



TRASTORNOS ADICTIVOS

Vol. 7 No. 2

mayo - agosto 2022

Boletín Trastornos adictivos

Boletín Trastornos Adictivos (Bol. Trastor. adict.) es una publicación seriada, órgano oficial de comunicación científica del Departamento de Investigaciones en Adicciones de la facultad Manuel Fajardo (Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana), Cuba. Se publica desde 2016 con frecuencia cuatrimestral e incluye artículos sobre temáticas relativas a la prevención y atención de dicha problemática de salud. Está dirigida a todos los actores involucrados en el esfuerzo por impedir que el flagelo de las drogas y de las adicciones en general se consolide a nivel individual, familiar y comunitario.

Las temáticas publicadas son de especial significación para la capacitación y formación académica del capital humano responsabilizado con dicha labor. Responde a la necesidad de comunicar los resultados de investigaciones e información especializada basada en avances de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. No aplica cargos por procesamiento de artículos. Se encuentra indexado en el Registro Nacional de publicaciones seriadas, en el Centro Internacional de Publicaciones en Serie y en el Directorio del Sistema de información académica especializado en revistas académicas editadas en Iberoamérica.



Boletín Trastornos Adictivos | ISSN 1028-9933 | RNPS 2184 | Órgano oficial de comunicación científica del Departamento de Investigaciones en Adicciones de la facultad de ciencias médicas Manuel Fajardo (Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana) | **Director:** Dr. C. Justo Reinaldo Fabelo Roche | **Editor principal:** MSc. Serguei Iglesias Moré | Calle D entre Zapata y 29 | Municipio Plaza | La Habana | Cuba | Teléfono: (53) 78326559 | Horario de atención: lunes a viernes de 8.00 a.m. a 4.30 p.m.

INDICE

BIODANZA: PEDAGOGÍA INNOVADORA PARA LA GESTIÓN INTERPERSONAL DOCENTE Y APOYO A LA MEDIACIÓN ESCOLAR. EXPERIENCIA EN ZONA RURAL DE COLOMBIA	PÁGINA 1
RESULTADOS DE ESTUDIOS DE ANALÍTICA E IMAGENOLÓGICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL	PÁGINA 14
PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL VIH Y CONDUCTAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO MANATÍ	PÁGINA 22
CARDIOTOXICIDAD POR COCAÍNA	PÁGINA 34
LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA VULNERABLE PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL	PÁGINA 42
VISIÓN ESTUDIANTIL: EL TABAQUISMO, UNA ADICCIÓN EN LA SOCIEDAD	PÁGINA 51

Tatiana Milena Muñoz Rondón¹, Giovanni Bohórquez-Pereira², Alejandra Rubio Echeverry³, Nydia Tailana Prieto Sánchez⁴

RESUMEN

Introducción: El artículo pretende mostrar los resultados de la metodología de Biodanza SRT (Sistema Rolando Toro) aplicada en una escuela rural de Santander (Colombia) como parte de la prueba piloto del modelo "Ruta Ser, Decir, Hacer".

Objetivo: Fortalecer la convivencia escolar y la gestión interpersonal de la comunidad educativa.

Métodos: Estudio de orden cualitativo, con un enfoque fenomenológico-interpretativo desarrollado a través del análisis de entrevistas semiestructuradas a veinticinco docentes de octavo grado, quienes acudieron de manera voluntaria a intervenciones con Biodanza SRT.

Resultados: Los participantes resaltaron la importancia de la estrategia al considerarla destacado aporte para reconocer y expresar emociones y opción de mediación escolar al coadyuvar a relaciones más empáticas entre los docentes y docente-estudiante.

Conclusiones: Los resultados permiten comprender otras formas de relacionarse basadas en el reconocimiento de sí, el respeto hacia el otro y la valoración de la diversidad. Destacar la Biodanza SRT como pedagogía que permite abrir espacios de autoconocimiento emocional, esencial en la promoción de la salud de docentes.

Palabras Clave: Biodanza, Afectividad, Profesores, Pedagogía, Rural

ABSTRACT

Introduction: The article aims to show the results of the SRT Biodanza methodology (Rolando Toro System) applied in a rural school in Santander (Colombia) as part of the pilot test of the "Ruta Ser, Decir, Hacer" model.

Objective: This article aims to strengthen school coexistence and interpersonal management of the educational community.

Methods: The study, from the methodological point of view, is qualitative, with a phenomenological-interpretative approach developed through the analysis of semi-structured interviews with twenty-five eighth grade teachers, who voluntarily attended interventions with Biodanza SRT.

Results: The participants highlighted the importance of the strategy, considering it an outstanding contribution to recognizing and expressing emotions and an option for school mediation by contributing to more empathetic relationships between teachers and teacher-students.

Conclusions: The results allow understanding other ways of relating based on self-recognition, respect for others and valuing diversity. Highlight Biodanza SRT as a pedagogy that allows opening spaces for emotional self-knowledge, essential in the promotion of teachers' health.

Key words: Biodanza, affective communication, teachers, pedagogy, rural.

INTRODUCCIÓN

Tanto en las universidades como en los colegios se ha encontrado que un alto nivel de inteligencia emocional contribuye significativamente en el rendimiento académico, bienestar psicológico y empatía con sus pares y familiares. Lo cual conlleva a que exista la necesidad de formar en todos los agentes educativos, especialmente en los docentes, quienes tienen una fuerte labor emocional y deben ser sensibles a las necesidades de las relaciones que establecen con los estudiantes. 1

La estabilidad emocional, el reconocimiento de las propias emociones y el manejo de relaciones

interpersonales son habilidades que predicen la efectividad del quehacer docente. Existen estudios que pretenden establecer metodologías y/o modelos que contribuyan al desarrollo de factores de inteligencia emocional (IE en lo adelante) en docentes. Uno de ellos es el estudio de Hodzic et al, quienes identificaron que a través del análisis de 28 programas de entrenamiento en IE con docentes, el desempeño en las competencias emocionales era significativamente mejor después del programa de intervención. La investigación también reveló que el impacto de dichos cambios fue extensivo a otros contextos, y que estos lograron mantenerse tras seis meses. 2, 3

Otro estudio significativo es aquel que se realizó con 25 estudiantes, próximos a terminar el programa académico, a través de entrevistas semiestructuradas en una Universidad de Puebla (México), donde se encontró que son pocos los docentes que expresan sus estados emocionales y perciben de forma acertada los estados de ánimo del estudiante, así como poco interés para promover su expresión emocional. Se reportan pocas prácticas académicas que favorecen la comprensión emocional. Por lo cual, nace la necesidad de capacitar a los docentes a través de programas con una sólida base teórica y metodológica que ayuden a un desarrollo profundo de la IE en las aulas, así como ejercicios de reflexión personal acerca de las habilidades emocionales con las que cuenta cada uno. 1

Por lo tanto, hay pocos programas y modelos que fomenten la IE y eviten la aparición del burnout, el cual es un fenómeno que se presenta cada vez con más frecuencia entre profesores, ya que éstos asumen cargas laborales y sociales más altas. De hecho, hay investigaciones que demuestran que las personas dedicadas a la educación presentan un mayor riesgo de burnout que quienes trabajan en medicina, ingeniería o fuerza pública. Esto se atribuye, de acuerdo a estas indagaciones, al complejo contexto escolar, el cual está rodeado de factores estresores, no sólo de índole académico, sino también social y emocional. 4-7

En países como Cuba, Chile, México y Perú, se viven situaciones similares a las descritas

anteriormente, países donde se han implementado estrategias para disminuir la violencia escolar y el nivel de conflictividad entre profesores y profesoras. 8-12

En lo relacionado a Colombia estas situaciones son más evidente, ya que existen altos índices de maltrato en la comunidad educativa, las confrontaciones entre estudiantes, así como entre docentes y directivos docentes. Situaciones que hacen que estos últimos experimenten sentimientos de desolación y angustia, temor y desesperanza, llevando a que perciba la institución como un lugar hostil, lleno de conflictos y sin la suficiente capacidad para afrontar y atender su función de orientador. 13-15

Frente a lo anterior, se han construido programas y proyectos basados en el modelo de competencias ciudadanas, con el fin de construir espacios democráticos y participativos que prioricen la formación de los docentes e incluyan espacios para la gestión interpersonal de los mismos, han sido las propuestas de mayor tendencia en las comunidades escolares de Colombia. 16, 17

En busca de otras opciones, un equipo de trabajo interdisciplinario, desde la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), sede Bucaramanga, ha venido planteando y aplicando alternativas metodológicas en sentido. Una de ellas, es la Ruta de acompañamiento Ser, Decir y Hacer (RSDH en lo adelante) que, por su concepción y sustentación, es considerada un aporte al Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, establecido en Colombia a través de la Ley de la República 1620 de 2013. 18, 19

El siguiente ensayo presenta los soportes de la RSDH y cómo ésta ha ido incorporando componentes metodológicos de carácter innovador, una de ellas la Biodanza del Sistema Rolando Toro (SRT en lo adelante) obteniendo resultados satisfactorios luego de un primer proceso con un grupo de docentes que laboran en

una institución educativa del sector rural de Santander, Colombia.

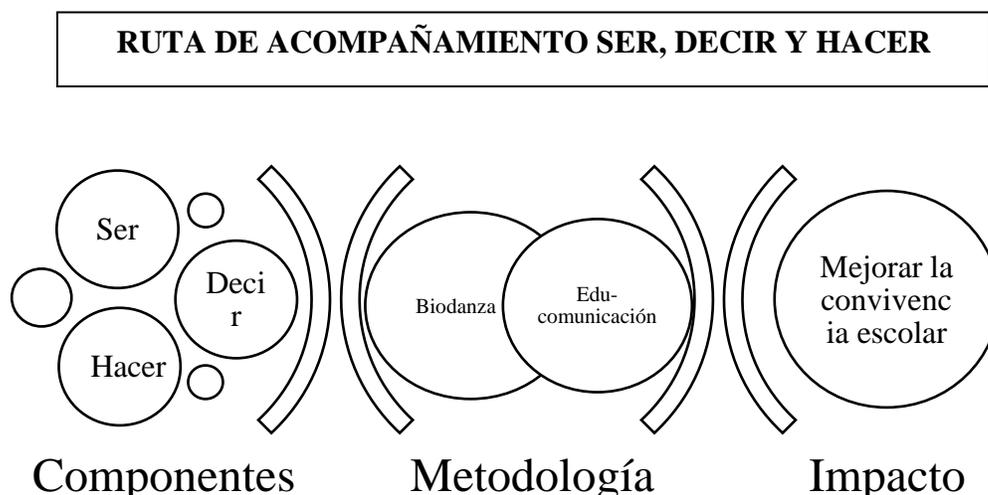
El Ser, el Decir y el Hacer

El modelo “RSDH”, es una metodología de carácter cualitativo que plantea como propósito primordial el contribuir a mejorar el clima escolar de la comunidad académica en la que se involucran estudiantes, docentes, directivos, padres de familia, teniendo como principios rectores: el reconocimiento y el respeto de la diversidad y la identidad de cada actor educativo,

fomentando el empoderamiento de los mismos para con ello, motivarlos a transformar la realidad opresiva en la cual se desarrolla su cotidianidad. 18

El primer componente del modelo es Ser, el cual se define como el conjunto de acciones pedagógicas que buscan el reconocimiento y el respeto de la propia identidad, con la intención de abrir espacios dialógicos y vivenciales que permitan expresar y reconocer las emociones para fomentar su agenciamiento, representados en la siguiente figura. (Ver figura 1). 14, 18, 20.

Figura 1: Modelo Ruta Ser-Decir-Hacer.



Fuente. Elaboración propia

El segundo componente es el **Decir**, el cual representa los espacios dialógicos que se gestan para poder manifestar lo que siente y se piensa, desde un contexto respetuoso y cuidadoso. Por último, se encuentra el **Hacer**, el cual se refiere a la posibilidad de llevar a cabo un conjunto de acciones, programas y proyectos concretos que propendan por una convivencia escolar más respetuosa e incluyente. Para llevar a cabo el **Hacer**, es importante que todos los actores de la comunidad educativa, esto es, estudiantes, docentes, padres y madres de familia y administrativos, se involucren de manera activa en dicho proceso. 18

Un aspecto que distingue la propuesta metodológica es el asumir una de las directrices de la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar creada por el Ministerio de Educación de Colombia (Mineducación), como parte de lo establecido en la Ley 1620 de 2013, en lo correspondiente a atención, prevención, y seguimiento a casos de agresión y acoso escolar, utilizando para ello protocolos específicos regularizados por los Comités de Convivencia Escolar de cada institución educativa. 19, 21

Para Bolaños & Roa la directriz estatal se queda corta, toda vez concentra su atención en lo disciplinario para lo relacionado a agresión y

acoso escolar, y sólo el acompañamiento, prevención y seguimiento para el aspecto de integridad física entre pares. Este abordaje relega a segundo plano la reflexión pedagógica sobre estrategias eficaces que promuevan una resolución pacífica de conflictos en las instituciones educativas en el país.^{22, 23}

Se agrega, que, en ese contexto, los demás integrantes de la comunidad académica se ubican como supervisores o jueces, desconociendo que también son afectados de manera directa los docentes, frente a las situaciones que alteran la armonía en el aula y demás espacios de la institución.

En el contexto rural colombiano, esta realidad se ve agravada por la precariedad y marginalidad de los escenarios escolares en los cuales los docentes cumplen su labor. Allí, muchas de las voces de los maestros se han construido por subjetividades de miedo y desconfianza debido a la presencia directa de los actores del conflicto armado.²⁴

En palabras de Blanco et al, la ruralidad en Colombia además de inequidad y pobreza, fue el caldo de cultivo para la violencia bélica que por más de 50 años azotó al país. Por su parte Arboleda añade que la educación en el sector rural difiere del urbano en cuanto a su metodología, calendario y acompañamiento docente y que tanto el Modelo “Escuela Nueva”, como los de orden tradicional se soportan en la formación, trabajo y compromiso del educador y de la relación con las familias de la comunidad educativa.²⁵⁻²⁷

Esto indica que un docente del sector rural asume a su larga lista de compromisos pedagógicos, los asuntos propios como individuo y las situaciones adversas que viven sus estudiantes y familias. Por ello, el malestar psicológico del personal docente se manifiesta de diversas formas, entre ellas la disminución de la satisfacción personal, la despersonalización de su identidad y la despreocupación progresiva hacia la calidad educativa, con el consecuente detrimento en la motivación laboral y el compromiso con la institución.¹⁴

Salidas o propuestas para asumir de una mejor manera alteraciones emocionales como las descritas, van desde sesiones personalizadas con profesionales de la psicología clínica, hasta la medicación, siendo innegable que la vivencia de la propia identidad tiene su expresión inmediata en el cuerpo.²⁸

Biodanza: un Sistema de Integración Afectiva

Una de las pedagogías encaminadas a la integración afectiva, a través del cual se fomenta el fortalecimiento de la vinculación del individuo en tres niveles: consigo mismo, con los otros, y con el entorno, mediante vivencias inducidas por la danza, el canto, el movimiento y el encuentro en grupo, contribuyendo a mejorar la salud, la empatía y la comunicación respetuosa entre pares es la Biodanza SRT demostrando ser una de las prácticas más eficaces para alcanzar el bienestar integral del individuo.²⁹⁻³²

También fomenta la elevación de la energía vital, potencia la autoestima y ayuda a restablecer el equilibrio biológico, fortaleciendo también el sistema inmunológico y disminuyendo los niveles de estrés.³³

Según Castañeda, esta metodología abre espacios terapéuticos en quienes la practican con regularidad, ya que las personas adquieren progresivamente una mayor conciencia de sí mismas y de sus necesidades vitales, permitiéndoles tomar las riendas de su propio bienestar y gestionar sus propios procesos de salud. Quienes la practican experimentan grandes transformaciones en sus estilos de vida, ya que logran identificar sus propias necesidades, al tiempo que desarrollan las potencialidades que les permiten satisfacerlas de manera asertiva. De esta forma, se genera una relación fuerte entre vida y salud, ya que se exalta el ímpetu vital a través de la escucha del propio cuerpo.²⁹

En el contexto escolar, la Biodanza SRT registra especiales resultados en ambientes que promueven la inclusión. Se ha empleado para estimular la expresión diversa de las potencialidades de niños y niñas a partir del

movimiento y la promoción del encuentro auténtico con sus pares.^{34,35}

La expresión de sentimientos y emociones, así como el estímulo a manifestarlas a través del movimiento auténtico, ha permitido que los niños y niñas que practican Biodanza SRT establezcan mejores relaciones interpersonales. Esto se evidenció tanto en niños y niñas que cursaban grupos de diversidad funcional como en aquellos que no, ya que dicha práctica permite la valoración de la diversidad y fomenta la honestidad en la comunicación.³⁴⁻³⁸

Desde el plano de los docentes, se resalta el trabajo que Abad et al, realizaron con 35 mujeres de mediana edad, y cuyo hallazgo principal fue la mejoría de la comprensión emocional en aquellas que practicaron Biodanza SRT, con lo cual se fortaleció en ellas no sólo la comunicación asertiva y afectiva, sino también su salud mental y física.³⁹

Afirmar que en la medida que se fortalece la identidad y la integración afectiva del **Ser** docente, se afianza también su autonomía, favoreciendo, de este modo, la generación de espacios democráticos y participativos al interior de la escuela, lleva a pensar que la Biodanza SRT puede aportar al docente a lograr esa tarea e incluso utilizarla como mediadora o facilitadora en el análisis y prevención de conflictos al interior del aula, dado que es principio de dicha mediación asistir a las partes y que ellas mismas planteen soluciones.^{40,41}

MÉTODOS

La metodología aplicada fue de corte cualitativo, el cual es un proceso que se alimenta de la confrontación y diálogo entre el investigador, los actores de la investigación y las realidades intersubjetivas. El enfoque fenomenológico hermenéutico-interpretativo fue el escogido para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, ya que se buscó interpretar las vivencias de 25 profesores. Acudiendo a este proceso se consideró alcanzar una comprensión del sujeto en su historicidad y lingüisticidad.⁴²

Debido a su carácter de prueba piloto, el proceso acude a características de Estudio de Caso, en particular en lo relacionado a la interpretación de la información, a fin de comprender cómo los actores perciben la realidad.⁴³

Se organizaron y desarrollaron actividades independientes tales como charlas informativas sobre Ley 1620 y la convivencia escolar, talleres sobre manejo de emociones y afectividad en lo personal y laboral, sesiones de Biodanza SRT centradas en **Ser Afectivo y Ser Trascendente** y entrevistas, fueron técnicas y herramientas utilizadas durante el semestre de trabajo en el año 2019.¹⁹

Participantes

El caso estudiado involucró como participantes a veinticinco docentes del colegio Miguel Sánchez Hinestroza, de la zona rural del municipio de Girón, en Santander, Colombia, quienes están a cargo de estudiantes de primaria básica, educación media y superior en dos sedes. Dieciocho de los participantes fueron mujeres y siete hombres. Trece de ellos tiene estudios de posgrado y ninguno manifestó tener conocimientos sobre la Biodanza SRT.

RESULTADOS

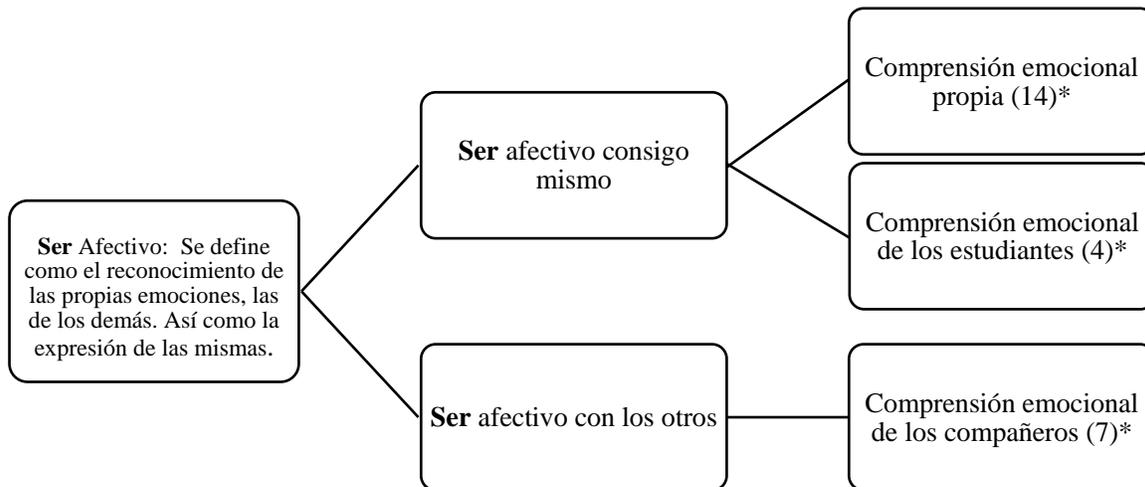
En cuanto a los análisis de los relatos elaborados a partir de las entrevistas, se evidenció que los docentes le otorgan una gran importancia a la práctica de Biodanza SRT en términos del aporte realizado al fortalecimiento de la expresión y comprensión emocional, las cuales constituyen elementos fundamentales para el enriquecimiento de habilidades sociales y emocionales, esenciales en el quehacer docente (Ver Figura 2).

De hecho, se encontró que a partir de la relación entre música-movimiento y vivencia se redimensiona la expresión y comprensión emocional, lo que permite mejorar la comunicación afectiva con los demás. Por lo cual en primera instancia se va a mostrar cómo la Biodanza contribuye al desarrollo del ser afectivo de los docentes.

Una de las bondades identificadas por los docentes es que la práctica de Biodanza SRT les permitió “la libertad, es la liberación de energía”.

negativa para que quede en nosotros esa sensación de paz y tranquilidad interior

Figura 2: Categorías agrupadas



*Número de citas que dan cuenta de esos significados

Fuente. Elaboración propia

Algunos docentes percibieron en la metodología una propuesta innovadora que los “involucra con las emociones y sobre todo al ser de su forma más sensible que es el trato con el otro” (profesor 16, 10 de noviembre de 2019).

Otro de los beneficios que percibieron fue que les permitió “conocernos mejor, a valorarnos como persona, a ser coherentes al actuar y hablar; nos enseña a dar lo mejor de sí hacia nuestras comunidades, a mejorar la convivencia y bajar el tono a la agresividad. En las personas se refleja en el rostro, el cambio de la mueca de la cara, pasa a ser más sereno y a sentir más empatía y respeto por el otro” (profesor 06, 10 de noviembre de 2019).

Estas apreciaciones revelan cómo la práctica de Biodanza SRT favorece el autoconocimiento y el respeto profundo hacia sí mismos y hacia otros.

En ese mismo contexto, la práctica de Biodanza SRT se reconoce como “una oportunidad para perder miedos, tener confianza y disfrutar de lo que hacemos, se disminuye la agresividad y aumenta la tolerancia, el pedir disculpas, reconocer cuándo se está actuando mal y que podemos hacer daño a otros” (profesor 10, 10 de noviembre de 2019).

También, surgieron reflexiones acerca de nuevas herramientas pedagógicas que les permiten descubrir formas diferentes de relacionarse entre ellos y con sus estudiantes. Los docentes lo expresan de la siguiente manera: Biodanza es una “propuesta que nos encamina a la búsqueda de alternativas no violentas de la interacción humana (...) una experiencia única, extraña, pero diferente, que expone las necesidades afectivas y de expresión emocional y física de nuestra comunidad” (profesor 13, 10 de noviembre de 2019).

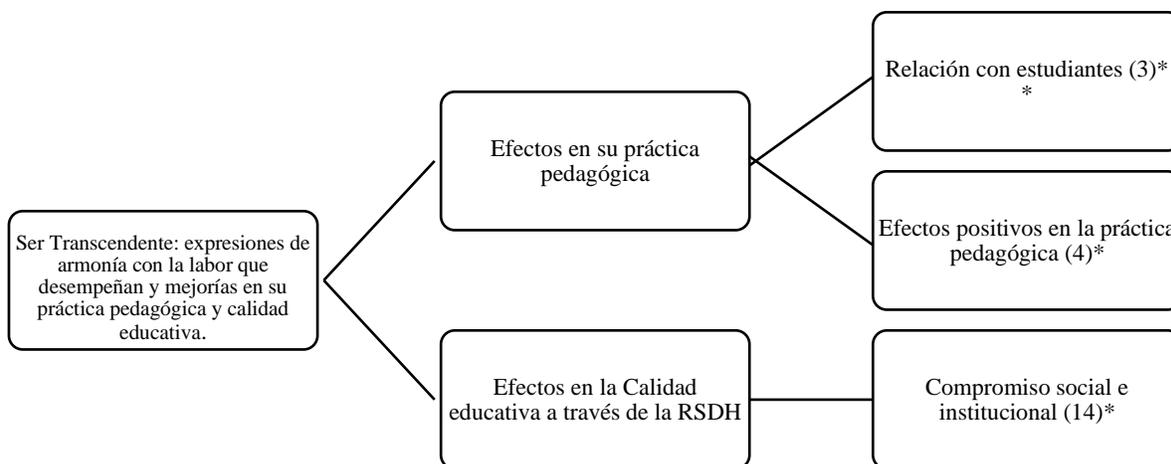
2019). Una experiencia relatada por el profesor de educación física.

Según el cuerpo docente, la Biodanza SRT también permite tener una actitud más sensible a las necesidades emocionales de sus estudiantes, por ejemplo: “Mis niños y niñas IMSH (Instituto Miguel Sánchez Hinestroza) son seres humanos que necesitan ser más felices en el aula” (profesor

01, 10 de noviembre de 2019) o “Ayudar porque existen muchos que llegan al aula buscando más amor que conocimiento” (profesor 01, 10 de noviembre de 2019).

También identificaron las bondades del RSDH y la Biodanza en su quehacer pedagógico, teniendo en cuenta la figura 3.

Figura 3: Categorías agrupadas



*Número de citas que dan cuenta de esos significados

De los veinticinco, dieciséis docentes valoraron que “La RSDH es muy bien recibida por los estudiantes y docentes y vemos cómo los niños van entendiendo que pueden y deben comportarse de una manera menos violenta y agresiva” (profesor 07, 10 de noviembre de 2019).

Otro de los beneficios que resaltaron fue que, para mejorar la práctica pedagógica, debían primero conocer sus potencialidades como ser humano: “Pienso que nos ha aportado en el descubrimiento del ser humano antes que el profesional, el trabajador, el hombre, la mujer”, “un gran avance significativo para una comunidad en su búsqueda de su aceptación de sí mismo” (profesor 17, 10 de noviembre de 2019).

En los relatos, quince de los veinticinco docentes identificaron que la Biodanza SRT sería una “buena estrategia de intervención y pensaría que puede ayudar con otras expresiones lúdicas para complementar el plan de intervención” (profesor 20, 10 de noviembre de 2019).

Además, reconocieron que la RSDH permite no sólo la expresión de habilidades socioemocionales, sino “indudablemente un proyecto muy especial, centrado en el ser humano. Creo que ustedes están apuntando a donde ningún otro proyecto lo había hecho, jamás se habían generado espacios para que los docentes y estudiantes se centraran en sí mismos y en la valoración del semejante, por primera vez un proyecto que no busca resultados académicos ni mostrar puntajes en pruebas de conocimientos” (profesor 22, 10 de noviembre de 2019).

En este mismo sentido, los docentes mencionaron que lo más significativo es que, gracias a las sesiones de Biodanza SRT, pudieron apropiarse de la RSDH, mediante la expresión de emociones y sentimientos a través del gesto y el movimiento corporal: “Es interesante y significativa la propuesta **Ser, Decir y Hacer** porque se toca lo más importante en las personas que es su ser,

también la forma de comunicar sus sentimientos, pensamientos y emociones para verlos reflejados en su accionar diario” (profesor 06, 10 de noviembre de 2019).

Adicionalmente, consideran que “la ruta **Ser** es muy buena porque involucra a la comunidad educativa, no sólo en la parte de conocimiento, sino en los sentimientos, en el empoderamiento y en el sentido de pertenencia” (profesor 24, 10 de noviembre de 2019).

A partir de lo anterior, como se evidencia en la Figura 3, se deduce que la práctica de Biodanza SRT tuvo efectos en la percepción y expresión emocional, en el autoconocimiento y en las relaciones interpersonales, el sentido de pertenencia y el compromiso social de los docentes.

DISCUSIÓN

Para los docentes la práctica de Biodanza SRT permitió la apropiación del **Ser Afectivo**, a través de la expresión y comprensión de las propias emociones, ya que se creó un contexto afectivo que facilita el movimiento auténtico, sin juicios o formas determinadas, logrando mayor libertad de expresión.

Según Rolando Toro, creador de Biodanza SRT, es a través de la afectividad que nos identificamos con otras personas y logramos comprenderlas, amarlas, protegerlas. La afectividad es entendida como un “estado de afinidad profunda hacia los otros seres humanos, capaz de originar sentimientos de amor, amistad, altruismo, maternidad, paternidad, solidaridad”. Desde esta perspectiva, la afectividad no es solamente la expresión de un sentimiento individual o una forma sutil de comunicación, sino también la manifestación de mensajes relacionales preexistentes en cada uno de nosotros que predisponen los vínculos afectivos entre los seres humanos.^{44, 33}

Toro afirma, que estos mensajes residen en nuestro potencial genético y logran expresarse mediante determinadas condiciones ofrecidas por el medio ambiente externo o desde el interior del organismo de cada individuo. “En el proceso de

expresión genética algunas potencialidades permanecen en silencio, porque no encuentran los ecofactores específicos necesarios para que se manifiesten”.³³

En esta medida, la práctica de Biodanza SRT en el contexto escolar se convierte en un ambiente enriquecido que propicia la expresión de nuevos potenciales, el reconocimiento de sí, de los otros y del entorno o de la comunidad.

Las acciones pedagógicas adelantadas en el contexto de la RSDH aportaron al reconocimiento y respeto de la propia identidad, expresada mediante emociones y sentimientos que se manifiestan a través del movimiento corporal. A partir de lo anterior, se constata que la expresión de la propia identidad y la conciencia de sí mismo se experimentan en el cuerpo, y es ahí donde surge la integralidad del **Ser**. La identidad expresada en el vínculo con nosotros mismos y nuestro cuerpo es el núcleo fundamental para la vinculación con otros y con el entorno.^{14, 18, 20, 28-31}

De hecho, algunos docentes manifestaron que la práctica de Biodanza SRT amplió la percepción del otro y la sensibilidad social hacia el estudiante, el compañero y el entorno en general, lo cual puede ser el primer paso para la apertura de espacios democráticos y participativos al interior de la escuela.⁴⁰

Este fue un hallazgo significativo, en cuanto evidencia cómo el bienestar escolar depende en gran medida de la conciencia que tienen los docentes de su propio universo emocional.⁴⁵⁻⁴⁷

Los docentes reconocen que el proceso de enseñanza-aprendizaje requiere una toma de conciencia de la importancia de gestionar las propias emociones, lo cual favorece a toda la comunidad. En estos significados se trasciende la relación tradicional de educación y convivencia escolar, al vincularlo con el concepto contemporáneo de bienestar emocional. Investigaciones latinoamericanas coinciden en apostarle al desarrollo socio-emocional como el mejor camino para mejorar la convivencia escolar.⁸⁻¹²

Los resultados arrojaron que la práctica de Biodanza SRT mejoró no sólo la relación entre colegas, sino también la relación docente-estudiante.

Por lo tanto, la Biodanza SRT como eje articulador de la Ruta **Ser, Decir, Hacer**, RSDH, promueve la convivencia, el reconocimiento y el respeto de la identidad del docente, lo que permite que los miembros de la comunidad educativa se empoderen para transformar su realidad. La Biodanza SRT se convierte, entonces, en una herramienta para la resiliencia, cada vez que la capacidad de agenciamiento permite dar vuelta a las adversidades del contexto, las cuales, desde esta perspectiva, son consideradas como oportunidades de cambio. Así, a pesar de que, en el contexto de los colegios rurales en Colombia sigue existiendo un discurso de marginalidad y precariedad, para las maestras y maestros, dicho contexto puede ser la esperanza y un eje articulador de transformación.^{18, 24}

En este sentido, el trabajo realizado hasta el momento, constituye un aporte a los lineamientos gubernamentales, especialmente a la ley 1620 y la guía de convivencia escolar, ya que evidenció un aumento en la satisfacción personal de los docentes y una preocupación progresiva en la calidad educativa.¹⁴.

CONCLUSIONES

Se logró hacer un análisis de los significados que le otorgaron un grupo de docentes en un colegio rural de Santander (Colombia) a la apropiación del **Ser**, como primer componente de la Ruta **Ser, Decir y Hacer** (RSDH), convirtiéndose en una experiencia significativa que favoreció no sólo la expresión de la identidad y la comunicación afectiva sino también la generación de espacios reflexivos en torno a la calidad educativa.

La Biodanza SRT como herramienta pedagógica permitió que las personas se conectaran con su **Ser Afectivo**, encontrándose consigo mismas, con los demás y con el entorno de una manera más sensible y cuidadosa. De esta manera, los resultados permiten comprender otras formas de relacionarse basadas en el reconocimiento de sí, el

respeto hacia el otro y la valoración de la diversidad.

Dentro de los relatos en las entrevistas semiestructuradas, se observa que, a pesar de las dificultades que manifiestan tener para la expresión emocional, se reconoce que la práctica de Biodanza SRT les aportó mayor sensibilidad; amplió su capacidad de escucha y el reconocimiento de sí, de otros y de la comunidad.

Los resultados de esta primera fase, contribuyen a la reflexión académica y pedagógica, enmarcada en la Ley 1620 de convivencia escolar, pues permiten generar espacios dialógicos y democráticos. En esta medida, esta prueba piloto del primer componente de la RSDH se convirtió en una estrategia pedagógica que favorece los espacios basados en el respeto.

Por lo tanto, es importante destacar la Biodanza SRT como una pedagogía que permite abrir espacios diferentes de autoconocimiento emocional, esencial en la promoción de la salud de los docentes de zona rural. Los resultados motivan a seguir la reflexión sobre la gestión interpersonal docente, especialmente en contextos rurales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luzuriaga RF. Inteligencia Emocional en las aulas universitarias: prácticas docentes que promueven su desarrollo. Zona próxima: Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación. 2022;(36):49-75.
2. Torres E. Habilidades intrapersonales y su relación con el burnout en docentes de educación básica en León, México. Revista de estudios y experiencias en educación [Internet] 2022 [consultado 2019 Agos 17];19(39):163-179. DOI <http://doi.org/10.21703/rexe.20201939torres9>
3. Hodzic S, Scharfen J, Ripoll P, Holling H, Zenasni F. How efficient are emotional intelligence trainings: A meta-analysis. Emotion Review [Internet] 2018 [consultado 2022 Agos 02];10(2):138-148.

- DOI
<https://doi.org/10.1177/1754073917708613>
4. Zysberg L, Orenshtein C, Gimmon E, Robinson R. Emotional intelligence, personality, stress, and burnout among educators. *International Journal of Stress Management* [Internet] 2017 [consultado 2022 Agos 20];24:122-136. DOI <https://doi.org/10.1037/STR0000028>
 5. Mérida S, Extremera N. Estado de la cuestión sobre inteligencia emocional y burnout en el profesorado por países, año de publicación, ciclos educativos e instrumentos de evaluación. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*. 2017;21(3):371-389.
 6. Solera E, Gutiérrez S, Palacios D. Evaluación psicológica del síndrome de burnout en profesores de educación primaria en la Comunidad de Madrid: comparación entre centros públicos y concertado. *Universitas Psychologica* [Internet] 2017 [consultado 2022 Agos 6];16(3):246-254. DOI <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-3.epsb>
 7. Torres E. Habilidades intrapersonales y su relación con el burnout en docentes de educación básica en León, México. *Revista de estudios y experiencias en educación* [Internet] 2020 [consultado 2022 Agos 15];19(39):163-179.
 8. González ET, Vacas EMC, González MDCT, Lorenzo CM. El papel de las emociones en el aula: Un estudio con profesorado canario de Educación Infantil. Fichero original. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado* [Internet] 2020 [consultado 2022 Jul 17];24(1):226-244. DOI <https://doi.org/10.30827/profesorado.v24i1.8675>
 9. Curiel L. La educación socioafectiva en algunos programas de formación docente para profesores universitarios. *Atenas*. 2020;3(51):19-32.
 10. Bächler R, Meza S, Mendoza L, Poblete OG. Evaluación de la Formación Emocional Inicial Docente en Chile. *Revista de estudios y experiencias en educación* [Internet] 2020 [consultado 2022 Agos 21];19(39):75-106. DOI <http://dx.doi.org/10.21703/rexe.20201939bachler5>
 11. Sampén MN, Aguilar MC, Tójar JC. Educando la competencia social en Perú. Programa de prevención del maltrato escolar. *Revista electrónica de investigación educativa*. 2017;19(1):46-57.
 12. Chávez MC. Enfoques analíticos y programas educativos para gestionar la convivencia escolar en México. *Revista Posgrado y Sociedad*. 2018;16(2):1-18.
 13. Castañeda G. Maltrato escolar, práctica pedagógica y lenguaje. *Enunciación* [Internet] 2018. [consultado 2022 Agos 21];23(2):162-179. DOI <https://doi.org/10.14483/22486798.13187>
 14. Porras NR. Análisis de la relación entre la salud mental y el malestar humano en el trabajo. *Equidad y Desarrollo* [Internet] 2017 [consultado 2022 Agos 15];(29):161-178. DOI <https://doi.org/10.19052/ed.4173>
 15. Ospina DA, Mosquera JM. Rastros de violencia institucional: retos para el gerente educativo como constructor de paz en la escuela. *Revista Colombiana de Educación* [Internet] 2020 [consultado 2022 Agos 15];1(79):203-222. DOI <https://doi.org/10.17227/rce.num79-7504>

16. Chaux E, Lleras J, Velásquez A. Competencias Ciudadanas: De los estándares al aula. Una propuesta integral para todas las áreas académicas. Bogotá: Ediciones Uniandes. 2004.
17. Muñoz TM, Osorio G, Quintero JG, Torres N, Pinzón LD. Construyendo un camino juntos. Una guía práctica para trabajar competencias ciudadanas con padres. Medellín: Editorial Pontificia Bolivariana. 2019.
18. Bohórquez G, Muñoz TM, Quintero G. Ruta de acompañamiento: ser, decir y hacer un aporte de la edu-comunicación para la convivencia escolar. En Carrozo JC, Chaguara J, editor. Bullying, Convivencia y algo más. Lima: Universidad Santo Domingo de Guzmán, S.A. 2019.
19. Congreso de la República de Colombia. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Ley 1620. [Internet]. 2013. [citado el 14 de julio del 2022]. Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1620_2013.htm#:~:text=Derecho%20del%20Bienestar%20Familiar%20%5BLEY_1620_2013%5D&text=Por%20la%20cual%20se%20crea,Mitigaci%C3%B3n%20de%20la%20Violencia%20Escolar
20. Noonan HW. Personal Identity. New York: Routledge. 2019.
21. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Guías pedagógicas para la Convivencia Escolar. Guía No. 49 [Internet] 2014 [Consultado 2022 Jul 01]. Disponible en:
<http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Guia%20No.%2049.pdf>
22. Bolaños L, Roa M. Tesis de Fin de Master. Análisis de la convivencia escolar en dos instituciones educativas de la ciudad de Bogotá, desde la política pública contenida en la ley 1620 de 2013. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana. 2015.
23. Muñoz TM, Osorio L, Quintero G. Pertinencia del observador del alumno en la intervención de la violencia escolar. En: Carrozo J, editor. Convivencia democrática en la escuela. Una agenda Pendiente. Lima: UCH Fondo Editorial. 2018.
24. Vanegas JH, Echavarría C, González LL, Bernal JS. Rumor del mal, escenarios de paz: narraciones de maestros rurales. Educación y educadores [Internet] 2020 [consultado 2022 Julio 17];23(1):9-28. DOI
<https://doi.org/10.5294/edu.2020.23.1.1>
25. Blanco SY, Contreras AM, Contreras HT, Fajardo E, Céspedes NE. La mediación escolar rural y su potencial en el fomento de la mediación policial. Revista Boletín Redipe [Internet] 2020 [consultado 2022 Julio 1];9(10):94-113. DOI
<https://doi.org/10.36260/rbr.v9i10.1090>
26. Arboleda ME. Tesis de Fin de Master. Estudiantes Mediadores del Conflicto Escolar: Un Caso de Escuela Nueva. Maestría en Estudios en Infancias. Medellín: Universidad de Antioquia. 2018.
27. Ministerio de Educación Nacional. Escuela Nueva. Bogotá: Mineducación. 2010.
28. Tsakiris M. The multisensory basis of the self: from body to identity to others. The Quarterly Journal of Experimental Psychology [Internet] 2017 [consultado 2022 Julio 17];70(4):597-609. DOI

- <https://doi.org/10.1080/17470218.2016.1181768>
29. Castañeda GM. La biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud. *Revista Educación física y deporte*. 2009;(28)2:81-90.
 30. López MM, Fernández M, Mataran GA, Rodríguez ME, Granados G, Aguilar E. Efectividad de la biodanza acuática sobre la calidad del sueño, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con fibromialgia. *Medicina clínica* [Internet] 2013[consultado 2022 Agosto 10];141(11):471-478. DOI <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.036>
 31. Illesca ME, González MI, Soto SH, Guala VD, González LA, Cabeza ME. Biodanza en adultos mayores con enfermedades crónicas para la promoción de la salud. *Archivos de Medicina* [Internet] 2019 [consultado 2022 Agosto 23];19(1):66-73. DOI <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2802.2019>
 32. Flórez J, Gallego H. El bienestar integral en una muestra de estudiantes universitarios de Bogotá participantes de las prácticas de biodanza, yoga y Reiki en relación con el efecto Kirlian GDV. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. 2011;2(1):1-30.
 33. Toro R. Biodanza. Providencia: Editorial Cuarto Propoi. 2007.
 34. León MP, González I. Efectos de la biodanza sobre la afectividad y espontaneidad en niños. *Revista Española de Educación Física y Deportes*. 2017;69(416):63-77.
 35. Rosa R, De Vita T. Corporeità, affettività, emozione e Cognizione nei processi di apprendimento. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva* [Internet] 2017 [consultado 2022 Agosto 20];1(3):23-31.
 36. Hernández JR, Fierro S, Fernández EJ, Sáenz P. Efectos de un programa de biodanza en relación a parámetros físicos y psicológicos en Educación Primaria. *Revista de Ciencias del Deporte*. 2018;14(1):55-64.
 37. Stueck M, Villegas A, Lahn F, Bauer K, Tofts P, Sack U. Biodanza for kindergarten children (TANZPRO-Biodanza): Reporting on changes of cortisol levels and emotion recognition. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* [Internet] 2016 [consultado 2022 Agosto 18];11(1):75-89. <https://doi.org/10.1080/17432979.2015.1124923>
 38. Ghedin E. Passi verso la felicità: il valore della Biodanza per promuovere l'inclusione. *Italian Journal Of Special Education For Inclusion*. 2016;4(2):189-206.
 39. Abad MT, Castillo E, Orizia AC. Los efectos de un programa motor basado en la biodanza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*. 2014;14(1):13-22.
 40. Arancibia ML. Diagnóstico e intervención en escuelas desde la política de convivencia escolar y enfoque de derechos humanos. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 2014;14(3):1-18.
 41. Pulido R, Martín G, Lucas B. Orígenes de los programas de mediación escolar: diferentes enfoques que influyen en esta práctica restaurativa. *Anales De Psicología* [Internet] 2013 [consultado 2022 Jul 25];29(2):385-392. DOI

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.13260>

42. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*. 2012;12(2):199-205.
43. Sandoval CA. Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES, Asociación Colombiana de Universidades e instituciones Universitarias Privadas. 1996.
44. Romero A. Corporalidad en el Coaching. *Debtes IESA*. 2014;19(1):28-30.
45. Peñalva A, López J, Vega A, Satrústegui C. Clima escolar y percepciones del profesorado tras la implementación de un programa de convivencia escolar. *Revista Estudios Sobre Educación [Internet]* 2015

[consultado 2022 Jul 23];28:9-28. DOI <https://doi.org/10.15581/004.28.9-28>

46. Retuert G, Castro P. Teorías subjetivas de profesores acerca de su rol en la construcción de la convivencia escolar. *Polis [Internet]* 2017 [consultado 2022 Jul 01];16(46):321-345. <http://doi.org/10.4067/S0718-65682017000100321>
47. Peña P, Sánchez J, Ramírez J, Menjura M. La convivencia en la escuela. Entre el deber ser y la realidad. *Revista Latinoamericana De Estudios Educativos [Internet]* 2017 [consultado 2022 Julio 15];13(1):129-152. DOI <http://doi.org/10.17151/rlee.2017.13.1.7>.

SOBRE LOS AUTORES

1. Magíster en Investigación Psicosocial, Psicóloga con opción en Biología de la Universidad de los Andes. Docente Asociado de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, coordinadora del Semillero de Investigación Psicología Social y Educación. tatiana.munoz@upb.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-3107-7436>
2. Magíster en Ciencias Políticas, Candidato a PhD. en Ciencia Política de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Comunicador Social-Periodista. Docente Asociado de la UPB, Bucaramanga, Coordinador del Semillero de Investigación U'wa Werjayá de la Facultad de Comunicación Social y Periodismo de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga Investigador Asociado para Minciencias, Colombia. giovanni.bohorquez@upb.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-7752-2008>
3. Artista plástica, Facilitadora y didacta de Biodanza, Educadora Biocéntrica. Coordina el proyecto de Semilleros de Cuidado para la mujer Campesina en Lebrija. Escuela Colombiana de Biodanza, Bogotá. alitarubioe@yahoo.es, <https://orcid.org/0000-0002-0957-0195>
4. Psicóloga. Facilitadora de Biodanza. Psicóloga de la Asociación Municipal de Mujeres Campesinas de Lebrija (Ammucale). Escuela Municipal de Artes. tailanaimpulsodexida@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0844-4709>

RESULTADOS DE ESTUDIOS DE ANALÍTICA E IMAGENOLÓGICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Bertha Sanabria Blanco¹, Marohibys Pérez Amador², Leanne García Rosales³, Yamilet García González⁴, Yudisleidy Esmori Mena⁵, Yunior González Freyre⁶

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol aumenta cada año tanto en Cuba como en el resto del mundo. Es una droga lícita que lleva a la adicción y es un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades no transmisibles en especial las patologías hepáticas.

Objetivo: Evaluar los estudios de laboratorio clínico e imagenológicos realizados a pacientes dependientes alcohólicos atendidos en consulta de adicciones del Centro Nacional de Toxicología en el periodo 2015 al 2019.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un universo constituido por 215 pacientes dependientes alcohólicos cumpliendo con los criterios de inclusión un total de 168, que constituyeron la muestra. Para la obtención de la información se utilizó la historia clínica de los pacientes dependientes alcohólicos. El procesamiento estadístico de la información se realizó utilizando la aplicación SPSS versión 20.

Resultados: El domicilio resultó ser el lugar más usado por los pacientes con un 52,98% con 82 pacientes del sexo masculino representando el 48,81% y 7 pacientes del sexo femenino representado el 4,17%, el área pública representó el 23,81% de los pacientes, seguido de un 14,29% de pacientes que consumen bebidas alcohólicas en la comunidad. El 21,43% de los pacientes presentaron alteraciones en el Ecodoppler Hepático.

Conclusiones: El domicilio fue el lugar más usado y el consumo de aguardiente y cerveza fue casi exclusivo. El complementario de mayores alteraciones fue la Ganmaglutamil transpeptidasa. y la mayoría de los pacientes no presentaron alteraciones en el Ecodoppler Hepático. La

alteración más frecuente fue la velocidad media de la vena porta.

Palabras clave: dependiente alcohólico; analítica; Ecodoppler hepático; velocidad media; vena porta.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption is increasing every year both in Cuba and in the rest of the world. It is a licit drug that leads to addiction and is an important risk factor for the development of non-communicable diseases, especially liver pathologies.

Objective: To evaluate the clinical laboratory and imaging studies performed on alcohol-dependent patients attended at the addiction clinic of the National Center of Toxicology from 2015 to 2019

Method: design: A descriptive cross-sectional study was carried out with a universe of 215 alcohol-dependent patients who met the inclusion criteria and a total of 168 patients constituted the sample. The clinical history of the alcohol-dependent patients was used to obtain the information. The statistical processing of the information was carried out using SPSS version 20.

Results: The home was the place most used by the patients with 52,98%, with 82 male patients representing 48,81% and 7 female patients representing 4,17%; the public area represented 23,81% of the patients, followed by 14,29% of patients who consume alcoholic beverages in the community. 21,43% of the patients presented alterations in the Hepatic Ecodoppler.

Conclusions: The home was the most used place and the consumption of aguardiente and beer was

almost exclusive. The complementary of greater alterations was the Ganmaglutamyl transpeptidase and most of the patients did not present alterations in the Hepatic Echo-Doppler. The most frequent alteration was the mean portal vein velocity.

Key words: alcohol-dependent; analytical; hepatic echo-Doppler; mean velocity; portal vein.

INTRODUCCIÓN

El alcohol etílico o etanol (CH₃-CH₂-OH) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Su molécula pequeña es lipofílica y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías.^{1,2}

El alcohol desde hace años es considerado una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. Este es una sustancia soluble en agua que circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es más tóxico que el alcohol. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en forma limitada e indispensable para el metabolismo adecuado de las grasas. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, provoca graves alteraciones en el metabolismo de las grasas, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del alcohol llevaría posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos.³⁻⁵

El consumo de alcohol se clasifica en: abstinentes total, bebedor excepcional, bebedor social, bebedor moderado, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) en un nuevo informe sobre la situación

mundial del alcohol y la salud 2018 presenta una imagen completa de cómo el uso nocivo del alcohol impacta en la salud de la población. Este aporta una serie de recomendaciones para proteger y promover la salud y el bienestar de las personas. Plantea que, el alcohol a menudo se consume antes, junto con, o después de otro uso de sustancias psicoactivas, y la comorbilidad de la dependencia del alcohol y el tabaco es fuerte y está evidenciada. Alrededor de 2,3 mil millones de personas son bebedores actuales. El alcohol es consumido por más de la mitad de la población en solo tres regiones, según la OMS: América, Europa y el Pacífico occidental. El consumo del mismo en la población mundial mayor de 15 años aumentó de 2010 a 2016, manteniéndose estable desde entonces. Una cuarta parte (25,5%) de todo el alcohol consumido en el mundo es alcohol no registrado, es decir, alcohol no incluido en las estadísticas oficiales sobre impuestos o ventas de alcohol, ya que generalmente se produce, distribuye y vende fuera de los canales formales que se encuentran bajo control gubernamental.^{7,8}

A nivel mundial, el 44,8% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas. El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34,3%), seguida del vino (11,7%). Desde 2010, solo se han producido cambios menores en las preferencias de bebidas. En 2016, el consumo nocivo de alcohol causó alrededor de 3 millones de muertes (el 5,3% de todas las muertes) en todo el mundo y se le atribuyen 132,6 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD en lo adelante), es decir, el 5,1% de todos los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA en lo adelante) en ese año. A nivel mundial, el alcohol fue responsable del 7,2% de todas las muertes prematuras (entre personas de 69 años o menos) en 2016.⁸

En Cuba, según los resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, el consumo de alcohol es más común en el área urbana, tanto entre las mujeres como entre los hombres. En las féminas, el consumo de alcohol es más común en la capital (23%), mientras que, en los hombres, el porcentaje de consumo de alcohol más elevado se identifica en el centro del país, con un porcentaje del 53%.⁹

El Centro Nacional de Toxicología (Cenatox en lo adelante) se inauguró en el año 1986 dando cumplimiento a las orientaciones de la OMS. Entre sus funciones tiene brindar asistencia médica a los expuestos o intoxicados por agentes químicos. Como parte de dicha tarea se llevan a cabo las consultas externas de la cual forma parte la consulta de adicciones. A pesar de que la misma lleva funcionando hace más de 10 años se necesita profundizar en la caracterización de los dependientes alcohólicos que asisten a consulta, así como en los estudios complementarios que se les realizan. Nuestro trabajo facilitará una serie de datos que permitirán trazar estrategias futuras en aras de mejorar la calidad de la atención a estos pacientes.

OBJETIVOS

1. Caracterizar el comportamiento de los pacientes con problemas alcohólicos según edad, sexo, año, tipo de bebida y lugar de ocurrencia.
2. Evaluar los resultados de complementarios analíticos e imagenológicos en el periodo antes expuesto.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal de los pacientes con dependencia alcohólica que acuden a consulta de adicciones del Cenatox en el periodo 2015 al 2019. Universo de estudio 215 pacientes que acudieron por consumo de alcohol. La muestra fueron 168 pacientes. Se excluyó la coingestión con otras drogas, que abandonaron consulta posterior a la primera cita o que no se realizaron estudios complementarios.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo-año de evaluación. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.

Años	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
2015	7	4,17	42	25,00	49	29,17
2016	2	1,19	35	20,83	37	22,02
2017	1	0,60	20	11,90	21	12,50
2018	1	0,60	19	11,31	20	11,90
2019	3	1,79	38	22,62	41	24,40
Total	14	8,33	154	91,67	168	100,00

Fuente: Base de datos, historias clínicas de la consulta de adicciones en el Cenatox. X² = 3,38 p = 0,4

El año 2015 fue el de mayor frecuencia con un 29,17% siendo el sexo masculino el que reporto el mayor número de casos con un total de 42 pacientes para un 25%. Se refleja un descenso en la cifra de pacientes que asistieron a la consulta de adicciones desde el 2016 hasta el 2018, con una tendencia a crecer a partir del 2019. El sexo de mayor frecuencia fue el masculino con un-91,67% de los pacientes estudiados. No se observó relación estadística entre el sexo y el año de evaluación de los pacientes, según p=0,4.

Tabla 2. Distribución de pacientes según sexo-edad. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.

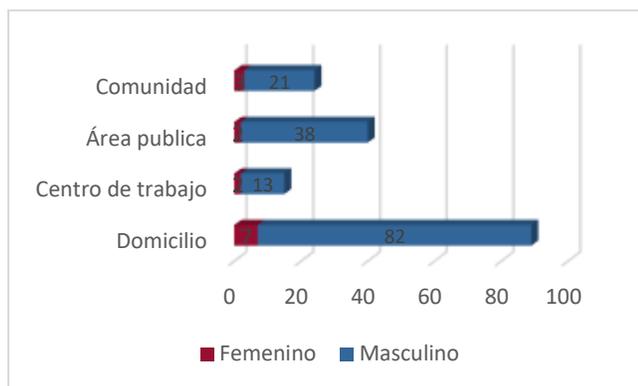
Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
<18	0	0,00	1	0,60	1	0,60
19-35	4	2,38	29	17,26	33	19,64
36-50	7	4,17	74	44,05	81	48,21
51-64	2	1,19	41	24,40	43	25,60
>65	1	0,60	9	5,36	10	5,95
Total	14	8,33	154	91,67	168	100,00

Fuente: Base de datos, historias clínicas de la consulta de adicciones en el Cenatox. $X^2 = 1,52$ $p = 0,8$

La distribución por sexo muestra que el sexo masculino fue el más representativo con el 91,67% del total de pacientes que asistieron por esta razón a la consulta de adicciones. En todos los años predominó este sexo.

No se observó relación estadística entre el sexo y la edad de los pacientes, según $p=0,8$.

Gráfico 1. Distribución de pacientes según sexo- lugar de consumo. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.



Fuente: Base de datos, historias clínicas de la consulta de adicciones en el Cenatox. $X^2 = 1,64$ $p = 0,6$

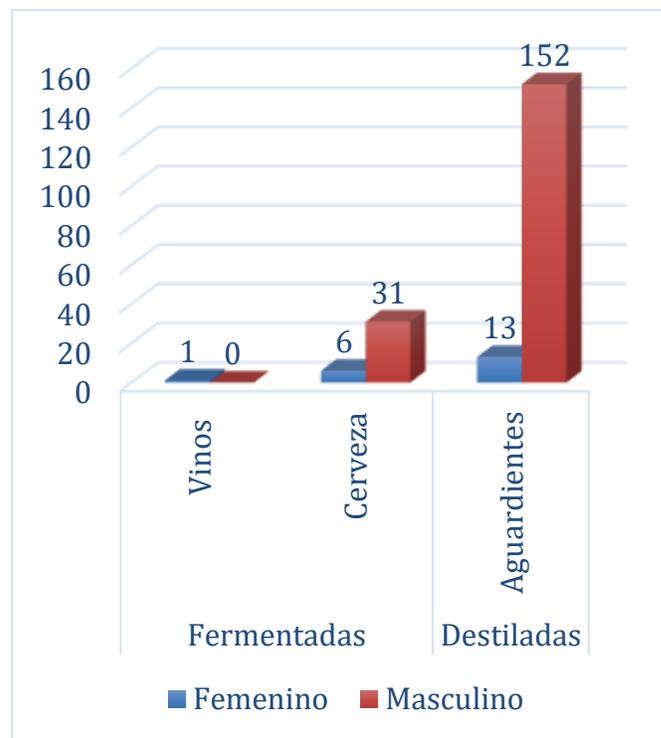
El domicilio resultó ser el lugar más usado por los pacientes con un 52,98% con 82 pacientes del sexo masculino representando el 48,81% y 7 pacientes del sexo femenino representado el 4,17%, el área pública representó el 23,81% de los pacientes, seguido de un 14,29% de pacientes que consumen bebidas alcohólicas en la comunidad.

Tabla 3. Distribución de pacientes según sexo- resultados de los complementarios de analítica. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019

Variables	Resultados complementarios												
	Hb		GGT		TGO/TGP		Creatinina		Glicemia		Colesterol		
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	
Sexo	F	6	8	3	11	4	10	2	12	2	12	2	12
	M	59	95	86	68	44	110	29	125	37	117	34	120
p	0,7		0,01		1		0,6		04		0,4		
Total	No	65	103	89	79	48	120	31	137	39	129	36	132
	%	38,7	61,3	53,0	47,0	28,6	71,4	18,5	81,5	23,2	76,8	21,4	78,6

No se observó relación estadística entre el lugar de consumo y el sexo de los pacientes, según $p=0,6$

Gráfico 2. Distribución de pacientes según sexo- tipo de bebida. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.



Fuente: Base de datos, historias clínicas de la consulta de adicciones en el Cenatox. $X^2 = 11,56$ $p = 0,003$.

Se identificó un consumo casi exclusivo de aguardiente y cerveza en ambos sexos (81,28% y 18,23%). Se observó una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes y el tipo de bebida ingerida, con $p=0,00$.

En la Tabla 3 se muestran los resultados de los complementarios, en el caso de la hemoglobina se encontraba alterada en un 38,7%, la GGT en un 53% para un total de 86 pacientes solo del sexo masculino, la TGO/TGP en un 28,6%, la creatinina en un 18,5%, la glicemia en un 23,2% y el colesterol en un 21,4%, excepto en la GGT en el resto de los complementarios se evidencia el mayor porcentaje de resultados negativos. Se observó relación significativa entre el sexo y la GGT, según $p=0,01$.

Tabla 4. Distribución de pacientes según sexo- alteraciones en el Ecodoppler Hepático. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.

Alteraciones Ecodoppler Hepático	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
Positivo	6	3,57	30	17,86	36	21,43
Negativo	8	4,76	124	73,81	132	78,57

Fuente: Base de datos. $X^2 = 4,17$ $p=0,04$

En el estudio un 21,43% de los pacientes presentaron alteraciones en el Ecodoppler Hepático.

Tabla 5. Distribución de pacientes según sexo-Indicador Ecodoppler Hepático. Consulta de adicciones CENATOX. 2015 -2019.

	Sexo	Indicador Ecodoppler														
		CEP		DFVP		VMVP		IRAH		IP		TLI		TLD		
		A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	F	2	12	0	14	6	8	3	11	5	9	2	12	3	11	
	M	2	152	0	154	22	132	7	147	11	143	5	149	18	136	
	p	0,002		1		0,006		0,01		0,0004		0,04		0,2		
	Total	No	4	164	0	168	28	140	10	158	16	152	7	161	21	147
		%	2,4	97,6	0	100	16,7	83,3	5,9	94,1	9,5	90,5	4,2	95,8	12	88

Fuente: Base de datos, Historias clínicas de la consulta de adicciones en el Cenatox.

LEYENDA:

CEP- Calibre espleno-portal, DFVP- Dirección de flujo de la vena porta

VMVP- Velocidad media de la vena porta, IRAH- Índice de resistencia arteria hepática, IP- Índice de pulsatilidad, TLI-Tamaño lóbulo izquierdo

TLD-Tamaño lóbulo derecho

En la Tabla 5 se muestra que el Calibre espleno-portal se encontraba alterado en un 2,4%, la Dirección de flujo de la vena porta no presentaba alteraciones, la Velocidad media de la vena porta presentaba alteraciones en el 16,7%, el Índice de

resistencia arteria hepática se encontraba alterado en el 5,9% de los pacientes, el 9,5% de los pacientes tenían alterado el Índice de pulsatilidad, el 4,2% presentaban alteraciones del Tamaño del lóbulo izquierdo y el 12% el Tamaño del lóbulo

derecho. En relación al sexo solo la DFVP y el TLD no presentaron diferencias significativas, según $p \geq 0,05$ por lo que se evidencia el mayor número de pacientes con resultado normal.

Se ha informado que el ultrasonido abdominal convencional y el Doppler tienen una sensibilidad y una especificidad para el diagnóstico de alteraciones hepática del 91,1 y 93,5% respectivamente cuando son indicados de primera instancia en estos pacientes.^{10,11}

DISCUSIÓN

Por diferentes razones de orden personal, cultural y social fundamentalmente, el consumo de alcohol se ha visto asociado al sexo masculino, aunque en los últimos años no resulta infrecuente ver a la mujer ingiriendo bebidas alcohólicas. El alcohol es la droga modelo y portera por su carácter legal y evidenciarse su consumo social en el hombre como género a nivel mundial. El incremento abusivo de alcohol en el sexo femenino representa una gran preocupación por el rol insustituible que juega dentro del seno familiar y social. A ello le sumamos las características biológicas tanto hormonales como disposición de la grasa que la hace más vulnerable a la intoxicación alcohólica y desarrollo de una adicción. Muchos son los resultados que coinciden con nuestro estudio como el realizado en Madrid por Serrano Criado A, sobre consumo de alcohol donde el 73% de la muestra estuvo compuesta por hombres.¹²

En relación al lugar de consumo el predominio del domicilio puede estar asociado a la adquisición fácil de la bebida en locales próximos al hogar, así como a la aceptación social por parte de la familia. Resultado diferente obtuvo Serguei Iglesias en una investigación realizada en La Habana donde “la calle” fue el lugar referido en el mayor porcentaje de los casos y el domicilio ocupó la segunda posición.¹³

En cuanto al tipo de bebidas se considera guarda relación con la accesibilidad de la población cubana a estos productos siendo más accesible el aguardiente que la cerveza. Se suma a esto que gran porcentaje de los bebedores consume en grupo y resulta más económico el ron que la cerveza.

Al analizar la variable estudios de laboratorio nuestros resultados coinciden con los realizados en el hospital Arnaldo Milián Castro de Villa Clara donde en un estudio a pacientes alcohólicos cerca del 50% poseían alteraciones a nivel de las pruebas de función hepática.¹⁴

Los resultados obtenidos en el ecodoppler hepático están en relación con el daño que produce el alcohol sobre este órgano. Esta investigación es un estudio vascular que permite evaluar desde los inicios los cambios producidos a nivel del sistema porta que inducirían el inicio de una cirrosis hepática. El ultrasonido se considera la técnica de imagen de primera línea para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión portal. El uso de ecografía a color ha sido aceptado ampliamente para la evaluación del flujo sanguíneo en el sistema venoso portal. Es un método no invasivo, seguro, no doloroso y relativamente económico.

En la muestra estudiada los resultados ultrasonográficos negativos prevalecieron, aunque la positividad se incrementó en los bebedores de más de 10 años de consumo. Un estudio realizado por Mendilahaxón asume que en la positividad de los hallazgos ultrasonográficos encontrados a nivel hepático el 45,4% estaban relacionados al alcohol. De 77 pacientes, el 50,6% tuvieron un doppler patológico, compatible con hipertensión portal. El diámetro de la vena porta superior a 13mm fue observado en el 46,1% de los casos y las alteraciones de la dirección del flujo de la vena porta en el 25,6%.¹⁵

CONCLUSIONES

En el estudio realizado sobresalieron el año 2015, el sexo masculino, las edades de 36-50 años y el

aguardiente y cerveza como sustancias consumidas. El domicilio fue el lugar más usado, el complementario de mayores alteraciones fue la Ganmaglutamil transpeptidasa. y la mayoría de los pacientes no presentaron alteraciones en el Ecodoppler Hepático. La alteración más frecuente fue la velocidad media de la vena porta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual M, Balino P, Aragon C, Guerri C. Cytokines and chemokines as biomarkers of ethanol-induced neuroinflammation and anxiety-related behavior: role of TLR4 and TLR2. *Neuropharmacology* 2015;89:352-359.
2. Cabrerizo S. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2016 Oct [citado 20 Ene 2018];114(5):396-397. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000500002&lng=es
3. Organización Panamericana de la Salud Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC. (pp. 29-32). Washington, D.C.: OPS. 2015. Recuperado de la página web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
4. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS. 1976.
5. González R. Variedades de alcoholismo. *Rev Hosp Psiquiátr. La Habana* 1983;24(4):523-9.
6. Pavon FJ, Marco EM, Vázquez M, Sánchez L. Effects of Intermittent Alcohol Exposure on the Expression of Endocannabinoid Signaling-Related

- Proteins in the Spleen of Young Adult Rats. *PLoS One*, 2016;11(9), e0163752
7. OMS. Consumo de alcohol en España. (Internet) citado 21 septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20180921/esp-ana-tiene-consumo-alcohol-per-capita-mayor-media-europea/1803926.shtml>
 8. OMS: Consumo de alcohol de hombres casi cuadruplica al de mujeres en Chile (Internet) Citado el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/oms-consumo-de-alcohol-de-hombres-casi-cuadruplica-al-de-mujeres-en-chile/2018-09-27/171122.html>
 9. Piano M, Burke L, Kang M, Phillips S. Effects of Repeated Binge Drinking on Blood Pressure Levels and Other Cardiovascular Health Metrics in Young Adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2014. *Journal of the American Heart Association*, 2018;7:1-9. doi: 10.1161/JAHA.118.008733
 10. Zhang CX, Hu J, Hu KW, Zhang C, Wang L, Xu JM. Noninvasive analysis of portal pressure by contrast-enhanced sonography in patients with cirrhosis. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2011 [citado 15 Dic 2019];30(2):205-11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.7863/jum.2011.30.2.205>
 11. Mittal P, Gupta R, Mittal G, Kalia V. Association between Portal Vein Color Doppler Findings and the Severity of Disease in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension. *Iran J Radiol* (Revisado 25 de Enero del 2020) 2011; 8: 211-7
 12. Serrano A. Marcadores biológicos en trastornos por uso de alcohol y

- comorbilidad psiquiátrica asociada.
Madrid. 2018.
13. Iglesias S, Fabelo JR, Núñez AM.
Caracterización del consumo en pacientes
alcohólicos ingresados para tratamiento
de deshabituación. Rev. Hosp.
Psiquiátrico de la Habana. 2016;13(3).
<http://www.revistahph.sld.cu>
14. Martínez G. Evolución de pacientes con
adicción al alcohol con el uso de
acamprosato. Rev. Cub. de Farmacia.
2015;49(3):462-472.
15. Mendilahaxón ER. Relación clínica,
endoscópica y sonográficas en pacientes
con cirrosis hepática. Acta médica del
centro. 2018;12(3).
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu>

SOBRE LOS AUTORES

1. Lic. en Tecnología de la Salud. Perfil Imagenología. Diplomada en Ecografía General y Ecografía Doppler Email: yagang510@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3960-0727>
2. Especialista Medicina General Integral. Especialista en Toxicología. <https://orcid.org/0000-0002-1758-8993>
3. Especialista Medicina General Integral Militar. Especialista en Toxicología. MsC Toxicología Clínica. Profesora Instructora. <https://orcid.org/0000-0003-5731-5658>
4. Especialista Medicina Interna. MsC Toxicología Clínica. MsC Prevención del uso indebido de drogas. Profesora e Investigadora auxiliar. <https://orcid.org/0000-0001-5730-2585>
5. Especialista en Medicina General Integral. Especialista en Toxicología. <https://orcid.org/0000-0003-3172-0994>
6. Especialista en Medicina General Integral. Especialista en Toxicología. Profesor Instructor. <https://orcid.org/0000-0003-3387-0494>

Juan Carlos Vázquez Pérez ¹, Jorge de Jesús Moreno Reyes ²

RESUMEN

Introducción: Durante la adolescencia, se puede estar en riesgo de padecer el VIH/SIDA y las conductas adictivas.

Objetivo: Caracterizar la percepción de riesgo del VIH/SIDA y las conductas adictivas en adolescentes del Instituto Preuniversitario "Geonel Rodríguez Cordoví", del municipio Manatí.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, transversal, correlacional, en el primer semestre de 2022. La muestra fue de 75 casos y se determinó a partir de criterios de selección establecidos, fueron utilizadas, la observación, la entrevista en profundidad, la encuesta y el cuestionario MULTICAGE, para recoger información. El procesamiento estadístico se realizó *en el paquete SPSS versión 22*. Los aspectos éticos se asumieron según la Declaración de Helsinki.

Resultados: El 62,7% de la muestra tenía un bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, el nivel de severidad alto en el 66,7% y la percepción del riesgo del VIH/SIDA, fue baja en un 50,7 %. En cuanto a las conductas adictivas, el 45,3% de los adolescentes beben alcohol y un 51% reconoce un consumo ocasional de la nicotina y un 20 % son adictos a internet. La asociación estadística entre estas variables fue significativa, con un coeficiente de correlación $p=0,000$.

Conclusiones: Se identificó que la muestra tenía un nivel bajo de percepción del riesgo ante el VIH/SIDA y el consumo de alcohol, de nicotina y la adicción a internet eran las principales conductas adictivas. Se pudo determinar que el

uso de estas sustancias incide en que la percepción del riesgo del VIH/SIDA sea baja.

Palabras Claves: Adolescente, VIH/SIDA, Percepción de Riesgo, Conductas Adictivas.

ABSTRACT

Introduction: During the adolescence, it would be in risk of suffering the HIV/AIDS and the addictive behaviors.

Objective: To characterize the risk's perception of HIV/AIDS and the addictive behaviors in teenagers who belongs to the High School Institute "Geonel Rodríguez Cordoví", from Manatí municipality.

Methods: It's carried out a descriptive study, not experimental, traverse, correlational, in the first semester of 2022. The sample was conformed for 75 cases and it was determined starting from the established selection approaches.

They observation, the interview in depth, the survey and the questionnaire MULTICAGE, were used to pick up information. The statistical prosecution was made in the package SPSS version 22. The ethical aspects it's assumed according to the Helsinki's Declaration.

Results: The 62,7% of the sample had a low level of knowledge on the HIV/AIDS, the high level of severity in 66,7% and the risk's perception of the HIV/AIDS, was low in 50,7%. In the case of the addictive behaviors, 45,3% of the adolescent's drinks alcohol and 51% it recognizes an occasional consumption of nicotine and 20% they, are addicted to internet. The statistical association among these variables was significant, with a correlation coefficient $p=0,000$.

Conclusions: It's identified that the sample had a low level of perception of the risk before the HIV/AIDS and the consumption alcohol, the nicotine and the addiction to internet were the main addictive behaviors. It's could to determinate that the consumption of these substances impacts the low level of HIV/AIDS risk's perception.

Key words: Adolescent, HIV/AIDS, Risk's Perception, Addictive Behaviors.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios psicológicos como la búsqueda de identidad, la separación de los padres, el fortalecimiento del yo y nuevos descubrimientos e intereses. Los mismos dan lugar a que aparezcan sentimientos nunca antes experimentados y se despierte la curiosidad por temas desconocidos sobre todo los relacionados con la sexualidad. Asimismo, estos cambios pueden llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos, pero también a que el adolescente se inicie en la práctica de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, tabaco y drogas.^{1, 2}

En ese sentido, existen otros factores y condiciones psicosociales, que colocan al adolescente en población vulnerable para el inicio del consumo de sustancias, como es la creencia de ser más maduros, más populares y a mantenerse más activos; otros sienten curiosidad y creen que probarlas no les hará daño, quieren ser aceptados en un grupo, o se refugian en ellas para escapar de sus problemas.

En el ámbito sexual, también existen factores y condiciones psicosociales, que provocan que este grupo poblacional sea más vulnerable a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS en lo adelante) y VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida en lo adelante), debido a la búsqueda de una definición sexual, la experimentación, el ejercicio de la sexualidad de forma no segura y el desconocimiento sobre los riesgos a los que se exponen y las medidas de protección.^{3,4}

En 2018 se reportaron a nivel mundial 1,7 millones de nuevas infecciones por VIH. Al cierre del propio año aproximadamente 37,9 millones de personas vivían con VIH y se producían 770 000 muertes atribuibles a esta causa. En la región del Caribe se estima que 340 000 personas viven con VIH; en 2018 se diagnosticaron aproximadamente 16 000 nuevos casos y registraron 6700 muertes.⁵

Aproximadamente en América Latina y el Caribe viven alrededor de 2 millones de personas con VIH, casi un 30% no sabe que lo tienen, siendo diagnosticados en etapas muy avanzadas, siendo los pacientes de 15 a 24 años quienes representan un tercio del total de personas con nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial.⁶

En el caso de las adicciones, Tena y colaboradores afirman, que estudios epidemiológicos realizados en escuelas de educación secundaria indican que hasta 46% de los estudiantes de ambos sexos consumen sustancias de abuso incluyendo el alcohol; además, se reporta que hasta 12% de éstos reúne criterios de dependencia.⁷

En Cuba según el Anuario Estadístico de Salud, durante el 2020, se registraron 628 defunciones por trastornos mentales debidos al uso del alcohol, mientras que fallecieron 363 personas a causa del SIDA.⁸

Si bien estos problemas de salud, no afectan de manera significativa a los adolescentes cubanos. Se requiere de acciones educativas para evitar que sean un grupo poblacional donde incida el VIH y las adicciones de modo más marcado. Sin embargo, se ha demostrado, que la probabilidad

de que los adolescentes realicen medidas de protección, como prolongación del inicio de las relaciones sexuales y la utilización de métodos anticonceptivos está condicionada fundamentalmente por las percepciones individuales, la susceptibilidad y la probabilidad percibida de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. La creencia del adolescente de que puede prevenir esta condición vendrá condicionada por el balance que realice entre los beneficios y barreras que según su percepción le impiden adoptar una medida preventiva.⁹

Una categoría que puede englobar todo lo descrito anteriormente es el término percepción de riesgo. Es por ello que, si se estudia este tema, de conjunto con las conductas adictivas, se desarrollarían luego intervenciones que ayuden a los adolescentes a enfrentar la presión de los compañeros para consumir drogas, iniciarse en el sexo, negarse a un encuentro sexual no deseado y en el empleo correcto y continuo del preservativo en cada relación sexual.

En el Instituto Preuniversitario “Geonel Rodríguez Cordoví” del municipio Manatí, los profesores y directivos se muestran preocupados, pues la gran mayoría de los estudiantes mantienen una vida sexual activa, con cambios frecuentes de parejas sexuales, además de ingerir alcohol, fumar entre otras conductas adictivas.

Es por ello que se decidió realizar la presente investigación, la cual tuvo como objetivo : Caracterizar el nivel de percepción de riesgo ante el VIH/SIDA y las conductas adictivas en adolescentes del Instituto Preuniversitario “Geonel Rodríguez Cordoví”, del municipio Manatí, provincia Las Tunas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental y transversal que se realizó, en el primer semestre del 2022. El universo estuvo

conformado por 222 adolescentes escolarizados, que representan el total de la matrícula del IPU “Geonel Rodríguez Cordoví”, del municipio Manatí, en la provincia Las Tunas.

La muestra fue intencional, compuesta por 75 casos, que cumplieron con los criterios de: tener entre 15 y 17 años de edad, contar la aprobación de los padres y del colectivo docente del centro para participar y estar dispuestos a colaborar en la investigación. Se excluyeron del estudio los adolescentes con trastornos psiquiátricos severos.

Se trabajó con las variables cuantitativas sexo (masculino, femenino), edad, grado escolar (décimo, onceno y duodécimo) y las variables cualitativas nivel de conocimientos sobre el VIH, Severidad percibida, Vulnerabilidad percibida, Percepción del Riesgo ante el VIH y Conductas adictivas.

Para la recolección de datos se empleó la Observación, la Entrevista en Profundidad, la Encuesta para evaluar el nivel de percepción ante el VIH/SIDA, instrumento, construido y validado por investigadores granmenses.¹⁰ Se utilizó además el cuestionario MULTICAGE, que evalúa la presencia de conductas adictivas en población adolescente.

Se recurrió a la estadística descriptiva, el análisis porcentual y el estadígrafo de correlación Ji Cuadrado para variables cualitativas nominales. Para ello, se estableció un nivel de significación de $p < 0,005$. Es preciso señalar, que *los datos fueron procesados en el paquete de SPSS versión 22*. En el caso de las consideraciones éticas, se hizo solicitud a los profesores y padres a que dieran su consentimiento para que los adolescentes participaran en el estudio. En el caso de estos últimos, igualmente se pidió su colaboración para colaborar y se les dio a conocer el contenido y objetivos de la investigación. Durante la recogida de información, se tuvo en cuenta, la intimidad y la dignidad de los adolescentes, así como la confidencialidad de los

datos. Todo ello, según lo establecido en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En el estudio predominaron los adolescentes de 17 años (40%), del sexo femenino (52%) y que pertenecían al duodécimo grado (38,7%).

Tabla 1. Distribución de la muestra según el nivel de conocimientos, severidad percibida y la percepción del riesgo ante el VIH.

Nivel de Conocimientos	Severidad percibida	Percepción del riesgo ante el VIH/SIDA
------------------------	---------------------	--

	N	%	N	%	N	%
Alto	2	2,7	50	66,7	7	9,3
Medio	26	34,7	25	33,3	30	40,0
Bajo	47	62,7	0	0	38	50,7
Total	75	100	75	100	75	100

Fuente: Encuesta sobre percepción del riesgo del VIH/SIDA

Como puede observarse en la tabla el 62,7% de la muestra tenía un bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, el nivel de severidad ante este problema de salud fue alto en el 66,7%. En el caso de la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA, esta se manifestó en un nivel bajo en el 50,7 % de los encuestados.

Tabla 2. Distribución de la muestra según la presencia de conductas adictivas

Conductas adictivas	Abuso Dependencia de alcohol		Adicción a sustancias		Adicción a Internet		Adicción a video juegos		Adicción al sexo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inexistencia	25	33,3	37	49,3	59	78,7	57	76,0	63	84,0
Posible existencia	1	1,3	15	20,0	1	1,3	13	17,3	9	12,0
Muy probable existencia	15	20,0	10	13,3	0	0	5	6,7	3	4,0
Segura existencia	34	45,3	13	17,3	15	20,0	0	0	0	0
Total	75	100	75	100	75	100	75	100	75	100

Fuente: Cuestionario MULTICAGE

En cuanto a las conductas adictivas, el 45,3% de los adolescentes consumen alcohol. Mientras que, en la adicción a sustancias, al sumar los valores desde una posible a una segura existencia del consumo, estos representan el 51% de la muestra.

Por lo que se puede inferir que ello representa un problema. Aunque la mayoría reconozca un consumo ocasional, fundamentalmente de la nicotina

Tabla 3. Distribución de la muestra según la percepción del riesgo ante el VIH/ SIDA y el abuso/dependencia de alcohol

Percepción del riesgo ante el VIH/SIDA	Abuso / dependencia de alcohol								Total	
	Inexistencia		Posible existencia		Muy probable existencia		Segura existencia			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	7	28	0	0	0	0	0	0	7	9,3
Media	17	68	1	100	11	73,3	1	3	30	40
Baja	1	4	0	0	4	26,7	33	97	38	50,7
Total	25	100	1	100	15	100	34	100	75	100

Fuente: Encuesta y Cuestionario MULTICAGE. $p=0,000$

El 97% de los adolescentes con baja percepción del riesgo al VIH/SIDA tenían una segura existencia de abuso y/o dependencia del alcohol.

Al correlacionar las variables, el coeficiente fue de 0,000, siendo la asociación estadística significativa

Tabla 4. Distribución de la muestra según la percepción del riesgo ante el VIH/ SIDA y la adicción a sustancias

Percepción del riesgo ante el VIH/SIDA	Adicción a sustancias								Total	
	Inexistencia		Posible existencia		Muy probable existencia		Segura existencia			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	7	18,9	0	0	0	0	0	0	7	9,3
Media	26	70,2	0	0	3	30	1	7,7	30	40
Baja	4	10,9	15	100	7	70	12	92,3	38	50,7
Total	37	100	15	100	10	100	13	100	75	100

Fuente: Encuesta y Cuestionario MULTICAGE. $p=0,000$

El 100 % de los adolescentes con una posible existencia de adicción a sustancias poseían una baja percepción del riesgo al VIH/SIDA. Igual situación se observó en el 92,3% de los casos con segura existencia de consumo de sustancias. En sentido general la percepción del riesgo al VIH/SIDA fue baja en todos los casos donde había algún indicio hasta una segura existencia

de adicción a sustancias, representando estos en total el 50,7% de la muestra. Se demostró que había una asociación estadística significativa entre estas variables, al ser el Coeficiente de Correlación de Pearson de 0,000. Ello permite inferir que la segura existencia de una adicción a sustancias también incide en que la percepción del riesgo al VIH/SIDA sea baja.

Tabla 5. Distribución de la muestra según la percepción del riesgo ante el VIH/ SIDA y la adicción al sexo.

Percepción del riesgo ante el VIH/SIDA	Adicción al sexo						Total	
	Inexistencia		Posible existencia		Muy probable existencia			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	7	11,1	0	0	0	0	7	9,3
Media	18	28,6	9	100	3	100	30	40
Baja	38	60,3	0	0	0	0	38	50,7
Total	63	100	9	100	3	100	75	100

Fuente: Encuesta y Cuestionario MULTICAGE. $p=0,007$

En la tabla se puede observar, que el 100% de los adolescentes con una muy probable existencia de ser adictos al sexo, tenían una percepción del riesgo del VIH/SIDA de nivel medio. Lo mismo ocurrió con el 100% de los casos con posible existencia de adicción al sexo. Mientras que el 60,3 % de la muestra, no eran adictos al sexo y la percepción del riesgo al VIH/SIDA fue baja.

Se identificó que no existía una asociación estadística significativa entre las variables. Por lo que tener una posible o muy probable existencia de adicción al sexo no incide de modo directo en el nivel de percepción del riesgo al VIH/SIDA,

DISCUSIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual, específicamente el VIH/SIDA y las adicciones, representan un problema de salud para muchos adolescentes en el mundo.

En la investigación predominó un bajo nivel de conocimientos en relación al VIH/SIDA. Estos resultados son similares a Meza y colaboradores, aunque se aprecian diferencias en cuanto a los porcentajes, pues el nivel bajo de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en estudiantes de obstetricia, se expresó en un 50,9% y en enfermería en un 78,5%. También se identificaron niveles bajos de conocimientos sobre VIH/SIDA en dos investigaciones desarrolladas con adolescentes peruanos.¹¹⁻¹³

Pero se difiere de lo observado en dos estudios peruanos y otro mexicano, donde el nivel de conocimientos sobre el VIH /SIDA alcanzó niveles medios. Mientras que, en una investigación desarrollada en Pinar del Río, el nivel de conocimientos fue alto o adecuado en más del 80% de la muestra.¹⁴⁻¹⁷

En el caso de la severidad percibida, en nuestro estudio fue el alta en el 66,7 % de los casos. Sin embargo, en un estudio desarrollado en Granma predominaron los valores medios en el 80% de los adolescentes encuestados.¹⁰

En cuanto a la percepción del riesgo ante el VIH /SIDA, esta fue baja en el 50,7% de los adolescentes. Estos resultados coinciden con un estudio desarrollado en la provincia Granma. Pero difieren de los de Castillo, quien encontró que la percepción de riesgo se expresó en niveles medios en el 56,3% de los adolescentes encuestados. Igualmente Baca y colaboradores, detectaron que esta variable se manifestó en un nivel medio en el 71,3% de la muestra estudiada por ellos.^{10, 12, 15}

En relación las conductas adictivas expuestas en la tabla 2, la mayoría de los adolescentes reconoció que consumían alcohol, seguido de la adicción a sustancias. Esta realidad coincide con lo señalado por Tena y colaboradores, quienes, citando reportes de la Secretaría de Salud de

México, refieren que el problema del consumo de drogas, se comporta manera similar al panorama internacional, donde el alcohol (43,3%) y las drogas ilegales, (23,7%) son las sustancias de mayor consumo entre los adolescentes de ese país.⁷

Igualmente, Iglesias, Escalona, Escalona y Álvarez, afirman que, a nivel mundial, en las sustancias legales, las más consumidas son el alcohol y el tabaco. Esto también es aseverado por investigadores portugueses y ecuatorianos. Lo anterior, guarda similitudes a lo identificado en el presente estudio, pues estas eran las sustancias que mayormente consumían los adolescentes.¹⁸⁻²⁰

Es preocupante el consumo de alcohol en esta etapa de la vida, tanto a nivel mundial como en nuestro país. Un estudio desarrollado en un instituto preuniversitario de Pinar del Río, identificó que el 46,98% de los estudiantes, resultaron consumidores. Dichos valores porcentuales, se asemejan a los de la presente investigación, donde el 45,3% manifestaron una segura existencia de ser bebedores.²¹

Uno de los aspectos abordados en la entrevista fue la edad de inicio y la motivación a consumir. Todos refirieron que el alcohol fue la sustancia que comenzaron a ingerir, entre los 13 y 14 años, cuando se encontraban en Secundaria Básica y fundamentalmente durante fiestas. Esto coincide con una investigación española, desarrollada con adolescentes de la comunidad gallega, donde la edad de inicio de consumo de estos fue a los 13,4 años.²²

En el caso de la motivación a consumir, la curiosidad fue el elemento que los inició en el contacto con estas sustancias. Información que también ha sido corroborada por estudios nacionales y extranjeros, donde se afirma que la adolescencia constituye una etapa vulnerable por la ocurrencia de cambios y aprendizajes que puede

despertar la curiosidad de los jóvenes y el deseo de probar qué se siente bajo los efectos de las drogas.^{7, 23}

Otra de las conductas adictivas que se pudieron observar fueron las sociales, pues el 20% de los estudiantes refirieron una segura existencia de tener adicción a Internet.

Al respecto, se aprecian similitudes con García y Zecenarro, los cuales observaron que, en tres colegios de Perú, el 16,1% de los estudiantes de bachillerato presentaba un nivel moderado y el 4% se encontraba en un nivel alto de adicción a internet, para un total de un 20,1%.²⁴

Pero se difiere de dos investigaciones peruanas. En la primera el 16,7% de los adolescentes tenía niveles altos de adicción a Internet. Mientras que el otro estudio desarrollado con adolescentes de 15 a 17 años, el 28% de estos presentaba conducta de adicción a internet.^{25, 26}

Tampoco se aprecian coincidencias con Rivadeneira y colaboradores. Los mismos encontraron que en Loja, Ecuador, la adicción comportamental más frecuente es al internet, detectado en el 47 % de la muestra estudiada; problema que fundamentalmente se aprecia en adolescentes y jóvenes.²⁷

Al analizar la distribución de la muestra según la percepción del riesgo ante el VIH/ SIDA y el abuso/dependencia de alcohol, expuestos en la tabla 3, el 97% de los adolescentes con segura existencia de consumo de alcohol tenían una baja percepción del riesgo al VIH.

Estos durante la entrevista afirmaron beber durante sus encuentros sexuales o antes de estos. Se observó la tendencia en ellos de realizar este consumo en actividades festivas durante los fines de semana y por lo general al terminar estas, tenían sexo, muchas veces sin protección.

Esto permitió reafirmar los valores de la asociación estadística entre estas variables, con un coeficiente de correlación de 0,000. Por lo que la correlación fue positiva y permitió declarar que una segura existencia de consumo de alcohol incide en que la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA sea baja.

Esto se asemeja a los resultados de un estudio nicaragüense, donde el 95,6% ha tenido relaciones sexuales con excesivo consumo de licor, pero se difiere en las correlaciones entre percepción del riesgo ante el VIH y consumo de alcohol. En primer lugar, estos investigadores no realizaron asociaciones de este tipo, y en segundo lugar detectaron que todos los participantes se encontraban con buenos conocimientos sobre VIH, tenían una actitud favorable ante la temática y fueron clasificados como bajo riesgo en cuanto a las prácticas ante VIH.²⁸

Pero se difiere de una investigación chilena que detectó que el 46% afirmó beber para facilitar el sexo y un grupo algo menor (40%) declaró haber terminado teniendo relaciones sexuales después de consumir drogas y/o alcohol. Es importante mencionar que los autores de este estudio, no establecieron correlaciones entre la percepción del riesgo con las variables consumo de alcohol y drogas.²⁹

También se aprecian diferencias con respecto a Palacio, quien observó que el 38% de los jóvenes tuvo relaciones sexuales después de haber ingerido licor y sólo la tercera parte de ellos usó siempre condón en estas relaciones. Esta investigadora tampoco estableció correlaciones entre percepción del riesgo ante el VIH y consumo de alcohol.³⁰

En el caso de la adicción a sustancias, el 92,3 % de los adolescentes del estudio reconocieron que no consumían ninguna sustancia de origen ilegal. Solamente la nicotina y que esto

fundamentalmente lo hacían de conjunto con el alcohol en actividades festivas, según opiniones emitidas por ellos durante la entrevista. Al correlacionar las variables se observó que el tabaquismo también incide en que la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA sea baja.

Esta realidad coincide con lo descrito en la literatura, donde se señala, que el consumo de sustancias puede conducir a patrones de comportamiento de riesgo que aumentan la posibilidad de contraer la infección por el VIH o de transmitírsela a otras personas, pues una persona que usa drogas o alcohol podría tener relaciones sexuales sin condón o compartir agujas para inyección de drogas.³¹

Sin embargo, estos resultados no coinciden con una investigación mexicana realizada con 119 estudiantes de 15 a 18 años, donde el 39,5% de ellos manifestó consumo de tabaco. Si bien sus autores, no establecieron correlaciones con la percepción del riesgo al VIH, si se puede observar de manera implícita que esta es baja, por cuanto el 52% de los adolescentes comparten que personas como ellos no se infectan con esta enfermedad.³²

Otra de las conductas adictivas identificadas fue en lo relativo al sexo. Se observó que esta variable no tenía una asociación estadística significativa con la percepción del riesgo ante el VIH. Por lo que tener una posible o muy probable existencia de adicción al sexo no incide de modo directo en el nivel de percepción del riesgo al VIH/SIDA.

Lo anterior no coincide con lo señalado por la literatura científica, donde se declara que a su vez constituye una conducta sexual de riesgo y que tiene como principales consecuencias la adquisición de ITS, y VIH/SIDA, siendo los adolescentes una población de especial atención por las características que tiene esta etapa de la vida.³³

Es preciso esclarecer que no se encontraron reportes de investigaciones, tanto en Cuba como en el mundo, que establecieran correlaciones entre la adicción al sexo y la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA.

Se reconoce como limitaciones del estudio, que este solo se realizó con adolescentes de un preuniversitario. Por lo que sería interesante extenderlo a otras enseñanzas como la secundaria básica y la técnico-profesional.

CONCLUSIONES

Se determinó que la muestra tenía un bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, nivel de severidad ante este problema de salud alto, y en sentido general, un nivel bajo de percepción del riesgo ante el VIH/SIDA.

Como principales conductas adictivas identificadas en los adolescentes se encontraban el consumo alcohol, la nicotina y la adicción a internet.

Se pudo valorar la existencia de una relación estadística significativa entre la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA y el consumo de alcohol y la nicotina; pudiéndose afirmar entonces que el consumo de estas sustancias incide en que la percepción del riesgo ante el VIH/SIDA sea baja.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Domínguez L. Psicología del desarrollo, problemas, principios y categorías. La Habana: Félix Varela; 2007.
2. Fernández Y, Ortiz M, Aguilar J, Pérez D. y Serra S. Hábitos tóxicos en adolescentes y jóvenes con problemas de aprendizaje, 2011-2013. Rev. Cub. Salud Pública [Internet] 2017 [citado 2022 May 30];43(1):[aprox. 13 pp.]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/525/812>
3. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual.

- [Internet]; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. INADIS. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014,2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
 5. ONU-SIDA. Communities at the center. [Internet]; 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/2019-global-AIDS-update_en.pdf
 6. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet]; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456>.
 7. Tena A, Castro G, Marín R, Gómez P, Fuente A, Gómez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2022 Jul 21];34(2):[aprox. 13 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
 8. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Anuario Estadístico de Salud. Cuba. [Internet]. 2020 [citado 2022 Jul 21]: [aprox. 193 pp.]. Disponible en: [https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa% c3% b1ol-2020-Definitivo.pdf](https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf)

9. Torres B. La sexualidad en la adolescencia amiga o enemiga: Científico Técnico; 2008.
10. Santisteban L, Posada M, Mariño Y, Pérez L, González G. Percepción de Riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. Multimed [Internet]. 2016 [citado 2022 May 17];20(1):[aprox. 15 pp.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/137>
11. Meza J, Conislla J, Huarancca L, Soto K. Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de ciencias de la salud de Ica 2017. Rev Méd Panacea. [Internet]. 2017 [citado 2022 May 17];6(3):[aprox. 6 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v6i3.44>
12. Castillo M. Tesis de Fin de Grado. Nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14077/1453>
13. Pardo KY. Tesis de Fin de Grado. Conocimiento y prevención sobre enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA en adolescentes de la institución educativa San Martín Lambayeque 2020. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9697>
14. Campos RM, Castro W, Torres A, Arizaca M. Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH–SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. Rev Méd Panacea. [Internet]. 2018 [citado 2022 May 17];7(1): [aprox. 12 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i1.36>
15. Baca J, Hidalgo C, León F, Malca N. Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. Acta Méd. Perú [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 20];36(1):[aprox. 7 pp.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100007&lng=es
16. Parra NM, Almonte M, García L. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)-VIH/SIDA en estudiantes de la universidad intercultural del estado de Puebla. Enero - Junio 2019;3(1):10 pp. Disponible en <https://revistaholopraxis.com/index.php/ojs/article/view/101>
17. Rodríguez A, Martínez B, Prieto R, Rodríguez M, Torrado GE. Conocimientos sobre VIH en personas de 15 a 24 años. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 13];35(1):734. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000100007&lng=es
18. Iglesias O, Escalona A, Escalona M, Álvarez A. Efecto del uso de las drogas y los peligros que su consumo implica jóvenes y estudiantes. MULTIMED [Internet]. 2018 [citado 2022 Jul 21];22(6):[aprox. 18 pp.]. Disponible en:

- <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1038>
19. Fernández HI, Andrade LM, Martins MM, Martins MT, Rolim KM, Guerra MD. Consumo de sustancias adictivas, tabaco, alcohol y marihuana, en los estudiantes del Norte de Portugal. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 21];18(54):[aprox. 19 pp.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.307801>
 20. Cañarte GE. Tesis de Fin de Grado. Consumo problemático de drogas y su afectación biopsicosocial en adolescentes. Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1630>
 21. Páez Y, Lago Y, Valle T, Sosa J, Coro Z, Báez M. Consumo de alcohol en adolescentes de la escuela preuniversitaria Federico Engels de Pinar del Río. *AMC* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 21];25(2):8072. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200008&lng=es
 22. Rial A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna M. La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones* [Internet]. 2018 [citado 2022 Jul 21];32(1):[aprox. 10 pp.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1266>
 23. Roldán SY, Pérez RR, Falcón FI, et al. Patrones de consumo de drogas en adolescentes ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial de Camagüey. *Rev Hum Med* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 21];21(1):[aprox. 14 pp.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98688>
 24. García D y Zecenarro LA. Tesis de Fin de Grado. Adicción a internet, Adicción a las Redes Sociales, Dependencia al Móvil y su influencia sobre la Procrastinación Académica en una muestra de Adolescentes de la ciudad de Juliaca-2019. Perú: Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12840/2132>
 25. Estrada EG, Zuloaga MC, Gallegos NA, Mamani HJ. Adicción a Internet y habilidades sociales en adolescentes peruanos de educación secundaria. *Archivos venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* [Internet]. 2021 [citado 2022 Agosto 2];40(1):[aprox. 6 pp.]. Disponible en: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4675699>
 26. Rodríguez M. Tesis de Fin de Grado. Factores de riesgo asociados a la conducta de adicción a internet en adolescentes, institución educativa secundaria independencia nacional, Puno – 2016. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11726>
 27. Rivadeneira YM, Cajas TA, Viejó E, Quinto E. Adicciones a sustancias y comportamentales en la ciudad de Loja. *Revista Psicología UNEMI.* [Internet]. 2020 [citado 2022 Agos 2];4(6):[aprox. 9 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp20-29p>
 28. Garay GI, Guadamuz JE. Tesis de Fin de Grado. Conocimientos, actitudes y

- prácticas de riesgo ante el VIH en adolescentes que asisten al Hospital Monte Carmelo, Nandaime, abril–mayo 2019. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/250409637.pdf>
29. Ferrer R, Sepúlveda G, Mena P. Caracterización de Conductas Asociadas a VIH en Jóvenes y Adultos del Norte de Chile. *Psykhe* [Internet]. 2022 [citado 2022 Agos 2];31(2):[aprox. 35 pp.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.25149>
30. Palacio H . Tesis de Fin de Master. Factores relacionados con la prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH en jóvenes de 15-24 años de tres comunas de Cali. Colombia. Universidad del Valle; 2018. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/12579>
31. INFOSIDA. El VIH y los usuarios de drogas y alcohol. [Internet]; 2019. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/84/el-vih-y-los-usuarios-de-drogas-y-alcohol>
32. Castillo LC, López MA, Maas L, Sánchez JP. Factores de riesgo para VIH/sida y consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Eureka*. [Internet]. 2020 [citado 2022 Agos 2];17(M):[aprox. 17 pp.]. Disponible en: <https://ojs.pisoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/147>
33. Martínez KT. Tesis de Fin de Grado. Evidencias de validez del instrumento de medición de la adicción al sexo en universitarios del distrito de Tarapoto. Perú: Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11281>

SOBRE LOS AUTORES

1. Especialista de Primer Grado en Psicología de la Salud. Máster en Intervención Psicosocial en el Desarrollo Humano Salud. Profesor Asistente. e-mails: juancaryp86@gmail.com / juancarlosyp86@nauta.cu. <https://orcid.org/0000-0002-4560-9456>.
2. Doctor en Medicina. Residente de Medicina General Integral. email: jmorenoeyes69@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2343-7320>

CARDIOTOXICIDAD POR COCAINA

Yamilet García González ¹, Yudisleidy Esmoris Mena ², Yunior González Freyre ³, Adelaida Alonso Ramos ⁴, Leanne García Rosales ^{5,4}

RESUMEN

Introducción: El uso de cocaína se puede asociar a toxicidad aguda o crónica. La consulta más común en los servicios de urgencia de los usuarios de cocaína se refiere al sistema cardiovascular, aunque puede comprometer otros sistemas. Es de destacar que las patologías agudas causadas por la cocaína, tales como el infarto agudo miocardio, no se relacionan ni con las vías de administración de la droga, ni con la frecuencia de su uso, ni con la dosis ingerida.

Objetivos: Caracterizar la toxicodinamia de la cardiotoxicidad por cocaína, identificar manifestaciones clínicas más frecuentes y diseñar protocolo de actuación ante cardiotoxicidad por cocaína.

Método: Para la obtención del material se realizaron búsquedas bibliográficas en libros y revistas del área de interés, así como en sitios de Internet, utilizando las palabras claves cocaína y cardiotoxicidad.

Resultados: Se profundizó en la toxicodinamia de la cocaína, clínica de la intoxicación y se realizó un Protocolo de Actuación para la atención de la cardiotoxicidad provocada por el consumo de esta droga. El tratamiento va encaminado a mantener las funciones vitales y tratamiento sintomático.

Conclusiones: El bloqueo de los canales de sodio, las alteraciones de las catecolaminas y el efecto procoagulante son los elementos de la toxicodinamia que más inciden en la cardiotoxicidad por cocaína. Las manifestaciones más frecuentes son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y las arritmias. Se diseñó un

protocolo donde la sedación con benzodiazepinas resulta eficaz independientemente del uso de otros medicamentos.

Palabras clave: Cocaína, toxicidad, cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Cocaine use can be associated with acute or chronic toxicity. The most common consultation in the emergency services of cocaine users refers to the cardiovascular system, although it can compromise other systems. It is noteworthy that the acute pathologies caused by cocaine, such as acute myocardial infarction, are not related to the routes of administration of the drug, nor to the frequency of its use, nor to the dose ingested.

Objectives: To characterize the toxicodynamic of cocaine cardiotoxicity, to identify the most frequent clinical manifestations and to design an action protocol for cocaine cardiotoxicity.

Method: To obtain the material, bibliographic searches were carried out in books and magazines in the area of interest, as well as on Internet sites, using the keywords cocaine and cardiotoxicity.

Results: The toxicodynamic of cocaine, the intoxication clinic, and an action protocol for the care of cardiotoxicity caused by the consumption of this drug were studied in depth. Treatment is aimed at maintaining vital functions and symptomatic treatment.

Conclusions: Blockade of sodium channels, changes in catecholamines and the procoagulant effect are the elements of toxicodynamic that most

affect cocaine cardiotoxicity. The most frequent manifestations are ischemic heart disease, high blood pressure and arrhythmias. A protocol was designed where sedation with benzodiazepines is effective regardless of the use of other medications.

Keywords: Cocaine, toxicity, cardiovascular.

INTRODUCCIÓN

El Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC en lo adelante) indica que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el último año, esto supone un aumento de 226 millones con respecto a 2010. Ese aumento del 22% se debió en parte a que la población mundial aumentó en un 10%.¹

Los sistemas de atención de la salud se enfrentan a una tarea cada vez más ardua, ya que se calcula que unos 36 millones de personas sufrían trastornos por consumo de drogas en 2019, cifra que en 2010 era de 27 millones, según las estimaciones correspondientes a ese año. Esto supone un aumento del 0,6 al 0,7% de la población mundial.²

Si bien el número de personas con trastornos por consumo de drogas ha aumentado, la disponibilidad de intervenciones de tratamiento ha seguido siendo baja. Tan solo una de cada ocho personas que sufrían trastornos por consumo de drogas recibieron ayuda profesional en 2019. Las consecuencias de la escasez de esos servicios se acusaron sobre todo en los países más pobres. Esto es así pese a que hay pruebas abrumadoras de que el costo de tratar los trastornos por consumo de drogas es mucho menor que el de dejar sin tratar la drogodependencia.³

Las principales drogas problemáticas a nivel mundial son los opiáceos (especialmente la heroína) y en segundo lugar la cocaína.

La cocaína (benzoilmetilecgonina, C₁₇H₂₁NO₄) es un alcaloide proveniente de las hojas de la planta *Erythroxylum Coca*. Es uno de los más potentes estimulantes del sistema nervioso central presentes en la naturaleza. Comúnmente es consumida como clorhidrato de cocaína por inhalación nasal o por inyección endovenosa. La pasta base es cocaína no purificada, que se obtiene de las hojas de coca a través de un proceso de maceración y mezcla con solventes, se consume habitualmente mezclada con tabaco o marihuana.⁴

Por vía inhalatoria, la acción comienza entre 1-3 minutos, y el efecto máximo ocurre entre 20-30 minutos. Cuando es utilizada por vía endovenosa, su efecto se inicia en segundos, mientras que su máximo se observa a los 3-5 minutos.

La cocaína es metabolizada por esterasas hepáticas y por la colinesterasa plasmática, además de ser degradada por hidrólisis no enzimática. Los principales metabolitos son la ecgoninametiléster y la benzoilecgonina, que representan aproximadamente el 80-90% de la droga madre; ambos son metabolitos inactivos. La norcocaína es un metabolito activo presente en cantidades trazas que puede ejercer actividad horas después de la ingesta de cocaína.⁵

El uso de cocaína se puede asociar a toxicidad aguda o crónica. La consulta más común en los servicios de urgencia de los usuarios de cocaína se refiere al sistema cardiovascular, aunque puede comprometer otros sistemas. Es de destacar que las patologías agudas causadas por la cocaína, tales como el infarto agudo de miocardio (IAM en lo adelante), no se relacionan con las vías de administración de la droga, ni con la frecuencia de uso, ni con la dosis ingerida.⁶

Esta complicación ha sido reportada con dosis entre 200 y 2000 miligramos, luego del uso por cualquiera de las vías de administración de la

droga y tanto en consumidores habituales como en quienes lo hacen por primera vez.⁶

El aumento en el consumo de cocaína producido en los últimos años ha dado lugar a un notable incremento en el número de complicaciones cardíacas asociadas a la droga, especialmente en pacientes jóvenes, que no tienen en general otros factores de riesgo asociados.⁷

El consumo de cocaína está en aumento, así como su impacto en la salud a nivel cardiovascular. No solo implica un aumento en las consultas en la sala de emergencias, sino que también tiene como población diana al adulto joven. Más allá de la instauración del mejor tratamiento posible, el abandono de la adicción es indispensable, así como el concientizar al respecto a los posibles problemas asociados al consumo.⁸

Algunas investigaciones recogen que el dolor torácico es particularmente común en el 40% de los pacientes que consultan un centro de salud después del consumo de cocaína. Fisiopatológicamente se explica debido a una serie de eventos como aumento de la demanda miocárdica de oxígeno por disminución del volumen sanguíneo capilar. El dolor puede tener características isquémicas de tipo anginoso. En cerca de un 6% de los casos se acompaña de un IAM.^{9,10}

El consumo de cocaína alcanzó cifras de verdadera epidemia en la década del 80 (1985) cuando casi el 3% de la población de los Estados Unidos eran consumidores habituales de cocaína. Si bien, estos valores luego cayeron a menos del 1% de la población, en los últimos años se ha incrementado el número de nuevos consumidores de esta droga. Este aumento del uso de cocaína en el mundo se debe a la mayor disponibilidad de la droga, la reducción de su costo, la aceptación social de su consumo y a una inadecuada

percepción de la sociedad respecto de que el uso recreativo u ocasional de la cocaína, es seguro.⁸

Al respecto, una encuesta del Department of Health and Human Service reveló que sólo el 50% de los jóvenes pensaban que el uso mensual de la cocaína implicaba un riesgo de daño importante para la salud de los mismos. La cocaína es la droga de abuso que genera el mayor número de visitas a los departamentos de emergencias de los hospitales y constituye la causa más frecuente de muertes que guardan una relación estrecha con las drogas de abuso.¹¹

El término cardiotoxicidad en este caso, engloba diversas manifestaciones patológicas a nivel cardiovascular secundarias al consumo de cocaína. El compromiso cardíaco crónico por consumo de cocaína incluye miocardiopatía dilatada, miocardiopatía hipertrófica, miocarditis, aceleración de la aterosclerosis, endocarditis. Los mecanismos fisiopatológicos por los que la cocaína ejerce su acción tóxica a nivel cardíaco son complejos, numerosos y algunos no claramente establecidos. En síntesis, la cardiotoxicidad de la cocaína tiene aspectos epidemiológicos particulares e involucra complejos mecanismos fisiopatológicos que deben ser considerados en el momento de la evaluación de esos pacientes para así poder realizar diagnósticos y tratamientos adecuados.¹¹

OBJETIVOS

1. Caracterizar la toxicodinamia de la cardiotoxicidad por cocaína.
2. Enumerar manifestaciones clínicas cardiovasculares más frecuentes en la intoxicación aguda.
3. Diseñar protocolo de actuación ante cardiotoxicidad por sobredosis de cocaína.

MÉTODO

Para la obtención del material se realizaron búsquedas bibliográficas en libros y revistas del área de interés, así como en sitios de Internet como SCIELO, PUBMED, utilizando las palabras claves cocaína y cardiotoxicidad.

DESARROLLO

El consumo de cocaína constituye un problema sanitario de relevancia, estando asociado a diversas manifestaciones a nivel cardiovascular.

– Toxicodinamia

Si bien no se conocen la totalidad de los mecanismos por los que la cocaína produce sus efectos, los de mayor trascendencia sobre el sistema cardiovascular son el bloqueo de los canales rápidos de Na, efecto anestésico y antiarrítmico de clase I con efecto estabilizante de membrana, bloqueo de recaptación de catecolaminas en fibras preganglionares simpáticas, estímulo de la liberación de catecolaminas centrales y periféricas. Por último, el efecto procoagulante con el aumento de la agregación plaquetaria y potenciar la producción de tromboxano.¹²

De manera más detallada la cocaína produce: vasoconstricción por su efecto simpaticomimético periférico y aumento de la presión arterial por su efecto inotrópico y cronotrópico positivo unido al efecto vasoconstrictor. También produce la bradicardia a dosis bajas por depresión del nodo sinusal y más frecuentemente taquicardia por estímulo sinusal, como consecuencia directa del estímulo simpático, tanto central como periférico. Por otro lado, aumento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardíaca por un estímulo de los receptores β_1 cardiacos fundamentalmente.

En los últimos años se habla de la influencia del aumento de la liberación de endotelina 1 y el descenso en los niveles de óxido nítrico (NO), con el consiguiente desbalance entre efectos vasodilatadores y vasoconstrictores.¹²

En condiciones experimentales se ha podido demostrar que la administración crónica de cocaína produce cambios biomoleculares semejantes a la sobrecarga hemodinámica, como el aumento en la expresión del RNA mensajero del factor natriurético auricular o de la cadena pesada de la alfa miosina, que cambia a beta miosina. La cocaína produce además alteración del automatismo por efecto directo.¹³

De los metabolitos de la cocaína, la norcocaína es la que mayor efecto tiene sobre el sistema cardiovascular.

El consumo simultaneo de cocaína y alcohol produce el cocaetileno que es un metabolito activo y de mayor toxicidad cardíaca que la cocaína. Su potencial arritmogénico y de producción de muerte súbita es superior al de la cocaína.

– Manifestaciones Clínicas

En las manifestaciones cardiovasculares por consumo de cocaína encontramos hipertensión arterial (HTA en lo adelante), isquemia e IAM, miocarditis, miocardiopatía dilatada, arritmias, endocarditis, hipertrofia ventricular. La HTA está dada por el aumento de los efectos inotrópicos, cronotrópicos y el aumento de la vasoconstricción periférica.

El riesgo de un IAM aumenta 24 veces en los 60 minutos posteriores al uso de la cocaína. Existen estudios que han determinado una duración promedio de 18 horas entre el consumo y el comienzo de los síntomas, pero se han reportado incluso hasta cuatro días después. La ocurrencia del IAM después del uso de la cocaína no tiene relación directa con la dosis o la frecuencia de su uso. La pared anterior es el sitio más frecuente del infarto. El dolor se acompaña a menudo por ansiedad, disnea, palpitaciones, y náuseas.¹³

La complementaria troponina es el marcador más confiable para medir IMA en estos casos teniendo

en cuenta que la enzima creatinfosfoquinasa (CPK en lo adelante) puede elevarse por hipertermia y rbdomiólisis, manifestaciones que también podemos encontrar en la intoxicación aguda por cocaína.

En el abordaje del paciente con consumo agudo de cocaína y dolor torácico, en quien se sospecha un Síndrome Coronario Agudo, es importante establecer el tiempo entre el consumo y el evento el cual es generalmente corto, aunque existen reportes de hasta dos semanas luego de la última exposición. Entre las ayudas diagnósticas fundamentales están el electrocardiograma y la troponina I. El electrocardiograma puede ser difícil de interpretar por trastornos de repolarización temprana en pacientes jóvenes, en este escenario tiene una sensibilidad del 36% y especificidad del 90%, con un valor predictivo positivo del 18% y un valor predictivo negativo del 96%.¹⁴⁻¹⁷

En un estudio realizado en México sobre las alteraciones electrocardiográficas en los usuarios de cocaína Los efectos más relevantes que causa el consumo crónico de cocaína sobre el sistema cardiovascular son, espasmo coronario, depresión de la función ventricular y trombosis causantes del IAM, que electrocardiográficamente se manifiestan como presencia de ondas Q, elevación del segmento S-T, ondas T invertidas, ensanchamiento del complejo QRS y prolongación de los intervalos PR y QT, también se pueden presentar arritmias ventriculares y auriculares.

Entre las arritmias asociadas al consumo de cocaína sobresalen bradicardia sinusal, taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, bloqueo AV completo, bloqueos de rama, ritmo idioventricular acelerado, asistolia, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular.¹⁸

Le siguen en frecuencia al IAM y a las arritmias, las miocarditis. El resto de las complicaciones cardiovasculares de la cocaína son más raras, aunque de manera más tardía podemos encontrar la aterosclerosis, miocardiopatía, insuficiencia cardiaca, disección aórtica y endocarditis. Por lo anteriormente expuesto, la posibilidad de abuso de cocaína debe ser tomada en cuenta en aquellos pacientes que se presenten con historia de consumo, alguna de las complicaciones descritas y en los que no se evidencia otra probable causa.

- Protocolo de actuación

El tratamiento va encaminado a mantener las funciones vitales y tratamiento sintomático.

Medidas Generales

- Mantener vía aérea permeable.
- Monitoreo cardiovascular.
- Vigilar diuresis.
- Mantener Balance Hidromineral. A todo paciente inconsciente o con signos severos de toxicidad (convulsiones, arritmias, depresión respiratoria) debe medirse los electrolitos, la función renal, saturación de oxígeno y la gasometría arterial.
- Si se requiere realizar una intubación endotraqueal, no se sugiere utilizar succinilcolina

La enzima colinesterasa plasmática metaboliza tanto la succinilcolina como la cocaína, por tanto, la administración conjunta puede prolongar los efectos de la cocaína. Se aconseja usar un antagonista colinérgico nicotínico, u otros inductores como las benzodicepinas o propofol

Tabla 1. Tratamiento sintomático y/o complicaciones cardiovasculares en la intoxicación por cocaína.

Arritmias cardiacas	<ul style="list-style-type: none"> -Diazepam (ámp 10mg)1-2 ámp IM -Bicarbonato de Sodio (QRS ancho) 1.2-1.8litros/hora -Amiodarona (ámp150mg) 1 ámp diluido en 10cc dextrosa EV lento. Repetir a la ½ hora sino resuelve. Continuar con 300 mg en frasco Dext 5%. No pasar 1200mg 24 hrs
Hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> -Diazepam (ámp 10mg)1-2 ámp IM -Nitroglicerina. (Tab 0.5mg y ámp 5mg/5ml). Si el paciente lo permite usar primero nitroglicerina sublingual (1 Tab) sino o seguido de nitroglicerina en ámpulas, por encima de 1mcg/kg/mnto. -Nitropusiato de Sodio (ámp 20mg). 0.5-8mcg/mnto. Comenzar con dosis bajas hasta disminuir TA (tensión arterial). -Nifedipino 10-20mg Tab sublingual -Verapamilo (Ámp 5mg) QRS estrecho 2.5mg EV lento. Puede repetir a los 15 mntos sin pasar de 15mg Fentolamina 5-20 mg IV c/5-15 mntos
Síndrome coronario agudo	<ul style="list-style-type: none"> -Diazepam (ámp 10mg)1-2 ámp IM -Nitroglicerina (ámp 5mg) 0.1-1 mcg/kg/mnto -ASA 125 mg o ASA 81 mg <p>En síndrome coronario agudo, será preferible la angioplastia primaria al uso de fibrinolíticos por el incremento del riesgo de</p>

	sangrados e HTA secundarios al uso de cocaína.
--	--

La mayoría de los efectos cardiovasculares en la intoxicación aguda por cocaína están mediados por el sistema nervioso simpático, por tanto, la sedación con benzodiazepinas, usando las dosis y la vía de administración adecuadas, en general son suficientes para aliviar los mismos. Para el tratamiento sintomático y de las complicaciones se recomienda además de la oxigenoterapia. Por ello la consideramos de primera línea en el manejo de la clínica cardiovascular de los principales síntomas en la intoxicación por cocaína.

Se sugiere evitar el uso de lidocaína y beta bloqueadores.¹⁵⁻¹⁷

CONCLUSIONES

- El bloqueo de los canales de Sodio, las alteraciones de las catecolaminas y el efecto procoagulante son los elementos de la toxicodinamia que más inciden en la cardiotoxicidad por cocaína.
- Las manifestaciones más frecuentes son la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y las arritmias.
- Se diseñó un protocolo donde la sedación con benzodiazepinas resulta eficaz independientemente del uso de otros medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe mundial sobre las drogas 2021 de UNODC: Los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Viena. Junio de 2021. Disponible en:

- https://www://unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_
2. Informe mundial sobre las drogas 2021. Tendencias del mercado de drogas: cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico. Folleto 4. Viena. 2021. Disponible en: <https://www.dianova.org/es/noticias/informe-mundial-sobre-las-drogas-2021/>
 3. Informe mundial sobre las drogas 2021. Covid 19 y drogas: Impactos y perspectivas. Folleto 5. Viena. 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet/5.html
 4. David J. La cardiotoxicidad de la cocaína, cuadernos de medicina forense;2(3):17-27. Disponible en: <https://www.csjn.gob.ar>
 5. Romero R. Complicaciones cardiológicas del uso de cocaína. Medwave, septiembre 2003.
 6. Fuenzallida A, Valdez BM, Fajún A. Infarto agudo al miocardio asociado al uso de cocaína: ¿Una entidad diferente? Rev chil cardiol [internet]. 2014[citado 2022 enero 14];33(2):123-126. Disponible en: <https://www.scielo.cl.php?>
 7. Sotelo M. Alteraciones electrocardiográficas en pacientes usuarios de cocaína (crack), asistentes a tratamiento por primera vez en la Unidad de hospitalización ECATEPEC. Centros de integración juvenil; 2010-2011. Disponible en: <https://www.biblioteca.cig.gob.mx>
 8. Fundación española del corazón. La cocaína pasa factura al corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com>
 9. Cortés F. Efectos cardiovasculares en usuarios de cocaína. Revista Médica Sinergia. Mayo 2019;4(5):5-14. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.222>
 10. Stankowski RV, Kloner RA, Rezkalla SH. Cardiovascular consequences of cocaine use. Trends in Cardiovascular Medicine. 2015;25(6):517-526. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2014.12.013>
 11. Encuesta nacional sobre la salud y el consumo de drogas. Disponible en: <https://nsduhweb.rti.org>
 12. Kapitan M, Negrin A, Lujambio M, Zocalo Y, Pan M, Langhain M, et al. El abuso crónico de clorhidrato de pasta base de cocaína asociado al envejecimiento arterial y aumento del riesgo cardiovascular en jóvenes asintomáticos [resumen]. Rev Urug Cardiol 2013;28 Supl1:S37.
 13. Egred M, Davis G. Cocaine and the heart. Postgrad Med J. 2005; 81:568-571.
 14. O'Leary ME, Hancox JC. Role of voltage-gated sodium, potassium and calcium channels in the development of cocaine-associated cardiac arrhythmias. Br J Clin Pharmacol. 2010;69(5):427-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03629.x>
 15. Ifedili I, Bob MT, Kadire SR, Heard B, John LA, Zambetti B, et al. Cocaine Positivity in ST-Elevation Myocardial

- Infarction: A True or False Association. Perm J. 2019;23.
16. Phang KW, Wood A. Cocaine use and delayed myocardial ischemia and/or infarction. BMJ Case Rep. 2014;2014. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-204599>
17. Rivas N, Berrouet MC. Síndrome coronario asociado al consumo de cocaína: serie de casos. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. Julio 2020;22(2). e-ISSN 2538-9.

SOBRE LOS AUTORES

1. Especialista Medicina Interna. MSc Toxicología Clínica. MSc Prevención del uso indebido de drogas. Profesora e Investigadora Auxiliar. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba. Email: yagarg510@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0001-5730-2585>
2. Especialista en Medicina General Integral. Especialista en Toxicología. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-3172-0994>.
3. Especialista en Medicina General Integral. Especialista en Toxicología. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba. Profesor Instructor. <https://orcid.org/0000-0003-3387-0494>
4. Especialista en Medicina general Integral. Especialista en Psiquiatría General. Profesor Asistente. Hospital Militar Central “Dr. Carlos Juan Finlay”. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-4860-3874>
5. Especialista Medicina General Integral Militar. Especialista en Toxicología. MSc Toxicología Clínica. Profesora Instructora. Centro Nacional de Toxicología. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-5731-5658>

Irelis Castro Pérez¹, Leticia Virgen de los Reyes Romero², Betsabé Vila Castro³

RESUMEN

Introducción: El alcohol es la única droga legal, capaz de producir los mismos daños que cualquier droga dura. Actualmente se considera como una práctica de aceptación social y como un medio de socialización en diversos grupos sociales como son los adolescentes.

Objetivo: Describir las características de los adolescentes, su vulnerabilidad ante el consumo de alcohol y las acciones para prevenir su consumo.

Desarrollo: Se realizó una revisión sistemática en junio del 2022. Se partió de una búsqueda exhaustiva en bases de datos de internet de artículos de actualidad científica y en literatura de autores reconocidos en temas relacionados con la adolescencia, el alcoholismo y su prevención. A partir de ello se identificaron las características psicosociales de la adolescencia, los daños que ocasiona el consumo de alcohol en esta etapa del ciclo vital humano y las principales acciones preventivas aplicables.

Conclusiones: Los adolescentes poseen características que los hacen vulnerables y constituyen factores de riesgo para el consumo de alcohol. Se recomienda a las instituciones sociales trazar acciones de prevención con el fin de disminuirlos, así como potenciar factores protectores.

Palabras Clave: adolescencia, alcohol, vulnerabilidad, factores de riesgo, factores protectores.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol is the only legal drug, capable of producing the same damage as any hard drug. It is currently considered as a socially acceptable practice and as a means of socialization in various social groups such as adolescents.

Objective: To describe the characteristics of adolescents, their vulnerability to alcohol consumption and actions to prevent its consumption.

Development: A systematic review was conducted in June 2022. It was based on an exhaustive search in internet databases of current scientific articles and literature of recognized authors on topics related to adolescence, alcoholism and its prevention. From this, the psychosocial characteristics of adolescence, the harm caused by alcohol consumption at this stage of the human life cycle and the main applicable preventive actions were identified.

Conclusions: Adolescents possess characteristics that make them vulnerable and constitute risk factors for alcohol consumption. It is recommended that social institutions design preventive actions in order to reduce them, as well as to enhance protective factors.

Key words: adolescence, alcohol, vulnerability, risk factors, protective factors.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo que comprende desde los 12 o 13 años hasta alrededor de los 19 o 20 años. Es un periodo idóneo para la adquisición de determinados hábitos y actitudes que pueden ser dañinas, tales como el consumo de alcohol y otras drogas, las cuales pueden permanecer en la adultez, si no se manejan de forma adecuada, llegando a provocar afectaciones a la salud del individuo y la sociedad.¹

En esta edad de transición de la infancia a la adultez, este grupo enfrenta determinadas contradicciones con los adultos, surge además un enfrentamiento con el grupo social de la calle, con los cuales resulta evidente que se desarrollen sentimientos contradictorios al no ser aceptados en este grupo, o se sienten amenazados y temerosos de lo desconocido o pueden experimentar necesidad de romper con los vínculos familiares, hechos que pueden condicionar el consumo de drogas.^{2,3}

Las cifras de adolescentes y jóvenes consumidores aumentan cada año, de esta manera el consumo de bebidas alcohólicas empieza en la edad escolar, existiendo entre un 15% y un 20% de escolares que consumen de forma regular antes de los 12 años. De ellos el 5 % tiene un consumo excesivo de riesgo. Estos porcentos se incrementan con la edad llegando a alcanzar el 40%.^{4,2}

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) en 2018, sobre la situación mundial del alcohol y la salud, estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol. La mayor prevalencia de hombres en relación a las mujeres se registra en la región de Europa (con un 14,8% y 3,5%, respectivamente) y la región de las Américas (con un 11,5% y 5,1%, respectivamente), siendo más frecuentes en países de altos ingresos, como Estados Unidos.

El consumo nocivo de alcohol es la causa de más del 5% de la carga mundial de morbilidad. En el año 2016 murieron más de 3 millones de personas como consecuencia del consumo nocivo de alcohol. Según tales cifras, el alcoholismo representa la causa de 1 de cada 20 muertes. De todas las muertes registradas por alcoholismo, más de las tres cuartas partes correspondieron a hombres. El 28% de las muertes se asocia con

lesiones causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal. En el 21% de los casos se asocia a trastornos digestivos. En el 19% se asocia a enfermedades cardiovasculares.⁵

Independientemente de que no se pueda absolutizar, la realidad nos revela que existe relación entre adolescentes, fiestas y bebidas alcohólicas, como tampoco se puede negar el riesgo que implica para los adolescentes la ingestión de bebidas alcohólicas de manera frecuente. Es por ello que los esfuerzos más significativos en la lucha contra las sustancias tóxicas deben dirigirse hacia la prevención.⁴

Teniendo en cuenta lo antes planteado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Constituye la adolescencia una etapa vulnerable para el consumo de alcohol? ¿Cómo prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes?

Para dar respuesta a las interrogantes anteriores, se propone como objetivos: describir las características de la adolescencia y su relación con el consumo de alcohol, además de las acciones de prevención de la enfermedad en dicha etapa del desarrollo.

DESARROLLO

Características psicosociales de la adolescencia.

La adolescencia es un período del desarrollo donde se producen cambios rápidos a nivel físico, los cuales están relacionados con el desarrollo sexual, las funciones ejecutivas cerebrales, la cognición social, el enfrentamiento a las demandas psicosociales como la lucha por reducir su dependencia hacia los padres, una creciente influencia e importancia del apego a sus pares, la búsqueda de la identidad personal, de novedades, involucramiento social, intensidad emocional y creatividad. Independientemente de que estos cambios son parte del desarrollo normal y que la gran mayoría de los adolescentes transita por este

período sin grandes problemas, en algunos casos se pueden observar dificultades en su desarrollo. ⁶

Según la OMS, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. Puede dividirse en tres periodos: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). ⁶

El desarrollo psicosocial del adolescente posee características diferentes en cada una de las tres etapas, siendo las siguientes: ⁷

Adolescencia inicial: ocurren los cambios puberales:

- Coincide generalmente con la culminación de la enseñanza primaria e inicio de la secundaria.
- Pérdida de la preocupación por el cuidado e higiene personal en relación con la etapa escolar.
- Permanecen algunas características de pensamiento lógico concreto.
- El grupo de iguales pasa a ejercer un rol protagónico.
- Inicio de las actividades sexuales (masturbación y primeras experiencias sexuales, generalmente muy apasionadas y con poca ternura).
- Surge el enamoramiento, que se caracteriza por ser muy intenso, de breve duración y repetido.
- Cuando forman pareja tienden a separarse del grupo de iguales.

Desarrollo psicosocial. Adolescencia media

- Fundamentalmente en los adolescentes del sexo masculino persiste la tendencia hacia el descuido e higiene personal.
- Alcanza el pensamiento lógico abstracto.
- Se consolida la propia identidad.
- Se integran a grupo de iguales de ambos sexos.

- Las relaciones amorosas y sexuales son más perdurables.
- Incorporan al vocabulario nuevas formas de expresión, modismos, utilizadas solo entre adolescentes y muestran poco interés por el adecuado uso del lenguaje, fundamentalmente en el sexo masculino.
- Búsqueda de nuevos modelos a imitar, de ídolos y líderes, fuera del medio familiar.
- Se incrementan las manifestaciones de carácter humanista, contrastando con un fuerte rechazo hacia las personas o grupos, cuyo origen e ideas son diferentes a las suyas.

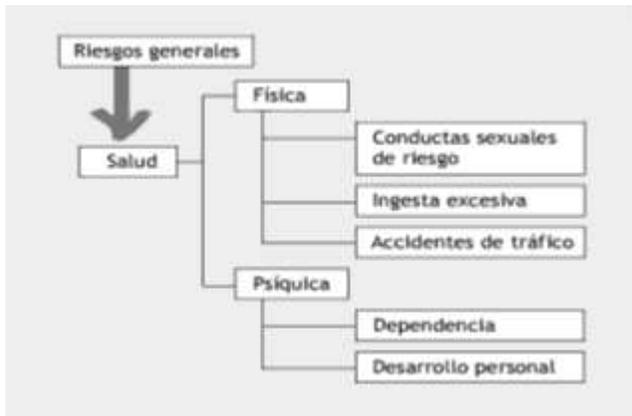
Desarrollo psicosocial. Adolescencia Tardía

- Comienzan a mostrar interés por el cuidado de su apariencia e higiene personal.
- El desafío a los valores de las figuras paternas y generaciones anteriores persiste, pero sin confrontación permanente ni la hostilidad de fases anteriores.
- Capacidad de planificar y pensar en el futuro.
- Definición vocacional.
- Inician relaciones amorosas más estables, con ánimo de intimidad y de compartir diversos aspectos de la vida.
- Pueden iniciar la convivencia en pareja, sin llegar al matrimonio, ni presentar las responsabilidades legales, psicológicas, económicas y sociales que el mismo conlleva. ⁷

Estas características junto a la inestabilidad emocional que poseen los adolescentes por desconocimiento, temor a nuevas vivencias o toma de decisiones y baja autoestima, los pueden inducir al consumo de alcohol y drogas ilegales, a problemas escolares, relaciones sexuales desprotegidas, problemas legales, alteraciones

afectivas, accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.⁸

Fig. 1. Cuadro que representa los daños que ocasiona el alcoholismo en los adolescentes.



Alcoholismo y adolescencia

La palabra alcohol, proviene del árabe alkuhl (esencia o espíritu), y es la droga más consumida en el mundo, es una bebida de alto consumo social, considerada como droga dura, por ser la única sustancia producida para el consumo humano, sin fines médicos, capaz de producir los mismos efectos que las drogas ilegales, aun cuando su uso no sea estrictamente social. También es considerada como droga modelo y portera. Su uso por el hombre en forma de brebaje data desde los albores de la humanidad. Desde esa época se distinguieron dos grandes categorías de consumidores: aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y otros que pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.^{3,9}

Las historias bíblicas reflejan las consecuencias del consumo de alcohol y se mantienen vigentes hasta la actualidad, así como la incorporación del vino en las comidas, la cerveza y las bebidas destiladas para buscar efectos psicoactivos que modifican el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, según patrones y circunstancias de consumo, lo cual ha favorecido la aceptación

sociocultural del uso de bebidas alcohólicas hasta nuestros días.^{7,10}

En el año 1849, Magnus Huss acuñó el término alcoholismo, lo cual constituyó el primer intento científico para liberar al paciente alcohólico de las concepciones anatómo-patológicas que consideraban el alcoholismo como síntoma de debilidad de carácter, estrés social o psicológico, además de un comportamiento aprendido o inadaptado.¹¹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición, American Psychiatric Association, DSM V de 2014), define el trastorno por consumo de alcohol como un modelo problemático de consumo de esta sustancia, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo, donde debe cumplirse al menos dos de los once criterios establecidos para el diagnóstico, en un plazo de doce meses.¹²

El consumo de alcohol constituye un importante factor de riesgo de diversas consecuencias nocivas para toda la vida; sin embargo, en la adolescencia cobra mayor relevancia por sus efectos negativos en el desarrollo físico y mental de estos. En este sentido se plantea que, a nivel mundial, 155 millones de adolescentes consumen alcohol, siendo el continente americano el segundo de mayor incidencia.¹³

Factores de riesgo y protectores del consumo de alcohol

Existen factores que condicionan al adolescente a la hora de iniciar el consumo de alcohol, estos factores se pueden definir como factores de riesgo, entendidos como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas”.¹⁴⁻¹⁶

Dada la naturaleza multicausal del consumo de alcohol, los factores de riesgo pueden clasificarse

en: factores biológicos, personales, psicológicos, familiares, escolares y sociales.

- Factores Biológicos: Están relacionados con la predisposición genética, al uso y desarrollo de la dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.
- Factores Personales: Están relacionados con la edad, la salud física y mental, el estrés, las creencias, expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones placenteras, la personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, apatía, pérdida de valores e inseguridad. El uso inadecuado del tiempo libre es otro de los factores que favorecen el consumo de alcohol en los adolescentes.⁶
- Factores Psicológicos: Guardan estrecha relación con la baja autoestima, signos de ansiedad y depresión, problemas de conducta, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, baja tolerancia a las frustraciones y estilos de afrontamiento inadecuados, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad para divertirse.
- Factores Familiares: Disfuncionalidad familiar, manifestado en el maltrato, conflictos familiares, padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, estilos educativos autoritarios y permisivos, carencia afectiva, frustración familiar, la mala relación con hermanos, carencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, así como mala comunicación entre los miembros de la familia.
- Factores Escolares: Alteración del comportamiento, timidez, agresividad en

clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, relación con compañeros de mala conducta social, abandono escolar temprano, inadecuadas relaciones comunicacionales y de cordialidad entre estudiantes y profesores, así como aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad.

- Factores Sociales: Normas o leyes sociales que favorecen el consumo, accesibilidad al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores.¹⁴

Es importante reconocer el impacto significativo que tiene cada uno de los factores de riesgo sobre la respuesta personal hacia el consumo de alcohol, aunque generalmente estos no influyen de manera precisa en la decisión o no de consumir, sino que estos factores se interrelacionan entre sí, aumentando la probabilidad de consumo de alcohol, por lo que es más difícil encontrar una única causa del origen de esta conducta.

Para atenuar o disminuir los factores de riesgo existen otros factores denominados protectores, los cuales han sido definidos como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo”. Estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo y su repercusión también varía a lo largo del proceso del desarrollo del adolescente. Los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y sociales.¹⁴

- Factores Personales: Se relacionan con el adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, elaboración de proyectos de vida, aptitudes sociales, habilidad de solución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía,

independencia y planificación del tiempo libre.

- Familiares: Relacionado con un ambiente cálido, con buenas relaciones entre padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros y precisos, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre.
- Psicológicos: Autocontrol, adecuada autoestima, empatía, asertividad, capacidad de tolerancia a la frustración y de postergar la satisfacción.
- Escolares: Ser perseverante en los estudios, tener apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, establecer lazos cordiales, buena relación con los compañeros, buena relación entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento del trabajo en equipo y de la creatividad.
- Sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y mejor aprovechamiento del tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia.¹⁴

Cabe destacar la importancia de conocer los factores de riesgo y protectores que influyen en el consumo de alcohol de manera que se logre la prevención de la enfermedad en los adolescentes.

Acciones de prevención del consumo de alcohol en la adolescencia

El alcoholismo es una enfermedad crónica que produce graves consecuencias en la salud física y

mental del consumidor y en las relaciones sociales de éste. Por lo que se impone el desarrollo de estrategias o acciones de prevención del consumo de alcohol desde etapas tempranas. En este sentido en la literatura revisada se documenta como se debe potenciar en los adolescentes la asistencia a lugares recreativos de forma sana, fortaleciendo el hábito de lectura, las actividades deportivas y el empleo de diferentes programas.^{17,18}

Algunas de las acciones que se pueden tomar para controlar, prevenir y disminuir el consumo de alcohol en esta etapa del desarrollo son las siguientes:

- Fijar una edad para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas.
- Establecer más espacios recreativos sin alcohol.
- Prohibir el consumo de alcohol en espacios de ocio como aquellos que están relacionados con el deporte.
- Prevenir a través del ejemplo y la educación en el hogar, enseñando a los adolescentes a compartir con amigos y familia sin consumo de alcohol.
- Disminuir los factores de riesgo fortaleciendo habilidades sociales como: manejo de las emociones, comunicación asertiva, toma de decisiones, afrontamiento adecuado a situaciones de riesgo de consumo, entre otras.
- Enseñarle actividades sustitutivas al consumo de alcohol tales como: la lectura, cine, baile, música, videojuegos, deportes, hobbies.
- Promoción de hábitos saludables, como la práctica de ejercicios físicos y comida saludables.

Realizar talleres y actividades desde los centros educativos para exponer y sensibilizar a los

adolescentes sobre las consecuencias del alcoholismo, como también se pueden realizar ejercicios de role-playing para que aprendan a gestionar las situaciones de riesgo de consumo como la presión de grupo de iguales para consumir alcohol. 19,20

CONCLUSIONES

Las características típicas de los adolescentes como etapa del desarrollo constituyen factores de riesgo para el consumo de alcohol, por lo que estos son más vulnerables a iniciar conductas de consumo. La multicausalidad de este flagelo social, supone la integración de todos los factores e instituciones sociales empeñados en la eliminación o disminución del consumo de alcohol en los adolescentes, para realizar acciones preventivas dirigidas a intervenir sobre los factores de riesgo y potenciar los factores protectores que influyen en el inicio y mantenimiento de la adicción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 29 Nov 2021];18(1):05-07. Disponible en: <http://temas.sld.cu/adolescencia/2014/04/21/adolescencia-definicion-vulnerabilidad-y-oportunidad/>
2. Tangui B. Drogadicción, un enfoque integral. 1ª ed. La Habana, Cuba: José Martí. 2018
3. Góngora O, Gómez Y, Ricardo M, Pérez J, Hernández E, Riverón W. Comportamiento del alcoholismo en adolescentes. Acta Médica del Centro [Internet]. 2019 [citado 29 Nov 2021];13(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/979>
4. Cuéllar J, Bravo T, Guerra V, Coronados Y. Caracterización del consumo de alcohol en adolescentes. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [revista en Internet]. 2019 [citado 29 Nov 2021];10(2) Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/274>
5. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report.
6. Páez Y, Lago Y, Vall T, Sosa J, Coro Z, Báez M. Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes: una revisión sistemática. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 1 Dic 2021];25(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8072>
7. Fabelo JR, Iglesias S. Prevención y atención de los trastornos adictivos. 1ª ed. La Habana: Ciencias Médicas. 2018.
8. Pérez E, Soler Y, Pérez R, González G. Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 1 Dic 2021];20(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/151>
9. González A, Menéndez R. Tácticas para vencer las drogas blandas y duras. Consejos de un viejo adictólogo. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. 2017.
10. González A, Menéndez R. Donaire, Calabuch I. Marihuana. Posibles beneficios vs Tragedias cotidianas. Editorial Academia. La Habana, Cuba.

11. González R. Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. Editora política. La Habana, Cuba, 2009. 2017.
12. American Psychiatric Association 5^a edición: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM V, 2014.
13. Cabanillas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(1):148-54 .doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>
14. Ahumada JG, Gámez ME, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. Ra Ximhai. 2017;13(2):13-24. [Fecha de Consulta 2 de diciembre de 2021]. ISSN: 1665-0441. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
15. Valdés MM. Caracterización de la conducta de riesgo al consumo de alcohol en adolescentes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, jun 2021;25(3):e5056,. ISSN 1561-3194. Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5056>. Fecha de acceso: 01 dic. 2021
16. Urday F, et al. Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. Enfermería Actual de Costa Rica [online]. 2019;(36):19-35. ISSN 1409-4568. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>.
17. Biolatto L. Estrategias con adolescentes para prevenir el consumo problemático de alcohol: modalidades y ámbitos de aplicación. Hacia Promoc. Salud. 2018;23(2):48-66. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.4
18. Perlaza CL, Cruz FE. Uso del tiempo libre y consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa de Cali. Enfer Inv [Internet]. 2019 [citado 19 Oct 2020];4(1):14-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i1.47>
19. Cuídate Plus. Problemas con el alcohol en la adolescencia. 2019 [citado: 30 nov 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/problemas-alcohol-adolescencia.html>
20. Luque Z. Cómo prevenir el alcoholismo en los jóvenes. [Internet]. Psicología-Online.2020 [citado 30 nov 2021]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/como-prevenir-el-alcoholismo-en-los-jovenes-5063.html>.
21. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021.
22. Zayas C, García I, Pérez M, Padrón C. Repercusión del alcoholismo en la vida del hombre. Universidad Médica Pinareña [revista en Internet]. 2017 [citado 1 Dic 2021];12(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/198>.

SOBRE LOS AUTORES

1. MSc. Profesor Instructor. Hospital Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba
Email: irelisc@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0001-6350-2356>
2. Licenciada en Psicología. Profesor Instructor. Hospital Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba, Email: leticia.vr@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0002-0778-3453>
3. **Estudiante de 3er año de la carrera de Medicina. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba. Facultad No. 1.** <https://orcid.org/0000-0003-4640-3000>

Yoliennys Rodríguez Lechuga ¹, Leanet Viñas Martínez ², M Liliana Achado Laborde ², Pedro Kirkour Díaz ²

RESUMEN

Introducción: el tabaco es una de las drogas legales más consumida en el mundo, y es el cigarro la forma más común de consumo. El tabaquismo es factor de riesgo y a la vez una adicción compleja con componentes físicos, psicológicos y sociales, los efectos de la nicotina sobre el organismo incluyen daños al sistema cardiovascular, respiratorio, hematológico, endocrino y nervioso. Cuba tiene altas cifras respecto al resto de los países del Caribe, por lo que constituye un importante problema de salud.

Objetivo: se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de explicar los hallazgos más actuales acerca del trastorno por consumo de tabaco, o tabaquismo.

Método: se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Medline/Pubmed. En la revisión se incluyeron los artículos relacionados con estudios transversales, cohortes y revisiones sistemáticas, así como citas encontradas en los artículos que fueran de interés; que cumplieran con una buena calidad metodológica; y excluidos los que no contenían una descripción clara. Fueron utilizadas un total de 22 referencias bibliográficas.

Resultados: se realizó una revisión exhaustiva de trabajos publicados por otros investigadores sobre los hallazgos del tabaquismo.

Conclusiones: el tabaquismo es una epidemia silenciosa que disminuye los logros en salud que hoy se tienen y con esta investigación se logró explicar los hallazgos más actuales acerca del trastorno por consumo de tabaco.

Palabras clave: tabaco; drogas; adicción; nicotina

ABSTRACT

Introduction: Tobacco is one of the most consumed legal drugs in the world, and cigarettes are the most common form of consumption. Smoking is both a risk factor and a complex addiction with physical, psychological and social components. The effects of nicotine on the body include damage to the cardiovascular, respiratory, hematological, endocrine and nervous systems. Cuba has high figures with respect to the rest of the Caribbean countries, making it an important health problem.

Objective: a bibliographic review was carried out with the aim of explaining the most current findings on tobacco use disorder, or smoking.

Method: a literature review was carried out in the Medline/Pubmed database. The review included articles related to cross-sectional studies, cohorts and systematic reviews, as well as citations found in the articles that were of interest; that complied with good methodological quality; and excluded those that did not contain a clear description. A total of 22 bibliographic references were used.

Results: an exhaustive review of works published by other researchers on the findings of smoking was carried out.

Conclusions: smoking is a silent epidemic that diminishes the health achievements we have today and with this research we were able to explain the most current findings on tobacco use disorder.

Keywords: tobacco; drugs; addiction; nicotine

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es factor de riesgo y a la vez una adicción compleja con componentes físicos, psicológicos y sociales. Es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno.¹

Las estadísticas mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) afirman que el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo.²

A nivel mundial el tabaco es la primera causa de muerte prevenible y un elemento relevante para las enfermedades crónicas no transmisibles, y cada año mata a más de seis millones de personas, de las cuales, unas 600 mil pierden la vida por respirar humo ajeno, de acuerdo con la OMS.³

En Cuba, la prevalencia del tabaquismo ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto; entre los 78 países miembros de la OMS ocupa el lugar 28. A escala nacional se estimó, según la encuesta nacional de factores de riesgo del año 2010, que fumaban el 23,7% de la población de 15 años y más. Entre las mujeres el 16% fuma, es decir, aproximadamente dos de cada 10, mientras entre los hombres tres de cada 10, el 31%.^{1,2}

El 74,8% de los fumadores se inició antes de los 20 años de edad, uno de cada 10 fumadores antes de los 12 años de edad y cuatro de cada diez entre 12 y 16 años. En cuanto a la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, se encontró que el 41% de los adultos cubanos declaró vivir en hogares en los que se fuma.³

Actualmente Cuba ocupa el tercer lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a la adicción al tabaco, y de las 10 primeras causas de muerte, ocho de ellas están vinculadas con tal adicción, lo cual constituye un reto para la población y las autoridades de salud.^{3,4}

Esta problemática también se revela en Cuba, donde en la actualidad el consumo de productos del tabaco se encuentra por encima del promedio de consumo en el continente, con un 37% hombres y 14,5% en mujeres, según el informe estadístico del tabaco en Cuba publicado el 18 de diciembre del año 2019.⁴

La actualidad en Cuba, en la provincia de Camagüey y en el municipio, apunta a la disminución del consumo en la adultez y a un incremento del mismo en las etapas de la adolescencia y la juventud. Cada vez son mayores las cifras de los que se inician en el consumo de tabaco en estos grupos de edades, en lo cual parece incidir la falta de percepción de riesgo y el escaso auto cuidado frente al tabaquismo.

En la sociedad cubana, fumar cigarrillos, constituye una de las prácticas más comunes del abuso de drogas legales. Sumado a esto, la actualización del concepto del trastorno por consumo de tabaco (TCT en lo adelante), o tabaquismo, así como los constantes avances en las diversas esferas relacionadas con el tema, motivaron a los autores a la realización de esta revisión bibliográfica, con el objetivo de explicar los hallazgos más actuales acerca del trastorno por consumo de tabaco, o tabaquismo.⁵

DESARROLLO

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es a menudo progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, a pesar de consecuencias adversas y distorsiones del pensamiento, más notable la negación.⁶

En la actualidad la preocupación por disminuir el consumo de sustancias legales e ilegales se ha convertido en un problema social y un tema de salud pública. Las estrategias de prevención buscan generar factores protectores que disminuyan la vulnerabilidad al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo asociadas a estos, mediante el desarrollo de habilidades y capacidades para la toma de decisiones, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como fortalecer las redes familiares, comunitarias y la integración social.⁷

El consumo de tabaco es considerado un problema de salud pública por su magnitud, por las consecuencias sanitarias que conlleva, y por los elevados costos económicos y sociales que genera. Además, la ciencia ha demostrado de manera irrefutable que la exposición al humo de tabaco es causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad.⁸

El tabaco es una de las drogas legales más consumida en el mundo. Los cigarrillos son la forma más común de uso de este, representando un 90% del total. También puede ser consumido de otras formas: con pipas, puros, o mascándolo. Sin embargo, no importa cuál sea la forma de consumo; el principio activo que refuerza su uso continuado es el mismo: la nicotina.⁹

Fumar cigarrillos constituye una de las mayores causas de enfermedad y muerte; y a su vez, la causa más evitable de morbimortalidad.¹⁰

La prevalencia del consumo de tabaco es muy variada en el mundo, aunque ha tenido un comportamiento similar, ya que, en las estadísticas brindadas por la OMS, procedentes de diferentes países, se ha mostrado: 1) una ligera disminución del consumo por año, y 2) un predominio del sexo masculino como consumidor.^{11, 12}

La OMS plantea que existen en el mundo 1 300 millones de fumadores, y que unos 100 000

comienzan a fumar antes de los 18 años de edad, lo que es más connotado en los países en desarrollo. También opina que cada año se registran cerca de cinco millones de fallecidos por causas relacionadas con este hábito, y estima que la mortalidad podría duplicarse de continuar la tendencia actual de consumo.¹³

El hábito de fumar o tabaquismo se define como el consumo usual de cualquier producto del tabaco, y es una conducta aprendida por el fumador que conforma un sistema de creencias que le genera una satisfacción física y psicológica. Mientras más tiempo fuma una persona, mayor será la probabilidad de daños a la salud, e incluso de muerte por enfermedades relacionadas con este hábito.¹⁴⁻¹⁶

El tabaquismo, independientemente de la magnitud, causa daños a la salud del individuo que lo practica, la familia, la sociedad y al ambiente; de hecho, se considera que el humo de tabaco es un cancerígeno humano, y la exposición a este afecta a niños y adultos que no fuman, a los que se les identifica como fumadores pasivos.¹⁶

A lo largo de los años, el tabaquismo ha sido considerado un factor de riesgo para diferentes enfermedades, como el cáncer, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica, que tienen elevada incidencia en la población cubana, entre otras enfermedades en cuya etiopatogenia se reconoce la relación con el hábito de fumar.¹⁷

Desde 1988, la nicotina, uno de los componentes esenciales del tabaco, se clasificó como una sustancia adictiva y se consideró que la adicción a los productos de tabaco causada por la nicotina es semejante a la adicción que produce el uso de drogas como la heroína y la cocaína, por lo que en la actualidad se revela la polémica de que si el tabaquismo es un factor de riesgo o una enfermedad. La adherencia de un individuo a la nicotina significa que no puede dejar de

consumirla sin importar si le hace daño, por tanto, lo que le genera dependencia física, psicológica y social. La nicotina principal alcaloide de la *Nicotiana Tabacum*, es la responsable de la dependencia, por la cual, considerando el tabaquismo como una forma más de drogadicción, se debe utilizar el término de dependencia a la Nicotina. El acto de fumar, por sí mismo consiste en tanto en la inhalación directa del humo del cigarro como del que se encuentra en la atmósfera derivado de la combustión del mismo. Se deposita selectivamente en pulmones, bazo, hígado y cerebro donde las concentraciones suelen duplicar a las concentraciones de sangre. La nicotina, afecta al funcionamiento de las vías mesolímbicas dopaminérgicas, sobre todo a las conexiones entre el núcleo accumbens, área tegmental ventral y corteza frontal, tiene un efecto reforzador positivo y se produce un incremento del funcionamiento dopaminérgico mediado por una acción indirecta de activación de los receptores nicotínicos. Provoca también una inhibición de los reflejos medulares, un incremento del tiempo de reacción y una facilitación de la memoria; produce tolerancia rápida a los efectos desagradables iniciales tales como mareos, náuseas, vómitos, piloerección, sudoración y taquicardia, no se desarrolla tolerancia a los efectos psíquicos, lo que provoca un incremento progresivo del consumo de tabaco.¹⁸

En tal sentido, la OMS considera que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con periodos de recaídas, posición que tiene a manifestarse en Cuba, donde algunos profesionales lo asumen como una enfermedad crónica, pues su control requiere de acciones promotoras de salud, preventivas y diagnósticas de las afecciones que causa, terapéuticas, y de la rehabilitación psicológica y la educación social del afectado.¹³

Expertos advierten que el tabaquismo, convertido en una epidemia cubana y mundial, constituye una dolencia mental y más de 50 enfermedades están asociadas a esa adicción, entre ellas, el cáncer de pulmón, de laringe, de boca, de faringe, de mama, de riñón y de vejiga; así como también la catarata, y la psoriasis, y los hijos de madres fumadoras son más propensos a episodios de cuadros respiratorios.

Se requieren del consenso entre los líderes de salud para definir como considerar el tabaquismo, si como un factor de riesgo o como una enfermedad, en tanto no se reconozca en la clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud.¹⁹

Corresponde a los profesionales de la salud, liderados por el médico de la familia en el nivel primario de atención de salud convocar a la población a enriquecer su cultura de salud respecto a los daños que concibe el hábito de fumar, capacidad para esta finalidad, que se debe desarrollar desde la formación de pregrado del médico general, en tanto este hábito es una conducta que se puede desaprender y por tanto prevenir sus perjuicios.

La proliferación en los últimos años del consumo de tabaco entre los jóvenes ha despertado una gran alarma social. Las diferentes investigaciones sobre las conductas sociales de consumo confirman el aumento paulatino en la instauración y desarrollo de dicha droga legalizada, que se ha consolidado progresivamente como hábito nocivo de vida de los jóvenes.¹⁶

Las cifras son alarmantes, pudieran influir la falta de percepción de riesgo y el escaso auto cuidado de los jóvenes frente al tabaquismo. Necesitan una mayor educación para asumir los fundamentos de una conciencia responsable y desarrollar habilidades de resistencia frente a la adicción,

requieren de un entrenamiento que los ayude a adoptar prácticas preventivas, en tanto que se enfrentan con las presiones sociales propias de su grupo de edad. En esta dirección, Cuba constituye un referente por su línea de trabajo en materia de salud, al garantizar a su población y extender a otras latitudes acciones en este sentido.¹⁷

La autora considera que el equipo básico de salud en la atención primaria desempeña un papel fundamental para lograr este propósito pues tiene el encargo de llevar a cabo las dos funciones básicas de la salud, la promoción y la prevención, para ello se apoya en el trabajo intersectorial, insertando a diferentes organismos e instituciones que trabajan de forma conjunta.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son la epidemia del siglo XXI; ellas son cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias; el consumo de tabaco es un factor de riesgo común a todas ellas. El tabaquismo es además una adicción compleja con componentes físicos (químicos), psicológicos y sociales.

Existen estudios que sugieren un origen genético en la adicción a la nicotina, siendo múltiples los genes involucrados, si bien los estudios realizados hasta el momento no son definitivos, existen genes relacionados con la neurotransmisión de dopamina y serotonina, y otros vinculados con el metabolismo de la nicotina. Un meta análisis, permitió demostrar la influencia de factores genéticos, el comportamiento familiar y los factores individuales en fumadores regulares, representando el 56%, 24% y el 20% respectivamente. Entre los factores biológicos y ambientales que influyen, están la baja tolerancia a la frustración, la falta de autocontrol, la influencia del comportamiento familiar y de los pares.²⁰

La adicción es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir una droga para

experimentar la recompensa que produce, y droga es toda sustancia natural o sintética que genera adicción, en el caso la nicotina, estimulación, euforia, placer, aumento de la atención, concentración y memoria, además de disminución de la ansiedad, estrés y apetito, siendo estas tres últimas las razones por las cuales muchas mujeres fuman. Todo esto a pesar de las conocidas consecuencias dañinas de su uso.^{19, 20}

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V en lo adelante) cataloga el tabaquismo como una adicción (Trastornos relacionados con sustancias y Trastornos adictivos), y se refiere a esta patología como Trastornos relacionados con el Tabaco. La nicotina es una de las drogas más adictivas que existen, junto con la cocaína y la heroína, además en adolescentes los primeros síntomas de adicción pueden aparecer en días o semanas desde el inicio del consumo, la nicotina demora 10 segundos en llegar al cerebro cuando se fuma y es importante al momento de indicar tratamiento recordar que los fármacos demoran mucho más tiempo en actuar.²¹

En la sociedad cubana, fumar cigarros, junto al consumo de café y de bebidas alcohólicas, constituyen las prácticas más comunes del abuso de drogas legales por lo que si se lograra reducir el consumo de tabaco podrían evitarse en nuestro país cada año defunciones por cáncer, por enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica, enfisemas.

Actualmente existe suficiente evidencia para inferir que fumar es una causa de diabetes mellitus tipo II (DM-II en lo adelante), y que el riesgo de padecerla es de un 30% a un 40% mayor en los fumadores activos que en los no fumadores, especialmente en las personas negras ya que se ha reportado en estudios de cohorte un aumento en la incidencia de esta enfermedad en la población

negra, que son fumadores intensos y que fuman más paquetes por año.²⁰

La realidad es evidente para cualquier ciudadano que transite por estos escenarios comunes, en los centros de estudio, trabajo y salud, por citar los más importantes, se sigue fumando, los adolescentes y jóvenes comienzan, el tabaquismo no ha perdido la aceptación social a pesar de tantos años sin publicidad directa y tanto empeño en lograr estilos de vida que tributen a la salud.

La salud pública tiene un importante reto, pues la situación que se muestra hoy día en relación con otros países, impone que se asuma con total responsabilidad la política y estrategia documentada para hacerla coherente con el accionar de cada día en todas las instancias del Sistema Nacional de Salud, para lograr la integración e integralidad que se plantea y su enfoque intersectorial.

Cerrar la brecha en Cuba, donde el tabaco es parte de la propia vida, es bien difícil pero no imposible, solo se trata de lograr que el equilibrio en esa paradoja haga que el enfoque de salud predomine, que sean capaces de fundamentar de manera científica, la relación costo beneficio para que pueda prevalecer la salud pública en esa perenne controversia, entonces y solo de esa forma, la realidad de acercará al discurso y fumar no formará parte del estilo de vida del cubano de estos tiempos, sin dejar de considerar al tabaco, como parte de la historia.^{21, 20}

CONCLUSIONES

El trastorno por consumo de tabaco constituye un problema de salud importante en Cuba y el mundo. Es una de las mayores causas de morbimortalidad. Se trabaja para lograr que el tabaquismo deje de ser esa epidemia silenciosa que disminuye los logros en salud que hoy se tienen, y que además afecte la calidad de vida de los cubanos y se siga transmitiendo de generación en generación como parte de nuestras costumbres y tradiciones que han

hecho que el cubano se identifique a sí mismo como "un pueblo de fumadores."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Burden of Disease [database]. Washington, DC:Institute of Health Metrics. 2019. (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270> IHME, accessed 20 december 2021).
2. Reyes LA, Camacho DE, Ferrel LF, Ferrel FR, Bautista F. Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes universitarios según el sexo. Rev Cubana Enferm [Internet]. 28 de diciembre de 2018 [citado 20/12/2021];34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1479>
3. García JC. El tabaquismo: un flagelo para la humanidad. Arch Med Camagüey [Internet]. 2016 [citado 20/12/2021];20(2):114-117. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053>
4. González RA, Ruano L, Alonso DG, García PG, Weidberg SS, Secades VR. Abordaje del tabaquismo en centros de tratamiento de drogodependencias: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación. Adicciones [en línea]. 2019 Jul [citado 20/12/2021];31(4):327-329. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1270>
5. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Integral para prevenir el uso

- indebido de drogas. La Habana: MINSAP. 2000.
6. Llor W, Hidalgo H, Macías J, García E, Scrich A. Artículo retractado. Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. AMC [Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Dic 14];22(2):130-138. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200003&lng=es.
 7. Rodríguez L, Zayas ML, Román I, Cabrera E, Noguera C. Necesidades de aprendizaje de los adolescentes en relación a las adicciones. Multimed [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Dic 14];24(3):631-644. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000300631&lng=es.
 8. Correa L, et al. Factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Rev. Fac. Med. Hum.[Internet]. 2020 [citado 14/12/2021];20(2):55-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-227.pdf>
 9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
 10. World Health Organization. Tobacco Fact sheet no 339 [Internet]. United Kingdom: WHO; 2013 [citado 14/12/2021]. Disponible en: Disponible en: <https://www.uktradeinfo.com/Statistics/StatisticalFactsheets/Tobacco Factsheet 2013.xls>
 11. WHO. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 10/11/2021]. Disponible en: Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486eng.pdf;jsessionid=FBDBA16A30E4930A99899C315D6500D?sequence=1>
 12. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Cuba [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 14/12/2021]. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cub.pdf
 13. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. www.sld.cu.2019 [en línea]. 2019 [citado 17/12/2021]. Disponible en: <https://www.sld.cu.2019/08/19>
 14. Zinser JW. Tabaquismo y cáncer del pulmón. Salud Púb Méx [en línea]. 2019 [citado 03/12/2021];61(3):[Aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/spm/2019.v61n3/303-307/es/>
 15. Amaíz AJ, Flores MA. Abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la consulta odontológica: aplicación de técnicas de intervención psicológicas. Odovtos [en línea]. 2018. [citado 09/12/2021];20(1):41-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.29115>

16. Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP Cohort. *Am J Prev Med* [en línea]. 2017 Mar [citado 09/12/2021]; 52(3):276-283. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914770/>
17. Informe estadístico del tabaco en Cuba. Cuba. 2019.
18. Pardavila M, Lizarbe M, Canga N. Actitudes, autoeficacia e intención hacia la cesación tabáquica en universitarios españoles. *An. Sist. Sanit. Navar* [Internet]. 2019 [citado 10/12/2021];42(1):41-47. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113766272019000100005
19. Tena A, Castro G, Marín R, Gómez P, et al. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Méx.* 2018 mar;34(2):264-277. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008&lang=pt
20. White WB, Cain LR, Benjamin EJ, De Filippis AP, Blaha MJ, Wang W, et al. High-Intensity Cigarette Smoking Is Associated With Incident Diabetes Mellitus in Black Adults: The Jackson Heart Study. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(2):e007413
21. Soto ELA, Esteves E. Cesación tabáquica en la salud cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* [en línea]. 2018 Dic [citado 06/12/2021];33(3):150-170. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000300150&lng=es.](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000300150&lng=es)

SOBRE LOS AUTORES

1. Estudiante de 2^{do} año de Medicina. Alumna Ayudante de Medicina Interna. Filial de Ciencias Médicas Nuevitas, Camagüey, Cuba. yoliennysrodriguezlechuga@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3356-529X>
2. Estudiante de 2^{do} año de Medicina. Filial de Ciencias Médicas Nuevitas, Camagüey, Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-6388-8498>
3. Estudiante de 2^{do} año de Medicina. Filial de Ciencias Médicas Nuevitas, Camagüey, Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-5365-3433>
4. Estudiante de 2^{do} año de Medicina. Filial de Ciencias Médicas Nuevitas, Camagüey, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-4332-8554>