Boletín informativo
GRUPO DE INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
ISSN: 2518-4288
IRNPS: 2430

TRASTORNOS ADICTIVOS

Vol. 8 No. 1
enero-abril 2023

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

EDITORIAL: CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES	PÁGINA 1
ARTÍCULO DE POSICIÓN: ADICCIONES, TOXICOMANÍAS, PATOLOGÍA DUAL: ALGUNOS APUNTES CONCEPTUALES	PÁGINA 5
ARTÍCULO DE REVISIÓN: ALCOHOL, DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO A LA PATOLOGÍA DUAL: DEFINICIÓN, MODELOS ETIOLÓGICOS Y MODULADORES	PÁGINA 14
ARTÍCULO ORIGINAL: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	PÁGINA 26
SECCIÓN TESIS. REPERCUSIÓN DE LA COVID-19 EN EL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN CUBA	PÁGINA 36
SECCIÓN TESIS. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE INTOXICADO AGUDO POR DROGAS ILÍCITAS	PÁGINA 42
COMUNICACIÓN CORTA: TALLERES DE FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES. UNA DÉCADA DE HISTORIA	PÁGINA 49

EDITORIAL
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Yancilé Vazquez Rodríguez

El abuso de sustancias es un problema de salud pública que vulnera el bienestar de las personas. Para enfrentar esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda poner énfasis en la prevención de las adicciones a partir de la promoción del autocuidado, recurso primario que consiste en todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar enfermedades.

El autocuidado es una práctica que debe ser desarrollada por cada persona para que sea independiente y tome el control de su cuidado y salud. Sin embargo, la proclividad al autocuidado se aprende y depende de algunos factores como el grupo de edad, los hábitos de vida, el sexo, el grado de instrucción, los factores sociales, financieros, espirituales y culturales.

El Autocuidado (AC) etimológicamente se presenta conformado por dos palabras: Auto del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente[1].

Desde la ciencia de la Enfermería, el término AC es un referente de la teórica Elizabeth Dorothea Orem, que definió el vocablo como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo[2].

El AC es el elemento esencial de la “Teoría del Déficit de Autocuidado”; una teoría general de Enfermería, que integra de forma armónica otras tres sub-teorías relacionadas entre sí: a) Teoría de Autocuidado, en la que define el AC como una contribución constante del individuo a su propia existencia; b) Teoría del Déficit de Autocuidado, en la que se describe y explican las causas que pueden provocar dicho déficit y c) Teoría del Sistema de Enfermería, en la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a las personas[3].

Enríquez González (2019) plantea que la Teoría de los Sistemas es unificadora y en ella se explican los modos en que las/os enfermeras/os pueden atender a los individuos. Se identifican tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería totalmente compensadores; Sistemas de enfermería parcialmente compensadores y Sistemas de enfermería de apoyo-educación[4].

En la Teoría del AC, Orem planteó que un requisito para ello es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Los clasificó en tres conjuntos de requisitos: universales, de desarrollo y desviación de la salud[5].

Se proponen ocho requisitos universales: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la interacción social y la soledad, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, la prevención de

peligros para la vida y la promoción del funcionamiento humano[6].

Los requisitos de desarrollo se separan en tres conjuntos: provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, implicación en el autodesarrollo y prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano[6].

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades.[6]

De acuerdo con los supuestos teóricos, el AC está influenciado por los factores básicos condicionantes los cuales son factores internos y externos a las personas, que afectan sus capacidades para ocuparse por sí mismas. Estos se agrupan en tres categorías: factores que describen a la persona o a grupos; factores que relacionan a estos individuos con sus familiares de origen o de matrimonio y factores que ubican a los individuos en su medio y los relacionan con condiciones y circunstancias de vida[7].

El estudio del cuidado propio se inicia con la toma de conciencia del estado de salud que se relaciona directamente con el pensamiento crítico para emitir juicios sobre su bienestar y saber cuál es el momento adecuado para pedir ayuda familiar o profesional. El AC depende del saber, el hacer y el querer de la persona para la realización de actividades continuas e independientes en beneficio propio.

Desde otras perspectivas, específicamente de la Psicología de la Salud, el AC se analiza a partir de un enfoque biopsicosocial, el cual apunta a un cuidado integral del ser humano, orientado a fomentar la autorresponsabilidad de las personas en el autocuidado, como recurso para elevar la calidad de vida y el bienestar[8].

Al contextualizar los referentes teóricos al objeto de estudio del autocuidado en la prevención de adicciones, es válido destacar que la Teoría de Déficit de AC de Orem se ajusta perfectamente evidenciado por diversos resultados científicos[9 - 12].La afirmación anterior se justifica a partir de la situación sanitaria actual en el contexto mundial con datos epidemiológicos como los referidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco de México, que demuestran que el consumo de sustancias adictivas es mayor anualmente y la edad de iniciación en el consumo más joven[13].

El cuidado de sí mismo a partir de la percepción de las personas acerca del uso irresponsable de drogas, constituye en una fuerza interna que permite tomar decisiones en momentos determinados, basadas en el conocimiento propio. Es un proceso cognitivo en el cual los seres humanos infieren sus actitudes a partir de conductas realizadas en forma libre, es decir, a partir de su comportamiento.

Vázquez y colaboradores afirman que, desde las particularidades de la teoría, las personas con riesgo para el consumo de sustancias adictivas, poseen una demanda en el requisito universal (prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano). Para ello, los profesionales de enfermería guían el diagnóstico enfermero al déficit de AC y diseñan mediante el sistema de enfermería apoyo-educación las diversas acciones que se relacionan con la promoción y prevención de las adicciones.

En este sentido se plantea que es de vital importancia fortalecer las intervenciones educativas en el contexto comunitario, con el fin de elevar los conocimientos y habilidades de las personas para propiciar la modificación de estilos

de vida, reconocer sus necesidades psicológicas y sociales y desarrollar el autocuidado efectivo.

El abordaje teórico sobre el AC permite afirmar que es una vía de solución actual y pertinente para la prevención de las adicciones en hombres y mujeres en cualquier etapa del ciclo vital. La teoría abordada es el punto de partida inicial para orientar la actuación profesional de enfermería para brindar cuidados de promoción y prevención a partir de un sistema de enfermaría apoyo-educación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Rodríguez Y. Autocuidado de pacientes hemodializados desde su cuidador [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2017
2. Jaramillo Jácome KV. Prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados basado en la Teoría de Orem del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra. [tesis]. Ecuador. Universidad Técnica del Norte. 2018
3. Mantilla Pastrana M. Necesidad de autocuidado en la mujer: un reto para la prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Cub Enf. 2016;32(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400020
4. Enríquez González C. Intervención de enfermería a cuidadores de infantes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2019
5. Naranjo Hernández Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con úlcera neuropática en la comunidad [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2016
6. Clarke PN, Allison SE, Berbiglia VA, Taylor SG. The impact of Dorothea E. Orem's life and work: an interview with Orem scholars. Nurs Sci Q. 2009;22(1):41-6. Disponible en: http://nsq.sagepub.com/content/22/1/41.long
7. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit 2017;19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
8. Cancio-Bello A, Lorenzo Ruiz A, Akarcó Estevez G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. Informes Psicológicos.2020;20(2) Disponble en: https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200
9. García Martínez M, Rebolledo Malpica D, Perez Ruiz ME. Autocuidado de estudiantes de enfermería para prevenir el consumo de drogas. Educ Med Super. 2020; 34(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000400007
10. Caloca Amber S, Fernández Rodríguez Á. Consumo de drogas en adolescentes: efectividad de las intervenciones preventivas en el ámbito escolar. Nuberos Científica. 2020:3(25):56-66. Disponible en: http://ciberindex.com/index.php/nc/article/view/2556nc
11. Rivas Espinosa JG, Valencia Oliva A, de Jesus Verde Flota. Autopercepción de capacidades de autocuidado en estudiantes universitarios sobre enfermedades crónicas, sexualidad y adicciones. Rev Enferm IMSS. 2019; 27(2) Disponible en:

https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88873

12. Navarrete Ochoa BV. Momento de enseñanza aprendizaje para la promoción de autocuidado emocional en personas con adicciones ilícitas. Rev Enferm IMSS. 2020; 28(2) Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95357

13. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Ciudad de México: INPRFM; 2017. Disponible en: https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf.

SOBRE LA AUTORA

Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora Titular e Investigadora Auxiliar. Metodóloga de Investigaciones de la Entidad de Ciencias Tecnología e Innovación CEDRO (Dpto. Investigaciones en Adicciones). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2939-1151 Email: yancile@infomed.sld.cu

ADICCIONES, TOXICOMANÍAS, PATOLOGÍA DUAL: ALGUNOS APUNTES CONCEPTUALES

Carlos Ledesma Lara

RESUMEN

Introducción: toda intervención clínica en salud mental estará condicionada por el marco epistemológico que la contenga. Esto implica, entre otras cuestiones, la concepción de las dimensiones de "salud" y "enfermedad", así como las de "signo" y "síntoma".

Objetivo: el objeto de este artículo es destacar algunos usos terminológicos en los manuales de clasificación psiquiátrica vigentes y en el lenguaje clínico cotidiano.

Método: a partir de una indagación histórico-lógica y de una revisión de trabajos sobre psicopatologías adictivas se analizan conceptos y categorías utilizados habitualmente en los manuales de clasificación psiquiátrica y en el lenguaje clínico cotidiano.

Resultados: las imprescindibles políticas de prevención comunitaria en ocasiones están orientadas exclusivamente a la propia droga, situándose entre el saber médico y el saber jurídico sobre el tráfico y la tenencia, y no siempre contemplan la subjetividad de la época y lo propio de cada sujeto. La psiquiatría tiene como tarea la de reconducir los relatos biográficos del paciente que se han distorsionado.

Conclusiones: la terminología que se utilice a la hora de abordar una psicopatología influirá en el devenir de su tratamiento, en la relación clínica y por tanto en el propio paciente. El discurso filosófico acerca de la existencia humana y el discurso médico-psiquiátrico acerca de la "locura" no deberían ignorarse mutuamente ni permanecer ajenos entre ellos, como sucede habitualmente, puesto que comparten un mismo objeto con diferentes denominaciones, a saber, la *psique* humana y sus manifestaciones que no pueden reducirse a un índice taxonómico.

Palabras clave: adicción, toxicomanía, patología dual, recaída.

ABSTRACT

Introduction: any clinical intervention in mental health will be conditioned by the epistemological framework that contains it. This implies, among other issues, the conception of the dimensions of "health" and "disease", as well as those of "sign" and "symptom".

Objective: the purpose of this article is to highlight some terminological uses in current psychiatric classification manuals and in everyday clinical language.

Method: based on a historical-logical inquiry and a review of works on addictive psychopathologies, concepts and categories commonly used in psychiatric classification manuals and in everyday clinical language are analyzed.

Results: the essential community prevention policies are sometimes oriented exclusively to the drug itself, being placed between medical knowledge and legal knowledge on trafficking and possession, and do not always take into account the subjectivity of the time and what is specific to each subject. Psychiatry has the task of redirecting the patient's biographical accounts that have become distorted.

Conclusions: the terminology used when dealing with a psychopathology will influence the course of its treatment, the clinical relationship and therefore the patient himself. The philosophical discourse on human existence and the medical-psychiatric discourse on "madness" should not ignore each other or remain alien to each other, as is usually the case, since they share the same

object with different denominations, namely the human psyche and its manifestations that cannot be reduced to a taxonomic index.

Key words: addiction, drug addiction, dual pathology, relapse.

INTRODUCCIÓN

Toda intervención clínica en salud mental estará condicionada por el marco epistemológico que la contenga. Esto implica, entre otras cuestiones, la concepción de las dimensiones de "salud" y "enfermedad", así como las de "signo" y "síntoma". Por tanto, las estrategias terapéuticas para el abordaje de las problemáticas psicopatológicas no podrán ir separadas de sus presupuestos conceptuales o ideológicos. A diferencia de las ciencias positivas basadas exclusivamente en datos y pruebas (evidence)[1], las disciplinas cuyo objeto es el malestar psíquico no deberían renunciar al aporte de la interpretación analítica y existencial que proviene del pensamiento filosófico.

La psicopatología, más allá de un reduccionismo ontológico, es una disciplina conjetural que estudia los síntomas psíquicos mediante la expresión fenoménica de actos de habla y de conducta, elementos que se producen y manifiestan en el contexto de narrativas y de valores[2]. El objeto de este artículo es destacar algunos usos terminológicos en los manuales de clasificación psiquiátrica vigentes y en el lenguaje clínico cotidiano. Entre ellos el empleo del término "adicción" en lugar de "toxicomanía", a lo que se agregará un breve comentario sobre la categoría denominada "patología dual".

RESULTADOS

EL presente artículo expone a partir de una indagación histórico-lógica y de una revisión de trabajos sobre psicopatologías adictivas, el análisis de conceptos y categorías utilizados habitualmente en los manuales de clasificación psiquiátrica y en el lenguaje clínico cotidiano.

Clínica del «vacío»

Podemos considerar como clínica del vacío[3] aquella donde se despliegan problemáticas narcisistas vinculadas con el consumo, la compra, ingesta o rechazo de objetos, sean estos tóxicos o no, como ocurre en anorexias, bulimias, toxicomanías, alcoholismo y adicciones comportamentales.

Esta perspectiva considera que el sujeto aloja un vacío que pretende llenar con el consumo de objetos que el discurso capitalista le ofrece. Dicho discurso impulsa a los sujetos a colocarse en una posición desde donde no siente pudor alguno en exhibir el propio goce, fusionando —confundiendo— objetos de consumo con objetos de deseo. Afirmaba Lacan que el discurso capitalista es el más astuto que jamás se haya tenido, pero que a su vez está destinado a colapsar porque es insostenible[4] —y agregamos, insostenible tanto para el sujeto como para las sociedades, ya que dejándose llevar por su empuje ambos se condenan al derrumbe.

La vivencia de vacío, punto más íntimo de todo sujeto, requiere ser acogida, soportada en cada momento que se manifieste. Mientras el vacío nos interpela como sujetos, el discurso capitalista, al acecho permanente, aprovecha los momentos de vulnerabilidad para invadir la intimidad de los sujetos e interrumpir la elaboración de ese vacío ofreciéndole objetos-mercancía para llenarlo.

¿«Adicción» o «toxicomanía»?

En el campo de los trastornos por abuso de sustancias prevalece el uso del término adicción sobre el de toxicomanía. Las sucesivas ediciones de los manuales de clasificación DSM (manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) y CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) no utilizan los términos toxicómano y toxicomanía. Estos han sido desplazados progresivamente en el lenguaje clínico por los de drogodependiente y drogodependencia, por considerar, como afirman algunos autores, que tienen menos connotaciones morales y legales y permiten un uso científico más específico. Estos términos a su vez están siendo sustituidos por el de adicción y adicto[5].

La reciente edición del DSM-5 ha presentado varios cambios con relación a la clasificación del trastorno por consumo de sustancias. El más relevante, desde una conceptualización

dimensional, es la desaparición de las categorías "abuso" y "dependencia". Estas categorías pasan a aplicarse a cada una de las sustancias consideradas, algo que, como consideran algunos autores[6], podría generar cierta confusión entre los operadores judiciales. En los Trastornos no relacionados con sustancias se mantiene el juego patológico, pero se excluyen por el momento otras adicciones comportamentales, como el trastorno de juego por internet que aparece en el apartado Afecciones que necesitan más estudio.

Consideramos que el término toxicomanía da una mayor relevancia al acto patológico del sujeto, sea con la intención de procurarse una sensación a priori de placer o de suprimir un dolor físico o anímico. De este modo el término resalta el acto maníaco (del griego, "manía", según el diccionario de Nebrija, "locura" o "furor"; el mismo origen tiene el término "manicomio", del griego μανία *"manía", "locura"* y κομέω "cuidar", literalmente "cuidar la locura") [7].

Teniendo en cuenta la hegemonía fáctica de los manuales diagnósticos, este apunte no pretende limitarse a señalar una simple cuestión terminológica. Recordemos que Freud, al referirse a las críticas que recibió sobre el empleo del término libido en su teoría de las pulsiones humanas, señaló que cuando se cede en las palabras se termina cediendo en las cosas[8].

El uso del término toxicomanía resalta el acto maníaco del sujeto a intoxicarse, aunque consideramos que su uso tiene mayor importancia para los propios trabajadores sanitarios al abordar y construir un caso clínico. Señala Vallejo Ruiloba[9] que la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, las compras maníacas, la telefonía móvil, el uso compulsivo de videojuegos e internet, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término adicción.

La búsqueda y el consumo maníaco de una sustancia junto al estrago que esta pueda llegar a ocasionar darán estatuto patológico a la adicción. A través del objeto-droga el adicto rompe el vínculo social que puede beneficiarlo y establece otros que lo conducen a un laberinto. El consumo maníaco de una mercancía (sea esta una sustancia tóxica o no) es un acto narcisista que puede resultar mortífero en busca de una satisfacción paradójica. El principio del placer se narcotiza, la pulsión de vida, el deseo ético de reconocimiento y la propia vergüenza son arrasados por la pulsión de muerte. El sujeto intoxicado termina exhibiendo grotescamente su derrumbe, que en ocasiones puede ser irreversible.

Patología Dual

A la presentación simultánea de patología psiquiátrica y adictiva, que interactúan modificando el curso y evolución de cada una de ellas, se la categoriza como patología dual. Se considera que tanto la patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser causa o resultado de la otra[5,10]. El trastorno psiquiátrico puede ser efecto del consumo adictivo o previo al mismo.

Entre los estudios epidemiológicos uno de los más citados indica que con relación a trastornos psicopatológicos específicos, las tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias, al menos una vez a lo largo de la vida, fueron en los trastornos esquizofrénicos del 47%, en los trastornos de pánico del 35.8%, en los obsesivo compulsivos del 32.8%, en los afectivos del 32% en trastornos de ansiedad del 23.7% y en el trastorno antisocial de personalidad hasta un 83.6%[11].

Dicho estudio concluye que la tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29%, con una probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias 2.7 veces superior a la población sin trastorno mental. En el caso de abuso de alcohol 36.6 %, y la tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53.1%.

Aceptando que la prevalencia de una patología adictiva que cursa de forma simultánea o secuencial con un trastorno mental puede llegar al 50% ¿podría contemplarse una patología adictiva pura sin una problemática psíquica

asociada? Parece improbable que el otro 50% no la padezca.

Junto a los efectos tóxicos producto del consumo pueden emerger trastornos psíquicos funcionales. Las drogas pueden producir ciertos efectos propios de cuadros tales como episodios psicóticos, alucinaciones auditivas, visuales. Es decir, desencadenar graves afecciones psiquiátricas que requieren tratamientos mucho más prolongados[12]. La comorbilidad es la norma, resulta difícil imaginar un sujeto alcohólico o cocainómano que no presente un problema psíquico.

Consideramos que todo sujeto con una conducta adictiva padece necesariamente una problemática psíquica, anímica, sea esta previa o posterior a la conducta adictiva. Otra cuestión es intentar diagnosticarla para valorar riesgos como pueden ser comportamiento suicida o daños a otros e intentar implementar y construir un posible tratamiento para el caso[13].

Las adicciones como síntoma social

Las toxicomanías —como toda problemática sociosanitaria— son una constelación sintomática extremadamente compleja que interroga a los diferentes discursos y saberes sociales, desde el jurídico al médico, del sociológico al económico-político.

Las adicciones constituyen un síntoma social que pone en evidencia un padecimiento personal, así como las condiciones del malestar en nuestras sociedades que presentan obstáculos, promesas y exigencias ante las cuales los sujetos no siempre pueden responder de la mejor manera. A su vez el síntoma (acto de consumo) es un emergente que no puede ser considerado de forma aislada, sino que tiene valor en el contexto concreto y personal del que lo sufre, es decir, debe intentar ser comprendido en su marco y en su fluir histórico[2], sabiendo de la dificultad extrema de tal tarea debido a la limitación de tiempo clínico disponible con los pacientes.

Todo objeto puede devenir adictivo en una sociedad caracterizada por el fetichismo de la mercancía, de este modo todo sujeto es un potencial consumidor adicto.

Los medios publicitarios ofrecen permanentemente objetos con la promesa de satisfacer cualquier necesidad. En este sentido el toxicómano está en la delantera de una sociedad concebida para satisfacer paradójicamente el principio del placer (inmediato), cortocircuitando la palabra, el trabajo, el amor, el deseo, el reconocimiento del otro.

Una vez inmerso en el pantano del consumo el toxicómano termina renunciando a responder por las consecuencias de sus actos y a preguntarse si existe otra posibilidad que no sea la de obedecer al imperativo de consumir.

Si consideramos el consumo como una tentativa de defensa y de huida, encontramos en las toxicomanías síntomas previos tales como angustia, tristeza, depresión, sentimientos de vacío, pasajes al acto (gestos autolíticos, autoagresiones), conductas antisociales, estados confusionales, entre otros. Cuando emergen, algunos sujetos son llevados por un impulso ciego en busca del efecto tóxico que le provee la droga, para apaciguar el dolor psíquico o físico.

El sujeto toxicómano

El sujeto que recurre a una sustancia con la ilusión de poder superar un malestar o su impotencia ante las exigencias de la vida cotidiana, a menudo termina esclavizado a la droga. El adicto vive en un permanente malentendido, racionaliza su patología, construye una realidad diferente similar a los episodios psicóticos, si consideramos que el eje de un delirio (del latín delirare “apartarse del surco”) reside en no responder al juicio de realidad. En la búsqueda maníaca de placer, se daña, en su afán de liberarse de lazos sociales y vínculos familiares simbióticos no resueltos, se intoxica. En su intento de ser, vive como un no-ser, envuelto en una fantasía maníaca y omnipotente, fracasando en su búsqueda de una identidad propia. La intoxicación para resolver conflictos internos desemboca en ocasiones en actos delictivos para procurar la sustancia, estableciendo el adicto un modo psicopático y

narcisista de existencia, donde sólo cuenta su propia necesidad.

Para el toxicómano el otro pasa a ser un medio y si éste no responde a sus demandas puede llegar a ponerse extremadamente violento, paranoico. Para el toxicómano el «no» no existe, es impaciente, incapaz de tolerar las frustraciones, pierde la capacidad de espera, siendo lo habitual que el paciente vaya a consulta por demanda de un familiar.

Cuando un sujeto se intoxica, vive de forma parcial o total la ilusión transitoria de ser otro, junto a la creencia imaginaria de que el consumo es controlable, que puede dejarlo cuando quiera: "yo bebo cuando quiero", el asunto es que quiere beber siempre. El sujeto tampoco reconoce el daño que va produciéndose a sí mismo y cómo se va convirtiendo en un ser deteriorado, impotente física, sexual y psíquicamente.

El tóxico produce una supresión artificial de los conflictos anímicos. Pero cuando el efecto desaparece, los afectos de angustia y vacío reaparecen, la depresión melancólica resurge con características cada vez más devastadoras para el sujeto, que, bajo la creencia de que no está tomando la dosis letal, se insensibiliza (tolerancia) cada vez más. El acto de consumo comporta un impulso impostergable que manifiesta la impotencia de soportar la frustración.

Recaída y sobredosis

Un momento crucial en el tratamiento es cuando el sujeto, luego de cumplir con las premisas de un tratamiento, recibe el alta y debe volver a enfrentarse a la realidad exterior de la que huyó. En no pocos casos se produce el fenómeno de recaída. En realidad, si el sujeto vuelve a consumir, lo que sucedió en ese intervalo fue una suspensión temporal del consumo y luego, al no poder soportar los límites y exigencias de la vida cotidiana y los vínculos sociales, vuelve a refugiarse en la sustancia.

Se habla comúnmente de recaída y sobredosis, tanto en el ámbito de la atención sociosanitaria como en el lenguaje común. Quisiéramos hacer algunos comentarios respecto al uso de estos términos y del por qué consideramos que describen parcialmente la situación. Cuando se habla de recaída se refiere a un sujeto que, habiendo pasado por un periodo de su vida recurriendo frecuentemente a la ingesta de drogas, sean estos fármacos legales o drogas prohibidas, y una vez realizado un tratamiento para frenar el consumo de estos, recurre nuevamente a los tóxicos. La recaída refiere a la conducta, esto es, el acto de consumir, pero en el psiquismo la problemática que llevó al sujeto a consumir esas sustancias no se llegó a resolver o apaciguar, motivo por el que el sujeto recae: uno de los errores habituales en la práctica clínica, que la recaída pone en evidencia, es considerar que un sujeto por el sólo hecho de no consumir está curado.

Por su parte, con el término sobredosis se hace referencia habitualmente a una situación clínica límite producida por un exceso de consumo de sustancias. Es habitual escuchar que un sujeto «murió por sobredosis», como si fuera esa última dosis la que lo mató, sin considerar toda la historia previa de consumo y derrumbe. El término sobredosis debería ser aplicado a aquel sujeto que nunca ha consumido, al menos con frecuencia e intensidad y se excede una noche y fallece, ya que al que habitualmente consume no lo mata una sobredosis, sino que se viene matando desde hace tiempo.

Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el tratamiento de las toxicomanías.

La toxicomanía quizá sea una de las problemáticas psicopatológicas que más frustración y desgaste genera en los trabajadores sanitarios. El sujeto toxicómano aparenta ser incansable (e insaciable) de ahí la similitud, en ciertos casos, con las psicosis. Los pacientes no adictos a sustancias químicas exógenas parecen tener menor fuerza, salvo en las neurosis obsesivas, aunque estas agotan menos al profesional, pese a la monotonía narrativa de los pacientes obsesivos. En estas patologías el que se agota mayormente es el propio paciente, su sufrimiento es más silencioso, más íntimo; sin embargo, la manía a la intoxicación es más impúdica, y el trabajador sanitario, los allegados

y sobre todo los familiares del paciente sufren sus efectos, terminan impotentes en el intento estéril de poder frenarlo.

El paciente toxicómano interpela de tal manera al psicoterapeuta que lo puede hacer llegar a hacer dudar de sus propias capacidades como profesional, las recaídas pueden generar sentimientos de derrota y abatimiento en el terapeuta, en el equipo de atención y sobre todo en los familiares. Las situaciones de discontinuidad y abandono de los tratamientos son frecuentes. La baja adherencia a los programas terapéuticos es manifiesta y el establecimiento de una mínima alianza clínica con la paciente resulta una tarea ardua que requiere una atención específica y coordinada por parte de todo el equipo terapéutico.

El desafío de las toxicomanías es similar al de aquellas psicopatologías donde el deseo del sujeto para con el mundo ha sido destituido y reemplazado por una relación espectral con un objeto tóxico y con su propio cuerpo.

Es habitual observar el modo en que el toxicómano, en frecuentes ocasiones, intenta sabotear el trabajo terapéutico, por ejemplo, pidiendo concesiones. Por lo general, quiere que le dejen hacer lo que él quiere; cualquier medida terapéutica que vulnere su narcisismo o que signifique un límite a su goce paradójico, es resistida de todas las maneras posibles.

La premisa hipocrática de establecer un diálogo clínico con el paciente tiene la particularidad de parecer imposible. El sujeto toxicómano solo parece escuchar la llamada del objeto que circula alrededor del vacío que sustituye a la palabra, siendo la sustancia la que materializa ese vacío. Por ello las políticas estatales que promueven la legalización de drogas «blandas» —porteras de entrada a otras más «duras»[14] — parecen ignorar esto, al considerar que el objetivo es tratar los estragos del tóxico sometiendo a este a las leyes del mercado «legal», como ocurre con alcohol y tabaco.

Adolescencia y fuga paradójica

La conducta adictiva observable encubre un conflicto psíquico. La adicción no depende exclusivamente de la sustancia, sino fundamentalmente del sujeto y sus vicisitudes. En la constitución del psiquismo del toxicómano, algo falló quedando el sujeto indefenso y sin respuestas ante las exigencias de la sociedad, optando por un camino corto, el que conduce a la droga, en la que cree poder encontrar un espacio de dominio y poder, pero del que termina siendo esclavo.

En una entrevista previa la madre de un muchacho adicto a las drogas, comparándolo con otro hijo, afirmaba delante de aquél que “era muy influenciable” y por ello se “dejaba llevar por las malas compañías”. Qué duda cabe que influenciables somos todos. Y que ese muchacho también lo fuera le abría la puerta a la posibilidad de optar por otras opciones en lugar del callejón de la droga.

Es habitual gestos emancipatorios y de rebeldía en la adolescencia que en ocasiones resultan una fuga paradójica de las pautas y valores que representa la institución familiar. El adolescente se desvincula de las normas sociales en un intento de situarse, a modo de defensa, en un lugar inaccesible al gobierno del otro. Se refugia en la sustancia con la pretensión inconsciente de dar respuesta a una interrogante, una respuesta precaria a una pregunta que no puede formular.

El periodo de la adolescencia implica una ruptura con el aparente equilibrio obtenido en las etapas infantiles. Los cambios biológicos y corporales incrementan la angustia, produciéndose en esta etapa crucial una sucesión de pérdidas y duelos: desde el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, a la pérdida de la identidad y los roles de la infancia, así como el desvanecimiento de los padres que imaginó que tuvo o la pérdida de los reales.

El adolescente intenta resolver sus conflictos mediante la adhesión a sustitutos, objetos o grupos de pertenencia que pasan a formar una «familia» paralela. El trabajo terapéutico con adolescentes requiere, idealmente, un análisis de la familia del adicto, de los vínculos padre-madre,

madre-hijo, del lugar que ocupa el padre en su función reguladora de límites y contención, de la función materna y del lugar que el hijo ocupa en el núcleo familiar, lugar que quizá nunca llegó a tener o no supo ocupar.

Comunicación y lenguaje del sujeto toxicómano

La clínica muestra que aquellos que incorporan las drogas a su reducido repertorio de respuestas a las exigencias de la vida terminan pareciéndose entre ellos tanto en el aspecto físico, como en el anímico y el verbal. El sujeto toxicómano entra a formar parte de un territorio donde las modalidades de comunicación se reducen y su discurso se empobrece.

Su lenguaje comienza a limitarse a gestos, reclamos, reproches, exigencias, reduciendo las relaciones a vínculos elementales de contacto, pobres en contenido, reiterativos, insistentes, donde los actos predominan sobre la palabra o el discernimiento. En todo caso, la palabra en el adicto le sirve para manipular al otro sin reconocerlo como semejante, sino viéndolo como un medio para sus fines e intereses.

El acto constituye el lenguaje central del adicto, por tanto, el trabajo con estos pacientes requiere la construcción con ellos de un espacio —siempre que el paciente tenga una mínima intención de cambiar, de lo contrario la tarea sería imposible— donde la palabra recupere su valor sobre el acto ciego.

El lugar de las instituciones en las toxicomanías

Las instituciones tienen un tiempo limitado para la escucha del malestar del paciente. No todos los pacientes que llegan a un tratamiento son iguales, pero en general se interviene sobre ellos como si lo fueran. De la misma manera que un mismo antidepresivo no tendrá el mismo efecto en el tratamiento de la depresión que sufren individuos diferentes. No hay una fórmula universal, ni química ni terapéutica, para tratar una problemática psíquica, como sí la puede haber para una problemática somática.

Es difícil valorar el efecto terapéutico que pueda alcanzar la insistencia en decirle a un paciente que deje de consumir drogas, ni tampoco sabemos de la utilidad de advertirle de lo perjudicial que puede resultar consumirlas, de lo que si tenemos certeza es de que el paciente eso ya lo sabe, por ello actúa en consecuencia.

¿Pero cómo trabajar con un sujeto que, tras un semblante de dominio, de control omnipotente, encontramos alguien frágil, incapaz de lidiar con la angustia de la existencia? Generalmente hay un tiempo entre los primeros momentos de debilidad, de aproximación al consumo y el reconocimiento de dichos episodios por parte del entorno. A la familia del toxicómano por lo general le cuesta asimilar y aceptar que aquello que han visto fuera de su núcleo le esté ocurriendo a ella y mucho menos que pueda tener influencia en la situación.

Las imprescindibles políticas de prevención comunitaria en ocasiones están orientadas exclusivamente a la propia droga, situándose entre el saber médico y el saber jurídico sobre el tráfico y la tenencia, y no siempre contemplan la subjetividad de la época y lo propio de cada sujeto.

La psiquiatría, "única especialidad médica en la que el habla y la escucha son explícitamente consideradas terapéuticas", tiene como tarea la de reconducir los relatos biográficos del paciente que se han distorsionado y que le han empezado a generar malestar creciente y daños en ocasiones irreversibles. Por tanto, acompañar al enfermo a que ponga palabras a su sufrimiento en una narración más o menos coherente forma parte imprescindible de la construcción de su historia clínica[15] más allá de recetarios y protocolos estandarizados[16] respondiendo de este modo a los principios de la ética médica.

CONCLUSIONES

La terminología que se utilice a la hora de abordar una psicopatología influirá en el devenir de su tratamiento, en la relación clínica y por tanto en el propio paciente. El discurso filosófico acerca de la existencia humana y el discurso médico-psiquiátrico acerca de la "locura" no deberían ignorarse mutuamente ni permanecer ajenos entre ellos, como sucede habitualmente, puesto que comparten un mismo objeto con

diferentes denominaciones, a saber, la psique humana y sus manifestaciones que no pueden reducirse a un índice taxonómico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Desviat Manuel. "Psiquiatría y evidencia. Los límites de la función del clínico", en Baca E, Lázaro J. (eds.) Hechos y valores en psiquiatría. Madrid : Triacastela, 2003. págs. 215-230.
2. Baca Enrique. Teoría del síntoma mental. Una introducción a los fundamentos empíricos de la psicopatología. Madrid : Triascastela, 2007. pág. 213.
3. Recalcati Massimo. Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Madrid : Síntesis, 2008. pág. 287.
4. Lacan Jacques. Conferencia "Del discurso psicoanalítico", dictada en la Universidad de Milán el 12 de mayo de 1972. [ed.] Inédita. Milán : s.n., 1972.
5. Vallejo Ruiloba Julio. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona : Elsevier - Masson, 2015. pág. 392.
6. Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es&tlng=es
7. Corominas J, Pascual J. A. Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico. Madrid : Gredos, 1984. pág. 812. Vols. G-MA.
8. Freud S. «Psicología de las masas y análisis del yo». Madrid : Biblioteca Nueva, 2007. Vol. 7.
9. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona : Elsevier - Masson, 2015. págs. 385-386.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?se
11. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21;264(19):2511-8. PMID: 2232018. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/
12. González Menéndez R. Tácticas para vencer las drogas blandas y duras. Consejos de un viejo adictólogo. Santiago de Cuba : s.n., 2017. págs. 65-71.
13. González-de-Armas C, González-Roger M, Guerra-Guerra M, Capote-Bueno M. Depresión y riesgo suicida en pacientes alcohólicos ingresados en el Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 17(3), e181. Disponible en: https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/181
14. González Menéndez R. Marihuana. Posibles beneficios vs. tragedias cotidianas. La Habana : Academia, 2017. pág. 120.
15. Lázaro J. Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. [ed.] En: Baca E y Lázaro J (eds.) Hechos

y valores en psiquiatría. 1a edición. Madrid : Triacastela, 2003. págs. 117-142.

16. Gracia D. Prólogo a la edición española. En: Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999.

SOBRE EL AUTOR

Licenciado en Psicología Clínica. Doctor en Filosofía (Universidad Complutense de Madrid). Postgrado en Psicopatología Clínica (Universidad de Barcelona). Especialista Universitario en Psicoterapia Psicoanalítica (Universidad Pontificia de Comillas). Doctorando en Medicina y Cirugía. Especialidad Psiquiatría (Universidad Autónoma de Madrid). Presidente de la Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3029-5059 Email: cledesma@psique3.org

ALCOHOL, DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO A LA PATOLOGÍA DUAL: DEFINICIÓN, MODELOS ETIOLÓGICOS Y MODULADORES

Yusel Iraklys Salazar-Guerra [1], Antonio Jesús Caballero-Moreno [2]

RESUMEN

Introducción: el alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de más de 200 afecciones de salud. A nivel mundial su uso se ubica dentro de los cinco factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades, aparición de discapacidad y riesgo de muerte.

Objetivo: sistematizar la información científica disponible sobre el consumo de alcohol.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo, mediante una revisión bibliográfica sobre el tema en bases de datos digitales (*Scopus*, *EBSCO Health, PubMed, SciELO* y *PsycINFO)*

Resultados: se precisó la conceptualización y diferenciación de las categorías "consumo perjudicial de alcohol", "dependencia alcohólica" y "patología dual". Sobre esta última categoría, se realizó una sistematización de los principales modelos etiológicos contemporáneos, y un análisis de los factores moduladores más importantes que influyen en el consumo de alcohol, presentando un grupo de evidencias sobre la dependencia alcohólica y la patología dual, diferenciando ambos padecimientos, así como las teorías más debatidas sobre la etiología de la patología dual y algunos factores que modulan la intensidad y curso de ambas patologías.

Conclusiones: los avances en el campo de las adicciones obligan a los profesionales de las ciencias médicas a la búsqueda constante de información que actualice su conocimiento sobre las distintas problemáticas de salud. En este sentido la dependencia al alcohol y la patología dual son dos escenarios donde se realizan hallazgos constantemente, constituyendo una de las temáticas que mayor atención acapara en el ámbito de la salud humana.

Palabras clave: dependencia alcohólica, patología dual, psicopatología, etiología, género, edad, factores familiares

ABSTRACT

Introduction: alcohol is a risk factor for the development of more than 200 health conditions. Worldwide, its use is among the five most important risk factors for the development of diseases, disability and risk of death.

Objective: to systematize the available scientific information on alcohol consumption.

Methods: a qualitative study was carried out by means of a bibliographic review on the subject in digital databases (Scopus, EBSCO Health, PubMed, SciELO and PsycINFO).

Results: the conceptualization and differentiation of the categories "harmful use of alcohol", "alcohol dependence" and "dual pathology" were clarified. On the latter category, a systematization of the main contemporary etiological models was performed, and an analysis of the most important modulating factors that influence alcohol consumption, presenting a group of evidences on alcohol dependence and dual pathology, differentiating both conditions, as well as the most debated theories on the etiology of dual pathology and some factors that modulate the intensity and course of both pathologies.

Conclusions: advances in the field of addictions force medical science professionals to constantly search for information that updates their knowledge about the different health problems. In this sense, alcohol dependence and dual pathology are two scenarios where findings are constantly being made, constituting one of the topics that attracts most attention in the field of human health.

Key words: alcohol dependence, dual pathology, psychopathology, etiology, gender, age, family factors.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el alcohol es una de las sustancias psicoactivas que más se producen globalmente, solamente superada por la fabricación de cigarros y tabaco. A nivel mundial su uso se ubica dentro de los cinco factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades, aparición de discapacidad y riesgo de muerte. Al mismo tiempo es la causa fundamental de muerte prematura y discapacidad en personas entre los 15 y los 59 años de edad[1].

Actualmente se conoce que el alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de más de 200 afecciones de salud. Estas enfermedades incluyen las neoplasias, la infección por VIH/SIDA y gran variedad de trastornos mentales. Se estima además que el alcohol fue, solo en 2012, responsable de la pérdida de 247 millones de años de vida sana perdidos (AVAD), mientas que el 5.7% de los habitantes del continente declararon sufrir algún tipo de trastorno como consecuencia del consumo de alcohol en ese mismo año[2].

En un balance realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) acerca del efecto neto de los daños ocasionados por consumo de alcohol, se reportó que alcanza los 3.3 millones de muertes cada año, siendo el responsable del 5.9% de todas las muertes del planeta, estando relacionado además con el 5.1% de todas las enfermedades diagnosticadas anualmente. En el contexto de la Américas se consume más alcohol que en el resto del mundo. Aunque deben considerarse las variaciones por regiones, en las Américas el consumo ponderado de alcohol es de 8.7 litros per cápita, lo cual supera significativamente la media global de 6.2 litros[2].

Estadísticas internacionales señalan que los episodios de consumo excesivo se han incrementado drásticamente de una tasa de 4.6% al 13.0% en el caso de las mujeres y del 17.9% al 29.4% de los hombres. Solamente en 2012 el consumo de alcohol ocasionó una muerte cada 100 segundos en el continente americano, alcanzando más de 300 mil defunciones en ese mismo año. Se estima que aproximadamente 80 mil de estas muertes no habrían ocurrido sin la mediación del consumo de alcohol[3].

Con relación al tipo de bebida consumida (vinos, cerveza, ron, etc.) existen diferencias atendiendo a la región geográfica. Globalmente el 50.1% del total de alcohol consumido es en forma de bebidas "espirituosas", o sea aquellas que son obtenidas a través de un proceso de destilación (wisky, ron, ginebra, tequila, vodka, etc.). La segunda bebida más consumida a escala internacional es la cerveza, que representa el 34.8% de todos los registros de consumo, siendo la de mayor preferencia en el continente americano (53.3%). Solamente el 8.0 % del registro de consumo internacional se vincula al vino[1].

Atendiendo a estas cifras, es importante actualizar sistemáticamente la información científica disponible sobre el consumo de alcohol. En este sentido un elemento fundamental es la conceptualización y diferenciación de las categorías "consumo perjudicial de alcohol", "dependencia alcohólica" y "patología dual". Sobre esta última categoría (menos conocida pero igualmente importante que las anteriores) se propone además una sistematización de los principales modelos etiológicos contemporáneos, culminando la revisión con un análisis de los factores moduladores más importantes (no los únicos) que influyen en el consumo de alcohol.

MÉTODOS

Para la realización de la sistematización teórica se seleccionó un estudio donde se aplicó el método cualitativo, mediante una revisión bibliográfica sobre el tema en bases de datos digitales. Se emplearon como palabras claves para la búsqueda de la información (en español e inglés): Patología Dual, dependencia al alcohol, consumo perjudicial de alcohol, moduladores del consumo de alcohol. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: *Scopus*, *EBSCO Health, PubMed, SciELO* y *PsycINFO.* Para la recolección de los datos se elaboró una ficha

instructiva. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.

RESULTADOS

Consumo perjudicial de alcohol y dependencia alcohólica: definición y variables asociadas

Se considera la presencia de un consumo perjudicial de alcohol, de acuerdo con la OMS, cuando la cantidad de sustancia ingerida va en detrimento de la salud del bebedor y causa consecuencias sociales, ya sea en el entorno inmediato del consumidor (familia, amigos y colegas) así cuando impacta en la sociedad a gran escala y el consumo perjudicial se concreta en un patrón de ingestión de la sustancia adictiva que causa daños a la salud. El daño puede ser de naturaleza física (p. ej. el desarrollo de hepatitis o cirrosis), o mental (desarrollo de una psicopatología como consecuencia del consumo de alcohol). Otro indicador relacionado con esta categoría (consumo perjudicial) radica en las consecuencias sociales que emergen del patrón de consumo perjudicial, precisando el organismo, que este último criterio no es suficiente para diagnosticar el consumo de alcohol como "perjudicial"[1].

Con la intención de determinar el impacto global del consumo perjudicial de alcohol varias investigaciones han combinado datos provenientes de estudios epidemiológicos realizados a escala internacional[4]. En este sentido se ha comprobado que, para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como otras afectaciones para la salud existe una relación basada en respuesta a la dosis de alcohol que se consume [5]. Por ejemplo, para ambos géneros, el riesgo de muerte relacionado con el consumo de alcohol se triplica cuando se consumen tres tragos diarios en lugar de dos, o sea cuando se pasa de consumir 20 gramos a ingerir 30 gramos de la sustancia[2].

Otro elemento a considerar es el patrón de consumo, el cual ha sido definido en tres niveles fundamentales: la ingestión de alcohol durante las comidas, el consumo de la sustancia los fines de semana y policonsumo diario[6]. Con relación a esta última categoría se le ha prestado especial atención a los "atracones de alcohol", definidos como la ingestión de cinco o más tragos estándares (50 gramos o más) por día, lo cual se relaciona con un mayor deterioro de la salud tanto en hombres como en mujeres[7]. De manera particular el patrón de atracones ha mostrado correlaciones con mayor frecuencia a lesiones físicas (intencionales o no), así como a un incremento considerable de padecer un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular[8].

No obstante, es importante diferenciar el *consumo perjudicial de alcohol* de la *dependencia al alcohol*. Este último término aparece en la décima clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) bajo el término de "síndrome de dependencia" definiéndose como un clúster comportamental, cognitivo y fisiológico que se desarrolla luego del uso persistente de la sustancia etílica. Este síndrome se caracteriza usualmente por un deseo intenso de consumir la sustancia, mostrando dificultades para controlar su uso, persistiendo su utilización aun cuando genera consecuencias dañinas. Además, el uso de la droga se prioriza por encima de otras actividades y obligaciones de la persona, incrementando la tolerancia a la sustancia y en no pocas ocasiones un detrimento de la salud física general.

La dependencia alcohólica también se encuentra incluida en el manual de enfermedades mentales (DSM). En el caso de las clasificaciones, el DSM-IV[9] describe dos trastornos específicos, uno denominado *Abuso de Alcohol* y el segundo *Dependencia al Alcohol.* Ya en el DSM-V se integraron las dos categorías anteriores dentro de una misma clasificación denominada Trastorno por Uso de Alcohol (*Alcohol Use Disorder* (AUD), en inglés).

Introducción a la Patología Dual

El término patología dual(PD en lo adelante) hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas[10]. De los estudios epidemiológicos que hasta la actualidad se han realizado sobre PD se han

extraído algunas conclusiones importante que merecen la pena repasarse: *primero*, los estudios epidemiológicos sobre esta patología son metodológicamente muy complejos; *segundo*, actualmente se reconoce que la prevalencia de casos es elevada en todos los niveles de atención sanitaria; *tercero*, los pacientes duales son, desde el punto de vista psicopatológico, heterogéneos; y *cuarto*, la comorbilidad (entiéndase coexistencia) puede ser múltiple, pudiéndose tratar de una psicopatología del eje I, eje II, en ambos ejes o una enfermedad médica (correspondiente al eje III).

Teniendo en cuenta estos elementos debe destacarse que el diagnóstico psicopatológico más frecuente en consumidores de drogas son los trastornos de personalidad que se sitúan entre un 34.8% y el 73% de los casos; considérese que en la población general la incidencia de trastornos de personalidad varía entre el 10 y el 15%[11]. En los pacientes en tratamiento por adicción al alcohol se ha comprobado que aproximadamente el 62.5% de ellos presenta PD. Los trastornos más frecuentes son lo de personalidad (53.2%), el 20.3% presenta alteraciones del eje I, de los cuales el 54% recibe diagnóstico de trastornos del estado de ánimo y el 33.1% trastornos de ansiedad. De los trastornos de personalidad el 12% corresponde al trastorno obsesivo-compulsivo, el 9% trastorno antisocial, el 7% paranoide y dependiente, los narcisistas representan el 7% y el límite e histriónico el 5.1%[12].

Alcoholismo y coexistencia de enfermedades mentales

Los pacientes con PD, en comparación con personas que solamente consumen alcohol, presentan con mucha más frecuencia elevados niveles de minusvalía, una salud física y mental más pobre y mayor riesgo suicida[13,14].

Estudios epidemiológicos señalan que la coocurrencia de trastorno mental es más frecuente con alteraciones del estado de ánimo y de ansiedad[15,16]. Por ejemplo en investigaciones epidemiológicas con personas consumidoras durante 12 meses, se comprobó que al menos el 20% presentaba un trastorno del estado de ánimo, mientras que un 31% presentaba algún trastorno de ansiedad[13]. Este predominio de manifestaciones de ansiedad y alteraciones del humor se ha intentado exponer desde cuatro explicaciones tentativas. La primera es una hipótesis basada en la automedicación. De acuerdo con esta alternativa los individuos consumidores de alcohol con un trastorno de ansiedad o de humor utilizarían el consumo de alcohol en un esfuerzo por aliviar los síntomas producidos por estas alteraciones psiquiátricas[17].

La segunda hipótesis plantea que la intoxicación por alcohol podría inducir una variedad de síntomas mentales como la ansiedad y la depresión[18]. En tercer lugar, se encuentran los que defienden la idea de una tercera variable moduladora. O sea, el consumo de alcohol o el trastorno mental de base influiría en una variable moduladora (que podría ser de naturaleza genética, psicológica o ambiental) lo cual actuaría como disparador de la coocurrencia [14]. Por último se encuentra el modelo de factores comunes, que propone la existencia de factores predisponentes típicos que son de naturaleza biológica, psicológica, social o ambiental, como por ejemplo la existencia de traumas que incrementan el riesgo de padecer ambos trastornos[12,19.]

Por otra parte, también existen evidencias que relacionan el consumo de alcohol con otros trastornos mentales, como por ejemplo las psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar), los trastornos de personalidad (antisocial y limítrofe fundamentalmente), somatomorfos y conductas adictivas como el juego patológico. En caso específico de los trastornos psicóticos se ha comprobado una alta coocurrencia de patologías psicóticas específicas con la adicción al alcohol, siendo esta última sustancia una de las que con más frecuencia consumen estos pacientes[20-21]. Se conoce que el alcohol es un catalizador de las crisis psicóticas, además de exacerbar significativamente la intensidad de los síntomas[22]. De igual forma la duración del consumo de alcohol en pacientes con trastornos psicóticos está relacionado con el desarrollo de cuadros

depresivos muy intensos en las personas afectadas[23].

La desinhibición causada por la ingestión de alcohol, cuando se asocia con síntomas psicóticos que disminuyen el control del comportamiento da lugar, frecuentemente, a conductas inapropiadas y peligrosas en las personas que presentan esta variante de PD. Desde un punto de vista neurocognitivo se ha comprobado cuando se comparan pacientes con esta forma de PD con personas adictas al alcohol que, estos últimos muestran un mayor deterioro en los procesos de recuperación, atención, memoria de trabajo y de vigilancia[23].

También son frecuentes los de naturaleza dual en los que coexiste la adicción al alcohol y los trastornos de la personalidad. En este caso son frecuentes la presencia del trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de personalidad[24]. Una peculiaridad de esta relación radica en que usualmente los trastornos de la personalidad suelen presentarse con mayor frecuencia en coocurrencia con el consumo de alcohol en etapas tempranas de la vida[25]. En quienes presentan trastornos de la personalidad los síntomas relacionados con la adicción al alcohol continúan intensificándose a lo largo de la vida en comparación con los dependientes alcohólicos que no presentan el trastorno personológico coexistente[25].

En el caso particular de los pacientes que presentan trastorno antisocial de la personalidad suelen presentarse variantes de la adicción al alcohol mucho más severas, un peor pronóstico a largo plazo con relación a los daños causados por la sustancia y una expectativa desfavorable con relación a la efectividad de los tratamientos[26.] Desde un punto de vista social los pacientes con PD (con especificidad de trastorno de la personalidad) suelen ser frecuentemente comisores de delitos graves, lo cual, entre otras condicionantes, se encuentra relacionado con la característica de que estos pacientes se involucran en actividades riesgosas y además presentan una mayor impulsividad[25].

Más allá de las estadísticas de prevalencia, actualmente existe un gran debate con relación a la etiología de la PD. Al respecto se han propuesto varias explicaciones, algunas en forma de teorías y otras a modo de hipótesis. Aunque todavía no se alcanza consenso en este campo, estas explicaciones ofrecen puntos de vista muy interesantes, que, si bien de manera aislada no consiguen abarcar toda la complejidad sobre la génesis de la patología dual, en su conjunto ofrecen una perspectiva mucho más generalizadora sobre esta temática. A continuación, se presentan los modelos e hipótesis más significativas.

Modelos e hipótesis etiológicas en PD

El tipo de relación que se establece entre trastornos psicopatológicos y consumo de drogas (en este caso alcohol) es extremadamente compleja, lo cual conlleva a inferir que la explicación tentativa sobre la asociación dual responde a múltiples factores. En este apartado se revisarán las distintas hipótesis que intentan explicar la coexistencia entre los trastornos de adicción a sustancias y alteraciones psicopatológicas.

Modelo de trastorno mental primario y preexistente

De acuerdo con esta hipótesis el trastorno adictivo estaría precedido por un trastorno psicopatológico, por ejemplo, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Para explicar esta relación se formuló la *Hipótesis de la Automedicación*[27], según la cual los sujetos seleccionarían la sustancia a causa del malestar que le provoca la sintomatología del trastorno psicopatológico primario. No obstante, esta explicación no ha recibido suficiente apoyo empírico, puesto que la evidencia de que la sustancia adictiva se seleccione como resultado de diagnósticos específicos no es concluyente.

Dentro de este modelo también debe mencionarse la hipótesis de Alivio de la Disforia, la cual plantea que los pacientes que son diagnosticados con una psicopatología severa son más propensos a experimentar estados disfóricos

lo que los llevaría a consumir sustancias[28]. Esta hipótesis guarda relación con el mecanismo de automedicación mencionado anteriormente, aunque su alcance es mucho más específico.

Por otra parte, debe mencionarse también la hipótesis de Factores de Riesgo Múltiples. Este modelo defiende el principio de múltiples factores de riesgo confluyentes para el desarrollo de la adicción a una sustancia. Dentro de los factores de riesgo que suelen considerarse en esta hipótesis se encuentran las habilidades interpersonales reducidas, dificultades en procesos cognitivos, pobreza, marginalidad, disponibilidad de la sustancia adictiva, aislamiento social, entre otras[29].

Modelo de trastornos por consumo de sustancias primario y preexistente

De acuerdo con este modelo el consumo de alcohol desencadenaría un trastorno psicopatológico para el cual el individuo ya era previamente vulnerable. Podría ser el caso de un Trastorno Depresivo Mayor inducido por consumo de alcohol. Desde un punto de vista neurobiológico el consumo sistemático de la sustancia sería el precursor de modificaciones neuroadaptativas que conducirían al desarrollo de los trastornos psicopatológicos[30]. En el caso particular del consumo de alcohol y la esquizofrenia se ha comprobado que la sustancia es capaz de agravar la sintomatología psicótica del paciente, pero no constituye un factor causal para desarrollar la enfermedad mental [30].

Modelos bidireccionales

Tal como su nombre lo indica, los Modelos Bidireccionales proponen que el trastorno adictivo y la enfermedad psicopatológica interactúan constantemente. Esto significa que cualquiera de los dos trastornos puede incrementar la vulnerabilidad para que la segunda patología se desarrolle. Por una parte, un trastorno depresivo mayor puede ser precursor para el desarrollo de la adicción al alcohol; por otra parte, puede ocurrir el efecto opuesto. El consumo de la sustancia puede ser el factor determinante para que el individuo dependiente desarrolle una alteración psicopatológica severa[31].

Modelo de factor común

El modelo de factor común defiende la hipótesis de la existencia de factores comunes para el desarrollo de la PD. Esto significa que ambos procesos serían el resultado de una misma precondición existente pudiendo ser un factor de naturaleza genética, un trastorno de personalidad[32], el estatus socioeconómico[32], el funcionamiento cognitivo, entre otros.

Esta multiplicidad de modelos e hipótesis constituyen posturas tentativas para la explicación de un fenómeno extremadamente complejo. Un importante elemento a considerar, por ejemplo, es que la coexistencia de la dependencia al alcohol con una entidad psicopatológica dificulta la delimitación del cuadro sintomatológico de quien presenta el trastorno, siendo en ocasiones muy difícil distinguir si el síntoma psiquiátrico es el resultado de la dependencia al alcohol o viceversa. Quizás el éxito en la comprensión de la instauración del trastorno dual no radique en el descubrimiento de una hipótesis definitiva que explique todos los casos, sino en el análisis dinámico y flexible de cada individuo, considerando cada modelo y cómo se integra con la historia de vida del paciente que asiste a consulta.

Factores moduladores del consumo de alcohol

Actualmente se han identificado un grupo de factores a nivel individual y social que afectan la magnitud del consumo de alcohol y que pueden incrementar la ingestión problemática de esta sustancia, ocasionando daños a la persona consumidora y quienes le rodean [65]. Estas variables si bien no constituyen factores de riesgo de manera aislada, cuando se presentan conjuntamente en un individuo pueden hacer más vulnerable a la persona de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol[33].

Desde una perspectiva de salud la vulnerabilidad denota una susceptibilidad mayor para el desarrollo de enfermedades o un estado general

de salud más pobre, pudiéndose manifestar a través de alteraciones físicas, mentales o sociales; incluyendo las alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol. Entre las variables más importantes se pueden mencionar la edad, el género, factores familiares y estatus socioeconómico. Seguidamente se amplían cada uno de estos elementos.

Edad

Actualmente se reconoce que los niños, los adolescentes y los adultos mayores son usualmente más vulnerables a desarrollar alteraciones de naturaleza variada cuando consumen alcohol, en comparación con otras etapas del desarrollo[34].

La evidencia disponible sugiere que en el caso de las edades tempranas los daños son causados fundamentalmente por alteraciones en la materia gris y blanca. Por su parte, los datos experimentales revelan que el inicio del consumo en edades tempranas afecta sensiblemente el córtex prefrontal[35], la neurogénesis en el hipocampo, produce daños estructurales en el hipocampo y el cerebelo[36], altera la estructura de la mielina[35] y causa disfunciones cognitivas y comportamentales a largo plazo[36].

Por otra parte el inicio temprano del consumo (especialmente antes de los 14 años) es un predictor de desarrollo de problemas de salud, asociándose con un incremento del riesgo de abuso y dependencia al alcohol en edades posteriores[37].

Además, el consumo de alcohol en etapas tempranas de la vida disminuye la aversión al riesgo, razón por la cual quienes beben se involucran en actividades negligentes que ponen en riesgo la integridad personal. Por otra parte, los daños relacionados con el consumo de alcohol en edades más avanzadas guardan relación con un grupo de factores característicos relacionados con la etapa evolutiva de la adultez mayor. Mientras el consumo general disminuye con la edad, las personas más longevas usualmente incrementan la frecuencia del consumo. Puesto que el organismo ya no posee la misma capacidad para metabolizar el alcohol que en etapas anteriores, el efecto de esta sustancia sobre el organismo coloca en mayor riesgo a quienes la consumen[37].

Género

Las muertes en hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años, tienen como principal factor de riesgo el consumo problemático de alcohol[38]. No obstante, actualmente existen evidencias de que las mujeres son más vulnerables que los hombres cuando alcanzan un umbral específico de consumo de alcohol. Esta realidad se ha convertido en un problema de salud internacional por varias razones. En primer lugar, el uso de alcohol en las mujeres se ha incrementado considerablemente en los últimos años, realidad que guarda relación con un incremento del desarrollo económico y las nuevas formas de asumir los roles a nivel social. En segundo lugar, porque se ha demostrado que el incremento del consumo de alcohol por parte de las mujeres tiene consecuencias severas sobre la salud (más graves que las reportadas en hombres) y el entorno social inmediato, especialmente las relacionadas con el cuidado de los hijos[39].

Esta vulnerabilidad en las mujeres puede explicarse por un amplio número de factores de riesgo. Por ejemplo, las mujeres usualmente tienen un peso corporal menor comparadas con los hombres, una menor capacidad hepática para metabolizar el alcohol y una mayor proporción de grasa corporal, lo cual en su conjunto contribuye a que las mujeres alcancen una mayor concentración de alcohol en la sangre en comparación con los hombres cuando ingieren la misma cantidad de alcohol.

Estas diferencias metabólicas han sido observadas tanto cuando el alcohol se suministra por vía intravenosa como cuando se hace por vía oral[40]. Uno de los factores que contribuye a la tasa de eliminación de etanol está relacionado con los polimorfismos genéticos de las enzimas metabolizadoras (alcohol deshidrogenasa (ADH)). El efecto de género no se debe a una diferencia en el vaciamiento gástrico que en

realidad puede ser mayor en las mujeres, dependiendo de la etapa del ciclo menstrual, sino a que ellas presentan un ADH gástrico total menor en el estómago, acompañada de una actividad reducida para la isoenzima de clase III[40].

Las mujeres alcohólicas tienen una pérdida total de la barrera protectora gástrica proporcionada por el metabolismo de primer nivel; lo que significa que para una fémina alcohólica beber alcohol es lo mismo que inyectarlo directamente en el torrente sanguíneo. Esto puede contribuir a la antes descrita vulnerabilidad de las mujeres al alcohol, que se extiende a muchos tejidos, el cerebro y el hígado[41].

En el orden psicosocial las mujeres son afectadas con mayor frecuencia por violencia interpersonal y se encuentran en mayor riesgo de agresión sexual como resultado de los problemas con la bebida que presentan sus parejas masculinas.

Además, el uso de alcohol en el caso de las mujeres es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mamas[42]. También desde el punto de vista social existe menos tolerancia hacia las mujeres que beben en comparación con los hombres[43], lo cual dependiendo del contexto puede conllevar a que sean víctimas de abuso físico y psicológico.

Factores familiares

La historia familiar de abuso de sustancias constituye un importante elemento de vulnerabilidad tanto por razones genéticas como ambientales [38]. La herencia o los factores genéticos representan una parte sustancial de las variaciones en la dependencia al alcohol. Actualmente se conocen múltiples genes que influyen de maneras distintas en la iniciación del consumo, el metabolismo del alcohol y el reforzamiento de su uso.

Por otra parte, el uso de alcohol por parte de los padres ha sido relacionado con un ambiente de crianza negativo, lo cual favorece el escenario del consumo para los hijos[44]. Además, los padres consumidores que maltratan a sus hijos (incluyendo abuso sexual, físico y negligencia) crean entornos propicios para que sus hijos se conviertan en consumidores tempranamente.

Estatus socioeconómico

La evidencia epidemiológica indica una relación positiva entre los ingresos y la prevalencia de abuso de alcohol en la población general, mientras que señalan una relación inversa entre ingresos y dependencia al alcohol[45]. Al respecto se han sugerido tres posibles explicaciones al fenómeno (Schmidt et al, 2010). Primero: las personas con altos ingresos poseen mayor disponibilidad de espacios para beber que son seguros, además de tener acceso a servicios de salud de mayor calidad. Segundo: las personas con un estatus socioeconómico inferior poseen una red social de apoyo más reducida, lo cual reduce el feedback sobre los daños relacionados con el consumo antes de que ocurra la ingestión alcohólica. Tercero: en los grupos menos favorecidos económicamente se aplica el principio de "ahora o nunca" cuando existe disponibilidad de alcohol; aunque consumen con menos frecuencia cuando lo hacen muestran un patrón de atracones.

El vínculo entre estatus socioeconómico y consumo problemático de alcohol es un área que actualmente recibe mucha atención. Esto ocurre fundamentalmente por el incremento de la disponibilidad de alcohol, especialmente en países en vías de desarrollo. De esta manera el aumento de la disponibilidad (variedad de precios y formatos) ha provocado un incremento del consumo en naciones emergentes[38].

Es importante destacar que las variables anteriores no son las únicas que modulan el consumo de alcohol, pero sí algunas de las más importantes. Su estudio no solo es importante desde el punto de vista teórico, lo son además desde la dimensión metodológica y también práctica. Cuando se diseñan estudios es importante que sean controladas, considerando que las peculiaridades del consumo problemático y también la dependencia y patología dual guardan relación no solo con la cantidad de alcohol que se consume y su frecuencia, sino además con las categorías antes mencionadas.

CONCLUSIONES

Los avances en el campo de las adicciones obligan a los profesionales de las ciencias médicas a la búsqueda constante de información que actualice su conocimiento sobre las distintas problemáticas de salud. En este sentido la dependencia al alcohol y la patología dual son dos escenarios donde se realizan hallazgos constantemente, constituyendo una de las temáticas que mayor atención acapara en el ámbito de la salud humana. En parte, esta atención viene dada por el profundo impacto que sobre la salud tiene el consumo de alcohol y además por las consecuencias que ocasiona a nivel social.

Un elemento fundamental es la distinción entre los pacientes con dependencia alcohólica de aquellos que presentan patología dual. Esta diferenciación solo es posible si, en primer lugar, se dispone de información sobre el tema que aborde la problemática desde una perspectiva multifactorial. Consistente con esta necesidad en el presente material se presentaron un grupo de evidencias sobre la dependencia alcohólica y la patología dual. Se partió de la diferenciación entre ambos padecimientos, así como las teorías más debatidas con relación a la etiología de la patología dual. Por último, el análisis se centró en la presentación de un grupo de factores que modulan la intensidad y curso de ambas patologías, para que de esta forma se puedan considerar, en la práctica asistencial, un grupo de factores imprescindibles relacionados con la temática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization 2014.
2. Salud OPdl. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Pabamericana de la Salud; 2015.
3. Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. Drug and Alcohol Review. 2016. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27324816/
4. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive Medicine. 2004;38(5):613-9. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066364/
5. Rothman KJ, Greenland S. Causation and causal inference in epidemiology. American Journal of Public Health. 2005;95(S1):144−50. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16030331/
6. Tolstrup J, Jensen MK, Gronbaek M. Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men. British Medical Journal. 2006;332(7552):1244-8. Aviable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1471902/
7. Chavez LJ, Williams EC, Lapham G, Bradley KA. Association between alcohol screening scores and alcohol-related risks among female veterans affairs patients. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2012;73(3):391–400. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22456244/
8. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. American Journal of of Epidemiology. 2010;171(6):633–44. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20142394/
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author; 2000.
10. Becoña E, Cortés M. Manual de adicciones para psicólogos especialistas

en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010. Disponible en: https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf
11. Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández-Hermida JR, Casete L, Bermejo MP, et al. Guía clínica de intervención en adicciones. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2008. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260882943_Guia_clinica_de_intervencion_psicologica_en_adicciones
12. Bravo R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. Psicothema. 2008;20:218-23. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/727/72720207.pdf
13. Teesson M, Slade T, Mills K. Comorbidity in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust NZ J Psychiatry. 2009;43:606-14. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19530017/
14. Mills K, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Am J Psychiatry. 2006;163:652-8. Aviable from: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2006.163.4.652
15. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Life time and12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8279933/
16. Grant BF, Stinson FS, Dawson D. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:807-16. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15289279/
17. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry. 1985;142:1259-64. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3904487/
18. Raimo EB, Schuckit MA. Alcohol dependence and mood disorders. Addict Behav. 1998 (23):933–46. Aviable from: : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801727/
19. Cerda M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions. Epidemiol Rev. 2008;30:155–77. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18621743/
20. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patientsvwith schizophrenia: epidemiology and management. Drugs. 2002;62:743-55. Aviable from: DOI: 10.2165/00003495-200262050-00003
21. Olfson M, Lewis-Fernandez R, Weissman MM, Feder A, Gamerof MJ, Pilowsky D. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. The American Journal of Psychiatry, 2002;159:1412-9. Aviable from: https://researchwith.montclair.edu/en/publications/psychotic-symptoms-in-an-urban-general-medicine-practice
22. Frye MA, M. SI. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. Bipolar Disorders. 2006;8:677-85. Aviable from: Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17156154/

23. Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE, Arndt S. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. Biological Psychiatry. 2000;48:477-85. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11018221/
24. Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: characteristics, treatment, and outcome. Crisis.93-101. Aviable from: https://psycnet.apa.org/record/2002-10522-001
25. Ducci F, Enoch MA, Funt S, Virkkunen M, Albaugh B, Goldman D. Increased anxiety and other similarities in temperament of alcoholics with and without antisocial personality disorder across three diverse populations. Alcohol. 2007;41:3-12. Aviable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924490/
26. Hunter EE, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Cantrell PJ. Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. Comprehensive Psychiatry. 2000;41:334-8. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11011828/
27. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry. 1985;142(11):1259-64. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3904487/
28. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness. A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. Psychological Medicine 1993;23:387–95. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8332655/
29. Anthony JC, Helzer JE. Syndromes of drug abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA, editors. Psychiatric disorders in America The Epidemiologic Catchment Area Study New York: Free Press; 1991. p. 116-54. Aviable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2633099/
30. Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. The American Journal of Psychiatry 2005;162:1483–93. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16055769/
31. Albalat-Alcaraz C. Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
32. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, C. M, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones. 2013;25:118–27. Disponible en: https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59
33. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In: Blass E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
34. Mäkelä K, Mustonen H. Relationships of drinking behaviour, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. Addiction. 2000;95:727−36. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10885047/
35. Montesinos J, Pascual M, Pla A, Maldonado C, Rodriguez-Arias M, Minarro J, et al. TLR4 elimination prevents synaptic and myelin alterations and long-term cognitive dysfunctions in adolescent mice with intermittent ethanol

treatment. Brain Behav Immun. 2015;45:233–44. Aviable from: https://pubmed.ncbi,nlm.nih.gov/25486089/
36. Vetreno RP, Yaxley R, Paniagua B, Crews FT. Diffusion Tensor Imaging Reveals Adolescent Binge Ethanol-induced Brain Structural Integrity Alterations in Adult Rats that Correlate with Behavioral Dysfunction. Addict Biol. 2016;21(44):939-53. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25678360/
37. Sartor CE, Lynskey MT, Heath AC, Jacob T, True W. The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. Addiction. 2007;102:216−25. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17222275/
38. OMS. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization 2014.
39. Popova S, Lange S, Burd L, Chudley AE, Clarren SK, Rehm J. Cost of fetal alcohol spectrum disorder diagnosis in Canada. PLoS ONE. 2013;8(4):e60434. Aviable from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0060434
40. Frezza M, diPadova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. N Eng L J Med. Aviable from: 1990;332:95–9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2248624/
41. Lieber CS. Ethnic and Gender Differences in Ethanol Metabolism. Alcohol Clin Exp Res. 2000;24(4). Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10798572/
42. llen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. J Natl Cancer Inst. 2009. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19244173/
43. Pretorius L, Naidoo A, Reddy SP. "Kitchen cupboard drinking": a review of South African women's secretive alcohol addiction, treatment history, and barriers to accessing treatment. Soc Work in Public Health. 2009;24:89−99. Aviable from: https://doi: 10.1080/19371910802569575
44. Latendresse SJ, Rose RJ, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J, Dick DM. Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. Alcoholism Clin Exp Res. 2008;32:322−30. Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18162066/
45. Keyes KM, Hasin DS. Socio-economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis. Addiction. 2008;103(7). Aviable from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18494841/

SOBRE LOS AUTORES

1. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador, Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí. Manta, Ecuador https://orcid.org/0000-0002-7104-67730 Email: irakuba@yahoo.es.
2. Doctor en Ciencias. Profesor e Investigador Titular. Unidad Psiquiátrica del Hospital General Enrique Cabrera. La Habana, Cuba https://orcid.org/0000-0002-4741-6583

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Yanetsi Contreras Olive [1], Osvaldo Miranda Gómez [2]

RESUMEN

Introducción: el consumo de sustancias psicoactivas puede conducir a la aparición de diversos síntomas de la esfera emocional como la depresión.

Objetivo: determinar los factores asociados a la depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

Métodos: se desarrolló un estudio observacional, analítico y transversal. Se trabajó con los pacientes adictos atendidos en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay" de 2016 a 2019. Las principales variables estudiadas fueron: función ejecutiva, edad, sexo, características clínicas del consumo, sustancia consumida, deterioro cognitivo, ansiedad y depresión. Se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: se estudiaron 257 pacientes con consumo fundamentalmente de alcohol y marihuana, con edad promedio de 34 años, predominó el sexo masculino (89%). La depresión como rasgo se presentó en el 47.1 % y la depresión como estado en el 74.3 % de los pacientes estudiados. Los principales factores asociados con la depresión fueron: tener una edad de 30 años o menos (OR=4.7), deterioro cognitivo (OR=4.2), ideación suicida (OR=3.1), consumo de drogas diferentes al alcohol y sus derivados (OR=2.9), ansiedad (OR=2.6), con alteraciones ejecutivas (OR=2.2), alteración de la capacidad de detener el consumo (OR=2.0) y edad de inicio del consumo de 20 años o menos (OR=1.2).

Conclusiones: los principales factores asociados a la depresión en los pacientes adictos estudiados fueron: tener una edad de 30 años o menos, el deterioro cognitivo, la ideación suicida, consumir otras drogas diferentes al alcohol, la ansiedad, las alteraciones ejecutivas, las dificultades para detener el consumo y una edad de inicio del consumo de 20 años o menos.

Palabras Clave: adicción, sustancias psicoactivas, depresión, factores pronósticos.

ABSTRACT

Introduction: the consumption of psychoactive substances can lead to the appearance of various symptoms of the emotional sphere such as depression. **Objective:** to determine the factors associated with depression in patients addicted to psychoactive substances.

Method: an observational, analytical and cross-sectional study was developed. We worked with addicted patients treated at the Central Military Hospital "Dr. Carlos J Finlay" from 2016 to 2019. The main variables studied were: executive function, age, sex, clinical characteristics of consumption, substance consumed, cognitive impairment, anxiety and depression. Descriptive and inferential statistical techniques were used.

Results: 257 patients with consumption mainly of alcohol and marijuana were studied, with an average age of 34 years, the male sex predominating (89%). Depression as a trait occurred in 47.1% and depression as a state in 74.3% of the patients studied. The main factors associated with depression were: being 30 years of age or younger (OR=4.7), cognitive impairment (OR=4.2), suicidal ideation (OR=3.1), drug use other than alcohol and its derivatives (OR =2.9), anxiety (OR=2.6), with executive disturbances (OR=2.2), impaired ability to stop consumption (OR=2.0) and age at initiation of consumption of 20 years or less (OR=1.2).

Conclusions: the main factors associated with depression in the addicted patients studied were: being 30 years of age or younger, cognitive

impairment, suicidal ideation, consuming drugs other than alcohol, anxiety, executive disturbances, difficulties in stopping use and an age of onset of use of 20 years or younger.

Key words: addiction, psychoactive substances, depression, prognostic factors.

INTRODUCCIÓN

Las drogas y sus efectos a nivel de sistema nervioso central no solo tienen repercusiones a nivel cognitivo, de ahí que diversos investigadores han estudiado el impacto de las sustancias psicoactivas en la esfera emocional de los pacientes. Es bien conocida la interrelación entre depresión y conducta adictiva: un sujeto deprimido puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo. También es habitual que los adictos a sustancias padezcan depresión como patología asociada[1].

Según la literatura revisada, muchos pacientes con dependencia a sustancias pueden tener síntomas depresivos, en mayor o menor grado de duración, a lo largo de su evolución. La presencia de dicha sintomatología no implica que el individuo cumpla los criterios de un trastorno del estado del ánimo. En unos casos, la presencia del alcohol u otros depresores del sistema nervioso central, es la determinante de los mismos, al desaparecer de forma paralela a la intoxicación. En otros casos, los síntomas depresivos están relacionados con el síndrome de abstinencia y en otras ocasiones están relacionados con situaciones de estrés frecuentes en el curso de la enfermedad adictiva, pero sin alcanzar la intensidad y duración necesarias que permitan establecer el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo[2].

Por otra parte, tanto los estudios realizados en población general como los realizados en población clínica indican que la depresión y la adicción a sustancias no sólo es más frecuente en las mujeres que en los hombres, sino que es dos veces más frecuente que en las mujeres de la población en general, por lo que las mujeres adictas constituyen un colectivo especialmente vulnerable[3].

Por otro lado, en un estudio de seguimiento prospectivo durante seis años con muestras de pacientes dependientes de sustancias, donde se analizan los factores relacionados con la recaída en el consumo, se concluye que la existencia de episodios depresivos mayores, constituye uno de los principales factores en la predicción de recaída[4]. Como puede apreciarse, se demuestra la alta asociación de la depresión con la dependencia a sustancias, al señalar la necesidad de profundizar en este vínculo, como condición necesaria en el abordaje integral de estos pacientes. De ahí que la presente investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados a la depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, analítico y transversal. Se trabajó con el universo, el que estuvo constituido por 257 pacientes atendidos en el Servicio de Psicología del Hospital "Dr. Carlos Juan Finlay" durante el período comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2018, con diagnóstico de adicción a sustancias psicoactivas según los criterios del DSM-V, con nivel de escolaridad de 9no grado o superior, que accedieron a participar en la investigación, sin deterioro cognitivo severo, ni recidivas en las tres semanas previas a la evaluación, que no se clasificaran como patología dual, que no presentaron encefalopatías por consumo de sustancias y no tuvieran familiares de primera línea con trastornos mentales diferentes a las adicciones.

Las variables que se tuvieron en cuenta en el estudio fueron: depresión estado-rasgo, función ejecutiva, edad, sexo, nivel escolar, características clínicas del consumo, sustancia consumida, antecedentes familiares de adicción, ideación suicida, coeficiente intelectual, deterioro cognitivo, ansiedad, tiempo de consumo y tiempo en abstinencia durante el tratamiento.

En el análisis de los datos se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva y de la estadística inferencial. De la estadística descriptiva: el porcentaje, la mediana, media aritmética y la

desviación estándar como medida de variabilidad. De la estadística inferencial: X^2 de Pearson de Homogeneidad, Corrección por continuidad de Yates; Prueba de Bartholomew, Regresión Logística, Kaplan-Meier, Regresión de Cox y Odds Ratio (OR). En cada caso se trabajó con un nivel de confiabilidad del 95 %.

La investigación se realizó bajo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki [5]. Se recogió el consentimiento informado por escrito de cada paciente.

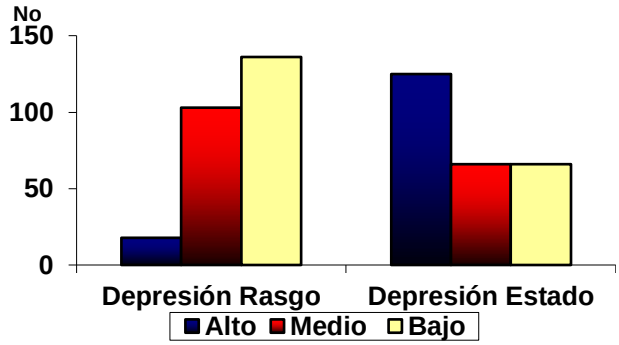
RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de aproximadamente 34 años, de ellos 231 hombres y 26 mujeres, con una escolaridad media de estudios secundarios 49.4% (127 casos) y el 67.7% de los casos poseía vínculo social.

Las sustancias psicoactivas consumidas por lo pacientes estudiados fueron el alcohol, la marihuana, la cocaína, los medicamentos con fines de abuso y la modalidad conocida como policonsumo, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos sexos. De los pacientes estudiados el 56.4% tenía antecedentes familiares de adicción, de ellos el 20.2% tenía más de un familiar con esta condición.

La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes adictos estudiados como promedio fue de 17 años, lo que sitúa la edad de inicio en los pacientes del estudio en la adolescencia. El 47.9% de los adictos estudiados se encontraban en el rango de 15 años o más de consumo

Gráfico 1. Distribución de pacientes adictos según depresión rasgo y depresión estado.



En el Gráfico 1 aparecen los resultados de la variable depresión en los pacientes estudiados. El 52.9% de los adictos presentó un nivel de depresión rasgo baja, el 40.1% media y el 7% como alta. En el caso de la depresión estado los niveles altos se presentaron en el 48.6% de los pacientes estudiados y el 25.7% de los pacientes presentaron tanto ansiedad estado media como baja. De forma general, se puede plantear que la depresión como rasgo se presentó en el 47.1% y la depresión como estado en el 74.3% de los pacientes estudiados. Lo obtenido en la presente investigación y referido hasta aquí permite afirmar que la ansiedad y la depresión son trastornos del estado de ánimo que tienen una alta incidencia en la población estudiada.

Al relacionar la variable tiempo de consumo con la variable depresión se encontró que los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, por lo que han sido desestimados para el análisis que se presenta.

Tabla 1. Distribución de pacientes adictos según depresión estado y variables epidemiológicas.

Variables epidemiológicas		Depresión estado				Total	X^2; Sig. OR
		Afectada		Normal			
		No.	%	No.	%		
Ideación suicida	Con ideación suicida	114	82.6	24	17.4	138	X^2=9.813; p= 0.002
	Sin ideación suicida	77	64.7	42	35.3	119	OR= 2.59
Funcionamiento cognitivo (MOCA)	Afectado	119	81.5	27	18.5	146	X^2=8.299; p= 0.004
	No afectado	72	64.9	39	35.1	111	OR= 2.39
Vínculo Social	Sin vínculo	70	84.3	13	15.7	83	X^2=5.695; p= 0.017
	Con vínculo	121	69.5	53	30.5	174	OR= 2.36

Nota: El porcentaje fue calculado en base al total de pacientes por filas según el síntoma clínico.

El análisis bivariado de la depresión (Tabla 1) arrojó que más de las dos terceras partes de los pacientes que tuvieron ideación suicida (82.6%) presentaron depresión, lo que evidencia que dichos pacientes tuvieron 2.6 veces más probabilidad de presentar depresión que los que no habían tenido ideación suicida. De igual forma, los pacientes con deterioro cognitivo (81.5%) presentaron 2.39 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión que los que no lo tenían afectado; mientras que los pacientes que no tenían vinculación social (84.3%) tuvieron 2.36 veces mayor probabilidad de tener depresión estado que los pacientes con algún tipo de vínculo social.

Tabla 2 Distribución de pacientes adictos según depresión estado y variables asociadas.

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% CI para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Nivel Escolar	-0.910	0.381	5.695	1	0.117	1.403	0.191	1.850
Vínculo Social	1.185	0.431	7.563	1	0.006	3.271	1.406	7.611
Necesidad de consumo	-0.050	0.367	0.019	1	0.892	0.951	0.463	1.954
Droga actual	-0.080	0.537	0.022	1	0.022	2.923	1.322	3.644
Patrón de consumo	0.024	0.245	0.010	1	0.921	1.025	0.634	1.656
Alteración de la capacidad de detener el consumo	0.672	0.349	3.697	1	0.044	1.958	1.887	3.884

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% CI para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Tolerancia	0.569	0.659	0.744	1	0.388	1.766	0.485	6.425
Consumo persistente	-0.136	0.459	0.087	1	0.768	0.873	0.355	2.147
Alteración de la capacidad de abstención	0.238	0.356	0.449	1	0.503	1.269	0.632	2.549
Funcionamiento cognitivo (MOCA)	1.433	0.418	11.731	1	0.001	4.192	1.846	9.519
Función ejecutiva	-1.541	0.845	3.326	1	0.048	2.214	1.041	3.122
Ansiedad estado	0.974	0.401	5.902	1	0.015	2.649	1.207	5.812
Antecedentes familiares de adicción	0.144	0.235	0.377	1	0.539	1.155	0.729	1.832
Ideación suicida	1.121	0.345	10.564	1	0.001	3.069	1.561	6.034
Estado civil	0.074	0.404	0.034	1	0.854	1.077	0.488	2.376
Grupos de edades	1.539	0.704	4.779	1	0.029	4.661	1.173	18.530
Edad de inicio del consumo	-1.804	0.910	3.928	1	0.047	1.165	1.028	1.980
Tiempo de consumo agrupado	-0.193	0.599	0.104	1	0.747	0.824	0.255	2.668
Recaída a los seis meses	-0.054	0.381	0.020	1	0.886	0.947	0.449	1.998

Los pacientes que presentaron una edad de 30 años o menos (OR=4.7), deterioro cognitivo (OR=4.2), ideación suicida (OR=3.1), que consumían drogas diferentes al alcohol y sus derivados (OR=2.9), presentaron ansiedad estado (OR=2.6), con alteraciones ejecutivas (OR=2.2), alteración de la capacidad de detener el consumo (OR=2.0) y edad de inicio del consumo de 20 años o menos (OR=1.2), tuvieron mayor probabilidad de tener depresión estado con respecto a los que no presentaron estos síntomas y signos. Los resultados anteriores se obtuvieron después de realizado el análisis multivariado, como se pudo observar en la Tabla 2. Por otro lado, aunque las evidencias estadísticas mostraron que estar vinculado socialmente se comportó como un factor de riesgo, la lógica clínica obligó a desestimar ese resultado.

Tabla 3 Factores pronósticos de la depresión severa.

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% CI para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Nivel Escolar	-0.214	0.321	0.444	1	0.505	0.807	0.430	1.515
Vínculo Social	0.380	0.328	1.338	1	0.247	1.462	0.768	2.784
Necesidad de consumo	0.017	0.317	0.003	1	0.956	1.017	0.547	1.894
Droga actual	0.094	0.464	0.041	1	0.840	1.098	0.442	2.727
Patrón de consumo	0.366	0.338	1.174	1	0.279	1.441	0.744	2.793
Alteración de la capacidad de detener el consumo	0.410	0.310	1.751	1	0.186	1.507	0.821	2.767
Tolerancia	1.486	0.539	7.586	1	0.006	4.419	1.535	12.721
Consumo persistente	-1.789	0.416	18.516	1	0.000	0.167	0.074	0.378
Alteración de la capacidad de abstención	-0.393	0.310	1.608	1	0.205	0.675	0.368	1.239
Funcionamiento cognitivo (MOCA)	-0.701	0.593	1.395	1	0.028	2.496	1.155	2.588
Función ejecutiva	0.359	0.477	0.567	1	0.451	1.432	0.563	3.644
Ansiedad estado	-0.419	0.310	1.828	1	0.017	2.658	1.358	3.207
Antecedentes familiares de adicción	0.856	0.298	8.266	1	0.004	2.353	1.313	4.218
Ideación suicida	0.427	0.329	1.692	1	0.193	1.533	0.805	2.920
Estado civil	-0.044	0.351	0.016	1	0.900	0.957	0.481	1.904
Grupos de edades	1.023	0.587	3.041	1	0.081	2.783	0.881	8.791
Edad de inicio del consumo	-1.114	0.585	3.621	1	0.057	0.328	0.104	1.034
Tiempo de consumo agrupado	-0.720	0.535	1.814	1	0.178	0.487	0.171	1.388

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% CI para EXP (B)	
Recaída a los seis meses	0.240	0.333	0.519	1	0.471	1.272	0.661	2.445

Al evaluar la probabilidad de padecer depresión estado alta en los pacientes estudiados (Tabla 3), se observó que los pacientes que presentaron inversión de la tolerancia (OR=4.4), los que presentaron ansiedad estado alta (OR=2.7), los que tenían un deterioro cognitivo moderado (OR=2.5), y los que tenían antecedentes familiares de adicción (OR=2.4), tuvieron mayor probabilidad de desarrollar una depresión alta con respecto a los que no presentaron estos síntomas y signos. Por otro lado, aunque las evidencias estadísticas mostraron que el consumo persistente se comportó como un factor protector, la lógica clínica obligó a desestimar esos resultados

DISCUSIÓN

Los trastornos del estado de ánimo son los trastornos mentales asociados con mayor frecuencia con los trastornos por uso de sustancias. Los pacientes que fueron estudiados en la presente investigación todavía no habían sido diagnosticados con ningún trastorno psiquiátrico diferente a la adicción a sustancias, pero por la importancia que tiene estudiar la depresión en esta población se consideró necesario abordarla.

Entre los trastornos del estado de ánimo que más se presentan en los pacientes drogodependientes esta la depresión. Esta última es una enfermedad que debe considerarse como un problema de salud pública de primer orden, ya que, en la actualidad, una de cada siete personas que acude a las consultas de atención primaria presenta este trastorno y, además, es una de las primeras causas de baja laboral en el mundo[6].

Las alteraciones asociadas a la depresión en la población estudiada son similares a las encontrados en la literatura. La prevalencia de depresión entre la población adicta es alta, en los últimos años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres), si se contrastan con las cifras de prevalencia de depresión para la población general que oscilan entre el 2.6% y el 5% en varones y entre el 6% y el 12% en mujeres. También se observa una mayor tasa de suicidios e ideas autolíticas entre adictos con depresión[7].

Lo anterior se corresponde con un estudio realizado en la Universidad de Cuenca, Ecuador, en el año 2017, que muestra que la ansiedad y la depresión se presentan de manera frecuente en los consumidores de drogas. La ansiedad se presenta en el 90.3% y la depresión en el 93.1%, con un porcentaje de 51.2% para la ansiedad leve y 36.1% para la depresión moderada[8]. A su vez, en el área metropolitana de Boston, se realizó una investigación en el año 2014 que revela que la prevalencia, tanto para la ansiedad y la depresión en adolescentes con trastornos por consumo de sustancia psicoactivas, es similar con una frecuencia de 30% y 32.5% respectivamente[9].

En la actualidad se han descrito hipótesis explicativas sobre la alta incidencia de los trastornos del estado de ánimo y los debidos al uso de sustancias. En el caso de la depresión se hace referencia a que ambas entidades comparten factores de riesgo comunes, como acontecimientos vitales estresantes, traumas psicológicos, vulnerabilidad genética o alteraciones neurobiológicas, que conducen a la aparición de ambos trastornos sin que exista una relación causal entre ellos. Además, se ha demostrado que el consumo continuado de algunas sustancias de abuso conlleva cambios neurobiológicos a través de mecanismos neuroadaptativos que median la depresión. Así como que el trastorno por uso de sustancias se desarrolla para aliviar la depresión, en este caso

la depresión incrementa las conductas de riesgo de consumo[10].

Los datos mostrados en la presente investigación pudieran ser indicadores de cómo se presenta la depresión en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, resultados que son similares con los aportados en el estudio realizado por Arias[11], donde los pacientes deprimidos y dependientes al alcohol se diferencian de los deprimidos y no dependientes en la presencia de ideación suicida, mayor consumo de alcohol, mayor riesgo de conductas violentas, menor capacidad de razonamiento e introspección, mayor impulsividad, menor autoestima, relaciones sociales más inestables y mayor negligencia en los cuidados.

Por otra parte, se ha documentado que trastornos depresivos en pacientes consumidores de drogas diferentes al alcohol, su clínica es indistinguible de otros con etiología diferente, destacándose que en algunos estudios epidemiológicos realizados la tasa de suicidio es cuatro veces superior y en otros solo el doble a la de los trastornos afectivos no inducidos por drogas[12].

El abuso de sustancias y la depresión son expresiones sintomáticas diferentes de las mismas anomalías neurobiológicas preexistentes. La administración repetida de una sustancia de abuso provoca excesivas o aberrantes neuroadaptaciones que agudizan los efectos de la sustancia, lo que provoca cambios bioquímicos que tienen algunos elementos comunes con las anomalías existentes en la depresión[13]. Según Vázquez Machado y colaboradores[14], los pacientes con síntomas depresivos tienen más familiares de primer grado con alcoholismo y drogadicción que aquellos que no tienen sintomatología depresiva; aunque solo el primero se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos. Estos resultados son similares a los arrojados en el presente estudio donde los pacientes que presentaron antecedentes familiares de adicción tuvieron mayor probabilidad de desarrollar una depresión alta con respecto a los que no presentaron este antecedente.

Iniciar el consumo de drogas antes de los 20 años y tener 30 años o menos de edad se asocian con mayor probabilidad de presentar depresión, según los resultados presentados en este estudio, y se corresponde con la hipótesis planteada por Crews[15] que plantea que el consumo de alcohol y drogas en la adolescencia conduce a cambios duraderos en el cerebro adulto que aumentan los riesgos de la psicopatología en la adultez, en especial para la dependencia al alcohol

CONCLUSIONES

La depresión fue muy frecuente en los sujetos estudiados. Los factores que se asociaron a la probabilidad de padecerla fueron: tener una edad de 30 años o menos, el deterioro cognitivo, la ideación suicida, consumir drogas diferentes al alcohol y sus derivados, la ansiedad estado, las alteraciones ejecutivas, la alteración de la capacidad de detener el consumo y la edad de inicio del consumo de 20 años o menos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos MS, Martínez Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Anales del sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2002 [citado 1 Mar 2023];25(Supl 3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/104634314/TRASTORNOS-AFECTIVOS-ANALISIS-DE-SU-COMORBILIDAD-EN-LOS-TRASTORNOS-PSIQUIATRICOS-MAS-FRECUENTES
2. Salazar Guerra YI, Caballero Moreno AJ, Carballoso Acosta MR, Mendoza Quiñones R. Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes La Habana, 2011-2013. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2023];11(2):[aprox.

9 p.]. Disponible en :http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/patologiadual.html

3. Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J. Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. J Stud Alcohol Drugs [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 2];74(2):[about 8 p.]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568166/
4. Grau López L. Factores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y el tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. [tesis] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014. [citado 2 Mar 2023]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283644/lgl1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Asociación Médica Mundial. Chicago: Asociación Médica Mundial; c2023 [actualizado 21 Mar 2017; citado 1 Mar 2023]. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#
6. Daniel Seijas B. Adicciones y depresión en la salud del hombre. Rev Med Clin Condes [Internet]. Ene 2014 [citado 2 Mar 2023];25(1):[aprox. 19 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700148
7. Becerra Berssoza AB. Niveles de depresión y factores de riesgo en internos CREIAD 12 pasos. Proyecto Esperanza. [tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. [citado 2 Mar 2023]. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27727/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N.pdf
8. Heredia Andrade IS. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento. [tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. [citado 2 Mar 2023]. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28292/3/Trabajo%20de%20titulaci%c3%b3n.pdf
9. Boger KD, Auerbach RP, Pechtel P, Busch AB, Greenfield SF, Pizzagalli DA. Co-Occurring Depressive and Substance Use Disorders in Adolescents: An Examination of Reward Responsiveness During Treatment. J PsychotherIntegr [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 2023];24(2):[about 12 p.]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318359/
10. Colectivo de autores. Adicciones un grave problema en el mundo. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2018.
11. Arias M. Consumo de sustancias y depresión. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría y Neurociencias [Internet]. 2000 [citado 2 Mar

2023];1(4):[aprox.6 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5177022

12. Martínez JM, Trujillo HM. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva; 2012. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281715101_Tratamiento_del_drogodependiente_con_trastornos_de_personalidad
13. Brady K, Sinha R. Coocurring mental and substance user disorders: the neurobiological effects of chronic stress. American journal of Psychiatry [Internet]. 2005 [cited 2023 Mar 2];162(8):[about 10 p.]. Aviable from: https://www.researchgate.net/publication/7689905_CoOccurring_Mental_and_Substance_Use_Disorders_The_Neurobiological_Effects_of_Chronic_Stress
14. Vázquez Machado A, la Rosa Matos Y, Pablos Anaya T. Sintomatología depresiva en adictos a drogas ilegales. Multimed Revista Médica de Granma [Internet]. 2018 [citado 2 Mar 2023];22(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/786
15. Crews FT, Vetreno RP, Broadwater MA, Robinson DL. Adolescent Alcohol Exposure Persistently Impacts Adult Neurobiology and Behavior. Pharmacol Rev [Internet]. 2016 Oct [cited 2023 Mar 2];68(4):[about 35 p.]. Aviable from: https://www.semanticscholar.org/paper/Adolescent-Alcohol-ExposurePersistently ImpactsCrewsVetreno/dd17e6e35bb07b7b71b38aea7993ce3d7b0c58a1..

SOBRE LOS AUTORES

1. Especialista en Psicología de la Salud. Master en Prevención del uso indebido de drogas. Hospital Militar Central Dr. Carlos J Finlay, La Habana. https://orcid.org/0000-0002-7112-1411 Email: hfinlay29@infomed.sld.cu
2. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Bioestadística. Dirección de Servicios Médicos de las FAR, MINFAR, Cuba. https://orcid.org/0000-0002-7017-6808.

REPERCUSIÓN DE LA COVID-19 EN EL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN CUBA. 2018-2021

Himia Hernández Salazar [1], Yamilet García González [2]

RESUMEN

Introducción: las drogas a pesar de que han existido desde cientos de años, han ido cambiando su consumo por varias razones entre ellas el contexto social.

Objetivo: caracterizar el comportamiento del consumo de drogas según consultas al Centro Nacional de Toxicología en Cuba en el periodo 2018-2021.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal. Los datos se obtuvieron de las consultas realizadas analizando diferentes variables. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, tasa de incidencia, así como estimación de la tendencia.

Resultados: disminuyó la incidencia de casos en un 15,08% en el período de la pandemia de COVID-19, con disminución de la tasa de incidencia. Predominó el consumo mixto, aunque la coingesta de alcohol con medicamentos disminuyó en un 7,19% en los años de COVID-19, no modificándose el consumo de alcohol, pero si aumentó el consumo de plantas en 1,58%.

Conclusiones: el año 2019 fue el de mayor incidencia de casos predominando el sexo masculino, edades de 15 a 19 años y la Habana como provincia de mayor consumo. Predominó el consumo de medicamentos como drogas lícitas y la marihuana como ilícita, la vía fumada como la forma de consumo más utilizada y el paciente no adicto el de mayor frecuencia. La tendencia al consumo mostró un comportamiento a la disminución. Los principales cambios en el comportamiento en etapa COVID-19 fue el aumento en el consumo de plantas y mayor frecuencia de consultas por pacientes adictos.

Palabras clave: drogas de abuso, adicción, dependencia, COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: despite the fact that drugs have existed for hundreds of years, their consumption has been changing for various reasons, including the social context.

Objective: characterize the behavior of drug use according to consultations with National Center of Toxicology in Cuba in the period 2018-2021.
Method: a descriptive, cross-sectional observational study was carried out. The data was obtained from the consultations carried out analyzing different variables. Absolute and relative frequencies, incidence rate, as well as trend estimation were calculated.

Results: the incidence of cases decreased by 15.08% in the period of the COVID-19 pandemic, with a decrease in the incidence rate. Mixed consumption predominated, although the co-ingestion of alcohol with medications decreased by 7.19% in the years of COVID-19, without modifying alcohol consumption, but the consumption of plants did increase by 1.58%

Conclusions: the year 2019 was the year with the highest incidence of cases, with a predominance of males, ages 15 to 19 years, and Havana as the province with the highest consumption. The consumption of medicines as licit drugs and marijuana as illicit predominated, the smoking route as the most used form of consumption and the non-addicted patient the most frequently. The consumption trend showed a downward trend. The main changes in behavior in the COVID-19 stage was the increase in the consumption of plants and a greater frequency of consultations by addicted patients.

Key words: drugs of abuse, addiction, dependency, COVID-19

RESUMEN DE LA MEMORIA ESCRITA

Para el desarrollo de la investigación se elaboró una base de datos a partir de la información recogida en el modelo 03 que utiliza el departamento de Toxicovigilancia, y recoge las consultas de intoxicaciones agudas por drogas del Centro Nacional de Toxicología (CENATOX). La información que se describe en el estudio está sujeta a la base de datos creada previa autorización de la dirección del centro.

Las sustancias psicoactivas se han utilizado, históricamente, por individuos sanos y enfermos. En los primeros para alterar la conducta y los sentimientos con fines religiosos, ceremoniales o recreativos, y en los segundos para mitigar los efectos del estrés, la ansiedad, el insomnio, la depresión y otros trastornos mentales. Las intoxicaciones agudas constituyen un serio problema médico, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Sin embargo, es en la era moderna cuando se comienzan a reconocer las intoxicaciones agudas como un problema que afecta de manera fundamental a las urgencias médicas. En Cuba las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias[1-3].

Los tóxicos o drogas son todas las sustancias médicas o no médicas, legales o ilegales, naturales o sintéticas, que al penetrar en el organismo vivo provocan un efecto psicoactivo, el cual puede ser estimulante, inhibitorio o distorsionante, y cuyo uso sistemático propende al desarrollo de tolerancia y dependencia, con detrimento de la salud física, psicológica, social y espiritual. Según expertos en el tema, las drogas, destruyen y matan física y moralmente a un gran número de personas en el planeta tierra. Se plantea que un toxicómano le resta a su vida entre 10 y 20 años y se estima, que en poco tiempo entre la tercera parte y la mitad de la población mundial pudiera enfrentar sufrimientos vinculados al mal uso, abuso y dependencia de sustancias de abuso[4].

En 2017, aproximadamente 271 millones de personas, el 5,5% de la población mundial de 15 a 64 años, usaron drogas, similar al año anterior, pero un 30% más que en 2009. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha aumentado su estimación de muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo a alrededor de 585,000 en 2017, en comparación con las 450,000 estimadas en 2015[5].

En el año 2019, el cannabis seguía siendo una de las drogas conocidas más antiguas en Europa con un alto consumo. Aunque existen diferencias entre países, el consumo de cannabis se ha visto menos afectado, en comparación con otras drogas, por los toques de queda durante las cuarentenas de la pandemia y los resultados de los análisis no mostraron cambios importantes en 2020 en comparación con los datos de 2019.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el último año, mientras que más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de drogas.

El Informe también señala que en algunas partes del mundo la potencia del cannabis se ha incrementado hasta cuatro veces en los últimos 24 años, aunque el porcentaje de adolescentes que perciben esta droga como nociva se redujo hasta en un 40% a pesar de las pruebas de que su consumo se asocia a una serie de daños para la salud y otros efectos, especialmente entre consumidores habituales. Además, la mayoría de los países ha informado un aumento del consumo de cannabis durante la pandemia. También se ha observado un aumento del uso no médico de medicamentos durante el mismo periodo.

Entre 2010 y 2019, el número de personas que consumen drogas se incrementó en un 22%, debido en parte al aumento de la población mundial. Basadas únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un alza del 11% en el número de personas que consumen drogas a nivel mundial para 2030, y un marcado incremento del 40% en África, debido a su población creciente y joven.

Según las últimas estimaciones globales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez durante el último año; mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de quienes utilizan drogas, sufre trastornos por su consumo.

A nivel global, se estima que más de 11 millones de personas se inyectan drogas, la mitad de las cuales vive con Hepatitis C. Los opioides siguen representando la mayor carga de morbilidad atribuida al consumo de drogas.

Los dos fármacos opioides más utilizados para tratar los trastornos por consumo de opiáceos, metadona y buprenorfina, se han vuelto cada vez más accesibles durante las últimas dos décadas. La cantidad disponible para uso médico se ha multiplicado por seis desde 1999, pasando de 557 millones de dosis diarias a 3,317 millones en 2019, lo que indica que el tratamiento farmacológico con base científica está más disponible ahora que en el pasado.

El número de nuevas sustancias psicoactivas (NPS, por sus siglas en inglés) emergentes en el mercado global se redujo de 163 en 2013, a 71 en 2019. Esto es reflejo de las tendencias en América del Norte, Europa y Asia. Los resultados sugieren que los sistemas de fiscalización nacional e internacional han logrado limitar la propagación de las NPS en los países de ingresos altos, donde éstas surgieron por primera vez hace una década.

La COVID-19 ha desencadenado la innovación y la adaptación de los servicios de prevención y tratamiento de las drogas por medio de modelos más flexibles. Muchos países han introducido o ampliado los servicios de medicina a distancia debido a la pandemia, lo que significa que el personal sanitario puede ahora ofrecer asesoramiento o evaluaciones iniciales por teléfono a las personas que consumen drogas y utilizar sistemas electrónicos para prescribir sustancias controladas.

Aunque todavía no se conoce por completo el impacto de la COVID-19 en los desafíos relacionados con las drogas, los análisis sugieren que la pandemia ha provocado un aumento de las dificultades económicas, lo que probablemente haga que el cultivo de drogas ilícitas sea más atractivo para las frágiles comunidades rurales. El impacto social de la pandemia, que ha causado una mayor desigualdad, pobreza y afecciones en la salud mental, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables, representa factores que podrían empujar a más personas al consumo de drogas[6].

El mercado de las drogas ha experimentado importantes cambios en todo el mundo durante los últimos años. La creación constante de nuevas drogas sintéticas ha restado importancia a la histórica relación entre territorio y tráfico. En paralelo, el debate público sobre la conveniencia o no de cambiar el enfoque de algunas políticas prohibicionistas ha dejado de ser un tema minoritario, casi tabú. El consumo de cannabis, la droga más consumida a nivel global tras el alcohol. Se ha despenalizado en muchos países, y crece el número de Estados en los que forma parte de las campañas políticas el tema de la legalización de su cultivo y venta, incluso se han llegado a plantear referéndums.

Sin embargo, los problemas relacionados con consumo de estupefacientes siguen patrones erráticos: no han desaparecido, como podría suponerse, en los países políticas públicas activas y han aumentado en aquellos con mayor dejadez institucional. Las causas y la intensidad de las emergencias sociales provocadas por las drogas son diversas en función del nivel de desarrollo económico, pero afectan por igual a todo tipo de países[7].

El Centro Nacional de Toxicología ha llevado desde su creación mediante el departamento de Toxicovigilancia un seguimiento del comportamiento de las intoxicaciones y dentro de ellas las intoxicaciones por drogas. Lo anterior ha permitido comprobar las modificaciones en cuanto a sustancias consumidas por parte de las personas. Vale señalar que en el año 2000 sobresalían el alcohol y las plantas, en el 2010 el alcohol, los medicamentos y la marihuana[3].

A mediados del 2011 el centro comenzó a recibir reportes de pacientes que referían el consumo de marihuana con una clínica diferente, y que no eran detectadas a través del kit diagnóstico de detección rápida de marihuana que se realiza en el laboratorio de la institución. En breve tiempo y tras encuentros con otros organismos se llegó a la conclusión de que se trataba de una nueva droga: los cannabiméticos sintéticos[2].

En el año 2015 ocupan un papel importante los cannabiméticos sintéticos y nuevas drogas de diseño y en el 2018 se mencionan las intoxicaciones etílicas asociadas a los juegos online[3].

El consumo de sustancias con fines de abuso, y entre ellas los medicamentos, ha aumentado en los últimos años, sin respetar sexo, raza, edad, nivel cultural, religión o zona geográfica; y cada vez se inicia en edades más tempranas[8-10].

Este es un problema multidimensional, donde los aspectos políticos, económicos, sociales, educativos y culturales se entrelazan de manera compleja. Numerosos fármacos son utilizados para producir cambios en el estado de ánimo, la percepción y la conducta, solos o en asociación con otras sustancias. Esta situación conlleva al aumento del riesgo de muerte por sobredosis y a la aparición de cuadros clínicos complejos[11-13].

Las drogas constituyen un grave problema de salud, su incidencia en el mundo va en aumento, así como las repercusiones sobre la salud del hombre y la sociedad. La asistencia a los servicios de urgencia del sistema de salud en nuestro país comprende tanto los pacientes intoxicados, con síndrome de abstinencia, como por las enfermedades crónicas asociadas al consumo de sustancias de abuso, fenómeno que va en aumento.

El advenimiento del nuevo siglo XXI trajo nuevas tendencias en el uso de las sustancias consumidas con fines de abuso, diversificándose en nuestro medio, modificando el tipo de sustancia consumida así como su forma de consumo, el inicio en edades más tempranas de la vida y trayendo como consecuencias los cambios en las manifestaciones clínicas, el aumento del número de casos en consulta y en visitas a los centros de salud, realidad que continua cambiando con la introducción de nuevas sustancias de abuso. El contexto que marca la COVID-19 en el inicio del año 2020 y que permanece en el 2021 generó que se llevasen a cabo medidas restrictivas como: cese del trabajo, trabajo a distancia, aislamiento en casa, cierre de las instituciones escolares y otros centros de ocio; realidad que afectó grandemente a la población joven. Esto acompañado del cierre de aeropuertos con disminución de entrada de sustancias de abuso al país trajo como consecuencia, que los consumidores modificaran sus patrones de consumo y buscaran vías alternativas para satisfacer su adicción.

El problema científico a partir del cual se desarrolló la investigación fue: ¿Qué repercusión tuvo la COVID-19 durante los dos años de pandemia en el comportamiento de las intoxicaciones por drogas de abuso consultadas al Centro Nacional de Toxicología?

Los objetivos a los que se les dio respuesta con la investigación desarrollada fueron los siguientes:

1. Caracterizar el consumo de sustancias con fines de abuso consultadas al CENATOX en cuanto a número de casos por año de estudio, edad, sexo, provincia, agente causal, forma de consumo y antecedente de adicción.
2. Describir la tendencia de las intoxicaciones producidas por sustancias consumidas con fines de abuso consultadas al CENATOX.
3. Determinar los cambios en el comportamiento del consumo secundario a la COVID-19.

CONCLUSIONES

- El 2019 fue el año de mayor incidencia de casos consultados predominando el sexo masculino, edades de 15 a 19 años y La Habana como provincia de mayor consumo.

- Predominó el consumo mixto, los medicamentos como drogas lícitas y la marihuana como ilícita siendo la vía fumada la forma de consumo más utilizada y el paciente no adicto el de mayor frecuencia.
- La tendencia al consumo mostró un comportamiento a la disminución.
- Los principales cambios en el comportamiento en etapa COVID-19 fue el aumento en el consumo de plantas y mayor frecuencia de consultas por pacientes adictos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yodú Ferral N. Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central: Psicofármacos. En: Morón Rodríguez F. Farmacología Clínica. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 1.
2. García L, Díaz A, Chang M, García Y. Caracterización de las intoxicaciones agudas por drogas emergentes en Cuba consultadas al Cenatox. Periodo 2011-2015. Bol. Trast. adict. 2019 [citado 4 enero 2022];4(2):4-14. Disponible en: http://seriadas.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=94
3. García Y. Intoxicación etílica. La verdad oculta tras el Neknomination. Bol. Trast. Adict. 2019 [citado 4 enero 2022];4(2):1-3. Disponible en: http://seriadas.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=94
4. Rodríguez LB, Ramos AA. Pensamiento martiano en intervención educativa sobre consumo de sustancias tóxicas en adolescentes. Bol. Trast. Adict. 2019 [citado 3 enero 2022];4(2):15-21. Disponible en: http://seriadas.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=94
5. Gárciga O. La problemática de las drogas. Actualización. Bol. Trast. Adict. 2019 [citado 23 diciembre 2021];4(3):5-14. Disponible en: http://seriadas.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=94
6. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas 2021. México: UNODC [Internet]. 2021. [citado 1 feb 2022]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html.
7. González L. Los países más adictos, con o sin receta [Internet]. Fundación para las relaciones internacionales y el dialogo exterior (ESGLOBAL.ORG); 2017 [citado 27 diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.esglobal.org/los-paises-mas-adictos-sin-receta/.
8. Instituto Nacional de Drogas de Abuso (NIDA) [Internet]. Bethesda (EU). Opioides de prescripción médica. 2012. Actualizada enero 2018. [citada 5 de enero 2022]. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los -medicamentos-con-y-sin-prescripción-medica
9. Pérez L, Guirola J, García Y, Díaz A, Mastrapa H, Torres JR. Nivel de conocimientos sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes. 2018. Rev. Cub. Med. Mil. 2019. [citado 23 diciembre 2021];48(4). Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-

bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94571

10. Fabelo JR, Iglesias S. Prevención y atención de los trastornos adictivos. La Habana: ECIMED; 2018.
11. Guirola J. Caracterización de las intoxicaciones agudas por medicamentos consumidos con fines de abuso. Centro Nacional de Toxicología. 2010-2014. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2015.
12. Comisión Interamericana de Control de Drogas de Abuso (CICAD-OEA). El problema de las drogas en las Américas. Producción y oferta de drogas, fármacos y precursores químicos, 2013. Washington (Estados Unidos): OEA; 2013. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/produccionDrogas_ESP.pdf
13. Guirola J, Pérez L, García Y, Díaz A, Gobín O. Intoxicaciones agudas por medicamentos consumidos con fines de abuso. Rev. Cub. Med. Mil. 2019. [citado 23 diciembre 2021];48(3). Disponible en: http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/227.

SOBRE LAS AUTORAS

1. Licenciada en Enfermería. Especialista de 1er Grado en Farmacología. Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesor Auxiliar. Aspirante a Investigador. Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. https://orcid.org/0000-0003-3569-0665 Email: himiahs@infomed.sld.cu
2. Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Toxicología Clínica y en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesor e Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. https://orcid.org/0000-0001-5730-2585

NOTA: Para consultar la tesis completa dirigirse a la autora o visitar la biblioteca de la institución sede de la maestría en Prevención del uso indebido de drogas (Facultad Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana)

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE INTOXICADO AGUDO POR DROGAS ILÍCITAS EN CUBA

Yudisleidy Esmoris Mena [1], Yamilet García González[2], Leannes García Rosales[3]

RESUMEN

Introducción: el consumo de drogas ilícitas acarrea consecuencias fatales que dan al traste con el desarrollo pleno de las personas. Estudios realizados plantean incremento del consumo de drogas en Cuba, poco contenido sobre estas en el programa curricular de la carrera de medicina lo que se traduce en errores terapéuticos en el manejo de la intoxicación.

Objetivo: identificar las principales drogas ilícitas consumidas en Cuba según reportes al Cenatox en el período de 2011 al 2020, determinar los principales síntomas y signos de las drogas involucradas y estructurar una propuesta de protocolo de actuación ante un paciente intoxicado agudo por drogas ilícitas en Cuba.

Método: se realizó un estudio de desarrollo tecnológico. Se estructuró un protocolo de atención al paciente intoxicado agudo por drogas ilícitas que incluyó introducción, justificación, marco legal, alcance, objetivos y elementos básicos desde conceptos hasta tratamiento específico.

Resultados: la marihuana fue la droga más consumida en el 36.28% de las consultas seguido del consumo mixto o coingestión, el Químico y la cocaína también estuvieron presentes. Prevaleció el grupo de menores de 19 años y el sexo masculino. Los sistemas más afectados fueron el Cardiovascular y el sistema nervioso central siendo la agitación psicomotora, taquicardia, palpitaciones y la depresión respiratoria las manifestaciones clínicas más frecuentes.

Conclusiones: predominó la marihuana como sustancia ilícita seguido de los cannabiméticos sintéticos solo y de forma mixta. El sistema más afectado fue el cardiovascular y sobresalieron la agitación psicomotora y la taquicardia como manifestaciones clínicas. Se estructuró un protocolo de actuación para la atención al paciente intoxicado por drogas ilícitas.

Palabras clave: drogas ilícitas, manifestaciones clínicas, protocolo de actuación.

ABSTRACT

Introduction: the consumption of illicit drugs carries fatal consequences that ruin the full development of people. Studies carried out suggest an increase in drug use in Cuba, little content on these in the curricular program of the medical career, which translates into therapeutic errors in the management of intoxication.

Objective: identify the main illicit drugs consumed in Cuba according to reports to Cenatox in the period from 2011 to 2020, determine the main symptoms and signs of the drugs involved and structure a proposal for a protocol for action before a patient acutely intoxicated by illicit drugs in Cuba.

Method: a technological development study was carried out. A care protocol for patients acutely intoxicated by illicit drugs was structured, including introduction, justification, legal framework, scope, objectives, and basic elements from concepts to specific treatment.

Results: marijuana was the most consumed drug in 36.28% of the consultations followed by mixed consumption or coingestion, Chemicals and cocaine were also present. The group under 19 years of age and the male sex prevailed. The most affected systems were the Cardiovascular and the central nervous system, with psychomotor agitation, tachycardia, palpitations and respiratory depression being the most frequent clinical manifestations.

Conclusions: marijuana predominated as an illicit substance, followed by synthetic cannabimetics alone and mixed. The most

affected system was the cardiovascular system and psychomotor agitation and tachycardia stood out as clinical manifestations. An action protocol was structured for the care of patients intoxicated by illicit drugs.

Key words: illicit drugs, clinical manifestations, action protocol.

RESUMEN DE LA MEMORIA ESCRITA

En el presente estudio se partió de analizar la base de datos del Centro Nacional de Toxicología (CENATOX) a fin de identificar las sustancias que incidieron en las intoxicaciones agudas por sustancias con fines de abuso en el período 2011-2020. Se analizaron las principales manifestaciones clínicas derivadas de la intoxicación.

Se revisó bibliografía actualizada de sitios novedosos con alto valor científico, como Scielo, Pubmed, Infosalud, Redalyc, Academia, para encontrar información que permitió estructurar un protocolo de actuación para la atención al paciente intoxicado agudo que será entregado al MINSAP y servirá como herramienta a los médicos que laboran en los servicios de urgencia.

Las drogas han acompañado a la humanidad desde sus inicios como especie; prácticamente las sociedades de todos los tiempos han empleado alguna planta o compuesto químico para modificar el ánimo y el estado de conciencia de los individuos. Se conoce que la adormidera se consume en Europa desde la Edad de Piedra. En Suiza por ejemplo se han encontrado fósiles de semilla de adormidera perteneciente al cuarto milenio antes de Cristo[1].

La mayoría de las drogas fueron utilizadas en un inicio con fines medicinales pero su efecto con otro fin ha aumentado como nunca a partir de la segunda mitad del siglo XX. Lo que tuvo su origen en plantas fue llevado a laboratorios clandestinos potenciando y/o modificando sus principios activos para de esa manera provocar una serie de síntomas en los adolescentes fundamentalmente. Esto trae como consecuencias daños a la salud física y mental pero también repercusión social, económica y legal[2,3].

En las últimas décadas se han experimentado cambios, debidos a una serie de factores variados y complejos lo que conllevó a que el consumo indebido de sustancias se haya transformado en uno de los fenómenos más preocupantes con el cual debe enfrentarse el hombre actual. Este tiene un componente dinámico, cambiante y está en constante evolución. Confluyen en él, múltiples factores de índole genético, biológico, psicológico, familiar, cultural, político y social.

Las décadas de los setenta y los ochenta del siglo pasado estuvieron marcadas por el consumo de heroína y sus graves consecuencias sociales y sanitarias. Influyó en ello el elevado potencial para generar dependencia, aún más importante cuando la administración es intravenosa, la vía más frecuente en aquellas décadas[4-6].

El final del siglo XIX marcó un hito en la evolución del consumo de drogas, cuando el químico alemán Henrich Dreser sintetizó en 1883 la heroína (diacetilmorfina), droga semisintética derivada de la morfina. Inicialmente tuvo uso médico, pero posteriormente en los años 80 del pasado siglo tuvo su punto álgido, convirtiéndose en la sustancia de abuso que supuso el punto de partida de una plaga de adicciones a los opiáceos, condicionada por el elevado potencial que posee para generar dependencia[7-9].

El mundo de las drogas de abuso y sustancias psicoactivas se encuentra en continua evolución. De ahí que, en los últimos años hayan aparecido nuevos compuestos sintéticos en los mercados establecidos de drogas ilícitas.

El Observatorio Europeo de Drogas y Adicciones, fundamentado en datos del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, manifiesta un incremento notorio de nuevas sustancias empleadas como drogas, reportando que tan solo en el 2014 fueron detectadas 101 de ellas, fuera de las 450 identificadas por el sistema desde su inicio en 1997[10,11].

En España en 2005, el 7% de la población de 15 a 64 años la había probado alguna vez, el 3% en los últimos doce meses y un 1,6% en el mes previo a ser encuestado. Tras una posterior

estabilización (2005-2007), en el 2010, por primera vez el consumo descendió, encontrándose como excepción un incremento del consumo experimental entre los 20 y 45 años (de un 7% en 2005 a un 10,2% en 2010)[12]. Respecto al País Vasco, en 2010 y en el mismo grupo de edad, el 7,1% había consumido alguna vez en su vida, el 1,6% en el último año y el 1,1% en el último mes[13,14].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. Cada vez son más las drogas de síntesis que surgen y el consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica se está convirtiendo en una grave amenaza en todo el mundo[4,15].

En jóvenes estadounidenses se ha observado el uso del denominado *trail mix*, consistente en reuniones en las que cada asistente recolecta fármacos del botiquín de su casa, mezclándolos luego en un recipiente, para consumirlos de forma aleatoria[4, 7].

Alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, publicado recientemente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés)[15].

Además, el informe señala que en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo de esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40%. Por otro lado, la mayoría de los países han informado un aumento del consumo de cannabis durante la pandemia. "Los resultados del Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC ponen de relieve la necesidad de cerrar la brecha entre la percepción y la realidad para educar a los jóvenes y salvaguardar la salud pública", dijo la Directora Ejecutiva de UNODC, Ghada Waly[15].

El problema mundial de las drogas tiene tres temas principales, que son muy claramente perceptibles: la adicción de la población juvenil a las drogas de abuso, efectos de la producción de tráfico ilícito y la venta de drogas, que genera violencia por su distribución, comercialización y venta. Por último, el surgimiento cada vez más acelerado de nuevas sustancias utilizadas con fines de abuso.

Nuestro país no escapa a esta situación. En la sociedad cubana, el consumo de drogas de abuso consideradas como "clásicas" es un hecho ampliamente conocido. Sin embargo, otro tipo de drogas no tan populares se están abriendo paso desde hace pocas décadas, son las llamadas drogas emergentes. Las sustancias que se incluyen en este grupo son muchas, variadas y pueden a su vez ser legal, drogas recreativas o drogas de diseño.

El Centro Nacional de Toxicología (Cenatox), surgió en el año 1986 como respuesta al llamado de la Organización Mundial de la salud en el año 1985. El llamado se realizó teniendo en cuenta el incremento de las sustancias tóxicas a las cuales se exponía el hombre. El Cenatox es el centro rector de la toxicología en Cuba.

Desde su creación estableció en su misión: prevenir, diagnosticar y tratar las patologías relacionadas con la exposición a agentes químicos. Para ello ha desarrollado el departamento de Toxico Vigilancia desde el cual se lleva a cabo el monitoreo de las sustancias causantes de intoxicaciones y las consultas de los centros de salud ante el arribo de pacientes con sintomatologías por exposición a estas. Mediante el sistema alerta-acción mantiene informado al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y a las autoridades competentes sobre la posible existencia de una nueva sustancia consumida por la población, fundamentalmente los adolescentes y adulto joven.

A partir del año 2001 y con el llamado del Comandante en jefe a través del editorial Granma a unir frentes y enfrentar la amenaza de un incipiente comercio de drogas que se desarrolló en el país, dado sobre todo por medicamentos

utilizados con fines de abuso y marihuana como representante de las drogas ilícitas se pusieron en práctica una serie de medidas que incluyeron la creación en aquel entonces del Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA), tanto a nivel ministerial como en provincias y municipios. El Cenatox se convirtió en un eslabón del MINSAP para la vigilancia de las intoxicaciones por drogas. De igual manera comenzó a formar parte de la Comisión Nacional de Drogas que pertenece a este órgano, para la toma de medidas con el objetivo de minimizar el daño por el consumo de las mismas.

Durante el primer quinquenio del milenio actual, se elevó el número de consultas por esta causa al Cenatox, y aunque con ciertas variaciones, se ha mantenido hasta la fecha. En los últimos tiempos se ha observado la fluctuación de la sustancia consumida desde plantas, alcohol con medicamentos, medicamentos propiamente dichos hasta drogas ilícitas como marihuana, cocaína y en la última etapa la marihuana sintética o los llamados químicos. También han estado presentes las anfetaminas de síntesis, el clorhidrato de anfetamina, como parte del alza mundial de las drogas emergentes. Basta señalar que en el año 2013 se detectó la entrada de estas nuevas sustancias con fines de abuso y en los dos años siguientes se alcanzaron cifras récord en las consultas y/o reportes de intoxicaciones por drogas con 273 casos y 401 respectivamente ubicándose en el año 2015 en la tercera causa de motivo de consulta fundamentalmente en pacientes jóvenes[16].

La entrada de drogas ilegales y más recientemente las drogas de síntesis, denominadas también drogas emergentes, ha incrementado el arribo de pacientes intoxicados por drogas de abuso tanto en el nivel primario de salud como en el secundario. El médico se ha enfrentado a nuevas patologías, con sintomatologías que hasta hace poco eran desconocidas, al ser sustancias que hasta esos años no constituían un problema de salud en Cuba.

En estudios de pregrado hasta hace apenas dos años los temas de toxicología que se abordaban eran muy escuetos, se hacía referencia solamente a un grupo de plaguicida y algunos psicofármacos. De un tiempo hacia acá se comenzó a tocar el tema drogas en capítulos de la rotación de medicina interna, medicina legal, pero aún con debilidades. Esto repercute en el manejo del paciente intoxicado agudo cuando llega al cuerpo de guardia, problema este que involucra a todo el personal médico, pero sobre todo especialidades como medicina general integral, medicina interna, pediatría, teniendo en cuenta las edades de consumo que se inician desde la adolescencia hasta edades, de los 30 a los 35 años.

El constituir el consumo de drogas una situación nueva para el país hizo que se trazaran estrategias de formación para los profesionales de la salud teniendo en cuenta que esta temática no formaba parte del currículo de estudios en la carrera de medicina por lo que se formaba un profesional con debilidades académicas en esta materia. Todo ello influía en la calidad de la atención del paciente intoxicado agudo por drogas. Diferentes estudios de culminación de especialidades reflejaban errores médicos en el manejo del paciente intoxicado agudo.

En reuniones de la Comisión nacional de drogas en el MINSAP se analizó esta problemática y se vio la necesidad de crear un protocolo rector en el manejo de las intoxicaciones por estas sustancias. Las drogas lícitas incluyendo los medicamentos utilizados con fines de abuso son más reflejadas en literatura nacional por diferentes especialidades médicas. De la intoxicación por drogas ilícitas existe literatura extranjera, pero no cubanas que abarcan con la situación nacional y a profundidad este tema. El diseñar un protocolo de actuación para el manejo de la urgencia en el paciente consumidor de drogas ilícitas pondrá en manos del Sistema Nacional de salud un instrumento que abarcará la identificación de un paciente bajo los efectos del consumo de sustancias, el manejo de la intoxicación, así como de las complicaciones que puedan surgir. El resultado a obtener pretende ser

un aporte cualitativamente superior que tendrá en cuenta las drogas de último diseño que han entrado al país.

El CENATOX ha identificado variaciones en las sustancias consumidas con fines de abuso, así como el incremento de las drogas ilícitas y la incorporación de las llamadas drogas emergentes. Esto trae consigo a presencia de manifestaciones clínicas que pueden elevar la morbi-mortalidad ante una intoxicación aguda. En el programa curricular de la carrera de medicina existen debilidades en el manejo de esta temática lo que se traduce en errores en la conducta ante estos pacientes. La identificación de esta problemática por el MINSAP se ha traducido en la necesidad de crear un protocolo de actuación que sirva de guía para el profesional de la salud que labora en los centros de urgencia.

Los objetivos a los que se les dio respuesta con la investigación desarrollada fueron los siguientes:

Objetivo General

Diseñar una propuesta de protocolo de actuación ante un paciente intoxicado agudo por drogas ilícitas en Cuba

Objetivos Específicos

1. Identificar las principales drogas ilícitas consumidas en Cuba según reportes al Cenatox en el período de 2011 al 2020.
2. Determinar los principales síntomas y signos de las drogas involucradas.
3. Estructurar un protocolo de actuación para la atención al paciente intoxicado por drogas ilícitas.

CONCLUSIONES

- Predominó la marihuana como sustancia ilícita seguido de los cannabiméticos sintéticos solo y de forma mixta.
- El sistema más afectado fue el cardiovascular y sobresalieron la agitación psicomotora y la taquicardia como manifestaciones clínicas.
- Se estructuró un protocolo de actuación para la atención al paciente intoxicado por drogas ilícitas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glockner J. Drogas y conducta. Elementos: Ciencia y Cultura [Interned]. 201 [citado 25 de abril 2019]; 19(82): 59-64. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29418148010
2. Galicia M, Alonso JR, Nogué S. Intoxicaciones por drogas de abuso: sustancias emergentes en el siglo XXI. Emergencias. 2014; 26: 472-480 Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-131565
3. VillaamilLepori EC, Quiroga PN. Tendencias del consumo de drogas. Encrucijadas: CENATOXA; diciembre 2011. Disponible en: http://epositoriouba.sisbi.uba.ar/gsdl/collect/encruci/index/assoc/HWA_683.dir/683.PDF
4. Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. Cuicuilco, 17(49), 61-81. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16592010000200005&script=sci_abstract
5. Caudevilla Gálligo F, González Tardónb P, FenollBrotonsc C. Drogas de síntesis: novedades.

FMC. 2009; 16(7): 383-92. Disponible en: https://www.fmc.es/es-drogas-sintesis-novedades-articulo-13140373

6. Centro Nacional de Control de Intoxicaciones. Perfil epidemiológico de intoxicaciones en Costa Rica, 2017. Costa Rica; 2017.
7. Galicia Paredes MA, Alonso JR. Intoxicaciones por drogas de abuso: sustancias emergentes en el siglo XXI. Emergencias.2014; 26: 472-80. Disponible en: https://medes.com/publication/95251
8. Azkunaga B, Mintegi S, Arco Arco L del, Bizkarra I. Cambios epidemiológicos en las intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricos españoles entre 2001 y 2010: Emergencias. 2012;24:376-9. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4068139
9. Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. Drogas, un problema de salud mundial. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [citado 25 de abril 2019]; 14(2): 168-183. Disponible en: Disponible en: http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/538
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2015. New psychoactive substances in Europe. [Internet] 2015 [citado 17 febrero 2016]. Aviable from: http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapidcommunications/2015/new-psychoactive-substances_en
11. Dolengevich-Segal H, Rodríguez Salgado B, Gómez-Arnau Ramírez J, Sánchez-Mateos D. Nuevas drogas psicoactivas. Adicciones. 2015; 27(3): 231-2. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2891/289142513008.pdf
12. Informe de encuesta. Ministerio de Sanidad y consumo, editor. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES); 2011; España. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf
13. Informe de estudio. Centro de Documentación y Estudios, SiiS. Secretaria General de Drogodependencias del Gobierno Vasco, editor. Informe Euskadi y Drogas; 2010; España. Disponible en: https://www.siis.net/es/investigacion/ver-estudio/380/
14. Ferrero Álvarez T, Pérez Ramírez L, Menéndez Sánchez B. Drogas emergentes: el papel de Internet. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría [Internet] 2013; [consultado 2 octubre de 2017] 23: [aprox. 1 p]. Disponible en:

Disponible en: http://hdl.handle.net/10401/6133
15. ONU contra la droga y el delito. Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis. Viena, Lima, Quito, 24 de junio de 2021 Disponible en: https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html
16. - Estadísticas Centro Nacional de Toxicología. La Habana. CENATOX, 2015..

SOBRE LOS AUTORES

1. Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Toxicología. Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. https://orcid.org/0000-0003-3172-0994 Email: esmorisyudi@gmail.com.
2. Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Toxicología Clínica y en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesor e Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. https://orcid.org/0000-0001-5730-2585
3. Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Toxicología. Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. https://orcid.org/0000-0002-5731-5658

NOTA: Para consultar la tesis completa dirigirse a la autora o visitar la biblioteca de la institución sede de la maestría en Prevención del uso indebido de drogas (Facultad Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana)

TALLERES DE FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES. UNA DÉCADA DE HISTORIA

Justo Reinaldo Fabelo-Roche [1], Serguei Iglesias-Moré [2], Himia Hernández-Salazar [3], Yancilé Vázquez-Rodríguez[4]

RESUMEN

Introducción: durante una década el Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencia de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana ha desarrollado sistemáticamente Talleres Nacionales de Formación de capital Humano para la Prevención de las adicciones.

Objetivo: valorar los resultados obtenidos en dichas actividades académicas entre los años 2014 y 2023.

Método: se basó en el análisis documental de los reportes sobre los talleres publicados durante la referida década.

Resultados: las tres ediciones del taller desarrollados hasta la fecha han aportado información novedosa para el capital humano en formación. Se han centrado en temáticas diversas entre los que se incluye la Gestión y evaluación de programas y proyectos de prevención de las drogodependencias, las aproximaciones teóricas a la categoría Percepción de riesgo y la Neurociencia de las Adicciones. Paralelamente se desarrollaron los encuentros de graduados de la maestría en Prevención del uso indebido de drogas y los intercambios con diversas instituciones nacionales y extranjeras que abordan la problemática adicciones de forma multilateral.

Conclusiones: el Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencia centra su quehacer en impedir que el flagelo de las drogas se extienda por la comunidad universitaria, contribuye a la superación profesional y formación académica del capital humano que interactúa con dicha problemática y apuesta por la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, identificados como sectores poblacionales especialmente vulnerables para la iniciación y consolidación de las drogodependencias y otras adicciones.

Palabras clave: capital humano, proyectos de prevención de las drogodependencias, Percepción de riesgo, Neurociencia de las Adicciones, iniciación y consolidación de las adicciones, superación profesional, formación académica.

ABSTRACT

Introduction: for a decade, the Center for Academic Development on Drug Addiction of the University of Medical Sciences of Havana has systematically developed National Workshops for the Training of Human Capital for the Prevention and Care of Addictions.

Objective: to assess the results obtained in these academic activities between 2014 and 2023.

Method: based on the documentary analysis of the reports on the workshops published during the referred decade.

Results: the three editions of the Workshop developed to date have provided innovative information for human capital in training. They have focused on various topics, including the management and evaluation of drug addiction prevention programs and projects, theoretical approaches to the category of risk perception and the neuroscience of addictions. At the same time, meetings were held for graduates of the Master's Degree in Drug Abuse Prevention and exchanges with various national and foreign institutions that deal with the addictions issue in a multilateral way.

Conclusions: the Center for Academic Development on Drug Addiction focuses its work on preventing the scourge of drugs from spreading throughout the university community, contributes to the professional improvement and

academic training of human capital that interacts with this problem and is committed to the health and welfare of adolescents and young people, identified as especially vulnerable population sectors for the initiation and consolidation of drug addictions and other addictions.

Key words: human capital, drug addiction prevention projects, risk perception, neuroscience of addictions, initiation and consolidation of addictions, professional development, academic training.

INTRODUCCION

Durante una década el Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencia (CEDRO) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH) ha desarrollado sistemáticamente Talleres de Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones[1]. Fueron previstos como actualización permanente para los graduados de la maestría en Prevención del uso indebido de drogas (MPUID) y para los profesionales que trabajan en el área de la salud mental y el abuso de sustancias. Desde 2014 se celebran cada dos años, aunque durante la pandemia de COVID-19 fue necesario posponer la realización de la IV edición, cuya realización fue reprogramada para su celebración el junio de 2023

Estos talleres han propiciado el reencuentro de graduados de la MPUID y complementan los intercambios científicos que se desarrollan en años alternos durante los Simposios Académicos sobre Adicciones. Se trata de una experiencia formativa que garantiza la permanencia de propuestas de superación profesional todos los años en el área de la Adictología y contextualiza la promoción de salud como principal objetivo de la capacitación en la temática adicciones que se gestiona desde la UCMH[2]. Con el objetivo de valorar los resultados obtenidos en los Talleres de Formación de Capital Humano convocados por CEDRO, la presente comunicación se basó en el análisis documental de los reportes sobre dichas actividades académicas publicadas entre los años 2014 y 2023.

RESULTADOS

Los días 29 y 30 de mayo de 2014 se desarrolló en el Pabellón Cultural de la Quinta de los Molinos de La Habana el primero de dichos talleres[3]. CEDRO, inmerso en una jornada dedicada a celebrar el X aniversario de su fundación, invitó a representantes del Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, de la Cátedra Antidrogas del Instituto Superior del Ministerio del Interior y del Centro de Referencia e Intercambio para la Iniciativa Comunitaria, los cuales actualizaron a profesores, investigadores y estudiantes en temáticas pertinentes para la prevención de las adicciones.

Se abordaron diversas temáticas como la gestión y evaluación de programas y proyectos de prevención de las drogodependencias; los criterios de clasificación e intervenciones breves para trastornos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas; la visión social de los programas de prevención del uso indebido de drogas y el trabajo comunitario para el diagnóstico Integral de dicha problemática de salud. Entre los disertantes invitados se encontraban los investigadores Marisol Sóñora Cabaleiro, Daile Simón Romero, Martha Chang de la Rosa, Ignacio Turcios Lima Tamayo y Ayme Plasencia Pons[3].

La ocasión fue propicia para efectuar la graduación oficial de la primera edición del diplomado sobre Abordaje Integral de las Adicciones y para entregar sendos reconocimientos especiales a dos cátedras que constituyen referentes en el empeño de prevenir el uso indebido de drogas y con las cuales CEDRO ha mantenido relaciones de trabajo fructíferas desde hace varios años. Se trata de la cátedra de Prevención de Drogodependencia de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo[4] y la Cátedra Antidrogas del Instituto Superior del Ministerio del Interior Eliseo Reyes Rodríguez Capitán San Luís[3]. Recibieron los reconocimientos los profesores

Ángel García Almeida e Ignacio Turcios Lima Tamayo respectivamente.

En la clausura del taller se procedió a la lectura de un mensaje de la Dra. Elba Lorenzo Vázquez[5], coordinadora del Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, en ocasión de la celebración del día 31 de mayo como Día Mundial sin Tabaco. Se resaltó que en Cuba la jornada por el referido día mundial se dedica a evitar la iniciación del consumo de tabaco por niñas, niños y adolescentes y que su lema central es: ¡súmate a la acción…! ¡vota por no fumar!

El II Taller de Formación de Capital Humano, tuvo lugar entre los días 19 y 20 de mayo de 2016 en el Teatro del Policlínico Pedro Borraz Astorga de La Habana[6]. En ese contexto se desarrolló un evento teórico sobre Percepción de riesgo en el que se abordaron diversas temáticas afines, entre las que se destacaron las conferencias Conceptualización e Implementación del Modelo Información – Motivación - Habilidades de comportamiento entre drogodependientes, de los profesores Tania B. Huedo-Medina, Michael Copenhaver y Jeffrey Fisher de la Universidad de Connecticut (USA)[7] y Bases teóricas en el estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios, de los profesores Evelyn Fernández Castillo, Osana Molerio Pérez y Adriana Ubalde Hernández de Universidad Central Martha Abreu de las Villas[8]. En ambos casos se profundizó en los modelos teóricos que sustentan la categoría Percepción de riesgo, evidenciándose que solo una mirada integradora desde lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual puede explicar su pertinencia en la regulación y autorregulación del comportamiento.

En la primera jornada del evento se desarrolló un panel sobre Razonamiento epidemiológico en la percepción de riesgo, en el que se profundizó en temáticas como la percepción social de los riesgos en salud, la percepción de riesgo y el cambio de comportamiento, los riesgos en la adolescencia y los recursos y herramientas para la prevención del consumo de drogas[9]. Finalmente, el segundo día del taller fue dedicado al II Encuentro de egresados de la MPUID y se presentaron las conferencias: ¿Cómo tratar las vulnerabilidades y la percepción de riesgo ante el manejo de productos químicos peligrosos? a cargo de la profesora Silvia Miriam Pell del Río del Instituto Superior Politécnico José Antonio Echevarria y Análisis de la percepción de riesgo biológico en el personal del laboratorio, de la profesora Elizabeth González Alcober del Laboratorio Central de Criminalística del Ministerio del Interior. En ambos casos se hicieron aproximaciones de gran relevancia para la valoración de la categoría objeto de debate central en el Taller.

El evento concluyó con la presentación y convocatoria de la estrategia de formación doctoral de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, con la que se aspira a completar la formación académica de los egresados de la MPUID. Varios de los graduados en las primeras ediciones se interesaron por la dicha ruta doctoral y apenas dos años después, uno de ellos obtuvo en grado científico de Doctor en Ciencias Médicas con la investigación titulada Patología Dual: Caracterización clínica, cognitiva y electroencefalográfica en mujeres con dependencia alcohólica La Habana 2014-2016[10]. En sentido general este taller facilitó la sistematización de experiencias de diversas instituciones en el trabajo con la categoría Percepción de riesgo y se sentaron las bases para su mayor precisión conceptual entre los participantes.

El III Taller de Formación de Capital Humano y el III Encuentro de Egresados de la MPUID se desarrolló el viernes 8 de junio de 2018 en el Pabellón de la Salud del Recinto Ferial de ExpoCuba, con la presencia de asesores de CEDRO y expertos en las temáticas relacionadas con la prevención del uso indebido de drogas[11]. Participaron además integrantes del comité académico y del claustro de profesores de la MPUID, graduados y cursistas de dicho programa de formación académica y estudiantes de pregrado.

El Profesor Carlos Lázaro Martínez Díaz, director de Extensión Universitaria de la UCMH, inició el programa dando la bienvenida a los participantes y a continuación dos de los estudiantes delegados del I Encuentro estudiantil del Grupo Universitario para el Estudio de las Adicciones (GUEA)[12], que sesionó durante los días 17 y 18 de mayo de 2018 en el marco VIII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, presentaron la declaración de principios derivada del referido encuentro, la cual incluye los siguientes aspectos:

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

Este taller fue ocasión propicia para la presentación del libro Prevención y Atención de los Trastornos Adictivos[13], el cual aporta información valiosa acerca de las particularidades del proceso salud – enfermedad en el área de las adicciones. Con esta obra se puso a disposición de los estudiantes de pregrado y posgrado, de los profesionales de la salud y de la población en general, información actualizada acerca de la prevención y atención de los trastornos adictivos. Los autores de este libro se basaron en las prioridades identificadas y en la experiencia acumulada a partir de la participación sistemática en las capacitaciones nacionales y otras acciones de enfrentamiento a dicha problemática**.**

Momento especial del Taller lo constituyó la impartición de la conferencia Neurociencia de las Adicciones por el Dr. Cs Nibaldo Hernández Mesa, presidente de la Sociedad de Neurociencias de Cuba (SONECUB), en la que se refirió al estudio de las funciones y de la estructura del cerebro en individuos vivos en su interrelación con la propensión a las adicciones, fenómeno que va mucho más allá del consumo de drogas[14]. Aseveró en otra parte de su disertación que la actividad física se encuentra entre los elementos que más potencian la neuroplasticidad del cerebro y que es una realidad que sus funciones en determinadas circunstancias, pueden llegar a recuperarse. Como parte de este taller fueron presentadas breves síntesis de tesis de maestrías y fueron entregadas las notificaciones a los que alcanzaron la titulación.

La Dra. Carmen Borrego Calzadilla, jefa de la sección de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Ministerio de Salud Pública, tuvo a su cargo las palabras de resumen en las cuales felicitó a los participantes en el taller por su lucha incesante en la prevención y el enfrentamiento al flagelo de las adicciones y aseguró que con encuentros como este se logra profundizar en la pertinencia de las acciones y estrategias que permiten aplicar adecuadamente los proyectos y programas existentes y se logra hacer más efectivo el trabajo de prevención.

EN 2023, el IV Taller Nacional de Formación de Capital Humano ha sido convocado por la Entidad de Ciencia, Tecnología e Innovación CEDRO[15]. Identificado como ADICCIONES 2023, se propone dar continuidad al sistema de

actividades que como Unidad de Desarrollo e Innovación de la UCMH le corresponde ejecutar. Este evento se desarrollará de forma híbrida entre los días 26 y 30 de junio de 2023. En su programa se incluye el IV encuentro de egresados de la maestría en Prevención del uso indebido de drogas y la celebración por el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (26 de junio de 2023)

Entre los objetivos de esta actividad sobresale propiciar el intercambio científico entre estudiantes, profesores y profesionales interesados en dicha temática. Serán abordados contenido relativos a la superación profesional y formación académica, al desarrollo científico técnico y a la comunicación social y extensión universitaria en el área de las adicciones. Como los anteriores, el IV Taller Nacional de Formación de Capital Humano ADICCIONES 2023, revelará experiencias formativas, enfoques preventivos, estrategias terapéuticas y espacios para la rehabilitación y reinserción social de interés para todos.

CONCLUSIONES

CEDRO en consonancia con su encargo social, centrado en impedir que el flagelo de las drogas se extienda por la comunidad universitaria, contribuye a la superación profesional y formación académica del capital humano que vela por la prevención de las adicciones y se ocupa del enfrentamiento a una de las problemáticas de salud de mayor envergadura en el mundo contemporáneo. Consciente de la especial relevancia de su misión, apuesta por la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, identificados como sectores poblacionales especialmente vulnerables para la iniciación y consolidación de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. Los talleres desarrollados, han propiciado el intercambio científico entre estudiantes, profesores y profesionales interesados en dicha temática, estimulando el desarrollo científico técnico y la comunicación social en el área de las adicciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fabelo-Roche JR, Iglesias S, González AD, Naranjo W. Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones. Rev. Educación Médica Superior. 2014;28(2) Disponible en: http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/283/168
2. Fabelo-Roche JR, Iglesias S. Gómez AM. La promoción de salud en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2017:16 (1) 91-1003 Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1268
3. Grupo de Investigaciones en Adicciones. Concluye Taller CEDRO 2014. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2014. Disponible en https://instituciones.sld.cu/cedro/2014/06/02/concluye-taller-cedro-2014/
4. Betancourt PA, Terrado QSP, García CM, et al. Cátedra 'Prevención de Drogodependencia' de Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo: 15 años de experiencia. RIC. 2016;95(1):11-22. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73630
5. Lorenzo-Vázquez E, Garrido-Amable O, Fabelo-Roche JR, González-Herrera N, Vargas-Yzquierdo J, Revilla-Vidal O. Alcance del marco jurídico que sustenta el control del tabaquismo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2020; 46 (2) Disponible en: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1398
6. Grupo de Investigaciones en Adicciones. Evento teórico sobre Percepción de riesgo.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2016. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/cedro/2016/05/25/evento-teorico-sobre-percepcion-de-riesgo/

7. Fabelo-Roche JR, Huedo Medina T, Fernández Castillo E, Iglesias-Moré S, Rosen A. Propuestas de investigaciones psicosociales generadas a partir de la colaboración internacional. Revista Cubana de Salud Pública. 2021;47(2):e2025. Disponible en: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2025
8. Fernández-Castillo E, Molerio Pérez O, Ubalde Rodríguez A. Aproximación teórica-metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios. Memorias del taller "percepción de riesgo". Bol. Trastor. adict. 2016:1(2) 20-23 Disponible en: https://instituciones.sld.cu/cedro/files/2018/03/Boletin-2_2016.pdf
9. Echemendía Tocabens B. Percepción de riesgos y cambio de comportamiento. Algunas reflexiones necesarias. Bol. Trastor. adict. 2016:1(2) 24-28 Disponible en: https://instituciones.sld.cu/cedro/files/2018/03/Boletin-2_2016.pdf
10. Salazar Guerra YI. Patología Dual: Caracterización clínica, cognitiva y electroencefalográfica en mujeres con dependencia alcohólica La Habana 2014-2016. Tesis presentada para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2018
11. Grupo de Investigaciones en Adicciones. III Taller de formación de capital humano y el III Encuentro de egresados de la Maestría. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2014. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/cedro/2018/06/17/iii-taller-de-formacion-de-capital-humano-y-el-iii-encuentro-de-egresados-de-la-maestria/
12. **Grupo Universitario para el Estudio de las Adicciones en Latinoamérica y el Caribe Declaración estudiantil contra las adicciones. Temas de Salud Psicologia Bienstar y Salud. La Habana 2018. Disponible en: https://temas.sld.cu/psicobienestarsalud/2018/05/25/declaracion-estudiantil-contra-las-adicciones/#more-778**
13. Fabelo-Roche JR, Iglesias S. Prevención y atención de los Trastornos Adictivos. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas 2018. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/prevencion-y-atencion-de-los-trastornos-adictivos/
14. Hernández Mesa N. La semana del cerebro en Cuba. Salud mental y adicciones Bol. Trastor. adict. 2021:6(1) 22-37 Disponible en: https://instituciones.sld.cu/cedro/files/2021/05/16.-Bolet%C3%ADn-1-2021.pdf
15. Grupo de Investigaciones en Adicciones. Adicciones 2023. Del 26 al 30 de junio de 2023. CENCOMED, 2023. Disponible en: https://actualidad.sld.cu/blog/anuncio/adicciones-2023-del-26-al-30-de-junio-de-2023/..

SOBRE LOS AUTORES

1. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador Titular. Jefe del Departamento de Investigaciones en Adicciones (Entidad de Ciencia, Tecnología e Innovación CEDRO) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5316-0951 Email: fabelo@onfomed.sld.cu.
2. Serguei Iglesias-Moré. Master en Psicología Clínica y de la Salud. Profesor e Investigador Auxiliar. Metodólogo Académico. Departamento de Investigaciones en Adicciones (Entidad de Ciencia, Tecnología e Innovación CEDRO) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3382-428X
3. Especialista de 1er Grado en Farmacología. Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesor Auxiliar. Aspirante a Investigador. Metodóloga de Extensión Universitaria. Departamento de Investigaciones en Adicciones (Entidad de Ciencia, Tecnología e Innovación CEDRO) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. https://orcid.org/0000-0003-3569-0665
4. Yancilé Vázquez-Rodríguez ORCID: Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesora Titular e Investigadora Auxiliar. Metodóloga de Investigaciones de la Entidad de Ciencias Tecnología e Innovación CEDRO (Dpto. Investigaciones en Adicciones). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2939-1151