philadelphia. Por una parte, utilicé métodos etnográficos para identificar y acceder a las redes de inyectores, y describir las prácticas de uso de drogas en sus contextos. Por otra parte, utilicé el análisis espacial para desarrollar una representación geo-codificada de las actividades asociadas al uso de drogas y a las poblaciones de usuarios que me permitiera simultáneamente visualizar e interpretar patrones espaciales de actividades relacionadas a las drogas, así como explorar su relación con datos epidemiológicos, demográficos y etnográficos. Esta estrategia permitió el desarrollo de una base de datos que sirvió de plataforma para la toma de decisiones con respecto al proceso de reclutamiento. Los objetivos de reclutamiento del proyecto fueron alcanzados. Un total de 3,052 individuos fueron evaluados para finalmente seleccionar un total de 592 sujetos (Negrón Ayala 2008).

Proyectos de investigación en colaboración con los sujetos de estudio

El proceso de preparación de drogas puede exponer a los usuarios de drogas a patógenos tales como bacterias y virus (VIH, VHC). Los inyectores contaminan la parafernalia de preparación al utilizar como instrumentos de medición y distribución de la droga las mismas jeringuillas con las que se inyectan. Las jeringuillas contaminadas con sangre pueden exponer la solución –es decir, la droga - y otros aparatos a estos patógenos. Por ello, a pesar de los logros de las campañas de prevención dirigidas a modificar la práctica de compartir jeringuillas, inyectarse drogas continúa siendo en Puerto Rico una de las actividades con mayor peso en la transmisión de VIH y Hepatitis C. A mediados de la década pasada, un grupo de colegas de la Universidad Central del Caribe desarrollamos una intervención experimental cuyo propósito era introducir nuevos materiales que permitieran la preparación de drogas con aparatos que no hubieran sido expuestos a sangre. Se pretendía modificar el proceso de preparación de droga de manera que las jeringuillas de inyección no fueran utilizadas ni en la medición ni en la distribución de la droga (Colon, et al., 2009).

Como primer paso era necesario llevar a cabo una evaluación etnográfica de las áreas de venta y uso de droga en la zona de San Juan. La observación participativa nos permitió identificar posibles áreas de reclutamiento y establecer potenciales colaboradores al interior de estas comunidades. Como parte de este proceso se describieron las características de las áreas de riesgo y se documentaron prácticas de inyección y preparación. De esta manera fue posible desarrollar una colaboración eficaz con los sujetos de investigación en el desarrollo de los nuevos instrumentos de preparación. Además, nuestra constante presencia en la comunidad nos permitió evaluar (triangular) el proceso de incorporación de los instrumentos. A continuación, discutiré los detalles de este proceso.

Descripción detallada de los contextos de uso

El uso de drogas, como cualquier otra actividad humana, acontece en lugares particulares y esa localización, además de no ser aleatoria, incide poderosamente sobre su dinámica y las relaciones que los usuarios asumen con estos. La descripción detallada de los espacios de uso de droga ha sido de gran utilidad para comprender la configuración no sólo de las prácticas sino también de los riesgos asociados a las mismas. En el caso de drogas ilegales como la heroína, la cocaína y el crack, el trabajo etnográfico ha develado una enorme variabilidad en el nivel de organización de estos espacios. Los llamados hospitalillos o “shootings” comprenden una gama de arreglos que marcan un continuo que va desde lo precario, lo desorganizado, lo público y lo contingente hasta lo controlado, lo privado y lo permanente. Esto es, los espacios de consumo van desde lugares al aire libre (puentes, solares baldíos) hasta apartamentos privados. Cada uno de estos alberga diferentes tipos de usuarios, diferentes dinámicas y diferentes riesgos. La estabilidad de estos lugares, sin embargo, pende de presiones externas tales como las guerras entre narcotraficantes, las intervenciones policíacas o presiones de miembros de la comunidad en general. La espacialidad de las dinámicas del uso de drogas implica la recomposición de los espacios y crea lugares comunes en los cuales los usuarios se congregan para compartir recursos (droga, dinero o parafernalia), encontrar asistencia (ayuda para inyectarse) o apoyo en caso de emergencias (sobredosis o síntomas de retirada extremos) (Negrón Ayala 2008). La experiencia etnográfica puntualiza que aún en los lugares menos estructurados, el espacio de consumo provee un marco que organiza las normas de conducta aceptadas, que en ocasiones se expresan en reglas concretas escritas en las paredes.

Documentación de las prácticas de preparación de la droga

La observación participativa nos permitió comprender las complejidades del proceso de preparación de drogas y su correlación con las condiciones del espacio en el que ocurrían, las relaciones de los sujetos implicados y los propios instrumentos (Finlinson, Colón, Negrón, & Robles, 2008).

Un elemento fundamental del proceso de preparación de drogas es su carácter colectivo. Esta condición tiene profundas implicaciones sanitarias, especialmente en el contexto de la epidemia del VIH y la Hepatitis C. Además, sabemos que los inyectores en Puerto Rico se caracterizan por exhibir una alta frecuencia de inyección diaria, compartir drogas (lo que exacerba los riesgos de compartir parafernalia), reutilizar las jeringuillas, y utilizar hospitalillos (Finlinson 2008). Además, estos usuarios carecen de acceso adecuado a jeringuillas nuevas y a equipo nuevo de preparación de drogas. Las interacciones implicadas en el proceso de preparación de drogas casi siempre están dadas por la combinación de los siguientes factores: la precariedad, el tipo de droga y su forma de consumo, así como las relaciones de poder entre los usuarios. Los limitados recursos económicos de los usuarios les obligan a establecer alianzas con otros usuarios para unir medios (dinero, drogas o parafernalia). La inmensa mayoría de los inyectores en Puerto Rico utiliza speedball (combinación de heroína y cocaína). Adquirir dos tipos de drogas diferentes supone un proceso de mayor complejidad que fuerza a los usuarios a unir recursos. Además, la preparación y el proceso de inyección son procesos sumamente complicados que no todos los usuarios pueden ejecutar, especialmente si su salud está comprometida. Esto coloca a muchos usuarios en posiciones de vulnerabilidad y en peligro de exponerse a prácticas de riesgo. Por último, el estigma e ilegalidad del consumo, le desplaza a espacios compartidos (los hospitalillos) que en muchas ocasiones suponen el pago por el uso de los recursos, que generalmente se hace en droga y que obliga a un proceso compartido con sus concomitantes riesgos.

Colaboración con los sujetos de estudio

La estrategia participativa nos permitió una mejor definición de los problemas asociados al diseño e introducción de nuevos aparatos de preparación pues considera la perspectiva de los participantes y se fundamenta en su realidad. Las ideas iniciales sobre los potenciales instrumentos surgieron de los investigadores y estas le fueron presentadas a los participantes para su discusión. Desde un inicio fue evidente el contraste en las experiencias, visiones de mundo y conocimiento entre usuarios e investigadores. El racional en el que se fundaba la introducción de nuevos aparatos era la prevención de contagio de VIH y VHC, así como de otros patógenos. Al presentarle esta justificación al grupo de participantes, la respuesta fue inesperada. Aunque reconocían la importancia de protegerse de estas enfermedades, estas no representaban su preocupación central en relación al uso de drogas. Para nuestra sorpresa, el problema mayor que experimentaban era la “pajita”. La “pajita” se utiliza para referirse a la reacción fisiológica que les produce a los

usuarios de drogas la entrada al torrente sanguíneo de algún cuerpo extraño (una fibra del filtro o alguna partícula de droga no disuelta) y que les produce fuertes dolores, calambres, vómitos, entre otros síntomas. Como agravante a esta experiencia, al acabar el episodio el individuo se levanta con síntomas de retirada. La “pajita” poseía referentes concretos e inmediatos en la vida de los participantes, contrario a la abstracción que suponía para ellos el VIH o al VCH. Esta experiencia marcó la pauta para una relación más participativa y horizontal. Así cada propuesta, cada problema, cada situación, viniera esta de los investigadores o los participantes, era ponderada en el marco las dinámicas del mundo de las drogas y en una visión amplia del ethos de los diferentes subgrupos dentro la población de usuarios (el dueño del hospitalillo, el listo, el usuario viejo). Cada diseño y cada modificación era probado por los participantes colaboradores en situaciones reales y en la cotidianeidad y visión de mundo de los usuarios. Los instrumentos fueron promovidos entre 37 individuos seleccionados durante 16 semanas. Periódicamente se obtenía información de las experiencias de este grupo mediante entrevistas. Mediante observaciones in situ de las prácticas se coteja la validez de estos datos.

Comentarios Finales

Mi propuesta al inicio de esta charla consistió hacer uso del andamiaje epistemológico y metodológico de la antropología para trascender los límites de la mirada patologizante del consumo de drogas, sin negar su posibilidad. Si esta propuesta tiene algo de legitimidad y somos fieles a ella, toca transformar no solo los modos de ver las dinámicas del uso de drogas sino también abrir la faena investigativa a otros ámbitos, otras prácticas y otros grupos. ¿Cómo se transforman las prácticas y los significados de drogas nuevas y viejas en el contexto que provee el ciberespacio con rangos de acceso casi sin límites, anónimos e inmediatos? ¿Cómo los nuevos poli-usos reformulan las fronteras entre lo legal y lo ilegal, el uso y las adicciones? Es necesario pensar nuevos espacios de uso (la universidad) y nuevos propósitos de uso (la ejecutoria académica) y sobre todo, como cada una de estas nuevas condiciones se interrelacionan entre ellas y con las viejas relaciones. Además, es necesaria y urgente una etnografía del tratamiento de drogas, tanto desde la perspectiva de los usuarios de drogas como de los proveedores, que trate de comprender los procesos de cambio que operan en la vida de los usuarios a partir de estas intervenciones.

Si queremos abordar (investigar y tratar) el uso de drogas desde una posición crítica se hace necesario ampliar nuestro marco epistemológico, ensayar nuevas metodologías y expandir los enfoques temáticos. Las complejidades del fenómeno así lo exigen. Me parece que el siguiente pasaje captura los matices de esta complejidad:

El vino, que varía grandemente desde costosas importaciones francesas servidas en los finos restaurantes hasta baratos matarratas escondidos en bolsas arrugadas de papel entre grupos de ebrios en los barrios marginales, posee una amplia gama de significados sociales entre los grupos religiosos, las clases sociales y étnicos. Químicamente, cualquiera que sea el precio o la etiqueta, el vino es etanol. Culturalmente, sin embargo, es muchas cosas diferentes para los distintos grupos que lo consumen. De igual manera sucede con las ampliamente difundidas drogas ilegales (Singer 2006).

Ito Ibán Echu
Mayo 2018
Bayamón, PR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción (2009) Clientela atendida por programa de tratamiento AMSSCA 2008-2009. Gobierno de Puerto Rico.
<http://www.assmca.pr.gov/estadistica/Ao%20Fiscal%2020082009/CLIENTELA%20ATENDIDA%20POR%20PROGRAMA%20DE%20TRATAMIENTO%20ASSMCA%202008-2009.pdf>
- Allen, D., Onorato, I., & Green, T. (1992). HIV Infection in Intravenous Drug Users Entering Drug Treatment, United States, 1988 to 1989. *he American Journal of Public Health*, 82(4), 541-547.
- Bilbao, A. (2003). Sujeto, drogas y sociedad. *Psicoperspectivas*, 11(1), 35-52.
- Bourgois, P. (1999). Theory, method, and power in drug and HIV-prevention research: a participant-observer's critique. *Subst Use Misuse*, 34(14), 2155-72.

- Colon, H., Finlinson, H., Negron, J., Sosa, I., Rios-Olivares, E., & Robles, R. (2009). Pilot trial of an intervention aimed at modifying drug preparation practices among injection drug users in puerto rico. *AIDS and Behavior*, 13(3), 523-531.
- DePhilippis, Dominick, Metzger DS, Woody GE, N. (1992). Attitudes Toward Mandatory Human Immunodeficiency Virus Testing and Contact Tracing: A Survey of Intravenous Drug Users in Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(1), 39-43.
- Drug Enforcement Administration (2017) Drugs of Abuse. U.S. Department of Justice https://www.dea.gov/sites/default/files/2018-06/drug_of_abuse.pdf
- Finlinson, H., Colón, H., Negrón, J., & Robles, R. (2008). Designing an experimental HIV/HCV intervention to promote the safe re-use of drug preparation materials by injection drug users in Puerto Rico. *Harm Reduction Journal*, 5, 1-5.
- Geertz, C. (1983). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. In C. Geertz, *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Huebert, K., & James, D. (1992). High-risk Behaviors for Transmission of HIV Among Clients in Treatment for Substance Abuse. *Journal of Drug Issues*, 22(4), 885-902.
- Jáuregui, I. (2002). Una perspectiva cultural de la adicción. *Gazeta de antropología*, 18(07), 1-10.
- Menéndez, M. (2002). Consumo de drogas. Una perspectiva antropológica. *Naya: Noticias de Antropología y Arqueología*, 3er Congre, <http://www.equiponaya.com.ar/congreso2002/ponencia>.
- Negron-Ayala, J., Barg, F., & Schuyler, R. (n.d.). PLACES OF RISK: THE SPATIALITY OF DRUG USE PATTERNS AND ITS APPLICABILITY FOR TARGETED RECRUITMENT OF OUT-OF-TREATMENT INJECTING DRUG USERS.
- Neugebauer, R., & Wittes, J. (1994). Annotation: Voluntary and Involuntary Capture-Recapture Samples - Problems in the Estimation of Hidden and Elusive Populations. *The American Journal of Public Health*, 84(7), 1068-1070.
- Page, B., & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: ethnographic research at the social margins* (1st ed.). New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Reyes, J., Negrón, J., Colón, H., Padilla, A., Millán, M., Matos, T., & Robles, R. (2012). The emerging of xylazine as a new drug of abuse and its health consequences among drug users in Puerto Rico. *Journal of Urban Health*, 89(3), 519-526.
- Singer, M. (2006). *Something dangerous: Emergent and changing illicit drug use and community health* (1st ed.). Long Grove, Illinois: Waveland Press .
- Singer, M. (2012). Anthropology and addiction: An historical review. *Addiction*.
- Torruella, R. (2011). Xylazine (veterinary sedative) use in Puerto Rico. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 2-5.
- Watters, J., & Cheng, Y. (1989). HIV-1 Infection and Risk Factors Among Intravenous Drug Users in San Francisco: Preliminary Findings. *Contemporary Drug Problems*, 14, 397-410.
- Wayment, H., Newcomb, M., & Hannemann, V. (1993). Female and Male Intravenous Drug Users Not-in-Treatment: Are They at Differential Risk for AIDS? Sex Roles. *Journal of Research*, 28(1-2), 111-126.

Visión Estudiantil

Estudiante Fannie de la Caridad Cintras Aquino. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Finlay Albarrán.
Estudiante Adrián B. Maldonado Rodríguez. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Durante la realización del I Encuentro Latinoamericano y Caribeño para el Estudio de las Adicciones, desarrollado en La Habana los días 17 y 18 de mayo de 2018 en el contexto del VIII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, tuvo lugar el I Encuentro Estudiantil del Grupo Universitario para el Estudio de las Adicciones en el que participaron estudiantes cubanos, puertorriqueños y de otras naciones latinoamericanas, caribeñas y africanas participantes en el congreso. Se debatieron opiniones comprometidas con el enfrentamiento al flagelo que constituye el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, su impronta en nuestras escuelas y universidades y el modo de abordarlas desde una visión estudiantil. Finalmente, a partir de dichos insumos se elaboró la siguiente Declaración Estudiantil.

La Habana, 18 de mayo de 2018

Declaración del I Encuentro Estudiantil del Grupo Universitario para el Estudio de las Adicciones

1. Defendemos la implementación plena de los derechos de las personas con trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
2. Proponemos un modelo de prevención y mitigación de daños basado en datos científicos.
3. Exhortamos entender las adicciones como un problema de salud pública en nuestros países.
4. Reconocemos la importancia de la interdisciplinariedad para el estudio e intervención en las adicciones.
5. Entendemos las adicciones como asunto con múltiples factores de riesgo como la pobreza, los procesos de marginación y exclusión social, la violencia, la trata humana y el nivel de educación.
6. Apostamos por la importancia de la organización de las comunidades más vulnerables como estrategia para manejar el tema de las adicciones.
7. Declaramos la solidaridad y compromiso entre estudiantes universitarios latinoamericanos y de otros continentes participantes, para afrontar el tema de las adicciones.