



OLPRAD ONG

TRASTORNOS ADICTIVOS

Vol. 8 No. 2
mayo-agosto 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: OFICINA LATINOAMERICANA DE
PREVENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO DE
LAS ADICCIONES**

PÁGINA 1

**ARTÍCULO DE DE REVISIÓN: UNA MIRADA
PSICOSOCIAL AL CONSUMO DE DROGAS EN LOS
DESASTRES**

PÁGINA 3

**ARTÍCULO ORIGINAL: DETERMINACIÓN DE ADICCIÓN
AL TRABAJO EN EMPLEADOS Y DIRECTIVOS DEL
CENTRO UNIVERSITARIO DE CRUCES. CIENFUEGOS,
CUBA**

PÁGINA 19

**ARTÍCULO ORIGINAL: INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVA PARA PREVENIR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN ESTUDIANTES DEL INSTITUTO SUPERIOR
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE HUAMBO, ANGOLA**

PÁGINA 29

**VISIÓN ESTUDIANTIL. EL TABAQUISMO COMO
PROBLEMA DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO**

PÁGINA 42

**VISIÓN ESTUDIANTIL. ESTUDIO DE CASO SOBRE
ADICCIONES PSICOLÓGICAS TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

PÁGINA 49

**SECCIÓN TESIS. PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

PÁGINA 56

**SECCIÓN TESIS. REPERCUSIÓN EN LA SALUD
FAMILIAR DE LA PRESENCIA DE MIEMBROS CON
CONDUCTA TABÁQUICA**

PÁGINA 61

Julián Castaño Montoya

Cuando yo tenía tres meses de nacida, las drogas me arrebataron a mi mamá. Ella finalmente a la edad de 27 años, cansada de luchar, partió a la eternidad ante la indiferencia social y el olvido gubernamental. Así como yo, existen millones de niños en todo el mundo, con la misma historia, el mismo sufrimiento, el mismo vacío, el mismo dolor... y me preguntó: ¿papás, mamás, ustedes señores gobernantes, gobernadores, que están haciendo por la prevención? Esto no es juego, esto es algo grave.

Soy Isabela Castaño, tengo 12 años y soy la fundadora de la OLPRAD internacional ONG

En General, la adicción se considera una enfermedad crónica, letal y destructiva. que ocurre tras el consumo continuado de una sustancia durante un período de tiempo relativamente largo. Por tanto, el principal factor desencadenante de la enfermedad es el repetitivo consumo de la misma. A partir de dicha realidad se ha creado la Oficina Latinoamericana de Prevención Investigación y Tratamiento de las Adicciones (OLPRAD ONG), con la misión de propiciar el abordaje integral de las adicciones, a través de la prevención, investigación, tratamiento y capacitación global con personal idóneo desde el trabajo en conjunto con las distintas entidades sociales, integrar, fortalecer y articular a los programas de rehabilitación en materia de drogodependencias con el fin de promover el desarrollo de las personas desde la perspectiva de los derechos humanos e incidir en las políticas públicas.

La visión de OLPRAD ONG es promover el derecho de toda persona, en especial de la infancia y juventud, a disfrutar de una vida digna y libre de drogas con plena igualdad de oportunidades. Se aspira a posicionar una red consolidada que sea un referente en el fenómeno global de las drogas para la construcción de políticas sociales desde la sociedad civil y con capacidad de diálogo con

los estados y organismos internacionales, para responder a las necesidades y realidades que surgen desde la diversidad de los países de Latinoamérica. Es una organización sin ánimo de lucro que trabaja en el ámbito de las drogas, tanto en prevención, tratamiento, investigación y capacitación, basada en valores como la integridad y la transparencia.

Sus estatutos como organización subrayan la necesidad de generar un espacio de encuentro e intercambio de experiencias y conocimientos; fomentar acciones de prevención e investigación que incidan en la política internacional, regional, nacional y local; desarrollar proyectos de intervención sobre drogas y otras adicciones; promover la realización de investigaciones sociales y acciones de formación y capacitación del recurso humano en adicciones y desarrollar actividades de cooperación para la elaboración de programas avanzados en el ámbito de las drogas que propicien la prevención actualizada y que responda a los nuevos retos.

Los invitamos a seguir y suscribirse a nuestras redes sociales, las cuales constituyen los medios oficiales para las ponencias de OLPRAD INTERNACIONAL ONG.

TIK TOK

http://tiktok.com/@olprad_interong

INSTAGRAM

<https://instagram.com/olprad.org?igshid=NTc4MTIwNjQ2YQ==>

FACEBOOK

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100063596767807>

YOUTUBE

<https://youtube.com/@OLPRAD-ONG>

SOBRE EL AUTOR

Presidente Fundador OLPRAD ONG. Psicoterapeuta, Especialista en Adicciones, Director de Programas de Prevención, investigación y Rehabilitación. Conferencista Internacional.
<https://orcid.org/0009-0001-8245-9936> Email: Olprad.ong@gmail.com

Yanetsi Contreras Olive¹, Osvaldo Miranda Gómez²

RESUMEN

Introducción: en la literatura internacional se pueden encontrar diversos estudios referentes a las consecuencias psicosociales que tienen los desastres en las poblaciones afectadas. Sin embargo, los estudios enfocados al impacto de los desastres en el consumo de sustancias no son abundantes.

Desarrollo: la presente publicación tiene como objetivo mostrar el impacto de los desastres en el consumo de drogas de las poblaciones afectadas. Para ello se recopiló un total de 122 artículos en las principales bases de datos de información médica. En el trabajo se analizaron los desastres desde la perspectiva psicosocial y posteriormente el consumo de sustancias en los desastres naturales, tecnológicos y sanitarios.

Conclusiones: como conclusión se plantea la necesidad de desarrollar investigaciones que permitan evaluar este fenómeno en los desastres, la identificación de poblaciones en situación de vulnerabilidad respecto al consumo, y de esta manera trazar políticas que permitan mitigar los daños.

Palabras clave: consumo de drogas, desastres, huracanes, emergencias sanitarias.

ABSTRACT

Introduction: various studies can be found in the international literature regarding the psychosocial consequences that disasters have on affected populations. However, studies focused on the impact of disasters on substance use are not abundant.

Development: this publication aims to show the impact of disasters on drug use in affected populations. For this, a total of 122 articles were collected in the main medical information

databases. In the work, disasters were analyzed from the psychosocial perspective and later the consumption of substances in natural, technological and health disasters.

Conclusions: In conclusion, the need to develop research that allows the evaluation of this phenomenon in disasters, the identification of populations in a situation of vulnerability with respect to consumption, and in this way draw up policies that allow mitigating the damage, is stated.

Key words: drug use, disasters, hurricanes, health emergencies.

INTRODUCCIÓN

Las constantes amenazas de desastres que se suceden a diario han hecho palidecer a la humanidad desde su surgimiento. No obstante, resulta incuestionable que, en los tiempos modernos, estas adversidades se han multiplicado a consecuencia de fenómenos naturales, al cambio climático y de otros factores tecnológicos que las han dotado de un origen no tan natural. El continente americano, desde sus orígenes, ha estado muy vinculado a los diferentes fenómenos “naturales”, por lo que siempre han sido recordados en cada una de las culturas, desde las milenarias hasta las más jóvenes.

Etimológicamente la palabra desastre está compuesta por los vocablos latinos des (que significa negación, contrario o inversión del significado) y astre (astro o estrella), es decir un evento adverso producido por las estrellas o en su versión más amplia producida por los dioses.¹

Son muchas las definiciones empleadas actualmente para referirse al término desastre, desde su etimología griega hasta las conceptualizaciones más actuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la

define como un evento concentrado en el tiempo y en el espacio resultado del impacto de un agente peligroso o amenazante (afectante) en un medio vulnerable y cuyos efectos pueden ser prevenidos y/o mitigados por agentes reguladores.²

Un desastre es un evento vital estresante, una especie de situación amenazante y de conflicto que deja profundas huellas de dolor y sufrimiento entre los sobrevivientes, sus familias, amigos, en los equipos de primera respuesta y en la comunidad en general. Las consecuencias psicosociales que se derivan de este pueden durar poco o mucho tiempo, e inclusive llegar a interferir en la posterior reconstrucción de la comunidad afectada.³ Múltiples factores pueden estar asociados a la mayor probabilidad de consecuencias negativas de un desastre y a su permanencia. Naturalmente, un factor decisivo, si bien no siempre lineal, es la magnitud del desastre y el grado de exposición a éste de las distintas personas.⁴

Los desastres afectan la salud mental de una gran parte de la población, ya sea en forma directa, debido a la pérdida de un familiar o a la destrucción de su vivienda; o en forma indirecta, por efectos inmediatos del suceso que afectan a las personas, sin que sufran pérdidas de familiares o de bienes materiales.⁵

Las alteraciones a la salud mental provocadas por estos eventos se pueden presentar desde síntomas psicosomáticos, como falta o exceso de apetito, problemas digestivos, erupciones cutáneas, náuseas y palpitaciones, y otros síntomas, como dificultad para dormir, estrés, irritabilidad, dificultad para concentrarse, problemas familiares y laborales, y consumo de sustancias psicoactivas. De ahí que el objetivo de la presente revisión sea mostrar el impacto de los desastres en el consumo de drogas de las poblaciones afectadas.

DESARROLLO

Método: Se utilizó el método histórico, aplicado al estudio del consumo de drogas en situaciones de desastres ocurridas a nivel mundial. Para ello se realizó una búsqueda en las bases de datos

PuBMed, Scielo, Biblioteca Virtual de Salud y Google Académico. Para el proceso de selección de descriptores se utilizaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subjects Headings (MeSH) y los términos libres. Se recopilaron un total de 122 artículos, de ellos fueron eliminados por duplicación 22, eliminados por criterios de inclusión al leer títulos y resúmenes 10 y eliminados por criterios de inclusión al leer texto completo 15; para un total de 75 artículos incluidos en la bibliografía.

Los desastres desde una perspectiva psicosocial.

En la actualidad, no es posible decir que exista una única definición internacionalmente aceptada del término desastre, pues no pocos han sido los investigadores, expertos, organizaciones humanitarias y organismos mundiales que han elaborado definiciones a lo largo del tiempo. En este sentido, vale resaltar que, si se hace un análisis de las diferentes definiciones recogidas en la literatura, es posible apreciar una evolución del término, en cuanto a integralidad se refiere, ya que las más recientes resultan ser más holísticas y abarcadoras, pues hacen alusión al daño humano, material y al medio ambiente.⁶

En una revisión realizada por Sauchay Romero⁶, se encontraron 68 definiciones de desastres de diferentes investigadores, expertos, organismos internacionales, documentos jurídicos, entre otros. Los diferentes autores hacen hincapié en distintos aspectos e incluso dependiendo de las concepciones y culturas utilizan sinónimos como catástrofes en lugar de desastres llegando a alternar en un mismo documento ambos vocablos.

La definición más completa, a consideración de los autores, es la de Lorenzo Ruiz que lo conceptualiza como “un hecho inesperado y de por sí catastrófico, que provoca grandes pérdidas humanas y materiales, los individuos y sus comunidades en mayor o menor medida relacionados con el desastre lo perciben como un evento vital estresante, una especie de situación amenazante y de conflicto, el cual conlleva a una ruptura y modificación del ciclo vital de los damnificados y del equilibrio hombre-entorno en una sociedad concreta”.³

En la literatura internacional se encontraron diferentes modos y sistemas de clasificación de los desastres ⁷⁻¹¹. Para esta revisión fue tomada en cuenta la clasificación que establece el marco legal vigente en Cuba para los desastres, según se estipula en la Directiva No.1 del Presidente del Consejo de Defensa Nacional(CDN) ¹². Este documento establece que los desastres van a ser clasificados según las amenazas que los originan en:

- Naturales: ciclones tropicales y otros eventos hidrometeorológicos extremos, sequías intensas, incendios en áreas rurales, sismos y maremotos.
- Tecnológicos: accidentes catastróficos del transporte, accidentes con sustancias peligrosas, derrames de hidrocarburos, incendios de grandes proporciones en instalaciones industriales y edificaciones sociales.
- Sanitarios: epidemias, epizootias, epifitias.

Esta clasificación permite la organización del país para dirigir las acciones en todas las etapas del ciclo de reducción de desastres con un probado empleo práctico. Para la planificación de las medidas de protección de la población y los recursos económicos ante situaciones de desastres, se prevén varias fases, que permiten mitigar los peligros apreciados, estas fases son: ¹²

- Fase de preimpacto: se refiere a las etapas que preceden al desastre.
- Fase de impacto: es el período en que la comunidad se ve afectada por un evento.
- Fase postimpacto después de ocurrido el suceso: Durante este período se realizan acciones para aliviar la situación de la comunidad y facilitar la recuperación, individual, familiar y social.

Desde la perspectiva psicológica los desastres constituyen eventos que activan respuestas psicológicas colectivas que inciden en su avance o contención, así como en la posible generación de respuestas emocionales de inquietud o de desorden social. Cabe señalar que en situaciones

de desastres las consecuencias para la salud física de las personas resultan evidentes, por lo que han sido ampliamente estudiadas por la Medicina desde su surgimiento como ciencia. Sin embargo, el estudio de sus consecuencias en el plano psicológico es relativamente reciente e insuficientemente estudiado.

No fue hasta los años 1970 que se comenzó a estudiar con profundidad las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales, en contraposición a los bélicos de las etapas anteriores. A partir del año 1980 cambia el concepto en la manera de analizar las variables ambientales, sociales y psicológicas afectadas en situaciones de desastres.

La Asamblea de la Organización de Naciones Unidas declaró los noventa como la década internacional para la reducción de los desastres, con el objetivo de “promover un desarrollo tecnológico adecuado y suficiente para poder prevenir las consecuencias indeseables que, con frecuencia, los desastres naturales tienen sobre las poblaciones afectadas”. ¹³ En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud(OPS)/OMS publicó el “Manual para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias”, de especial utilidad como guía de planificación para el “qué hacer” en situaciones de emergencia. ⁷

Una persona, institución y su comunidad en desastres comienzan a transitar por un periodo que gira en torno a una emergencia psicosocial, en circunstancias de transformaciones continuas y sometidos a una exigencia adaptativa masiva. Este proceso de reconceptualización por todos los involucrados en este escenario, corresponde en parte a lo que algunos autores denominan “el segundo desastre”. Ocurre una especie de nuevo desastre, ya no como fenómeno físico, sino que en la actividad psíquica se mantiene latente y en evolución entre la mayoría de la comunidad de damnificados y en el personal socorrista. ¹⁴

Los damnificados y las víctimas son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que las catástrofes afectan de forma indiscriminada a la población de la zona que

sufre el impacto. Es importante subrayar que por cada damnificado con daño físico como mínimo existirán dos o más allegados que pueden desarrollar diversas consecuencias en su salud mental.¹⁵

Ante estos eventos, los expertos del tema plantean que los afectados pueden desarrollar múltiples respuestas patológicas: trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor, abuso de sustancias, violencia doméstica e incluso, el suicidio.^{16,17}

Las respuestas pueden transitar por diversas fases: desde la negación, ansiedad, intranquilidad, agresividad, depresión y negociación, hasta alcanzar la completa aceptación de la situación de desastre. Donde predominan los afrontamientos de características improcedentes como: pasividad, evasión, negación; en lugar de los esencialmente apropiados y eficaces de tipo: asimilación, colaboración, competencia.¹⁸

Las adicciones al alcohol y las drogas se incrementan en estas comunidades, como una de las reacciones psicotraumáticas relacionadas con el desastre. Se encuentran igualmente en las poblaciones infantojuveniles un ascenso de los problemas de aprendizaje en general. Los adultos pueden llegar a renunciar a su trabajo o en otros casos puede verse afectada su productividad.¹⁴

En la literatura internacional se encuentran algunas referencias sobre los desastres asociados a epidemias y su repercusión psicológica.¹⁹⁻²²

En el año 2003, el mundo se vio afectado por la mortal epidemia de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Dadas las exigencias y demandas de esta enfermedad tanto para la comunidad como para el personal de la salud se analizaron las posibles consecuencias tiempo después. Lee y colaboradores²³ analizaron las consecuencias psicológicas en sobrevivientes, trabajadores sanitarios y no sanitarios un año después del brote de la enfermedad. Los resultados mostraron que los sobrevivientes de SARS todavía tenían niveles elevados de estrés y de angustia psicológica, que en el caso de los

trabajadores de la salud fue significativamente mayor.

El Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) fue identificado en su momento como una nueva infección respiratoria, en el año 2012 en Arabia Saudita²⁴ y en Corea en el 2015²⁰, caracterizándose también por su rápido contagio y numerosas muertes. En Corea del Sur el MERS fue considerado como una gran amenaza para la salud pública, donde la gravedad se vio aumentada por las respuestas inapropiadas de las principales instituciones y la comunidad. En un período de cuatro a seis meses después de haber concluido la cuarentena, se encontró sintomatología ansiosa y sentimientos de rabia.²⁰

La pandemia de la Covid-19 constituye una emergencia global, con un elevado impacto en la salud pública, incluida la salud mental. Esta situación, representa actualmente un reto para los profesionales de la salud en todos los campos, tanto por los efectos directos de la enfermedad, como sus efectos en otras patologías. En el mes de febrero del año 2020 se realizó una encuesta en línea a 1210 personas de varias ciudades chinas, encontrándose que el 53.8% de los encuestados calificó el impacto psicológico de la enfermedad como moderado o severo; el 16.5% reportaron síntomas depresivos moderados a severos; un 28.8% reportó síntomas de ansiedad moderada a severa y el 8.1% informaron niveles de estrés moderados a severos. La mayoría de los encuestados informó pasar de 20 a 24h por día en casa (84.7%) y además un 75.2% presentaba preocupación de que sus familiares se contagiaran de la enfermedad.²⁵

Un estudio realizado en Cuba en la ciudad de Puerto Padre, en la provincia de Las Tunas, en el contexto de la pandemia arrojó que el 32.52% de los sujetos estudiados presentó al menos alguno de los tres estados afectivos emocionales estudiados (estrés, ansiedad y depresión). Las tres condiciones afectivas mostraron relación significativa con el antecedente de enfermedad mental. El análisis de correlación mostro que existe asociación significativa y positiva entre los tres estados afectivos emocionales, encontrándose la mayor asociación entre

ansiedad y estrés.²⁶ De igual forma, estos resultados confirman la importancia de dar un seguimiento oportuno a las personas con trastornos mentales, por ser un grupo muy vulnerable a los efectos de los desastres.

El reporte de otra investigación realizada en el país en pacientes convalecientes de Covid-19, refirió que en el 71.4% de los casos estudiados la preocupación por el contagio a un familiar cercano era lo que mayor malestar psicológico generaba, mientras que la representación social de la enfermedad correspondió a amenazante para la vida en el 71.4%. El 71.4% de la muestra resultó ser vulnerable al estrés y se constataron estados emocionales negativos tales como el miedo, la inquietud, la tristeza, el abatimiento y la angustia.²⁷

Como se ha analizado, los desastres, con independencia de su clasificación, dejan un gran impacto psicosocial en las comunidades que afecta, por lo que es importante conocer la repercusión que dejan en el consumo de drogas.

1- Consumo de sustancias psicoactivas en situaciones de desastres naturales y tecnológicos.

El consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol está directamente ligado a la historia de la humanidad y por ende a los eventos que la impactan. Diferentes situaciones traumáticas, como desastres producidos por huracanes, grandes inundaciones, terremotos, volcanes, conflictos militares, actos terroristas, accidentes, entre otros, ocasionan alteraciones psicológicas en los individuos expuestos. Los efectos de los desastres sobre la salud mental han comenzado a ser identificados y abordados recién en los últimos 50 años. Se estima que entre el 30 y el 50% de la población expuesta a un desastre natural sufre alguna manifestación psicológica durante los meses siguientes al evento. Las más frecuentes son: los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés, la depresión mayor, el aumento del consumo de alcohol y otras drogas, y los cuadros somatomorfos.²⁸⁻³⁰ En la literatura internacional se encontraron investigaciones que refieren el inicio o incremento en el consumo de

sustancias psicoactivas como consecuencias de un desastre.³¹⁻³⁵

En las investigaciones consideradas en el meta-análisis clásico de Rubonis y Bickman³⁶, los síntomas depresivos o ansiosos fueron los más encontrados y, además, se evidenció una relación pequeña, pero consistente, entre desastres y síntomas psicopatológicos, en particular, con la ansiedad y con consumo de alcohol. Este meta-análisis mostró mayor relación de la psicopatología con los desastres naturales que con los desastres humanos. Por su parte, Silove y Steel³⁷ plantean que los problemas psicosociales comúnmente relacionados con los fenómenos meteorológicos extremos relacionados con el cambio climático (como las inundaciones, la sequía o los huracanes) son el alcoholismo y el abuso de drogas.

En la región podemos citar la catástrofe de Armero, en Colombia, durante el año 1985. La erupción volcánica, el deslizamiento de lava, tierra, rocas, árboles y el consecuente sepultamiento de un amplio territorio, provocó la muerte del 80% de la población (30.000 habitantes), dejó sin hogar a unos 100.000 habitantes de las regiones aledañas y lesionados a muchos de ellos. En este caso, fueron enviados equipos de salud mental para que laboraran en la atención a los damnificados y en su recuperación. Se evidenció la presencia de cuadros de ansiedad y depresión mayor entre seis meses y un año después del desastre, también se evaluaron problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, así como comportamientos violentos y desadaptativos, con los consecuentes trastornos en la vida familiar y social.³⁸

Una publicación referente a una inundación ocurrida una tarde de festejo en 1992 en Puerto Rico, refiere que el uso de alcohol y de otras sustancias compromete el juicio e incrementa el riesgo de mortalidad y morbilidad en las inundaciones, ya que 12 (75%) de los 16 adultos que murieron, tenían niveles de alcohol en sangre superiores a 0.01%. De éstos, nueve con valores por encima de 0.1%.³⁹

Chou y colaboradores ⁴⁰, realizaron un estudio durante tres años a la población de una localidad en Taiwán afectada por el terremoto de 1999, el cual tuvo una intensidad de 7.3 en la Escala Richter y un saldo de 2 329 muertos. La prevalencia del abuso de sustancias se duplicó en esta población de 2.3% a los seis meses, a 5.1% a los dos y tres años.

En una investigación realizada seis meses posteriores al derribo de las Torres Gemelas en Nueva York, en el año 2001, se pudo comprobar un aumento del consumo de alcohol directamente asociado con la exposición a los ataques terroristas, cifrándose en un 10.9% el porcentaje de jóvenes que aumentó su consumo. ⁴¹ Otro artículo, referente al mismo contexto, mostró datos sobre el incremento de alcoholismo en la población adulta, ya que pudo verse que, en este grupo de edades, el consumo de alcohol en los dos años subsiguientes al suceso había aumentado en un 10%, referido a días en que se tomaba alcohol en el mes y en número de bebidas al día. Además, la tasa de alcoholismo había aumentado de un 5% a un 15%. Por otra parte, el desarrollo de alcoholismo fue concomitante con la existencia del síndrome de estrés postraumático y de depresión. ⁴²

El 26 de diciembre de 2006, las olas gigantes del Tsunami provocadas por un maremoto de 9 grados en la escala de Richter destruyeron las costas del sur de la India, dejando tras de sí alrededor de 16 000 muertos. Tras la “fase de luna de miel”, el síntoma más evidente no fue el estrés postraumático, sino una intensa pena, melancolía, reacciones de shock en forma de agresividad, tristeza, problemas gástricos, cefaleas, miedo, duelo patológico, alcoholismo, terrores nocturnos, quejas psicósomáticas, pensamientos e ideas suicidas, incapacidad para dormir o comer, ansiedad cercana al pánico relacionada con el agua, miedo a volver a vivir o trabajar cerca del mar. Las compensaciones económicas destinadas a los pescadores favorecieron la inactividad laboral y el alcoholismo, sobre todo en los hombres. ⁴³

Un estudio sobre las manifestaciones psicosociales en el periodo posterior al huracán

Mitch, realizado en la población adulta en Tegucigalpa, Honduras, arrojó que los problemas relacionados con el alcohol se elevaron significativamente en un grupo de personas de bajo estrato socioeconómico y alta exposición al desastre y que vivían en albergues. ⁴⁴ De igual forma otra publicación sobre las manifestaciones psicosociales de la población afectada por la guerra en Guatemala mostró un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco, en jóvenes de zonas rurales, y en menor medida, otras adicciones como inhalar pegamento o gasolina. ⁴⁵

Uno de los huracanes más estudiados es el huracán Katrina, que afectó en 2006 a la zona central y meridional de Estados Unidos, dejó casi 2 000 muertos, más de 500 000 evacuados y 1 500 000 desplazados, siendo tan devastador que el Departamento de Estado de esa nación lo consideró como el de mayor repercusión en toda la historia del país. Se estima que, producto de esta situación, se evidenciaron en la población general trastornos de ansiedad en el 31.2%, depresión en el 13.6% y consumo de alcohol y droga en el 12.5%. Estos estudios también demostraron que las mujeres son más vulnerables a los desastres que los hombres, y que el consumo de sustancias como el alcohol aumentó en un 25% y la de marihuana en un 3.2%. ⁴⁶⁻⁴⁸

El 15 de agosto de 2007, un terremoto de magnitud 7,9 afectó la costa central de Perú. Según la información oficial, el terremoto produjo 596 muertos, más de mil heridos y 464 314 damnificados. En la ciudad de Chíncha, una de las más afectadas por el terremoto, entre los meses de agosto y diciembre de 2007, se registraron 423 atenciones de salud mental: 48% fueron por ansiedad, el 23% por trastorno depresivo, 13% por cefalea tensional, el 9% por abuso de alcohol-drogas y el 3%, de intentos de suicidio. ⁴⁹

Dos estudios realizados en Japón encontraron un aumento en la puntuación media de la tendencia del alcoholismo al analizar el shock generado por el gran terremoto de la costa del Pacífico en Tohoko en el año 2011, siendo este impacto mucho más severo en el sexo masculino. ⁵⁰⁻⁵¹

En un análisis más exhaustivo realizado por Crompton y colaboradores ⁵², haciendo una evaluación de la literatura relacionada con el impacto psicológico de los desastres naturales en el mundo para el período 1983-2016, encuentran, además de un aumento significativo de la ansiedad, la depresión y los trastornos de estrés postraumático, un elevado incremento en el abuso de sustancias dentro de la población analizada.

2- Los desastres sanitarios y su repercusión en el consumo de drogas.

En relación a las epidemias, otros autores ya habían relacionado el aislamiento obligado ante esta situación y el incremento de disturbios en la salud mental de las personas. ^{53,54} La OMS ha informado de la importancia de cuidar la salud mental en este tiempo de incertidumbre, haciendo referencia a que las personas con trastornos como el consumo de alcohol y drogas, al verse confinados pueden tener mayores recaídas. ⁵⁵

En el año 2003, el mundo se vio afectado por la mortal epidemia de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Dadas las exigencias y demandas de esta enfermedad tanto para la comunidad como para el personal de la salud se analizaron las posibles consecuencias tiempo después. Lee y colaboradores ⁵⁶ analizaron las consecuencias psicológicas en sobrevivientes, trabajadores sanitarios y no sanitarios un año después del brote de la enfermedad. Los resultados mostraron que los sobrevivientes de SARS todavía tenían niveles elevados de estrés y de angustia psicológica que en ocasiones los llevó al consumo de alcohol, que en el caso de los trabajadores de la salud fue significativamente mayor.

Un estudio conducido por Lau y colaboradores ⁵⁷, quienes hallaron que 4.7% de los hombres y 14.8% de las mujeres residentes en Hong Kong que consumían alcohol, aumentaron su consumo un año después del brote masivo por SARS-CoV-2 en 2003; lo que evidencia un aumento de las mujeres con respecto a los hombres en cuanto al consumo de sustancias adictivas.

El Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) fue identificado en su momento como una nueva infección respiratoria, en el año 2012 en Arabia Saudita ²⁴ y en Corea en el 2015 ²⁰, caracterizándose también por su rápido contagio y numerosas muertes. En Corea del Sur el MERS fue considerado como una gran amenaza para la salud pública, donde la gravedad se vio aumentada por las respuestas inapropiadas de las principales instituciones y la comunidad. En un período de cuatro a seis meses después de haber concluido la cuarentena, se encontró sintomatología ansiosa, sentimientos de rabia y un incremento del consumo de sustancias. ²⁰

Probablemente ningún habitante del planeta ignora que la enfermedad Coronavirus Disease-19 (Covid-19), causada por el coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2) (SARS CoV-2), apareció en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China, en diciembre de 2019 y se diseminó por todo el mundo para convertirse, tal vez, en la pandemia más intensa en varios siglos. ^{58,59} La cuarentena ha puesto a prueba los procesos de desintoxicación, los tratamientos presenciales, las sesiones de grupos de autoayuda y, desafortunadamente, cuando se supere la pandemia, habrá nuevas personas con adicción a diversas sustancias, los cuales encontraron en el consumo de drogas un escape a su estrés y ansiedad generados por el encierro y por la Covid-19.

Las investigaciones que llegan de China, primer país afectado, apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales, como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco. ⁶⁰

Referente a las variaciones que pudo generar la pandemia en el consumo de drogas, se encontraron publicaciones que referían tanto su aumento como su disminución.

Un reciente estudio llevado a cabo en China, con el objetivo de investigar los problemas psicológicos asociados a la situación derivada de

la Covid-19 y del aislamiento masivo, concluye que existe un aumento de la tasa de ansiedad y depresión, un consumo de alcohol peligroso y dañino, y una relación de bienestar mental inferior a la habitual. Según este artículo, el grupo de edad más afectado, en términos de salud mental y consumo de alcohol, es el de 21 a 40 años.⁶¹

No obstante, algunos reportes indican que se ha incrementado el consumo de drogas, en especial el alcohol y la nicotina del tabaco, durante el brote pandémico en México⁶² y el mundo.^{63,64} Así mismo, Shigemura y colaboradores⁶⁵, mencionan que el temor a lo desconocido, genera que los niveles de estrés y ansiedad en las personas se eleve, tanto en personas sanas como en aquellas con problemas de salud mental ya existentes. Este temor guía el comportamiento y expone a los individuos a problemas más graves como trastornos del estado de ánimo, del sueño e incremento del consumo de sustancias psicoactivas, en especial, el alcohol y tabaco.

Un estudio mexicano publicado en la Revista Internacional de Investigación en Adicciones obtuvo resultados interesantes, uno de ellos es que desde el inicio de la pandemia y en la cuarentena no ha disminuido la oferta ni el consumo de marihuana en México, pero las personas usuarias de marihuana que viven con pareja o con amigos reportaron un incremento en el consumo respecto a los que viven con la familia, que reportaron consumir menos.⁶⁶

En los Estados Unidos, desde que se declaró la emergencia nacional en marzo de 2020, varios estudios indican que ha aumentado el consumo de drogas. Los investigadores hallaron aumentos en la cantidad de resultados positivos de presencia de drogas en análisis de orina solicitados por los médicos y los sistemas legales en relación con los años anteriores, entre los que destacan la presencia de fentanilo, cocaína, heroína y metanfetamina.⁶⁷ Estudios realizados en Estados Unidos y otros países también sugieren que muchas personas incrementaron el consumo de alcohol y cannabis (marihuana), especialmente quienes sufren de depresión y

ansiedad clínica y quienes experimentan estrés relacionado con el Covid-19.⁶⁸⁻⁷¹

En España, algunos investigadores también han observado, como resultado de las encuestas, un incremento del consumo de benzodiazepinas sin receta entre la población y un porcentaje elevado mezclado con el alcohol. La investigación refiere que un 2.5% de la población empezó a consumir benzodiazepinas sin receta y el 5.7% lo hizo además con alcohol. La subida se produjo en todos los grupos de edades y en ambos sexos, pero más en las mujeres. Antes del coronavirus, en el país, la prevalencia en los hombres era del 1.4% y del 2.3% en mujeres, elevándose al 2.1% y 4%, respectivamente. El 0.7% de la población española respondió haber tomado tranquilizantes en los últimos 30 días previos a la encuesta. El 1.3% de la población de 15 a 64 años ha consumido analgésicos opioides sin receta tanto antes como durante la pandemia por Covid-19, sin diferencias por sexo. El consumo de hipnosedantes de forma general ha llegado a incrementarse en ese país hasta 10 veces con respecto a años anteriores a la pandemia.⁷²

En las personas con usos esporádicos y recreativos también se evidencian cambios importantes. La European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions⁷³ sugiere que mientras las sustancias asociadas al ocio nocturno y aquellas que son de difícil acceso por su carácter de ilegales, se han reducido cuantiosamente, el consumo de alcohol en solitario y en cantidades mayores a las acostumbradas antes del confinamiento ha aumentado en 44%, al igual que los medicamentos con prescripción médica como las benzodiazepinas. Entre las motivaciones de las personas que consumen drogas que se encuentran en situación de alto riesgo, se ha reportado que se usan como una forma de lidiar con la depresión y los síntomas de abstinencia.

Son mayoría las publicaciones encontradas que refieren una disminución en el consumo. El director del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Alcohol y Drogas en Chile⁷⁴, tras concluir la “Segunda encuesta sobre los efectos del Covid-19 en el

consumo de alcohol y otras drogas” declaró que no se ha producido un aumento del consumo de alcohol y otras drogas en el país. De igual forma, otro estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública afirma que el consumo de riesgo de alcohol y el consumo recreativo desciende de manera generalizada durante el confinamiento por Covid-19.⁷⁵ Estos hallazgos señalan el importante papel de los factores ambientales como elementos claves de prevención, concretamente la disponibilidad y el contexto cultural, que se han visto modificados durante el confinamiento.

Las investigaciones anteriores señalan la necesidad de un efectivo abordaje psicosocial en los individuos o las comunidades en situaciones de desastres y emergencias, lo que influirá de manera positiva sobre las reacciones psíquicas de los afectados, ayudará a la eliminación de las consecuencias; lo que resulta en arma favorecedora para el profesional interviniente, que le permite tener conocimiento, control de la situación y de sus propias reacciones.

CONCLUSIONES

Existen evidencias a nivel internacional, sobre cómo la salud mental de la población en general se ha visto afectada por las consecuencias físicas y psicosociales derivadas de los desastres por los que ha pasado la humanidad, siendo el consumo de drogas uno de los factores de riesgo de mayor relevancia y cuyos efectos en la sociedad merecen seguimiento y monitoreo. En las investigaciones publicadas en el país sobre la repercusión psicológica de los desastres, que fueron encontradas por los autores, no se aborda como una de las variables principales el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo cual, se hace necesario desarrollar investigaciones que permitan evaluar esta problemática en los desastres, la identificación de poblaciones en situación de vulnerabilidad respecto al consumo de drogas en estos eventos, y de esta manera trazar políticas que permitan mitigar los daños

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Real Academia Española. Edición 23ra. Consultado: 17

- de marzo de 2023. Disponible: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola#>
2. Organización Mundial de la Salud. Vidas Sanas y productivas en armonía con la naturaleza: una estrategia mundial de la OMS para la salud y el medio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
 3. Lorenzo Ruiz A. Apoyo psicológico en desastres en gerencia de desastres en Cuba. En: Gerencia de desastres en Cuba. Una compilación de artículos contribuidas por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED), La Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN y La Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica; 2003.
 4. Norris F, Elrod C. Psychosocial consequences of disaster. A review of past research. En F Norris, S. Galea, M. Friedman & P Watson (eds.). Methods for Disaster Mental Health Research [Internet]. New York: Guilford Press; 2006:3-19. [citado 23 May 2022]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2006-11794-002>
 5. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) [Internet]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; c2001-2022 [citado 13 May 2022]. Guía del IASC (Inter-Agency Standing Committee) sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. 2007. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b50c7b82cd.pdf>
 6. Sauchay Romero L. Reflexiones sobre definiciones de desastres. Experiencias cubanas I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
 7. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en

- situaciones de desastres y emergencias: Manuales y Guías sobre Desastres N.º I. Washington, D.C.: OPS; 2002.
8. Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Guía de salud Pública en Emergencias y Desastres. San Juan de Puerto Rico: Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico; 2018.
 9. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; c2021 [actualizado 12 May 2022; citado 13 May 2022]. Atención psicosocial en desastres y emergencias. Guía para equipos de respuesta. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=935&Itemid=1106&lang=es
 10. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; c2021 [actualizado 12 May 2022; citado 13 May 2022]. Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean; 2012. Disponible en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1647%3Amental-health-and-psychosocial-support-in-disaster-situations-in-the-caribbean&catid=895%3Abooks&Itemid=924&lang=en
 11. Rodríguez J. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres (Serie Manuales y Guías sobre Desastres). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
 12. Directiva no.1 del Presidente del Consejo de Defensa Nacional (CDN) para la reducción de desastres. La Habana; 2010.
 13. Osorio Yepes CD, Facio LD VE. Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastres por fenómeno natural. Rev Psicol Univ Antioquia [Internet] 2012 [Citado 12 May 2022];4(2):[aprox. 30 pantallas]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000200005
 14. Lorenzo Ruiz A. Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres [Internet]. Ministerio de salud Pública. [citado 24 May 2022]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/orientaciones_para_el_adecuado_manejo_de_los_aspectos_psicologicos_y_sociales_en_emergencias_y_desastres.pdf
 15. Benyakar M. Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. Rev Neurol Neurocir y Psiqu [Internet]. 2002 [Citado 13 May 2022];35(1):3-25.[aprox. 32 pantallas]. Disponible en http://www.campusvirtual.unt.edu.ar/file.php?file=%2F1367%2FSalud_Mental_y_Desastres_benyakar_2_.pdf
 16. Cernuda Martínez JA, Arcos González P, Castro Delgado R. Impacto de los desastres sobre la salud mental. Rol. 2013 [citado 13 May 2022];36(12):842-8. [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/3987/TFM_CernudaMartinez.pdf;jsessionid=8325A29BF30A5F2054ADC98718EF340C?sequence=3
 17. Navarro MVR. Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención médica de urgencia [Tesis]. Cienfuegos: Hospital general universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”; 2010. [Citado 13 May 2022]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/351/1/NavarroMachadolibro.Pdf>
 18. Lorenzo Ruiz A. Aspectos psicológicos y sociales de la labor de enfermería en emergencias y desastres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
 19. Parka J, Leeb E, Parkc N, Choid Y. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. Archives of Psychiatric Nursing. 2018 [citado 13 Mar 2023];

- 32(1): 2-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127092/>
20. Yang S, Cho S. Middle East respiratory syndrome risk perception among students at a university in South Korea, 2015. *American Journal of Infection Control*. 2017 [citado 13 Mar 2023];45(6):e53–e60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7115287/>
21. Oh MD, Park WB, Park SW. Middle East respiratory syndrome: what we learned from the 2015 outbreak in the Republic of Korea. *Korean J Intern Med*. 2018 [citado 13 Mar 2023]; 33(2): 233-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840604/>
22. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*. 2004 [citado 13 Mar 2023]; 55 (9): 1055-7. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.55.9.1055>
23. Lee AM, Wong J, McAlonan GM, Cheung V, Cheung CC, Sham P, et al. Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007 [citado 13 Mar 2023]; 52 (4): 233-40. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/17500304>
24. Zaki AM, Van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *The New England Journal of Medicine*. 2012 [citado 13 Mar 2023];367:1814-20. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoal211721?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov
25. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020 [citado 13 Mar 2023];3(1):1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107095/>
26. Martínez-Pérez JR, Rivas-Laguna Y, Bermúdez-Cordovi LL, Gutiérrez-Favier EB, Rivero-Rodríguez I. Efectos de la COVID-19 sobre estados afectivos emocionales de la población adulta de Puerto Padre. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2020 [citado 15 Mar 2023];45(6):[aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2388>
27. González-Fiol Y, Monteagudo-Molina R, Morales-Pizarro I, Martínez-Hernández B, Prado-Pérez R. Impacto psicológico de la COVID – 19 en pacientes convalecientes de la enfermedad. *Panorama. Cuba y Salud*. 2021 [citado 15 Mar 2023];16(2):[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1396>
28. Udomratn P. Mental health and psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *Int Rev of Psychiatry*. 2008 [citado 15 Mar 2023]; 20 (5): 441-4. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540260802397487?journalCode=iirp20>
29. Van Griensven, F, Pengjuntr W, Lopes B, Tantipiwatanaskul P, Mock P, et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in Southern Thailand. *JAMA*. 2006 [citado 15 Mar 2023]; 296 (5): 537-48. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/917092>
30. Harville EW, Xiong X, Pridjian G, Elkind-Hirsch K, Buekens P. Postpartum

- mental health after Hurricane Katrina: A cohort study. *BMC*. 2009 [citado 15 Mar 2023];9(21):1186-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC19505322/>
31. Ventura RE. Atención psicosocial en desastres. *Temas para entrenamiento*. La Habana: ECIMED; 2011.
 32. Ramos RA. La salud mental en situación de desastre. Una aproximación a sus particularidades. *Revista Electrónica Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2023];38(11):[aprox. 12 pantallas]. Disponible en: https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/423/pdf_95
 33. León Amenero D, Huarcaya Victoria J. Salud mental en situaciones de desastres. *Horiz Med*. [Internet]. Ene-Mar 2019 [citado 19 Mar 2023];19(1):73-80.[aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100012
 34. Vera-Villarroel P, Vogel EH. Psychology and natural disasters: earthquake and tsunami in Chile on February 27, 2010. *Terapia Psicológica*. 2010 [citado 19 Mar 2023];28(2):143-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/287000792_Psychology_and_Natural_Disasters_Earthquake_and_Tsunami_in_Chile_on_February_27_2010
 35. Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N, Zych I, Buela-Casal G. Chilean Validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL–C) after the Earthquake on February 27, 2010. *Psychological Reports*. 2011 [citado 19 Mar 2023];109(1):47-58. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.2466/02.13.15.17.PR0.109.4.47-58?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 36. Rubonis A, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*. 1991 [citado 13 Mar 2023];109:384-99. [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.109.3.384>
 37. Silove D, Steel Z. Understanding community psychosocial needs after disasters: implications for mental health services. *J Postgrad Med*. 2006 [citado 13 Mar 2023]; 52 (2): 121-5. Disponible en: www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2006;volume=52;issue=2;spage=121;epage=125;aulast=Silove
 38. Colectivo de autores. Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana. Serie de Monografías Clínicas No. 2 editado por el Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar; 1989.
 39. Ballard JE, Koepsell TD, Rivara F. Association of smoking and alcohol drinking with residential fire injuries. *Am J Epidemiol*. 1992;135(1): 26-34. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Association-of-smoking-and-alcohol-drinking-with-Ballard-Koepsell/878c83d448f8f98a234050c9684681ea1d508f14>
 40. Chou DE, Wu H, Chou Y, Su C, Tsai K, et al. Epidemiological psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2007 [citado 13 Mar 2023];61(4): [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1819.2007.01688.x>
 41. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 [citado 13 Mar 2023]; 62(5): 545-52. Disponible en:

- <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208567>
42. Ventura M, McIntyre T. Stress traumático em populações civis: O caso de Angola (Traumatic stress in civilian populations). In G. Pereira & J. Monteiro Ferreira (Eds.), Stress Traumático. Lisboa: Climepsi. 2003
43. Kar N. Indian research on disaster and mental health. Indian Journal of Psychiatry [Internet]. Ene 2010 [citado 13 Mar 2023];52(1):286-90. [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146201/>
44. Kohn R, Levav I. El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Tegucigalpa; 1999.
45. Quiros N, Romero C. Experiencias de UNICEF en la recuperación psicoafectiva de los niños en situaciones de emergencia. Compilación de los trabajos presentados en los Talleres sobre atención en salud mental en casos de desastres y emergencias. Guatemala; 2001.
46. Rhodes J, Chan C, Paxson C, Rouse CE, Waters M, Fussell E. The Impact of Hurricane Katrina on the Mental and Physical Health of Low-Income Parents in New Orleans. Am J Orthopsychiatry. 2010 [citado 13 Mar 2023]; 80 (2): 237-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276074/>
47. Dunlap E, Graves J, Benoit E. Stages of drug market change during disaster: Hurricane Katrina and reformulation of the New Orleans drug market. International Journal of Drug Policy. 2012 [citado 13 Mar 2023];23(6):473-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459295/>
48. Galea S. Exposure to Hurricane-Related Stressors and Mental Illness After Hurricane Katrina. Arch Gen Psychiatry. 2007 [citado 13 Mar 2023];64(12):1427–
34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174368/>
49. Organización Panamericana de la Salud. Terremoto de Pisco – Perú. A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
50. Kanehara A, Ando S, Araki T, Usami S, Kuwabara U, et al. Trends in psychological distress and alcoholism after The Great East Japan Earthquake of 2011. SSM - Population Health [Internet]. 2016 [citado 13 May 2022]; 2:807–812. [aprox. 35 pantallas]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301203>
51. Chie H, Shigeoka H, Watanabe Y. Do Risk Preferences Change? Evidence from the Great East Japan Earthquake. American Economic Journal: Applied Economics [Internet]. 2018 [citado 9 May 2022];10(2):298-330. [aprox. 60 pantallas]. Disponible en: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w21400/w21400.pdf
52. Crompton D, Young R, Shakespeare-Finch J, Raphael M. Responding to Disasters: More than economic and infrastructure interventions. Heighten Science Publications Corporation. (Internet). 2018 [citado 13 May 2021];2:014-028.(aprox. 60 pantallas). Disponible en: <https://www.heighpubs.org/hda/ida-aid1007.php>
53. Mayo Clinic. [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER); c1998-2022 [actualizado 3 Ene 2022; citado 29 May 2022]. Covid-19 y tu salud mental. [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-Covid-19/art-20482731>

54. Urzua A, Vera Villarroel P, Caqueo Urizar A, Polanco Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicol.* 2020 [citado 29 May 2022];38(1):□aprox. 12 pantallas□. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
55. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; c2021 [actualizado 12 May 2022; citado 13 May 2022]. La OMS caracteriza al COVID19 como una pandemia. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15715:who-characterizes-Covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es
56. Lee AM, Wong J, McAlonan GM, Cheung V, Cheung CC, et al. Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2007 [citado 29 Feb 2023];52(4):233-40. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370705200405?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
57. Lau JTF, Yang X, Pang E, Tsui HY, Wong E, Yun KW. SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis.* 2005 [citado 29 Feb 2023];11(3):417–24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC3298267/>
58. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol.* □Internet□. 2020 [citado 13 Mar 2023];92(4):441-7.□aprox. 15 pantallas□. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC7167192/>
59. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet* □Internet□. 2020 [citado 13 Mar 2023];395(10225):689-697.□aprox. 9 pantallas□. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930260-9>
60. Li S, Wan Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020 [citado 13 Mar 2023];17(6):□aprox. 14 pantallas□. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2032>
61. Ahmed M Z, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020 [citado 13 Mar 2023];51:□aprox. 10 pantallas□. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315963/>
62. Hernández A. Aumenta Consumo de Alcohol en Confinamiento por COVID-19, Cerveza, la Favorita. *El Universal.* 23 Abr 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/cartera/aumenta-consumo-de-alcohol-en-confinamiento-por-Covid-19-cerveza-la-favorita>
63. Conde L. Cómo Gestionar el Consumo de Alcohol Durante el Confinamiento. *La Vanguardia,* Madrid, España. 29 Abr 2020. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/comer/tendencias/20200428/48751294216/consumo-alcohol-confinamiento-adiccion.html>
64. Suleng K. Alcohol y Confinamiento: ¿Ha Cambiado Nuestra Relación con la Bebida? *El País,* Madrid, España. 7 May 2020. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/05/07/buenavida/1588829639_980726.html

65. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2020 [citado 13 Mar 2023];74(4):281-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/32034840/>
66. Beverido Sustaeta P, Salas-García B, De San Jorge-Cárdenas X, Gogeochea-Trejo M del C, Pavón-León P, et al. Patrones de consumo de marihuana, abastecimiento y estado de ánimo durante el confinamiento por COVID-19. *RIIAD*. 2020 [citado 15 Mar 2023];6(2):25-34.[aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2020.2.04>
67. Wainwright JJ, Mikre M, Whitley P, et al. Analysis of drug test results before and after the US declaration of a national emergency concerning the COVID-19 outbreak. *JAMA*. 2020 [citado 15 Mar 2023]; 324 (16): 1674-1677. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770987>
68. Niles JK, Gudín J, Radcliff J, Kaufman HW. The opioid epidemic within the COVID-19 pandemic: Drug testing in 2020. *Popul Health Manag*. 2021 [citado 15 Mar 2023];24(S1):S43-S51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC7875135/>
69. Grossman ER, Benjamin-Neelon SE, Sonnenschein S. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of US adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [citado 15 Mar 2023]; 17 (24): 9189. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33031013/>
70. Capasso A, Jones AM, Ali SH, Foreman J, Tozan Y, DiClemente RJ. Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Prev Med*. 2021 [citado 15 Mar 2023] ;145:106422. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/33422577/>
71. White HR, Stevens AK, Hayes K, Jackson KM. Changes in alcohol consumption among college students due to COVID-19: Effects of campus closure and residential change. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020 [citado 15 Mar 2023];81(6):725-730. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC7754852/>
72. Llorens N, Brime B, Molina M. Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. *Rev Esp Salud Pública* [Internet] 2021 [citado 12 May 2022];95(1):e1-e14.[aprox. 24 pantallas]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101015.pdf
73. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe. [citado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.emcdda.europa.eu/ews25>
74. Observatorio Nacional de Drogas. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol. (SENDA) [Internet]. Segunda Encuesta Online efectos del COVID-19 en el uso de alcohol y otras drogas en Chile: Resultados principales. Santiago de Chile, Junio de 2021. [citado 15 May 2022] Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/06/Segunda-Encuesta-SENDA.pdf>

75. Villanueva VJ, Motos P, Isorna M, Villanueva V, Blay P, Vázquez-Martínez A. Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de Covid-19 en el consumo de riesgo de alcohol. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 15 May

2022];95(20):[aprox. 11 pantallas]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revisita_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101015.pdf

SOBRE LOS AUTORES

- 1- Licenciada en Psicología. Especialista 1er grado en Psicología de la Salud. Hospital Militar Central “Dr. Carlos J Finlay”, La Habana. <https://orcid.org/0000-0002-7112-1411>; e-mail: hfinlay29@infomed.sld.cu
- 2- Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de 1er grado en Epidemiología y Bioestadística. Dirección de Servicios Médicos de las FAR, MINFAR, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-7017-6808>

DETERMINACIÓN DE ADICCIÓN AL TRABAJO EN EMPLEADOS Y DIRECTIVOS DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CRUCES. CIENFUEGOS, CUBA

Nolivio López Díaz^{1}, Idesnel Banguela Pérez², Gretell Vázquez Cedeño³, Julio Cesar Suárez García⁴, María del Carmen González Martínez⁵, Roberto Alba Cazorla⁶*

RESUMEN

Introducción: el ser humano puede desarrollar múltiples adicciones al consumo de sustancias como a diversos comportamientos, siendo una de ellas la necesidad continua y fuera de control de trabajar, conocida como adicción al trabajo o workaholism. La universidad cubana cada día afronta nuevos retos, lo cual le impone a sus trabajadores una mayor exigencia en el plano laboral. El presente trabajo se desarrolla en el Centro Universitario Municipal del municipio Cruces, adscrito a la Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez".

Objetivo: determinar la presencia de adicción al trabajo en trabajadores y directivos del Centro Universitario Municipal de Cruces.

Métodos: se aplicó una lista de chequeo, el cuestionario de Schaufeli el duwas-10 (Dutch Work Addiction Scale) y se confirmó el presunto diagnóstico, con una entrevista al sujeto, cuya puntuación apuntaba a ser adicto al trabajo.

Resultados: los resultados obtenidos apuntan a que en general en la categoría ocupacional de técnicos las mujeres son proclives a trabajar más, pero en los directivos los hombres se destacaban por encima de ellas, este comportamiento varió en los diferentes aspectos medidos.

Conclusiones: se concluyó que en el caso de las mujeres que ocupan responsabilidades directivas, factores como la doble presencialidad, puede actuar como factor de protección ante la adicción al trabajo, manteniendo los niveles de compromiso laboral altos cuando la relación trabajo-familia es saludable, determinándose que en el Centro Universitario Municipal de Cruces no existe adicción al trabajo, excepto el caso de un directivo de sexo masculino confirmado por los diferentes instrumentos utilizados.

Palabras clave: adicción; comportamiento; universidad; lista de chequeo; cuestionario; entrevista; diagnóstico

ABSTRACT

Introduction: the human being can develop multiple addictions to the consumption of substances like diverse behaviors, belonging one to them the continuous necessity and outside of control of working, well-known as addiction to the work or workaholism.

Objectives: the cuban university every day it confronts new challenges, that which imposes their workers a bigger demand in the labor plane. The present work is developed in the Municipal University Center of the municipality Cruces, attributed to the University of Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez".

Objective: determining the presence of addiction to the work in working and directives of the Municipal University Center of Cruces.

Methods: a checkup list, the questionnaire of Schaufeli the duwas-10 was applied (Dutch Work Addiction Scale) and you confirmed the presumed one diagnostic, with an interview to the fellow whose punctuation pointed to be addicted to the work.

Results: the obtained results point to that in general in the occupational category of technicians the women are inclined to work more, but in the directive the men stood out above them, this behavior varied in the different measured aspects.

Conclusions: it concluded that in the case of the women with directive responsibilities, factors like the double presencialidad, it can act as protection factor before the addiction to the work, maintaining the high levels of labor commitment when the relationship work-family is healthy,

being determined that in the Municipal University Center of Cruces addiction doesn't exist to the work, except the case of a directive of masculine sex confirmed by the different used instruments.

Key words: addiction; behavior; university; lists of checkup; questionnaire; interviews; diagnostic.

INTRODUCCIÓN

El concepto adicción en general, es entendido como un comportamiento dependiente de una sustancia o de una actividad que somete a las personas; su efecto es dejarlas sin posibilidad de responder ni de alejarse de esta adicción y sin fuerza de voluntad ni capacidad para luchar en su contra; las adicciones convierten a quienes caen en sus garras y la padecen, en sus esclavos, alejándolos de todo cuanto les rodea.¹

La actual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS del año 2019 contempla como trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (Código 06), a aquellos debidos a comportamientos adictivos (Código 6C) aunque no impliquen el uso de sustancias que produzcan dependencia; es decir, las llamadas adicciones psicológicas.²

La adicción al trabajo, también denominada con el término anglosajón workaholism, se caracteriza por una necesidad desmesurada e incontrolable de trabajar de forma constante. Este comportamiento puede interferir en la salud física y emocional, así como en las relaciones sociales.³

El término workaholism lo introdujo Oates en 1971 para definir su propia relación con el trabajo que él entendía de forma similar a la que tienen los alcohólicos con la bebida.⁴

El partió de su necesidad continua y fuera de control de trabajar, y concluyó que esto afectaba la salud, el bienestar y las relaciones sociales y familiares del sujeto.

La adicción al trabajo se manifiesta en diversas culturas, Kanai, Wakabayashi y Fling reportaron, en una muestra de más de 600 participantes en Japón compuesta principalmente por gerentes,

que la cifra de adictos al trabajo fue de 21%. En México, se estima que 28% de la población económicamente activa (PEA) del país entra en el grupo de adictos al trabajo lo cual una proporción significativa de los trabajadores mexicanos.⁵

Castillo y Gómez durante su estudio sobre adicción al trabajo determinaron la existencia de diferencias entre dos grupos, el de puestos ejecutivos/ administrativos (EA) y el de puestos operativos (O). Siendo los miembros del grupo EA un 67% encima de la media, mientras que sólo el 33% de los miembros del grupo O superan la media. Por lo tanto, estos porcentajes muestran que la adicción al trabajo, es más evidente en la población que pertenece al grupo de puestos de trabajo administrativo / ejecutivos.⁵

Los resultados de la investigación de Malissa A. Clark, indican que la adicción al trabajo se relaciona con rasgos de personalidad orientados a logros (es decir, perfeccionismo, personalidad tipo A), pero generalmente no está relacionada con muchas otras variables disposicionales (por ejemplo., escrupulosidad, autoestima, afecto positivo) y demográficas (por ejemplo, género, parental estado, estado civil).⁶

El compromiso es un constructo que se relaciona directamente al bienestar y a la salud profesional. Se caracteriza a profesionales que presentan niveles altos de vitalidad (vigor y energía), dedicación (persistencia y orgullo) y concentración (absorción y apego) en el trabajo.⁷

Para evaluar la adicción al trabajo se han diseñado varios cuestionarios de autoinforme adaptados para la evaluación de la adicción al trabajo, tras pasar una revisión exhaustiva, se puede afirmar que este fenómeno psicosocial puede evaluarse utilizando un total de 6 instrumentos con garantías de calidad⁸, Robinson en 1989 desarrollo "la prueba de riesgo de adicción al trabajo - WART" que mide patrones del trabajo adictivo en una escala tipo de Likert de 4 puntos, manifestados en declaraciones basados en los hábitos del trabajo, de 25 ítems⁹, posteriormente se crearon el

Workaholism Battery (workbat) de Spence y Robins (1992), el de Schedule for Nonadaptive Personality Workaholism Scale (snap-Work) de Clark (1993), el Workaholic Adjective Checklist (wac) de Haymon (1993), el Dutch Work Addiction Scale (duwas) de Schaufeli y la versión reducida duwas-10 de Schaufeli (2009) y del Líbano (2010) en su versión española.⁸

En la población trabajadora cubana existe un antecedente, empleando la versión de 17 ítems del UWES¹⁰, en un estudio exploratorio para adaptación lingüística y cultural de la escala, con una muestra heterogénea de 400 trabajadores cubanos de diversas ocupaciones (docentes, investigadores, profesiones de servicios y de la producción).¹¹

La universidad es una institución donde se espera un elevado desempeño laboral de sus trabajadores tanto los docentes como del resto. El Centro Universitario de Cruces (CUM) perteneciente a la Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez” enfrenta disímiles tareas generadas por su encargo social, además de otras encomiendas, generadas por el papel asignado por el presidente cubano, como vanguardia de la difusión de la ciencia e innovación en los municipios. Esto genera una presión de trabajo importante sobre los trabajadores pertenecientes a las diferentes categorías ocupacionales, lo cual pudiera derivar en algunos casos en una adicción al trabajo, la cual se clasifica como una adicción conductual.

Por ello se traza como objetivo de la presente investigación: Determinar la presencia de adicción al trabajo en trabajadores y directivos del Centro Universitario Municipal del municipio Cruces.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio en el centro universitario de Cruces con un diseño transversal con una muestra que abarco a la totalidad de la población de 18 sujetos (56.56% femeninos), de diversa escolaridad (1 nivel medio, 1 técnico medio y 16 universitarios), categorías

ocupacionales (1 servicio, 4 dirigentes y 13 técnicos). La edad media fue de 52 años, en un rango entre 34 y 69; una antigüedad en la labor que desempeñan entre 8 y 50 años, con un valor medio de 26 años.

Los instrumentos utilizados para evaluar y diagnosticar de forma válida y fiable, si un trabajador está padeciendo o no el trastorno de adicción al trabajo, fueron una lista de comprobación de Pallarés⁸, que sirve para realizar la primera evaluación rápida de la adicción al trabajo. Esta lista está formada por 10 preguntas y está basada en una escala de respuesta tipo Likert que se contesta de 0 «Nunca» a 6 «Siempre». Está compuesta por preguntas que evalúan aspectos relacionados con el trabajo excesivo y compulsivo, centrales en la adicción al trabajo, así como algunos antecedentes de la misma como la autoeficacia que han recibido evidencia empírica.

También se aplicó el cuestionario de Schaufeli, el duwas-10 (Dutch Work Addiction Scale), ya que, tras haber sido sometido a varios estudios se ha mostrado que presenta buenos índices de fiabilidad y validez, lo que indica su adecuación para el estudio de la adicción al trabajo. El duwas-10 o duwas reducido mantiene las dimensiones básicas consideradas en el cuestionario original, reduciendo el número de ítems a 5 por dimensión (10 ítems en total), ya que eliminaron aquellos ítems que no aportaban información de utilidad. También posibilita que cada trabajador puede explicar brevemente como trabaja y la forma en la que le influye en la vida cotidiana. Con ello, se consigue mejorar la representatividad de los resultados obtenidos en las preguntas.

Por último, otra herramienta clave complementaria, es la entrevista, aplicadas a los sujetos identificados como posible adicto al trabajo a través del cuestionario, es necesario confirmar la presencia de la adicción. Pudiendo ser necesario entrevistar a compañeros de trabajo o familiares del sujeto que se considera que sufre adicción, si quedara alguna duda pendiente.

RESULTADOS

Se aplicó una lista de chequeo de Pallarés⁸, donde los resultados podían variar desde 0 hasta 6 según la frecuencia siendo el 6 la máxima frecuencia posible y los resultados se muestran en la siguiente table

Tabla 1: Resultados de aplicación de la lista de chequeo

Aspecto	Técnicos			Directivos			Servicios	General
	Muj.	Homb.	Categ.	Muj.	Homb.	Categ.	Muj.	
1- Es competitivo y por lo general está decidido a ganar	2,38	2,80	2,54	3,00	3,33	3,25	0,00	2,56
2- Es excesivamente crítico consigo mismo si comete un error	2,50	1,40	2,08	2,00	3,33	3,00	0,00	2,17
3- Siente que tiene una gran energía	2,50	3,40	2,85	4,00	4,33	4,25	1,00	3,06
4- Se lleva trabajo a casa y trabaja por la noche o durante los fines de semana	3,25	0,80	2,31	3,00	4,33	4,00	0,00	2,56
5- Cada vez le resulta más difícil tomarse unas vacaciones prolongadas	1,50	1,40	1,46	1,00	2,00	1,75	1,00	1,50
6- Se siento agobiado por la prisa o con sensación de urgencia	2,38	1,40	2,00	5,00	3,33	3,75	1,00	2,33
7- Crea situaciones de presión con plazos autoimpuestos	0,63	0,40	0,54	1,00	3,33	2,75	1,00	1,06
8- Olvida o le da poca importancia a las reuniones o celebraciones familiares	0,63	0,60	0,62	1,00	1,33	1,25	0,00	0,72
9- Se siente capaz de hacer bien su trabajo	4,50	5,00	4,69	5,00	5,33	5,25	4,00	4,78
10- Lee material relacionado con el trabajo cuando come solo	0,25	0,80	0,46	1,00	1,67	1,50	0,00	0,67
Promedio por categoría	2,05	1,80	1,95	2,60	3,23	3,08	0,80	2,14

Debe resaltarse que de forma individual solamente un sujeto (hombre y directivo) obtuvo una calificación promedio de 5, estando el resto por debajo de 3.

Como segundo paso se aplicó el cuestionario duwas reducido¹², los promedios obtenidos por categoría se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Resultados de aplicación del cuestionario duwas reducido.

Aspecto	Técnicos			Directivos			Servicios	General
	Muj.	Homb.	Categ.	Muj.	Homb.	Categ.	Muj.	
1- Parece que estoy en una carrera contrarreloj	1,38	1,20	1,31	3,00	2,33	2,50	0,00	1,50
2- Me encuentro continuamente trabajando después de que mis compañeros ya lo han dejado	1,25	0,80	1,08	2,00	1,33	1,50	0,00	1,11
3- Para mí es importante trabajar duro incluso cuando no disfruto de lo que estoy haciendo	1,00	0,80	0,92	4,00	2,00	2,00	1,00	1,17
4- Generalmente estoy ocupado, llevo muchos asuntos entre manos	2,13	2,00	2,00	3,00	2,33	2,75	0,00	2,06
5- Siento que hay algo dentro de mí que me impulsa a trabajar duro	0,88	1,00	0,85	1,00	2,00	2,00	1,00	1,11
6- Dedico más tiempo a trabajar que a estar con mis amigos, practicar hobbies o hacer actividades de placer	1,13	1,20	1,15	5,00	2,00	2,00	1,00	1,33
7- Me siento obligado a trabajar duro, incluso cuando no lo disfruto	1,13	1,00	1,08	1,00	2,33	2,25	1,00	1,33
8- Me encuentro a mí mismo haciendo dos o tres cosas al mismo tiempo, como comer y tomar notas mientras estoy hablando por teléfono	1,88	1,60	1,77	1,00	2,67	2,75	0,00	1,89
9- Me siento culpable cuando tengo un día libre en el trabajo	0,00	0,00	0,00	5,00	0,67	0,50	4,00	0,33
10- Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando	0,38	0,00	0,23	1,00	1,00	1,00	0,00	0,39
Promedio por categoría	1,09	0,96	1,04	2,10	1,87	1,93	0,08	1,22

En este cuestionario si se obtiene una media entre 3.25 y 4 se le puede considerar adicto al trabajo.¹²

De forma individual el sujeto (hombre y directivo), que se destacó por la puntuación obtenida con la aplicación de la lista, arrojó un promedio de 3.50 por lo presumiblemente es adicto al trabajo, el resto no superó un promedio de 2.7 por lo cual en sus casos se descarta la adicción al trabajo.

Para verificar el diagnóstico se utilizó la entrevista diseñada por Pallarés⁸, mostrándose los resultados obtenidos a continuación.

Aspectos laborales

- Explícame un día normal en tu lugar de trabajo.

Me levanto a las 5:00 a.m. para salir temprano pues trabajo fuera de mi provincia, comienzo a trabajar a las 8:00 a.m. hasta las 12:00 m. a esa hora regreso a mi casa, almuerzo y tomo una siesta. A las 3:00 p.m. me levanto y vuelvo al trabajo. A las 6:00 p.m. receso para preparar la cena y aproximadamente a las 9:00 p.m. retomo el trabajo hasta las 12:00 o la 1:30 a.m. aproximadamente. Algunos días no tengo que ir al trabajo y hago mis tareas desde la casa.

- ¿Haces descansos de cuando en cuando, por ejemplo, para almorzar?

Por supuesto, pero en ocasiones los obvio sobre todo si estoy presionado por entregar alguna información.

- ¿Cómo se siente durante las pausas?

Bien, pero impaciente por continuar con el trabajo.

- ¿Terminas la jornada laboral cuando te corresponde o trabajas más horas de las que pone en tu contrato?

Mi contrato especifica 8 horas diarias, pero en realidad trabajo como promedio 11 horas diarias

- ¿Qué crees que te lleva a trabajar tanto?

Mi nivel de responsabilidad, además que disfruto hacerlo.

- ¿Lo sientes como una necesidad, una obligación o un placer?

Necesito esos ingresos para vivir, es una obligación por el contrato, pero realmente mi principal motivación es que disfruto hacerlo.

- ¿Cumples los objetivos que te marcas o que te marcan en tu trabajo?

Sí, siempre.

- ¿Qué relación tienes con tus compañeros de trabajo?

Buena, pero a veces me exasperan pues considero que no son responsables, lo dejan todo para el último momento y eso me estresa.

- ¿Si tuvieras libertad absoluta, como distribuirías el tiempo de trabajo?

Bueno la tengo pues solo debo estar en las reuniones de mi trabajo e impartir mis clases, el resto del tiempo lo organizo a mi manera.

- ¿Te sientes autoeficaz en tu trabajo? ¿Y en otras esferas de tu vida?

Sí, cumplo en tiempo con las tareas que se asignan y en otras esferas también.

- ¿En general cómo te sientes en tu trabajo? (Ej.: estresado, satisfecho...)

Estresado por el cúmulo de informaciones que me solicitan y en el caso en que dependen de mis subordinados debo esperar por ellos hasta el final.

- ¿Por qué motivo trabajas en esa empresa?

Me gusta, me siento útil y desde niño soñé con esto.

Aspectos sociolaborales

- Explícame cómo se desarrolla un día normal fuera de tu lugar de trabajo.

Me levanto tarde, hago los quehaceres de la casa y me pongo a revisar asuntos de trabajo en mi computadora, pues soy muy perfeccionista.

A veces leo y por las noches veo alguna película acompañado de mi pareja.

- ¿Trabajas cuando llegas a casa? (motivos)

Si me gusta la tranquilidad de mi casa y mi horario intelectualmente más productivo es en la noche.

- ¿Cuándo tuviste tus últimas vacaciones?

Agosto

- ¿Hiciste algo relacionado con tu trabajo durante las mismas?

Si en ese tiempo aproveche para escribir y poder cumplir con las publicaciones en revistas científicas, que me tocan por mi categoría docente y además contribuir a que se cumpla este plan, pues coordino esa tarea.

- ¿Cuántas veces sueles quedar con tus amigos en una semana en la que no ocurra nada anormal?

Nunca, casi no hago vida social.

- ¿Se han reducido este tipo de reuniones por temas laborales? ¿Desde cuándo?

Si, desde la pandemia de covid 19 cambio mi dinámica de vida, me adapte a estar en casa, pues antes hacía mucha vida social.

- ¿Piensas en temas relacionados con el trabajo mientras estás con tu familia o amigos? Tiempo aproximado que dedica a estos pensamientos.

Si, aproximadamente la mitad del tiempo.

- ¿Qué hobbies tienes? ¿Tienes tiempo suficiente para practicarlos o tu trabajo te lo impide?

Leer, ver documentales acerca de la naturaleza, bailar. Casi no tengo tiempo, siempre tengo algo que hacer.

Aspectos familiares

- ¿Vives solo?

Si

- ¿Tienes pareja?

Si

- ¿Cómo es la relación que tienes con tu pareja?

Me apoya en los quehaceres domésticos para que pueda adelantar mi trabajo, también es profesional y le ayudo con su trabajo en ocasiones.

- ¿Crees que le dedicas menos tiempo a tu familia, por temas de trabajo?

Si, por motivos de trabajo me excluyo de algunas actividades familiares, a pesar de ser vecinos.

DISCUSIÓN

Se determinó a través de la aplicación de una lista de chequeo, en términos generales que, en la categoría ocupacional de técnico, las mujeres se muestran más identificadas por su trabajo, mientras que en el caso de los directivos son los hombres los que se destacan, en el caso de servicios este no es representativo para los análisis realizados al estar constituido exclusivamente por mujeres.

Como dato significativo las mujeres se mostraron menos competitivas que los hombres, con menos energías, más agobiadas o con sensación de urgencia, lo cual se ve acentuado por la responsabilidad en la ejecución de las tareas domésticas al llegar a casa (en muchos casos).

En otros aspectos la distribución fue diferente, en la categoría técnicos las mujeres fueron más críticas consigo mismas al cometer un error, mientras que en el caso de los directivos fueron los hombres. En la categoría técnicos las mujeres llevaron más trabajo a casa, mientras que en el caso de los directivos fueron los hombres. En el caso de tomar vacaciones, en la categoría técnicos las mujeres manifestaron que se les hacía más difícil que a los hombres, mientras que en los directivos fueron los hombres los que tomaron esta posición. Eso también se comportó así para la creación de situaciones de presión con plazos autoimpuestos y respecto a olvidar reuniones o celebraciones familiares.

En el caso de ser capaces de hacer bien su trabajo, la autopercepción por parte de las mujeres fue inferior a los hombres en las categorías técnicos y directivos, denotando mayor inseguridad en las féminas.

En el caso de leer material relacionado con el trabajo cuando come solo, en ambas categorías analizadas fue bajo el promedio y el de las mujeres inferior al de los hombres, debido a la responsabilidad de estas en sus núcleos familiares, se los impide en la mayoría de los casos.

En el caso del duwas reducido, se puede decir que:

Las mujeres en ambas categorías ocupacionales analizadas, se sintieron más presionadas por el trabajo que los hombres, mostraron más inclinación al trabajo debido a su importancia a pesar de estar disfrutando lo que hacían, manifestaron asimismo poseer la percepción de estar más ocupadas y les resulta más difícil relajarse cuando no están trabajando y las mujeres (directivos) tuvieron mayor sentimiento de culpa por poseer un día libre en el trabajo, en el caso de los técnicos la culpabilidad fue nula.

Para el caso del impulso interior a trabajar en ambas categorías, los hombres obtuvieron promedios superiores al de las mujeres.

En la categoría técnicos, las mujeres obtuvieron un promedio superior, al trabajar más tiempo después que sus compañeros ya lo habían dejado, mientras que en el caso de los directivos fueron los hombres, también esto se comportó así para el caso de trabajar duro, incluso cuando no lo disfruta y hacer varias cosas al mismo tiempo.

Por último, para el caso de dedicar más tiempo a estar con sus amigos, practicar hobbies o hacer actividades de placer, en el caso de los técnicos los hombres obtuvieron mayores promedios, mientras que en el caso de los directivos las mujeres dedicaron más tiempo.

Se aplicó una entrevista semiestructurada a un sujeto (directivo y hombre) sospechoso de ser

adicto al trabajo, lo cual se confirmó a través de los resultados de la misma.

CONCLUSIONES

En el Centro Universitario de Cruces se puede observar para el caso de los directivos, que los hombres presentan niveles más elevados de adicción hacia al trabajo que las mujeres, pero en la categoría ocupacional técnicos son las mujeres las que muestran ser más adictas al trabajo.

Respecto a las mujeres en el caso de las que ocupan responsabilidades directivas, factores como la doble presencialidad (distribución de tiempo en tareas enfocadas al hogar), pueden actuar como factor de protección ante la adicción al trabajo, sin que el compromiso se vea afectado, pues los niveles de compromiso laboral son altos cuando la relación trabajo-familia es saludable.

En el Centro Universitario Municipal de Cruces no existe adicción al trabajo, excepto un caso de un directivo de sexo masculino, cuyo diagnóstico se confirmó mediante los diferentes instrumentos aplicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Millán de Lange A, D'Aubeterre-López ME, Mebarak Chams M, Trabucco Ferro JC, Álvarez Iriarte C, Rincón Macea CA, Martínez-Banfi ML, Molinares Brito CM. Propiedades Psicométricas de la Escala Holandesa Breve de Adicción al Trabajo en Venezuela. Información Psicológica [Internet]. 22 de julio de 2022 [consultado 2023 Mayo16]; (123): p. 77-91. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1920>
2. Salas E, Copez A. ¡Necesito seguir trabajando! Una revisión conceptual sobre la adicción al trabajo. Cultura [Internet] 2018 [consultado 2023 Marzo 26]; 32: p.331-352. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/cultura.2018.v32.15>
3. Benavente MDC. Adicción al trabajo y personalidad [Tesis de maestría]. Alicante:

- Universidad Miguel Hernández; 2018. [Internet] 2018 [consultado 2023 Marzo 26]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5816/1/BENAVENTE>
4. Aguilera AM. WORKAHOLISM: La adicción al trabajo. Universidad de Humanidades, Psicología, Sociología. Febrero 2017 [consultado 2023 marzo 26]. Disponible en: <https://www.masscience.com/2017/02/26/workaholism-la-adiccion-al-trabajo>
 5. Apaza B, Pérez M. Construcción de la Escala de Adicción al Trabajo en adultos. Revista Científica de Ciencias de la Salud [Internet] 2020 [consultado 2023 Abril 6]; 13 (1): p.67-73. Disponible en: <https://doi.org/10.17162/rccs.v13i1.1348>
 6. Balducci C, Avanzi L, Fraccaroli F. The individual costs of workaholism: An analysis based on multisource and prospective data. Journal of Management [Internet] 2016 [consultado 2023 Enero 16]; 5: p.1-26. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0149206314522301>
 7. Schaufeli WB. O que é engajamento? Em: Vazquez A.C.S. y C. S. Hutz C.S. (Orgs.), *Aplicações da psicologia positiva, trabalho e organizações*. São Paulo: Hogrefe; 2018. p. 33-62.
 8. Pallarés C, Crouseilles CI, Ibáñez M, Lacueva AB. Adicción al trabajo. Estudio de un caso. ÀGORA DE SALUT [Internet] 2015 [consultado 2023 febrero 16]; 1 (47): p. 573-583. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015>
 9. Bernilla J, Cano YC. Compromiso organizacional y adicción al trabajo en colaboradores del área administrativa en empresas privadas de Lima Metropolitana [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2022.
 10. Schaufeli WB, Bakker A. UWES-Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual; 2002.
 11. Oramas A, del Castillo NP, Vergara A. Dos modos de vinculación con el trabajo: compromiso (work engagement) y adicción. Relación con bienestar físico y psicológico. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet] 2017 [consultado 2023 febrero 16]; 18(3): p. 23-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi%3FIDARTICULO%3D77898>
 12. Del Líbano M, Llorens S, Salanova M, Schaufell W. Validity of a brief workaholism scale. *Psicotema*, [Internet] 2010 [consultado 2023 febrero 16]; 22: p. 143-150. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9014/8878>

SOBRE LOS AUTORES

¹ Centro Universitario Municipal de Cruces. Universidad de Cienfuegos, Cuba.
<https://orcid.org/0000-0003-0722-9463>. Email: nolivio@ucf.edu.cu

² Escuela Secundaria Básica Urbana Javier Calvo Formoso, Villa Clara, Cuba.
<https://orcid.org/0000-0002-4758-1848>

³ Centro Universitario Municipal de Cruces. Universidad de Cienfuegos, Cuba.
<https://orcid.org/0000-0001-7999-1318>

⁴ Universitario Municipal de Ranchuelo. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Santa Clara, Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-3476-8686>

⁵ Dirección Municipal. Instituto Nacional de Deportes Educación Física y Recreación, Cruces, Cienfuegos. <https://orcid.org/0009-0007-8121-2476>

⁶ Centro Universitario Municipal de Cruces. Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos.
<https://orcid.org/0009-0006-5176-3843>.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DEL INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE HUAMBO, ANGOLA

Pedro Garcia de Nascimento^{1}, Osana Molerio Pérez², Evelyn Fernández Castillo³, Diego D. Díaz Guerra⁴*

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol genera múltiples daños de salud, sociales y económicos. Dado su impacto, es una prioridad política, social y de salud, por lo que resulta de gran importancia el desarrollo de planes y programas de acciones para su enfrentamiento.

Objetivo: Proponer una intervención psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes del Instituto Superior de Ciencias de la Educación de Huambo, Angola.

Métodos: Se asumió un diseño de investigación mixto estructurado en dos etapas. La primera de ellas, se orientó a la evaluación del consumo de alcohol, los factores protectores y de riesgo, la percepción de riesgo y las necesidades psicoeducativas respecto al consumo de esta sustancia en estudiantes de dicha institución. Se asumió un diseño no experimental transversal en una muestra de 215 alumnos. Los resultados obtenidos fueron considerados en la segunda etapa y se tuvieron en cuenta, además, los criterios y recomendaciones de docentes y de directivos del ISCED y de otras universidades, así como la sistematización de experiencias interventivas del ámbito angolano e internacional. Se utilizó un diseño anidado concurrente, con un enfoque cuantitativo predominante.

Resultados: Se diseñó la intervención psicoeducativa que asume en su concepción metodológica diez talleres psicoeducativos. La propuesta diseñada fue evaluada por especialistas quienes emitieron valoraciones favorables sobre su pertinencia y suficiencia.

Conclusiones: Se destacaron como fortalezas de la propuesta el protagonismo de los estudiantes,

la inclusión de otros agentes de socialización, la potenciación de habilidades para la vida y la articulación con la formación profesional.

Palabras Clave: alcoholismo, prevención, intervención psicoeducativa, Angola.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption generates multiple health, social and economic damages. Given its impact, it is a political, social and health priority, so it is of great importance to develop action plans and programs to address it.

Objective: To propose a psychoeducational intervention for the prevention of alcohol consumption in students of the Higher Institute of Educational Sciences of Huambo, Angola.

Methods: A mixed research design structured in two stages was assumed. The first stage was oriented to the evaluation of alcohol consumption, protective and risk factors, risk perception and psychoeducational needs regarding the consumption of this substance in students of this institution. A non-experimental cross-sectional design was assumed in a sample of 215 students. The results obtained were considered in the second stage and also took into account the criteria and recommendations of teachers and directors of ISCED and other universities, as well as the systematization of intervention experiences in the Angolan and international context. A concurrent nested design was used, with a predominant quantitative approach.

Results: A psychoeducational intervention was designed, which assumes in its methodological conception ten psychoeducational workshops. The designed proposal was evaluated by

specialists who issued favorable assessments on its relevance and sufficiency.

Conclusions: The strengths of the proposal were highlighted as the protagonism of the students, the inclusion of other socialization agents, the empowerment of life skills and the articulation with professional training.

Key words: alcoholism, prevention, psycho-educational intervention, Angola.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones constituye un tema de interés en los proyectos y agendas de desarrollo local, nacional e internacional.¹ El alcoholismo resulta la más trascendente y difundida de las drogodependencias y representa uno de los principales factores de riesgo para la salud.² Más allá de las consecuencias sanitarias, psicológicas, sociales y económicas tanto personales como para la sociedad en su conjunto, debe tenerse en cuenta el impacto psicosocial, familiar y el coste económico del tratamiento que implica ese consumo. Especialmente alarmante resulta el comportamiento del consumo de alcohol en los jóvenes. Este inicio tan temprano en el consumo repercute de manera importante en su vida y tiene varias consecuencias en la vida adulta.^{3,4}

El Ministerio de la Salud (MINSA) así como del Ministerio el Interior (MININT) de Angola identifican el consumo de alcohol como la principal causa de los accidentes del tránsito; que constituyen también la principal causa de muerte de jóvenes estudiantes universitarios. En el caso de Huambo, se reporta que de 2013 a 2022 se produjeron 548 accidentes causados por consumo de bebidas alcohólicas, de los cuales más del 80% de los responsables fueron adolescentes y jóvenes en estado de embriaguez.⁵ Ello evidencia la magnitud y severidad de esta problemática en la República de Angola y la necesidad de desplegar acciones preventivas desde una perspectiva holística, multidisciplinaria y multisectorial.

Los retos de la prevención y tratamiento del consumo de alcohol conllevan a generar un diálogo de saberes que implique una búsqueda por la integralidad de la prevención, el tratamiento y la intervención psicosocial.^{6,7} Tradicionalmente, la atención de esta problemática se ha enfocado en la etapa avanzada del proceso adictivo, aportando respuestas asistenciales.⁸⁻¹¹ Sin embargo, la mejor manera de hacerle frente es a través de la educación temprana de los jóvenes desde la perspectiva de la salud.¹² No podrá existir una sociedad saludable, si no se dan respuestas preventivas adecuadas a la cuestión de las drogas en toda su complejidad.¹³ En este contexto asume un papel fundamental la promoción de salud y la prevención como recursos que se complementan con el objetivo de identificar y controlar factores de riesgo y de fomentar el desarrollo de factores de protección.^{14,15}

De lo anterior se evidencia la necesidad de implementar acciones psicoeducativas que tomen en consideración las particularidades del contexto angolano y en particular del Instituto Superior de Ciencias de la Educación (ISCED) de Huambo. El objetivo de esta investigación fue proponer una intervención psicoeducativa dirigida a la prevención del consumo de alcohol en los estudiantes del ISCED de Huambo, Angola.

MÉTODOS

Etapa 1

Diseño metodológico

Esta etapa estuvo centrada en la evaluación de necesidad de la propuesta interventiva, para lo cual se realizó la evaluación del consumo de alcohol, identificación de los factores protectores y de riesgo, caracterización de la percepción de riesgo y de las necesidades psicoeducativas respecto al consumo de alcohol en estos jóvenes. Para ello se llevó a cabo un estudio exploratorio-descriptivo y se asumió un diseño no experimental de tipo transversal.¹⁶

Universo y muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico donde se asumieron como criterios de inclusión que fueran estudiantes de entre 18 y 30 años que estudiaran los dos primeros años académicos del ISCED y dieran su consentimiento para participar en el estudio. Como criterio de salida se estableció no completar las técnicas aplicadas o solicitar retirarse del estudio.

La muestra quedó conformada por 215 estudiantes. El rango de edad fue de 18-30 años con una edad promedio $M=24.3$ y desviación $SD=6.3$. En cuanto al sexo, 96 (44.7%) pertenecieron al sexo femenino y 119 (55.3%) al sexo masculino.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Encuesta sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios: su objetivo es evaluar el patrón de consumo de alcohol en los sujetos investigados, lo cual incluye: frecuencia, intensidad, tipo de bebida, contextos y personas con que consume, así como las consecuencias relacionadas con el consumo y su disposición al cambio en el caso de los consumidores. Para su diseño se retomaron elementos de la Encuesta sobre actitudes en la juventud y el Cuestionario AUDIT, dirigido a la identificación de trastornos asociados con el alcohol.^{17, 18}

*Cuestionario sobre creencias, expectativas y actitud ante el consumo de alcohol:*¹⁹ su objetivo es evaluar las creencias, expectativas y actitudes que poseen los estudiantes universitarios sobre el consumo de alcohol. Cuenta con tres escalas: creencias sobre el consumo de alcohol, expectativas y actitudes relacionadas al consumo de alcohol.

*Cuestionario sobre factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios:*²⁰ permite evaluar los factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios. Cuenta con 38 ítems que se responden a partir de una escala Likert del 1 al 5. Mostró un moderado nivel de confiabilidad ($\alpha=.57$).

*Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol:*²¹ Su objetivo es evaluar la percepción de riesgo que sobre el consumo de alcohol poseen los estudiantes universitarios, permitiendo una comprensión de la configuración dinámica de sus componentes fundamentales. El cuestionario mostró adecuados niveles $\alpha=.742$ para el contexto angolano.

Encuesta de necesidades psicoeducativas sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios:^{15,22} esta encuesta tiene como objetivo evaluar las necesidades psicoeducativas que tienen los jóvenes universitarios respecto al consumo de alcohol. También se propone explorar sugerencias y recomendaciones para las actividades de prevención en este ámbito.

Procedimientos

Los participantes recibieron las instrucciones por parte del investigador. Se les informó sobre el objetivo del estudio y la confidencialidad de la información obtenida. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio.²³

Estrategias de análisis de datos

Los datos fueron procesados en el SPSS para Windows (versión 20). Se utilizó la estadística descriptiva empleando el análisis de frecuencia y las medidas de tendencia central. Se empleó el análisis de correlaciones y pruebas de comparación de grupos.

Etapa 2

Diseño metodológico

La segunda etapa investigativa se centró en el diseño de la Intervención Psicoeducativa y tuvo tres momentos fundamentales con propósitos específicos. En esta etapa se utilizó un diseño mixto de tipo anidado concurrente²⁴, siendo el enfoque dominante el cuantitativo.

Universo y muestra

La muestra estuvo conformada por 63 directivos y docentes del ISCED y 17 especialistas. La propuesta interventiva se sometió a un proceso de evaluación por especialistas en el tema

procedentes tanto del contexto cubano como del angolano siguiendo los siguientes criterios de inclusión: tener formación profesional en psicología, ciencias de la salud, ciencias pedagógicas y/o de educación; tener experiencia profesional en el abordaje de la temática del consumo de alcohol, en el trabajo en grupo y en la promoción o prevención; así como ofrecer el consentimiento informado para participar en la investigación.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Análisis de documentos: Este procedimiento se empleó con el objetivo de analizar los documentos normativos y programáticos sobre el consumo de alcohol y su prevención en el contexto de la República de Angola, del Ministerio de Educación, Salud y del Interior y del propio ISCED. También sirvió como fuente complementaria o de comprobación de datos obtenidos por otros métodos y/o instrumentos.^{15, 25}

Estudio bibliométrico: Con el objetivo de describir el comportamiento de la producción científica se ejecutó un abordaje sistemático de artículos publicados sobre la prevención del consumo de alcohol, publicados entre los años 2015 y 2021, incluidos en las bases de datos SCOPUS y la Web de la Ciencia (WoS).

Entrevista semi-estructurada a directivos y docentes del ISCED de Huambo: Se aplicó a directivos de 5 instituciones de Educación Superior de Angola, incluyendo el Director General del ISCED de Huambo y a docentes de dicha institución. Tuvo como propósito conocer su visión sobre la incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes del centro, el lugar que ocupa la prevención del consumo de esta sustancia en el proyecto educativo institucional, la preparación de los docentes, el papel de la familia y las experiencias previas que se han implementado.

Matriz DAFO: Constituye una herramienta de análisis para obtener información que permita tomar decisiones acertadas al trazar la trayectoria

futura de un proyecto en una organización. Su resultado es un diagnóstico bastante preciso de las fortalezas y debilidades y de las oportunidades y amenazas. A los efectos de la investigación su objetivo radica en tomar en consideración estos elementos al diseñar la propuesta interventiva, de forma tal que la institución educativa pueda aprovechar las fortalezas y oportunidades identificadas previamente, enfrentar las amenazas y superar las debilidades.

Cuestionario para la evaluación de la intervención psicoeducativa: Se utilizó para evaluar la propuesta de la Intervención psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes del ISCED de Huambo, diseñada en la investigación. Se utilizó una escala de 1 a 5, donde 1 es muy bajo, 3 es medio y 5 es muy alto. El cuestionario permitió recoger valoraciones cualitativas y recomendaciones para el mejoramiento de la intervención.

Procedimientos

El primer momento estuvo orientado a la concepción general de la planificación estratégica de los talleres psicoeducativos para lo cual resultó necesario partir del diagnóstico de las variables exploradas en la primera etapa respecto al consumo de alcohol, los factores protectores y de riesgo, la percepción de riesgo y las necesidades psicoeducativas identificadas por los propios estudiantes. Se realizó una exploración del contexto del ISCED y se exploraron los criterios y experiencias previas sobre la labor preventiva de los docentes y directivos de la institución. En un segundo momento, se trabajó en la elaboración del diseño metodológico de las sesiones y de los recursos psicoeducativos a emplear. Una vez concluido el diseño de la propuesta de intervención psicoeducativa, fue necesario proceder a la evaluación de su pertinencia y suficiencia a partir del juicio de especialistas, cuyas recomendaciones fueron analizadas y se tomaron en consideración para el perfeccionamiento de la propuesta. Se prestó especial atención al

cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica.²⁶

Estrategias de análisis de datos

Los datos fueron importados al SPSS v.20.0. El procesamiento de los resultados de las valoraciones de los especialistas respecto a la pertinencia y suficiencia de la propuesta interventiva diseñada, se realizó utilizando la estadística descriptiva, esencialmente el análisis de frecuencia.

RESULTADOS

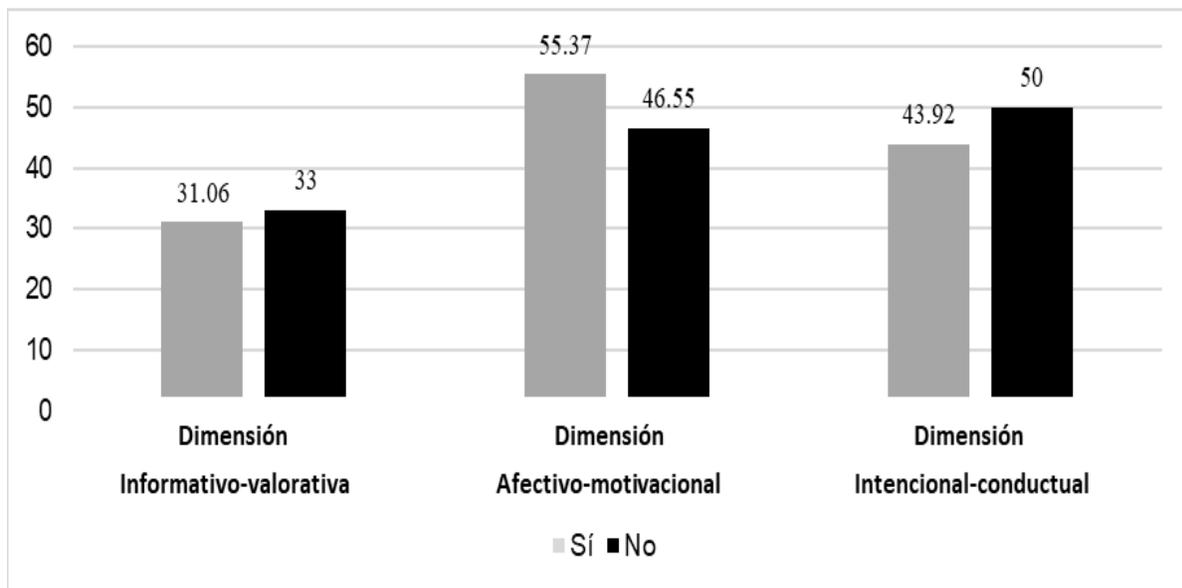
Etapa 1. Diagnóstico de las necesidades psicoeducativas

La evaluación del consumo de alcohol en los estudiantes del ISCED de Huambo, evidenció un predominio de estudiantes no consumidores (54.0%), seguidos de aquellos que lo hacen de forma social y excepcional (12.6%), aunque existe un grupo menor que se ubica en el rango de dependientes alcohólicos sin complicaciones (2.5%). Las personas con las que con mayor

frecuencia consumen son la familia (59.0%), la pareja (51.0%) y amigos (24.0%), con preferencia por el consumo de cerveza (56.0%) en el hogar (63.0%) y en fiestas (39.0%). Se identificaron como factores de protección en los estudiantes investigados el optimismo y la resiliencia, y entre los principales factores de riesgo las dificultades en la autoestima, la toma de decisiones y las habilidades sociales.

En relación con la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol, los resultados obtenidos evidenciaron valores medios más bajos en la dimensión informativa-valorativa seguida de la intencional-conductual, especialmente en aquellos estudiantes consumidores de alcohol (ver Figura 1). Se encontró en la muestra estudiada, una relación inversa entre la dimensión afectivo-motivacional de la percepción de riesgo y la frecuencia de consumo de alcohol ($r = -.25, p = .01$) y una relación directa entre el componente intencional-conductual y dicha frecuencia ($r = -.33, p = .01$).

Figura 1. Diferencias entre los componentes de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes consumidores y no consumidores



El diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de los estudiantes del ISCED destacó la inexistencia de información (37.2%) acerca de los riesgos sobre el consumo de alcohol, solo el 2.8% se considera

suficientemente informado. En cuanto a las vías por las que se han adquirido informaciones y conocimientos sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol se identificaron la escuela, la familia y los programas televisivos.

El análisis realizado sobre las necesidades psicoeducativas permitió identificar las principales carencias que en materia de prevención del consumo de alcohol tienen los estudiantes del ISCED de Huambo. Se destaca la insuficiente información que sobre el tema presentan. Resulta importante para ellos el conocimiento de las particularidades que tiene el consumo de alcohol en el contexto universitario y los factores con los que se relacionan.

Etapas 2. Propuesta de la intervención psicoeducativa

Con el objetivo de analizar el contexto del ISCED para el diseño de la intervención psicoeducativa se realizó la revisión de documentos oficiales, donde las políticas y normativas legales vigentes en Angola evidencian que el abordaje intencionado de esta problemática es relativamente reciente, pero aún poco integrado y articulado. El estudio bibliométrico se realizó con el apoyo del Centro de Documentación e Información Científica Técnica de la Universidad Central de Las Villas, mediante un riguroso proceso de búsqueda que permitiera sintetizar la evidencia disponible al

respecto. La búsqueda en la WoS se centró en el país (Angola), luego se limitó al área de la Psicología y, por último, al consumo de drogas y de alcohol. Similar procedimiento se siguió en la base de datos SCOPUS, la cual no divide en disciplinas. Los resultados del estudio bibliométrico reflejan la limitada producción científica existente en el contexto de la República de Angola en torno a la temática abordada y ratifica la necesidad de desarrollar esta línea de investigación.

Los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a los 63 docentes del ISCED de Huambo, evidenciaron que solo el 14.28% de los profesores investigados han desarrollado alguna acción preventiva en su aula en los últimos años. Se consideró necesario determinar la capacidad de desarrollo, las oportunidades y potencialidades, así como los recursos disponibles con que cuenta la institución para enfrentar la problemática en cuestión. Al respecto, resultó de utilidad el empleo de la Matriz DAFO para identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (ver Figura 2)

Figura 2. Resultados de la aplicación de la Técnica Matriz DAFO

<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de adicciones no se refleja como prioridad en el proyecto educativo del ISCED. • Realización de acciones preventivas aisladas y carentes de fundamento científico. • Ausencia de instrumentos para el diagnóstico de esta problemática adaptadas para el contexto angolano. • Baja disponibilidad de recursos psicoeducativos. • Ausencia de evaluaciones de las acciones emprendidas. • Muy limitado número de publicaciones sobre el tema. • Limitada coordinación con los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso del Director del ISCED de incorporar esta temática en el proyecto educativo institucional. • Contar con varios docentes graduados en la Maestría en Psicopedagogía de la UCLV y de otros Programas de instituciones nacionales y extranjeras con preparación y experiencia para apoyar este proyecto. • Existencia de docentes motivados, comprometidos y dispuestos a vincularse a esta experiencia. • Motivación de los estudiantes por el dominio de la temática para su desarrollo personal y su preparación profesional.
<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitada preparación de los docentes para asumir la labor preventiva. • Falta de motivación en algunos docentes para contribuir en este empeño. • Alto número de docentes contratados a tiempo parcial que apenas se implican en actividades extracurriculares. • Alta disponibilidad de bebidas alcohólicas. • Venta de bebidas alcohólicas en áreas cercanas al ISCED de Huambo • Aceptabilidad social del consumo de alcohol en Angola. 	<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un Convenio de Colaboración entre el ISCED de Huambo y la UCLV. • El perfil profesional de las carreras que se imparten en el ISCED es propicio para la incorporación del tema en el diseño curricular y extensionista de las mismas. • Los estudiantes expresan interés por lograr un mejor dominio del tema. • La preparación de estudiantes como promotores de salud desde su práctica pre-profesional.

Descripción general de la Intervención Psicoeducativa

Problemática de salud que se aborda: Consumo de alcohol

Tipo de intervención: Psicoeducativa

Modalidad asumida: Talleres psicoeducativos

Profesional que implementará los talleres psicoeducativos: Psicólogo o pedagogo con experiencia en el tema del consumo de alcohol, de su prevención, así como del trabajo en grupo.

Destinatarios: Estudiantes del ISCED de Huambo.

Justificación: La Intervención psicoeducativa responde a la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas que contribuyan a reducir o evitar el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, y en particular, los que se forman como futuros maestros en el ISCED. A través de un proceso de acompañamiento se persigue estimular el desarrollo de los recursos personales y relacionales de los estudiantes del ISCED para la consecución de su proyecto de realización personal y en este caso también, profesional. Por una parte, se trabajan los conocimientos, actitudes, creencias y estereotipos sobre el alcohol y, por otra, el entrenamiento en habilidades que reduzcan la posibilidad de iniciar o incrementar su consumo. La formación inicial de estudiantes de carreras pedagógicas constituye el escenario ideal para que este propósito se logre, a través de un proceso de educación dirigido a promover los conocimientos en los alumnos y desarrollar habilidades psicosociales como valiosos recursos para el cambio de conductas de riesgo ante el consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes.

Objetivo General: Contribuir a la estimulación de la percepción de riesgo sobre al consumo de alcohol en estudiantes del Instituto Superior de Ciencias de la Educación (ISCED) de Huambo, Angola.

Impacto esperado: Al potenciar el desarrollo personal y el dominio de recursos para prevenir el consumo de alcohol en estudiantes de carreras

pedagógicas, se está formando un profesional de la educación que cuenta con las herramientas educativas necesarias para su crecimiento personal en correspondencia con el modelo del profesional de dichas carreras y un promotor de salud capaz de articular en su práctica profesional pedagógica elementos encaminados a prevenir comportamientos riesgosos relacionados con el consumo de alcohol en sus educandos.

Alcance: Los principales beneficiarios son los estudiantes universitarios del ISCED, que por su edad se ubican en una etapa del desarrollo riesgosa respecto al consumo de alcohol (prevención selectiva). Son admitidos por solicitud personal, sin distinción del nivel de exposición al consumo de alcohol (prevención universal).

Variables contextuales: Para la aplicación de la intervención psicoeducativa, se hacen necesarias condiciones mínimas, entre ellas se destacan: contar previamente con el apoyo institucional y disponer del consentimiento a participar en la investigación de los participantes. La participación de los estudiantes debe ser voluntaria y el grupo debe ser conformado por no más de 20 participantes. Es necesario partir de un diagnóstico individual y grupal sobre el perfil de consumo de alcohol de los participantes. Resulta esencial la evaluación del proceso y del progreso de los participantes para tomar decisiones sobre la continuidad de los talleres.

Fundamentación lógico- metodológica

La intervención psicoeducativa asume como modalidad metodológica los talleres psicoeducativos, estos resultan un dispositivo preventivo para influenciar un proceso de cambio.²⁷ Los objetivos de los talleres psicoeducativos son promover en los participantes cambios afectivos y actitudinales que redunden en la adopción de comportamientos saludables, esto se favorece mediante actividades que fomentan la participación e interacción de los estudiantes, promueven la discusión acerca de experiencias personales y la reflexión sobre las experiencias de aprendizaje.²⁸

Los diez talleres psicoeducativos diseñados asumen el trabajo en grupo como un elemento esencial, utilizado como vehículo de crecimiento y de cambio. Se parte del supuesto de que en el grupo se comparten opiniones y debates que les permite conocer ideas distintas a las propias y diferentes puntos de vista. De esta manera, se potencia la influencia del grupo como espacio de construcción y reconstrucción de la subjetividad.

²⁷ En el orden procedimental la intervención psicoeducativa se implementa a través de una metodología reflexivo- vivencial, dinámica, activa y participativa donde los estudiantes adquieran los recursos necesarios y desarrollen mecanismos de autorregulación que favorezcan su adaptación al medio y resolver situaciones problemáticas sin necesidad de recurrir a alternativas no saludables como lo es el consumo de alcohol.

Diseño Metodológico

- Multinivel: se consideró la necesidad de promover sinergias en la acción preventiva, que aseguren la conexión y la continuidad de los objetivos y las actividades de los talleres. Se prevé la participación de directivos y docentes a través de una conferencia impartida previamente, la colaboración en el desarrollo de tareas independientes y la invitación a participar en los talleres psicoeducativos 4 y 10. Se ha considerado además la vinculación de la familia, la cual tiene lugar a partir de un encuentro inicial donde se ofrece a los padres una charla educativa sobre la temática del consumo de alcohol y el papel educativo de la familia, se explican las particularidades de los talleres psicoeducativos, se demanda su apoyo en las tareas en el hogar y se invitan a participar en los talleres 7 y 10.
- Multicomponente: se abordan diversos componentes para propiciar la complementariedad de los recursos psicoeducativos empleados para favorecer el desarrollo de formaciones

autorreguladoras de la personalidad y el dominio de recursos que han probado tener un efecto protector frente al consumo de alcohol, los cuales evidenciaron dificultades en algunos estudiantes en el diagnóstico realizado en la primera etapa de la investigación o fueron demandados por los propios estudiantes. Los componentes integrados son: conocimiento, valores, perfil de riesgo, percepción de riesgo, responsabilidad y toma de decisiones, autoestima, asertividad, autocontrol emocional, ocio, tiempo libre y proyecto profesional.

Diseño lógico metodológico:

- Sensibilización y motivación del grupo hacia la temática del consumo de alcohol
- Consolidación de los conocimientos en torno al consumo de alcohol, sus riesgos y consecuencias y la corrección de las creencias erróneas relacionadas con el mismo.
- Estimulación del autoconocimiento respecto a las tendencias de consumo, la percepción de la vulnerabilidad asociada a esas tendencias, y la necesidad de cambio.
- Identificación de posibles actitudes, estrategias o soluciones para reducir o evitar el consumo de alcohol y los beneficios derivados de ello.
- Fomento en los estudiantes del potencial de autorregulación personal en función de evitar o reducir el consumo.
- Dominio de los servicios que ofrece la universidad y el sistema de salud para recibir ayuda especializada para reducir o abandonar el consumo de alcohol.

Técnicas que se emplean:

- Técnicas de activación
- Técnicas informativas

- Técnicas reflexivo - vivenciales
- Técnicas de generalización: incluyen actividades para el hogar con el propósito de lograr la continuidad de la experiencia y así como trabajos independientes que tributan a su proyecto profesional pedagógico.

Evaluación:

- Evaluación de necesidades a partir del diagnóstico previo y el análisis del contexto.
- Evaluación de proceso, referida al logro de los objetivos de los talleres psicoeducativos.
- Evaluación del progreso de los participantes respecto a los objetivos planteados.
- Evaluación de resultados: incluye la evaluación de la eficacia, efectividad e impacto.

La intervención psicoeducativa diseñada fue evaluada a través del juicio de especialistas con el propósito de que los mismos emitieran sus valoraciones en cuanto a su pertinencia y suficiencia y a su vez, aportaran sugerencias y recomendaciones para su perfeccionamiento. Los resultados evidenciaron que los especialistas consultados consideran muy alta la suficiencia de propuesta interventiva, en tanto los objetivos propuestos en las sesiones y el sistema de actividades, permiten la consecución de objetivo general del programa y el orden de desarrollo de cada taller permite el cumplimiento progresivo de los objetivos. Los criterios y recomendaciones emitidas por los especialistas fueron tomadas en consideración y en su mayoría se incorporaron en la versión final de la Intervención Psicoeducativa. Se reconocieron como principales fortalezas: la elección de los talleres psicoeducativos, el trabajo en grupo como medio para propiciar el aprendizaje, el protagonismo de los participantes, el vínculo de los talleres con su experiencia personal y la integración de técnicas informativas, reflexivo y vivenciales para

favorecer la adecuación de la percepción de riesgo.

Discusión

A través de esta propuesta de intervención psicoeducativa se buscó demostrar esencialmente la existencia de tres motivos fundamentales que avalan la necesidad de prevenir el consumo de drogas los adolescentes y jóvenes.²⁹ El primero, es que, si se consigue que los mismos no beban abusivamente alcohol, se evitará que de adultos se conviertan en adictos. El segundo motivo es que la evitación del consumo de alcohol evita futuras enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo, así como la reducción de la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Y, en tercer lugar, se reconoce que el consumo de alcohol facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína entre otras.

Esta intervención psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol implicó un proceso cuyo objetivo es despertar y mejorar la comprensión de las causas mediatas e inmediatas que inducen a recurrir a las drogas y ayudar a los jóvenes para hallar soluciones a sus dificultades y vivir sin tener que consumir drogas. Se consideró el ISCED el contexto idóneo para la prevención donde, a través de programas y acciones de educación para la salud, pueda convertirse en un eslabón integrador entre la familia y la comunidad y consolidar así el pleno desarrollo de los estudiantes y autorresponsabilidad con la salud.³⁰

Se contempla la metodología del taller psicoeducativo, desde su concepción, se genera un proceso dinámico a través del cual los sujetos pasan de una experiencia cotidiana de la realidad a una visión crítica, visualizando y comprendiendo su lugar en el mundo para adoptar una posición más activa.³¹

Teniendo en cuenta la alta incidencia del consumo en los jóvenes universitarios, diversos autores se han ocupado de desarrollar e implementar programas de intervención para la

prevención del consumo de alcohol y, por ende, del alcoholismo en dichos contextos.³²⁻³⁵ La promoción de salud y la prevención de enfermedades son acciones que se complementan necesariamente en su naturaleza educativa. La promoción tiene un alcance mayor, pues se dirige al desarrollo de niveles óptimos de salud, es más integral y sistémica e incluye y presupone en su resultado la prevención de la enfermedad.³⁶

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo desarrollar una intervención psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes del ISCED de Huambo. El diseño de la intervención psicoeducativa contiene diez talleres psicoeducativos basados en el trabajo en grupo, concebidos con el protagonismo de los estudiantes que participan en la experiencia, a los cuales se vincula a la familia y a docentes. La propuesta fue evaluada por especialistas del contexto angolano y cubano quienes consideraron favorable el diseño y destacaron su pertinencia y suficiencia. Como limitación se identifica la imposibilidad de implementar la propuesta de intervención psicoeducativa, por lo que se recomienda a los directivos del ISCED dar continuidad a la investigación, con el objetivo de evaluar su eficacia, efectividad e impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNODC. Informe sobre drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito 2022. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
2. OMS. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2018. Ginebra 2018.
3. Golpe S, Isorna M, Barreiro C, Braña T, Rial A. Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia,

conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*. 2017;29(4). <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932>

4. Sánchez-Rivas E, Sánchez-Vega E, Colomo-Magañas E, Guillén-Gómez FD. Factores incidentes en el consumo de drogas legales en estudiantes universitarios de Málaga (España): un estudio descriptivo con análisis inferenciales. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 2021;21(2):182-95. <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=620>
5. MININT. Datos estadísticos 2014 - 2022. Ministério do Interior. Angola; 2022.
6. Lopera ÁM, Jaramillo CA, Montaña WA, Botina SL. Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial. Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2017. https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2016/04/books_gratis-Prevencion-Tratamiento-Adicciones-Psicosocial.pdf
7. Néncer L, Chica MF. Drogas y educación: una revisión bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*. 2017;2(1):67-72. DOI:[10.21501/24631779.2262](https://doi.org/10.21501/24631779.2262)
8. OCDE. Preventing Harmful Alcohol Use. París: OECD Publishing; 2021. <https://www.oecd.org/publications/preventing-harmful-alcohol-use-6e4b4ffb-en.htm>
9. OEDT. Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades. Luxemburgo; 2019. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=9.%09OEDT.+Informe+Europeo+sobre+Drogas+2019%3A+Tendencias+y+novedades.+Luxemburgo%3B+2019.>

10. OMS. Proyecto de plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública. . Ginebra: OMS; 2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56637/PAHONMHMH220022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. OPS. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas OPS; 2021. Report No.: 978-92-75-32220-8. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=
12. Fernández-Castillo E, Molerio-Pérez O. Percepción de riesgo como núcleo del trabajo preventivo. Prevención y atención de los trastornos adictivos. La Habana: : Editorial de Ciencias Médicas.; 2018. p. 334–40. <http://www.ecimed.sld.cu/2018/06/09/p-revencion-y-atencion-de-los-trastornos-adictivos/>
13. Proyecto-Hombre. Programa de deshabitación de tabaco y propuestas generadoras de salud en el ámbito laboral 2019 [Available from: <http://www.proyectohombre.org/proyecto-hombre-presenta-su-experiencia-de-prevencion-de-consumo-de-alcohol-y-otras-drogas-en-el-ambito-laboral/>].
14. Banderas CR, Martínez AJ, Romo T. Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. Acta Colombiana de Psicología. 2010;13(2):19–33. <http://www.ecimed.sld.cu/2018/06/09/p-revencion-y-atencion-de-los-trastornos-adictivos/>
15. Fernández-Castillo E, Molerio-Pérez O. Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. : Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas; 2017.
16. Montero I, León OGG. Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007;7(3):847–62. https://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
17. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (Vol. 6). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2001. <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-trastornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
18. Gil S. Alcoholismo y fin de semana en adolescentes, Funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos de personalidad. : Universidad Complutense de Madrid.; 2012. <https://docta.ucm.es/handle/20.500.14352/48189>
19. Laespada T, Iraurgi I, Aróstegi E. Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Deusto: Instituto Deusto de Drogodependencias; 2004. https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_ES_5107.PDF
20. Fernández-Castillo E, Molerio-Pérez O, Herrera-Jiménez LH, Grau R. Validez y confiabilidad del cuestionario para evaluar factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios. Actualidades en Psicología. 2017;31(112):103-17.

- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133255010009>
21. Fernández-Castillo E, Molerio-Pérez O, Sánchez D, Rodríguez Y, Grau R. Desarrollo y análisis de confiabilidad del Cuestionario para la evaluación de percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios cubanos. *Psychologia Avances de la Disciplina.* 2016;10(2):13-25. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896001.pdf>
 22. Rodríguez-Martínez Y, Molerio O. Propuesta del diseño de una multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitarios. : Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.; 2009.
 23. APA. Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist.* 2010;57:1060-73. <https://www.apa.org/ethics/code>
 24. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill; 2010. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
 25. Pedraza L, Alvarez R, Molerio-Pérez O. Prevención y tratamiento del tabaquismo desde un enfoque psicológico. *Psicogente.* 2012; 15(28):445-61. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552361017.pdf>
 26. APA. Guidelines for Prevention in Psychology. *American Psychologist.* 2014;69(3):285-96. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0034569.pdf>
 27. Hernández BE, Farkas C, Pía Santelices M. Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psychologica.* 2010;9(2):409-22. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672009000200009
 28. Salazar ML, Gómez-Campo MI, Rodríguez EI. Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2014;16(1):175-90. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114010>
 29. Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo,* 28(1). 2007;28(1).
 30. Nascimento P, Pedraza L, Molerio-Pérez O. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. *Psicogente.* 2014;17(31):93-106. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
 31. Freire P. Educación y cambio. Buenos Aires: Cusco 2002. <https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/index/assoc/az0009.dir/az0009.pdf>
 32. Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S, Gómez-García AM. An intersectoral intervention to prevent early alcohol use in Cuban adolescents. *MEDICC Review.* 2016;18(3):25-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27510934/>
 33. Fabelo JR, Iglesias S, Núñez L. Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana.* 2011;8(2).

34. Fernández-Castillo E, Rivas Santos E, Molerio Pérez O, Duarte Mette Roque E. Efectividad de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2019;14(3). <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/40>
35. Jiménez-Padilla B. Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes utilizando tecnología web.: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2022. <http://eprints.uanl.mx/23183/>
36. Quintana M, Molerio-Pérez O. Sistema de intervención para incidir en los componentes dinámicos que orientan a estudiantes universitarios a formar parejas estables : Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas; 2017

SOBRE LOS AUTORES

1. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://orcid.org/0000-0002-4649-6596>. Email: graciadonascimento@yahoo.com.br
2. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://orcid.org/0000-0002-9302-3302>
3. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://orcid.org/0000-0002-9721-3568>
4. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://orcid.org/0000-0001-5169-838X>

Oxalys Roxana Aller Lahera

RESUMEN

Introducción: el tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un grave problema de sanidad a nivel mundial debido a los daños que produce en la salud su consumo.

Objetivo: caracterizar el tabaquismo como un problema de salud en el embarazo.

Métodos: se realizó un estudio de tipo teórico-reflexivo desde enero 2022 hasta mayo 2022 para elaborar una síntesis orientada hacia puntos considerados relevantes, a partir de la interpretación de textos de la temática. Se consultaron 17 fuentes bibliográficas para la confección del artículo, en español e inglés de la base de datos SciELO, Ebsco y PubMed, Se empleó el Google académico como motor de búsqueda. Se incluyó en la consulta los textos que pertenecen a la bibliografía básica o complementaria de la carrera de Medicina.

Resultados: los resultados mostraron que el tabaquismo se caracteriza como la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina y muestran el efecto negativo que provoca en todas las fases de la reproducción humana, provocando daños a las mujeres embarazadas y a sus bebés; trayendo como consecuencias riesgo de preeclampsia, de aborto o de parto pretérmino; además, aumentan el riesgo del bajo peso al nacer.

Conclusiones: el tabaquismo durante el embarazo constituye un problema social vigente, con serias afectaciones sobre la salud tanto para la madre como para el feto ya sea a nivel prenatal como posnatal. Algunos de estos efectos se observan a corto plazo, sin embargo, algunos se presentan incluso años después del nacimiento.

Palabras clave: tabaquismo; embarazo; salud.

ABSTRACT

Introduction: smoking has been recognized for several years as a serious health problem worldwide due to the damage caused to health by its consumption.

Objective: to characterize smoking as a health problem in pregnancy.

Methods: a theoretical-reflexive study was carried out from January 2022 to May 2022 to elaborate a synthesis oriented towards points considered relevant, based on the interpretation of texts on the subject. 17 bibliographic sources were consulted for the preparation of the article, in Spanish and English from the SciELO, Ebsco and PubMed databases. Academic Google was used as a search engine. The texts that belong to the basic or complementary bibliography of the Medicine career were included in the consultation.

Results: the results showed that smoking is characterized as tobacco addiction caused mainly by one of its active components, nicotine, and shows the negative effect it causes in all phases of human reproduction, causing damage to pregnant women and their babies; bringing as consequences risk of preeclampsia, abortion or preterm delivery; In addition, they increase the risk of low birth weight.

Conclusions: smoking during pregnancy is a current social problem, with serious health effects for both the mother and the fetus, both prenatally and postnatally. Some of these effects are observed in the short term, however, some occur even years after birth.

Key words: smoking; pregnancy; health

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un grave problema de sanidad a nivel mundial debido a los daños que produce en la salud su consumo, y causa millones de pérdidas humanas a escala global; se encuentra dentro de las epidemias del siglo XX y XXI; y es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse, aunque simule ser un hábito elegante. ¹ El aumento que se registra actualmente en el consumo del tabaco amenaza sobre todo a los habitantes de los países en desarrollo, que constituyen sujetos susceptibles de las campañas de promoción organizadas por los fabricantes de cigarrillos.

En estos países el hábito de fumar se convertirá en el futuro en uno de los principales riesgos para la salud. ² A partir de la década de 1950, en que aparecieron los primeros estudios epidemiológicos que asociaron diferentes enfermedades con el hábito de fumar, la comunidad médica ha sido testigo de un hecho trascendental: el tabaquismo pasó a ser una plaga social de dimensiones incalculables. ³ Al iniciarse el siglo XXI en el mundo se consumen diariamente más de 15 billones de cigarrillos.

En 1999 moría 1 persona cada 8 segundos por causas atribuibles al tabaquismo, varios estudios realizados a principios del siglo XXI muestran que cada 6.5 segundos muere una persona a consecuencia del consumo directo o indirecto del tabaco y cada año la cifra se aproxima a los 5 millones de personas y se estima que para 2025 y 2030, morirá 1 persona cada 3 segundos por esta causa. ⁴ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen en el mundo más de 1 300 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Hay cerca de 45 millones de fumadores y en los Estados Unidos mueren 430 000 personas al año a causa del tabaco.

En América Latina y el Caribe el tabaquismo ocasiona 150 000 fallecidos cada año y aumenta en un ritmo constante. ¹ Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina en la prevalencia del consumo de tabaco. En el 2016 murieron 33 301

personas por enfermedades producidas directamente por el tabaquismo. De las diez primeras causas de muerte en Cuba, ocho de ellas como diversos tipos de cáncer están vinculados con esta adicción, lo cual constituye un reto para la población y las autoridades de salud.

El consumo del tabaco se atribuye al desarrollo de numerosas enfermedades, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad isquémica cardíaca, los accidentes cerebrovasculares e, incluso, se ha llegado a establecer una relación causal entre fumar y el desarrollo de distintos tipos de cáncer como el de pulmón o el de mama. Además, en el caso de las mujeres, conlleva consecuencias adicionales, pudiendo afectar a nivel ginecológico y reproductivo, así como aumentar las probabilidades de sufrir complicaciones en el embarazo, tales como partos prematuros, embarazos ectópicos y abortos espontáneos, entre otras.

A pesar de las fuertes advertencias de la salud pública, se estima que aproximadamente el 16.3% de las mujeres fuman tabaco durante el embarazo. ⁵ El consumo de tabaco durante el embarazo es perjudicial para la mujer gestante y para el feto, con efectos que se extienden a lo largo de la infancia e incluso adolescencia. Cuando una mujer embarazada fuma, diferentes sustancias presentes en el tabaco atraviesan la barrera placentaria y aumentan, entre otros, el riesgo de preeclampsia, de aborto o de parto pretérmino; además, aumentan el riesgo de bajo peso al nacer, del síndrome de muerte súbita del lactante o el de enfermedades respiratorias como el asma. A pesar esto, en el mundo fuman el 1.7% de las mujeres embarazadas, con variaciones importantes entre regiones; así, en la región europea esta prevalencia alcanza el 8.1% y en la africana el 0.8%. ⁶

La problemática del consumo del tabaco en el país, constituye un aspecto de vital importancia por lo que el gobierno cubano ha puesto en práctica un Programa Nacional de Promoción de Salud que incluye como componente fundamental la lucha contra este mal hábito,

encaminado a elevar la salud de la población, aumentar la esperanza de vida y lograr un estilo de vida más sano.

La provincia de Camagüey no escapa de esta problemática. Analizando todo lo anteriormente planteado y comprendiendo la magnitud del daño que encierra el simple hecho de fumarse un cigarrillo o de inhalar de forma pasiva el humo de estos, fue lo que motivó a la autora a realizar una revisión bibliográfica con el **objetivo:** caracterizar el tabaquismo como un problema de salud en el embarazo, lo cual constituye el **problema científico** a resolver con el presente estudio.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo teórico-reflexivo desde enero 2022 hasta mayo 2022 para elaborar una síntesis orientada hacia puntos considerados relevantes, a partir de la interpretación de textos de la temática. Se consultaron 17 fuentes bibliográficas para la confección del artículo, en español e inglés de la base de datos SciELO, Ebsco y PubMed, Se empleó el Google académico como motor de búsqueda. Se incluyó en la consulta los textos que pertenecen a la bibliografía básica o complementaria de la carrera de Medicina.

DESARROLLO

Variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en las embarazadas:

El tabaquismo es la adicción al tabaco, único producto de consumo masivo, legalmente vendido, que mata a la mitad de sus consumidores crónicos y daña de múltiples maneras al individuo, la familia, la sociedad y al medio ambiente. En la actualidad, la capacidad adictiva del tabaco está fuera de toda duda y se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica.⁷

Esta adicción es provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina, también llamada "Asesina con cara de ángel", la acción de dicha sustancia condiciona el abuso de

su consumo debido a que actúa sobre el sistema nervioso central haciendo que la persona sufra una dependencia física y psicológica al humo del tabaco.⁸ Un grupo de alto riesgo que no está ajeno a este problema son las embarazadas, y en ellas existen factores que influyen en la decisión de fumar, por una parte, para reducir la ansiedad, depresión y el afecto negativo, y por otra, para aumentar el sentimiento de placer, recompensa y relajamiento. Quizás el mayor beneficio que las mujeres persiguen al fumar tabaco es conseguir el control de su peso e imagen corporal.

El incremento de la prevalencia de mujeres fumadoras de tabaco va en paralelo con la expansión del desempeño profesional y la creciente independencia del género femenino.⁹ También se encontró relación con no tener pareja ya que la ausencia de esta puede disminuir la percepción de seguridad, así como la de apoyo social. Las mujeres con un menor nivel educativo no son del todo conscientes de los efectos perjudiciales que el consumo de tabaco tiene en su propia salud y en la de su futuro hijo.

El hecho de que el embarazo no fuera una decisión planificada puede provocar que la atención que se dirija hacia los cuidados prenatales sea un poco más laxa, de forma que fumar no sea considerado como un problema para el desarrollo de la gestación. La presencia de otros fumadores en el hogar, ya que el estar expuesta constantemente a un ambiente en el que la gente fume y la disponibilidad de tabaco en el domicilio puede llevar a que aumente la necesidad de fumar, esto puede deberse al "efecto contagio".¹⁰

Consecuencias negativas del consumo de tabaco en la salud de la gestante y el feto:

El consumo de tabaco durante el embarazo representa una lesión importante tanto para el desarrollo del proceso de gestación como para el producto de esta, siendo un factor aislado de riesgo modificable de morbilidad y mortalidad relacionada con el embarazo.¹¹

En diversas investigaciones se ha puesto de manifiesto que la concentración de cotinina, un

metabolito de la nicotina, en el líquido amniótico es ocho veces superior entre las gestantes fumadoras que entre las no fumadoras.¹² La forma más rápida y eficiente para hacer llegar la nicotina al cerebro del niño en gestación o del recién nacido, es que la madre inhale (voluntaria, involuntaria, activa o pasivamente) el humo de tabaco producido por la combustión del cigarrillo o exhalado por la misma madre fumadora, por otros fumadores miembros de la familia o del contexto social.

Al llegar al cerebro, la nicotina actúa por medio de formaciones celulares especializadas, receptores que tienen la capacidad de reconocer y reaccionar a esta droga, originándose un amplio conjunto de cambios funcionales: el ritmo cardíaco y la temperatura de la piel cambian, se eleva la presión sanguínea, disminuye la circulación periférica, cambian las ondas cerebrales y se liberan hormonas que actúan a nivel del sistema nervioso central.⁸ Esta nicotina se transmite a través de la leche materna trayendo consigo innumerables consecuencias: aumenta el riesgo de complicaciones graves como abortos, muerte prenatal, embarazos ectópicos, crecimiento restringido de la cabeza, problemas con la placenta tales como placenta previa, hemorragia, rotura precoz de membranas y mayor riesgo de que el bebé nazca muerto.¹³

Al conjunto de alteraciones que ocurren en el feto de las gestantes fumadoras se le conoce como Síndrome de tabaco fetal, que de manera resumida incluye los siguientes efectos: Disminución del peso al nacer en cuya patogenia se han implicado diversos mecanismos:

1. Reducción del flujo útero-placentario, que es la causa más importante.
2. Deficiencia de aporte de nutrientes al feto.
3. Deficiencia en el aporte de oxígeno y aumento de CO en sangre, de forma que el feto se encontraría en una situación de hipoxia crónica en el seno materno.
4. Intoxicación por el cadmio presente en el humo del tabaco.

5. Existencia de lesiones placentarias.¹²

Esta prematuridad o el bajo peso al nacer, pueden provocar efectos para toda la vida, ya que estos niños tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas en la edad adulta.¹⁴ A nivel intrauterino, el fumado materno se ha asociado a menor variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Los niños expuestos al humo de tabaco en el embarazo, tienen un sistema autónomo hiperreactivo durante las primeras semanas de vida después del nacimiento. También se ha relacionado con una presión sistólica y diastólica mayor en la infancia, incluso si la madre suspendió el tabaco meses antes de lograr el embarazo. Estos efectos a nivel de la presión arterial se han atribuido a disfunción endotelial, cambios estructurales y funcionales en los riñones y alteraciones en el tejido adiposo perivascular, el cual es un importante modulador de la función vascular.¹⁵

La exposición prenatal al tabaco puede afectar estadios críticos en el desarrollo pulmonar, con la subsecuente alteración de la función de estos órganos, trayendo consigo un crecimiento desproporcionado entre el parénquima pulmonar y las vías aéreas, esto se conoce como crecimiento disináptico pulmonar. Se asocia a mayor irritabilidad e hipertonicidad infantil, alteraciones en la estructura o función del cerebro y mayor riesgo de síndrome de muerte súbita infantil. También se relaciona con deficiencias en la función cognitiva y un mayor riesgo de trastornos de la conducta, trastorno por déficit de atención / hiperactividad y dependencia del tabaco más adelante en la vida.

El tabaquismo materno se ha asociado a un riesgo aumentado de asma, bronquitis y sibilancias en el producto. Esto se debe a que los hijos de una madre tabaquista en la gestación presentan una respuesta aumentada de la citoquina TH2 ante los alérgenos, la nicotina puede incrementar la actividad TH2 y aumentar la producción de inmunoglobulina, por lo que este hábito materno intensifica la respuesta alérgica inflamatoria, lo que explica la mayor incidencia de asma en estos niños. Se ha

demostrado la coexistencia de sibilancias y rinoconjuntivitis, todas estas condiciones tienen un carácter alérgico.¹⁶ Dada esta situación, en nuestro país existe un programa nacional de prevención y control del tabaquismo, el cual constituye un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales.

6. Por este motivo y por los propios requerimientos para asegurar el desarrollo de las estrategias establecidas en dicho programa es que se hace conveniente orientar las actuaciones de prevención y de tratamiento para ayudar a las embarazadas que han desarrollado una dependencia al tabaco. Para dar solución al tabaquismo como problema de salud durante el embarazo debemos actuar desde múltiples ángulos; mientras más medidas de prevención y control se desarrollen, más se reducirá el número de gestantes fumadoras. Estas medidas deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz, lo que permitirá conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el consumo del tabaco.¹⁷

CONCLUSIONES

El tabaquismo durante el embarazo provoca efectos deletéreos para el producto tanto a nivel prenatal como posnatal. Algunos de estos efectos se observan a corto plazo, sin embargo, algunos se presentan incluso años después del nacimiento, además provoca incluso alteraciones en diversos genes, de ahí la importancia por suspender el tabaquismo materno antes del embarazo. Se ven afectados múltiples sistemas, como el cardiovascular, respiratorio, también se generan alteraciones metabólicas, y una respuesta alérgica aumentada. A pesar de que más de la mitad de las mujeres dejan de fumar durante el embarazo, la prevalencia es del 12%, es por ello que se deben implementar programas de prevención orientados a mujeres embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández -González EM, Figueroa - Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 mayo 21]; 17(2): 225-235. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008&lng=es
2. Regueiro DA, Morales N, Hernández AM, González YM. Tabaquismo. MEDICIEGO [revista en Internet]. 2012 [citado 2022 mayo 20]; 18(Especial): [aprox. 18p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18_noespc_2_012/Rev/t-32.html
3. Achiong- Alemañy M, Achiong- Estupiñán F, Achiong- Alemañy F, Alfonso-de-León J, Álvarez Escobar M, Suárez Merino M. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Rev Méd Electr [Internet]. 2016 [citado 2022 mayo 22]; 38(2):15. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1641>
4. López -Santana Y. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient [Internet]. 2014 [citado 2022 mayo 20] 87(5):865-873. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6146789.pdf>
5. Mígue-Varela MC, Pereira B. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2022 mayo 19]; 92: e201805029. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=s>

- [ci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es)
6. Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos MM, Malvar-Pintos Alberto, Hervada Vidal Xurxo. Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2022 mayo 19]; 93: e201907034. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100092&lng=es.
 7. Lorenzo-Vázquez E, Castillo-Rodríguez E, Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: de Lazo Adentro; 2016.
 8. Díaz-Martínez Y, Domínguez-Lezcay L, Torres-Companioni M, Batista-Fernández A, Lois-Díaz Y. Tabaquismo y aterosclerosis. MEDICIEGO [Internet]. 2016 [citado 2022 mayo 21]; 18. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/rev/t-39.html>
 9. Tovar-Guzmán VJ, Flores-luna ML, López-Antuñano FJ. Efectos perinatales de la nicotina. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2002; [citado 2022 mayo 21]; 16 (4): 187-195. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
 10. Miguez-Varela Pereira B. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2022 mayo 27]; 92: e201805029. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-572720180000100406&lng=es.
 11. Llopiz-Guerra K. Educación antitabáquica en escolares primarios desde la labor extensionista universitaria. EDUMECENTRO [Internet]. 2018 Sep [citado 2022 mayo 21]; 10(3): 71-90. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300006&lng=es
 12. Carrión-Valero F. El tabaquismo antes de nacer. Consecuencias y tratamiento. Medicina respiratoria [Internet] .2014 [citado 2022 mayo 21]; 7 (3): 43-54. Disponible en: <http://neumologiaysalud.es>
 13. Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo. [Internet] .2014 [citado 2022 mayo 27]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/201660>.
 14. NIDA.Referencias. Retrieved from [Internet].2021Julio. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/>
 15. Zhang D, Cui H, Zhang L, Huang Y, Zhu J, Li X. Is maternal smoking during pregnancy associated with an increased risk of congenital heart defects among offspring? A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med. [Internet]. 2017 Mar,30(6):645-657. Disponible en: [10.1080/14767058.2016.1183640](https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1183640). Epub 2016 May 16. PMID: 27126055.
 16. Chinchilla- Araya T, Durán-Monge MP. Efectos fetales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 May 19]; 36(2): 68-75. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200068&lng=en

17. Varona Pérez P, Programa nacional de prevención y control del tabaquismo.

La Habana: 2010.

SOBRE LAS AUTORAS

- 1- Universidad de Ciencias Médicas Camagüey. Estudiante 3er año de medicina. Alumna Ayudante de Terapia Intensiva. Camagüey, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-1388-201X>
Email: oxalysroxana@gmail.com

Ernesto San Germán Portal

RESUMEN

Introducción: los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un grave problema de salud cuya presencia es más frecuente entre las mujeres. Su incidencia y prevalencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, agravándose tras la pandemia de la COVID-19. Incluye la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

Objetivo: describir las características personalógicas de un sujeto, incluyendo sus unidades psicológicas primarias, sus formaciones motivacionales complejas y los principales indicadores funcionales que se expresan en su comportamiento.

Presentación del caso: se estudió una persona de 20 años de edad, sexo femenino, ocupación actriz y procedente de La Habana. Plantea que tiene comportamientos violentos cuando se molesta mucho y cuenta que hace alrededor de dos años debutó con bulimia y anorexia. Desde muy pequeña mostró vocación por el ballet. Desde los cinco años recibió pequeñas críticas sobre su cuerpo por los puntos donde acumulaba grasa.

Conclusiones: sus necesidades psicológicas primarias se centran en el área laboral y su salud, se encuentra muy motivada por poder crecer profesionalmente y poder superar sus trastornos de la conducta alimentaria. Sus formaciones motivacionales complejas se manifiestan en una adecuada autorregulación del comportamiento. No obstante, al afrontar sus problemas de salud tiende a desorganizarse. Como indicadores funcionales predomina su tendencia al autocontrol, y estabilidad emocional, siendo capaz de reestructurar el campo psicológico.

Palabras clave: personalidad, trastorno de la conducta alimentaria, cinco grandes, unidades psicológicas primarias, formaciones

motivacionales complejas, indicadores funcionales.

ABSTRACT

Introduction: eating disorders have become a serious health problem whose presence is more frequent among women. Its incidence and prevalence have increased considerably in recent years, worsening after the COVID-19 pandemic. Includes Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Objective: to describe the personal characteristics of a subject, including their primary psychological units, their complex motivational formations and the main functional indicators that are expressed in their behavior.

Presentation of the case: a 20-year-old person, female, actress occupation and from Havana was studied. He states that he behaves violently when he gets very upset and tells that about two years ago he debuted with bulimia and anorexia. From a very young age she showed a vocation for ballet. From the age of five he received little criticism about his body due to the points where he accumulated fat.

Conclusions: her primary psychological needs are focused on the work area and her health, she is highly motivated to be able to grow professionally and to be able to overcome her eating disorders. Her complex motivational formations are manifested in an adequate self-regulation of behavior. However, when facing his health problems, he tends to become disorganized. As functional indicators, his tendency to self-control and emotional stability predominates, being able to restructure the psychological field.

Key words: personality, eating disorder, big five, primary psychological units, complex motivational formations, functional indicators.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se aborda el estudio de la personalidad de una mujer basado en la indagación de su historia de vida, sus motivaciones, conflictos, frustraciones, vínculos personales, proyectos futuros y como estas variables afectan a su vida. Además, para describir elementos significativos se tuvo en cuenta el modelo de los Cinco Grandes (Big Five) ¹, que constituye un marco teórico ampliamente utilizado en Psicología para describir la personalidad. El modelo se basa en cinco dimensiones o rasgos amplios que se consideran universales y estables a lo largo del tiempo y las culturas.

Las referidas dimensiones son: apertura a la experiencia (se refiere a la disposición de las personas a experimentar nuevas ideas, emociones y experiencias, y su nivel de curiosidad e imaginación); conciencia (se refiere al grado de organización, responsabilidad y control que una persona tiene sobre su vida); extraversión (se refiere al grado en que una persona se siente cómoda con la sociabilidad y la interacción social); amabilidad (se refiere al grado en que una persona se preocupa por los demás y está dispuesta a ayudar y cooperar) y neuroticismo, (se refiere al grado en que una persona es emocionalmente inestable y susceptible a experimentar ansiedad, estrés y emociones negativas).²

Las personas con alta conciencia son metódicas, orientadas a las metas y confiables, mientras que las que presentan elevada extraversión son sociables y buscan la estimulación externa. Por otra parte, los individuos con alta amabilidad son compasivos, considerados y empáticos. Las puntuaciones altas en neocriticismo denotan propensión a la preocupación, el miedo y la tristeza. ³Las técnicas utilizadas fueron completamiento de frases, curva de la vida, exploración múltiple, inducción motivacional, auto dibujo, y subjetivación de género. ⁴

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un grave problema de salud cuya presencia es más frecuente entre las mujeres. Su incidencia y prevalencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, agravándose tras la pandemia de COVID-19. Incluye la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa; y se describen a partir de una serie de patrones de restricción alimentaria. ⁵

Las personas que la padecen suelen tener cogniciones anoréxicas muy enraizadas (pensamiento rígido en torno al peso, silueta, comida; pensamientos y sentimientos propiamente anoréxicos persistentes, a menudo acompañados de conductas rituales y estilos de pensamiento dicotómicos), la identidad personal se centra en la anorexia como único valor (ideología anoréxica) y en la cronicidad entendida como resistencia al cambio. ⁶

Se han descrito tendencias perfeccionistas como mecanismo compensatorio, lo que constituye una estrategia que les preserva de la casi ausencia de autoestima. Los sentimientos de ineficacia conllevan a una necesidad de verificación externa, una elevada sensibilidad a la crítica y a la elevada reactividad. Todos estos aspectos suponen dificultades para desarrollar una identidad interna y una cierta autonomía. El estilo de pensamiento dicotómico condiciona a la adopción de normas rígidas e inflexibles. ⁷

El objetivo del presente estudio de caso fue describir las características personalológicas del sujeto, incluyendo sus unidades psicológicas primarias, sus formaciones motivacionales complejas y los principales indicadores funcionales que se expresan en su comportamiento.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se estudió una persona de 20 años de edad, sexo femenino, ocupación actriz y procedente de La Habana. Explorando el área familiar refiere que su familia procede de una zona rural y siempre la ha apoyado en sus necesidades desde pequeña. Siempre ha sido el centro de atención de sus seres queridos. Plantea que tiende a comportamientos violentos cuando se molesta mucho, aunque asegura que suele soportar las incomodidades que puedan surgir en los diferentes ámbitos de su vida.

Otras consecuencias de este comportamiento han sido el sentimiento de culpa por no actuar en los momentos puntuales donde y cuando ocurren los problemas. Cuenta que hace alrededor de dos años debutó con bulimia y anorexia. El problema

que le aquejaba en aquel momento era que estaba a cargo del cuidado de su suegro que presentaba una enfermedad terminal.

Revela que en aquella etapa de su vida se consideraba muy manipulable o manejable. Por ejemplo, se adentró en una práctica religiosa, solo porque su expareja se lo impuso. El hecho de ser manipulable ha cambiado a partir de que tuvo que independizarse y afrontar diferentes problemáticas sola. En su momento visitó a una profesional de la Psicología que la ayudó en alguna medida.

Su problema con la alimentación era algo secreto, no lo compartió con su familia durante mucho tiempo. Recientemente, en un momento de crisis, se lo comentó a su madre. La primera persona en saberlo fue su expareja que de igual forma fue informado en un momento bastante crítico para ella.

Explorando su niñez refirió que desde muy pequeña mostró vocación por el ballet, cuestión en la cual sus padres la ayudaron para que entrara en una escuela de danza clásica. Desde los cinco años recibió pequeñas críticas sobre su cuerpo por los puntos donde acumulaba grasa. Siempre fue una buena estudiante y siguió las reglas impuestas sobre su alimentación para poder mantener la figura canon del ballet. Menciona que ella apreciaba que, de niña, sí perdía peso dejando de comer, era mejor valorada por los profesores llegando incluso a ser la mejor de su grupo por lo que se puede explicar esta conducta por reforzamiento.

En la actualidad se ha identificado que con frecuencia aparecen Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en bailarines de Danza Clásica. Aspectos como la insatisfacción corporal y la distorsión en la propia percepción del cuerpo, en numerosos casos provocados por la exigencia, las normas estéticas específicas, la presión a la que se encuentran sometidas por los profesores, la continua exposición al espejo y los uniformes reglamentarios, aparecen como factores de desarrollo de TCA, limitando en muchos casos el futuro rendimiento.⁸

Su familia incidió mucho en la sobrevigilancia en cuanto a la alimentación con llamados de atención sobre cualquier comida que supuestamente afectara su figura. Este control externo más adelante fue internalizado. Ya no haría falta la presencia de alguien que le advirtiera sobre lo que no podía comer. La percepción sobre su imagen física fue distorsionada. Con la ayuda de la terapia que recibió y también por deseo propio, decidió poner límites a su familia respecto a los comentarios sobre su apariencia física, tanto negativos como positivos.

A pesar de lo difícil que era para ella hablar de esta problemática, al no poder soportar más los comentarios y las costumbres de su familia, decidió pedirle ayuda a su madre para afrontar las conductas de otros familiares, como su padre que según ella “no entiende nada” y su abuela que por su edad le es difícil comprender. Paulatinamente y debido a la sensación de control que le producía vomitar se fue condicionando y empezó a asociar placer con la acción de vomitar.

Confesó que algunas prácticas en la escuela de ballet fueron dolorosas para ella por la agresividad de la enseñanza, la profesora la violentaba y gritaba. Sintió miedo de seguir, pero su madre en aquel momento le adelantó que si dejaba el ballet sería para siempre y por tanto ya no podría disfrutar del placer que le causaba bailar y aprender. De esa manera se reforzó un comportamiento caracterizado por una alteración persistente relacionada con el hecho de alimentarse que impactó negativamente sobre su salud y capacidades psicosociales.⁹

En esta etapa surgieron los aprendizajes de control sobre su cuerpo, y la tendencia a soportar el malestar y las conductas desagradables de otras personas hacia ella. Comentó que en quinto grado tuvo que becase a pesar de que no lo deseaba, pero quería bailar y fue la opción que le dieron. La experiencia fue dura para ella pues no estaba preparada para la vida de becada. Su padre, una figura que ella admiraba desde la distancia, ya que no radicaba en el país, llegó de visita y

validó el logro de haber podido entrar en la beca de ballet, cuestión que hizo que por un tiempo ella estuviera motivada a soportar la agresividad de la enseñanza.

En los peores momentos de la beca lloraba todas las noches y les pedía a sus familiares que la sacaran de allí. El problema era que era admirada por los profesores que la querían ahí porque en las clases rendía muy bien. Al final logró abandonar la beca, a pesar de la desilusión de algunos allegados. Cuando ingresa a la Escuela Nacional de Arte sus familiares temían que también la abandonara, pero para ella era diferente: era más madura y fue una decisión propia. Veía esta nueva beca como una oportunidad para expresarse.

Actualmente aún está enfrentando su TCA, pero ha desarrollado ciertas estrategias que la ayudan a lidiar con el problema: cuando siente ganas de vomitar por placer trata de distraerse y hace ejercicios, caminar o estudiar. Respecto al área laboral suele ser muy disciplinada actualmente, muy posiblemente debido a su historia relacionada con el aprendizaje de nuevos conocimientos que adoptó desde pequeña de forma tan agresiva.

Lo que más le genera placer en el trabajo es su resultado. Menciona que el proceso es muy agotador, pero se ve validado por la respuesta del público en las obras de teatro o en las buenas críticas. Algo importante a notar es que no se ha tomado vacaciones voluntarias nunca, aunque por la naturaleza de su trabajo a veces hay impases de tiempo donde puede descansar o salir de fiesta. Revela que a veces estando en una fiesta se preocupa por cosas que pudiera estar adelantando sobre el trabajo.

Respecto a las relaciones interpersonales comenta que tiene muchas amistades, aunque cercanas solo tiene tres o cuatro. Hay que tener en cuenta que su medidor para saber quién es una amistad cercana es a quien ella pueda contarle sobre su TCA. Continúa esforzándose por lograr un equilibrio entre la alimentación saludable y el entrenamiento adecuado, para evitar riesgos para su salud y bienestar.¹⁰

Por su manera solitaria de abordar los problemas, nunca ha llamado a sus amistades para que la ayuden con algunas problemáticas. En cuanto a su ideal de pareja comenta que le gusta mucho la formalidad, tuvo una relación de cinco años, lo que considera que fue “bonito” pues se comunicaban sus problemas y preparaban estrategias para resolverlos. En los momentos de crisis se daban un tiempo para reflexionar internamente sobre lo que les pasaba. Lo que idealiza ahora es lograr tener alguien en quien confiar, desde el principio ser honesta sobre sus batallas personales y que esa otra persona también sea honesta con las suyas. Sexualmente es muy activa actualmente a pesar de no tener pareja, es una esfera de la vida que disfruta mucho.

A raíz de terminar su relación nos cuenta que se dio la oportunidad de explorar su sexualidad, es confiada y sabe lo que le gusta en esta esfera: darse placer, dirigir la relación sexual y también disfruta del “juego de seducción”. Define claramente su orientación heterosexual. No le gusta perder el control con drogas o alcohol, siempre está consciente de lo que hace.¹¹ Es capaz de divertirse, pero detenerse porque existan cosas más prioritarias. En esta área no soporta conductas que no le agraden.

Durante toda la entrevista se aprecia que la sujeto contaba las diferentes etapas de su vida con emocionalidad sobre todo cuando se trataba de su TCA y todo lo que rodeaba esta problemática. Muchas de las soluciones a sus problemas surgieron a modo de reflexión en los puntos más críticos de su vida, a pesar de ser asistida en algún momento por profesionales de la Psicología. Explicaba de forma relativamente elaborada los sucesos de su vida, pero predominaba la emoción llegando incluso a utilizar “malas palabras” para describir sus sentimientos hacia alguna problemática. En esta técnica deja ver que es una persona bastante flexible en temas como el sexo y el género, medianamente flexible en temas laborales y rígida cuando se trata de su salud.

1. Su capacidad de reestructurar el campo es relativamente limitada ya que suele intentar resolver los problemas que se le presentan de forma individual a pesar de que pudiera contar con diferentes amigos y familiares para ello. Suele ser una persona bastante confiada en sus capacidades, aunque en ocasiones le afectan las opiniones de los demás. Tiene una tendencia a ser optimista respecto a su trabajo, capacidad de estudio y vida sexual, pero en ocasiones es pesimista con problemas cotidianos, debido a que le resulta difícil pedir ayuda cuando la necesita. En el pasado había una fuerte determinación externa de su comportamiento, sobre todo por las que eran figuras de autoridad para ella, pero esta situación ha sido superada en la actualidad.¹²

CONCLUSIONES

Las necesidades fundamentales que se reflejan son referentes al área laboral y a su estado de salud. Aspira a poder crecer profesionalmente y superar su TCA. Este último aspecto influye prácticamente en todas las áreas de su vida afectándola en la relación que tiene con sus padres y familiares, con sus parejas y con sus amistades. No suele tener problemas para relacionarse superficialmente con ninguna persona, pero sí para forjar vínculos profundos. Sobre sus tendencias motivacionales a nivel laboral suele ser muy exigente consigo misma e intenta siempre dar lo mejor de sí misma.

En las técnicas proyectivas expresó su necesidad de afiliación, trabajar para poder mejorar las relaciones con las demás personas y alejar un poco más de ella el sentimiento de soledad. Es curiosa sobre todo en los temas de conocimiento personal ya que esta es un área en la que quisiera mejorar. Con respecto a su autovaloración es dispersa, hay áreas como la sexual donde se ve como una mujer muy capaz, también en el área laboral se siente confiada, pero en el ámbito personal lidia con su enfermedad y siente que no es suficiente todo lo que hace o piensa sobre ella.

En el área laboral está bien encaminada y tiene varios proyectos en los cuales apoyarse. Respecto a sus indicadores funcionales, su bienestar emocional es variable, mientras que su trabajo y la sexualidad le

dan placer, su problema de salud le produce depresión, estrés y ansiedad. Con relación a su conducta tiende a soportar el malestar, lo que puede hacer que responda con mucha ira, aunque no necesariamente la descargue en otra persona. La mayoría de las veces se lastima a sí misma.

Presenta una adecuada autorregulación del comportamiento cuando se enfrenta a problemas que no sean sus dificultades de salud. Sobre la autoeficacia suele ser una persona muy capaz en el área laboral, pero le es difícil ser disciplinada con la alimentación y medicación. Teniendo en cuenta las categorías de los Cinco Grandes se encontró que no presenta una amplia apertura a la experiencia pues tiende a evitar nuevas ideas y responsabilidades. En cuanto a la conciencia resalta que es una persona muy organizada y responsable, sobre todo con su trabajo. A pesar de su TCA suele manejarse con bastante autocontrol.

Es una persona extrovertida y sociable, pero no se involucra mucho con las amistades. Con respecto a la amabilidad, es una persona que siempre está dispuesta a ayudar aun cuando esto puede que le perjudique a ella individualmente. Finalmente, en lo referente al neuroticismo, no suele ser emocionalmente inestable, por el contrario, trata siempre pensar bien las cosas y aunque tiene un trastorno agravado contra el cual lucha, gracias a su trabajo, amistades y familia logra superar los momentos de tristeza y preocupación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lukaszewski AW. Evolutionary perspectives on the mechanistic underpinnings of personality. *The handbook of personality dynamics and processes*. Amsterdam: Elsevier, 2021. DOI:[10.17605/OSF.IO/E4SKW](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/E4SKW)
2. Balgiu BA. The psychometric properties of the Big Five inventory-10 (BFI-10) including correlations with subjective and psychological well-being. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 2018; 8(2), 61-69. <https://doi.org/10.18844/gjpr.v8i2.3434>
3. Robles-Haydar Claudia A, Amar-Amar José, Martínez-González Marina B.

- Validation of the Big Five Questionnaire (BFQ-C), short version, in Colombian adolescents. *Salud Ment* 2022; 45(1):29-34. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2022.005>.
4. Domínguez-García L, Fabelo-Roche J. Personalidad, motivación y consumo indebido de drogas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2019;15 (1) Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/46>
 5. Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P. Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. *Int. J. Eat. Disord.* ,2017: 50(6) , 611–623. <https://doi.org/10.1002/eat.22715>
 6. Aranda Reig A, Ortiz Moreno JM. El TCA de larga evolución. Factores que dificultan la recuperación y cómo abordarlos. *SOM Salud Mental* 360, 2023. <https://tca.som360.org/es/articulo/tca-larga-evolucion>
 7. Starzomska M, Rosińska P, Bielecki J. Chronic anorexia nervosa: patient characteristics and treatment approaches. *Psychiatr Pol.* 2020, 54(4), 821-833. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/118601>
 8. Athanassopoulos Zamorano N. Estado actual del desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en bailarines de Ballet Clásico. Trabajo Final de Máster Máster de Alimentación en la Actividad Física y el Deporte. 2021-2012 <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/144086/6/nathanassopoulosTFM0122memoria.pdf>
 9. Marí-Sanchis A, Burgos-Balmaseda J, Hidalgo-Borrajo R. Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva. Actualización y propuesta de abordaje integral. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 69 (2022) 131-143 <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.04.004>
 10. Gómez-Candela Carmen, Palma-Milla Samara, Miján-de-la-Torre Alberto, Rodríguez-Ortega Pilar, Matía-Martín Pilar, Loria-Kohen Viviana et al . Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr. Hosp.* 2018; 35(2): 489-494. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
 11. Fabelo-Roche JR, Iglesias S. Prevención y atención de los Trastornos Adictivos. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas 2018. <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/preven-cion-y-atencion-de-los-trastornos-adictivos/>
 12. Barrero-Toncel VI, González-Bracamonte Y, Cabas-Hoyos KP. Autorregulación emocional y estrategias de afrontamiento como variables mediadoras del comportamiento prosocial. *Psicogente* 2021;24(45), 1-15. <https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4168>

SOBRE EL AUTOR

1- Estudiante de Segundo año de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana <https://orcid.org/0009-0007-3147-9041> Email: krouck94@gmail.com

Yenny Téllez Paula

RESUMEN

Introducción: el alcoholismo constituye uno de los grandes problemas que afectan hoy al ser humano y a las familias donde ellos conviven. La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial hay 13 millones de usuarios de drogas, de los cuales 9.2 millones consumen alcohol.

Objetivos: caracterizar consumo y tipo de consumo, así como describir la intención de consumo de alcohol, en estudiantes de la carrera de Enfermería de la facultad Enrique Cabrera de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para diseñar un programa educativo a través del modelo de modificación de comportamiento Teoría de la Conducta Planeada.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal y de desarrollo tecnológico, en 43 adolescentes con edades entre 15 y 18 años. Se aplicaron las técnicas cuantitativas Cuestionario de detección de uso de sustancias para adolescentes (CRAFF) y Cuestionario de intención de consumo de alcohol y la técnica cualitativa Grupo focal.

Resultados. el 83.7% de los participantes son del sexo femenino. Solo uno de ellos (2.3%) no consumía alcohol sistemáticamente. La actitud y la norma subjetiva fueron las variables favorecedoras de la intención de consumo de alcohol. Se diseñó un programa educativo preventivo, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico.

Conclusiones: en los adolescentes estudiados predominó el sexo femenino, edad de 16 años, consumidores de alcohol y con un consumo clasificado como "sin riesgo", con marcada intención de consumir alcohol. Las variables favorecedoras del consumo fueron la actitud y la norma subjetiva. El programa educativo diseñado resultó eficaz y puede contribuir a la modificación de la intención de consumo de

alcohol en los estudiantes de la carrera de Enfermería.

Palabras clave: consumo de alcohol, estudiantes de enfermería, conducta de salud.

ABSTRACT

Introduction: Alcoholism constitutes one of the great problems that today affect human beings and the families where they live. The World Health Organization estimates that there are 13 million drug users worldwide, of which 9.2 million consume alcohol.

Objectives: Characterize consumption and type of consumption, as well as describe the intention to consume alcohol, in Nursing students of the Enrique Cabrera Faculty of the University of Medical Sciences of Havana, to design an educational program through the model of behavior modification Theory of Planned Behavior.

Methodology: A cross-sectional descriptive and technological development study was carried out in 43 adolescents between the ages of 15 and 18. The quantitative techniques Substance Use Detection Questionnaire for Adolescents (CRAFF) and Alcohol Consumption Intention Questionnaire and the qualitative technique Focus Group were applied.

Results. 83.7% of the participants are female. Only one of them (2.3%) did not consume alcohol systematically. The attitude and the subjective norm were the variables favoring the intention to consume alcohol. A preventive educational program was designed, taking into account the results of the diagnosis.

Conclusions: In the adolescents studied, the female sex predominated, aged 16 years, alcohol consumers and with a consumption classified as "without risk", with a marked intention to consume alcohol. The variables favoring consumption were the attitude and the subjective

norm. The educational program designed was effective and can contribute to the modification of the intention to consume alcohol in Nursing students.

Key words: alcohol consumption, nursing students, health behavior.

INTRODUCCION

Para el desarrollo de la investigación se elaboró una base de datos a partir de la información recogida en una planilla de datos generales en la que se exploró si consumían o no, el tipo de consumo y la descripción de la intención de consumo de alcohol. Se incorporaron las preguntas del Cuestionario de detección de uso de sustancias para adolescentes (CRAFF) y Cuestionario de intención de consumo de alcohol (CICA) y la técnica cualitativa Grupo focal. Se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos de investigación, con predominio de metodología cualitativa. Se privilegió la búsqueda de un mayor grado de profundidad en la comprensión y explicación del proceso de intención de consumo de alcohol por parte de los sujetos estudiados.

El consumo de alcohol es un fenómeno de larga data en la historia de la humanidad. Pergaminos escritos en el antiguo Egipto evidencian que ciertas bebidas fermentadas como el vino y la cerveza fueron consumidas hace al menos cinco mil años. Algunos estudios precisan que la ingesta de alcohol se inició hace al menos 10 millones de años; o sea, mucho antes de que los seres humanos abandonaran su vida nómada.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 3.3 millones de personas mueren anualmente a causa del uso nocivo del alcohol y cerca de 290 millones padecen alguna enfermedad producida por el llamado síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo. Pero lo peor de todo es que al menos el 30% de estas víctimas son personas jóvenes, adolescentes y menores de edad², las cuales poseen factores de riesgo de índole biológico y psicológico que las predisponen al consumo de esta droga depresora del sistema nervioso y elevan la morbilidad y los riesgos de muerte, de manera particular.³

Al propio tiempo, la adolescencia es un período en el que se realiza la transición de la infancia a la adultez; es decir, un periodo de desarrollo donde no ha concluido aún el proceso de formación de las capacidades físicas y psicológicas que identificarán a las personas en su vida futura. Se trata de una etapa donde el individuo se siente integrante y participe de “una cultura de edad” caracterizada por sus propios comportamientos, valores, normas, argot, espacios y modas. Las normas en las que los adolescentes se integran, los compromisos que asumen y los valores que por la integración grupal interiorizan, van a contribuir de manera decisiva en la formación de su identidad personal. Siendo así, no es casual que se catalogue esta etapa como un periodo altamente vulnerable al consumo de alcohol.⁴

Encuestas escolares realizadas internacionalmente muestran que en muchos países el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años. Más de una cuarta parte de los jóvenes de 15 a 19 años de todo el mundo (27%) bebe alcohol. Las mayores tasas de consumo corresponden a Europa 44%, seguido la región de las Américas 38.2% y Pacífico Occidental 37.9%.⁵

El consumo total de alcohol per cápita en la población mundial mayor de 15 años ha aumentado significativamente. A menos que las tendencias crecientes de consumo detectadas en la región de las Américas y las regiones del Sudeste Asiático y Pacífico occidental se detengan e inviertan, se prevé que para el año 2025, el consumo de alcohol per cápita en personas de 15 años o más, continúe incrementándose en dichas regiones.^{6,7}

Estudios realizados indican que en Cuba la situación no es diferente. En la población mayor de 15 años hay 430 000 alcohólicos (5%) y 860 000 bebedores de riesgo (10%). En el año 2019 fallecieron un total de 674 pacientes por trastornos mentales debidos al uso de alcohol: 647 hombres y 27 mujeres.⁸

En virtud de lo anterior, desde el punto de vista preventivo, surge la necesidad de identificar la intención conductual del consumo de alcohol y evaluar variables que estén asociadas al consumo,

así como entender los términos en que se está produciendo la evolución personal y social de los adolescentes y que los lleva a un aumento en el consumo de alcohol.

Los problemas relacionados con el alcohol resultan centro de atención priorizada en las políticas de salud mental y desde 1997 existe un Programa Nacional de Prevención del Alcoholismo, con una proyección eminentemente comunitaria, que aspira involucrar a todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud Pública.

Esta problemática constituye un grave problema de salud pública donde no solo está involucrado el sector salud, sino también el Ministerio de Educación, pues a pesar de los esfuerzos del estado cubano por velar y proteger a los adolescentes del alcoholismo, las acciones emprendidas hasta nuestros días no resultan suficientes para prevenir y transformar esta situación.

En este contexto, las Universidades de Ciencias Médicas están llamadas a servir, no solo de centros de referencia, información, consulta y asesoramiento psicosocial a los adolescentes y jóvenes con consumo de alcohol, sino también de ser lugares privilegiados para poner en marcha actuaciones educativas concretas.

La Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera forma parte, del proyecto “No a las adicciones”, identificado por las siglas CEDRO/UCMH y dirigido por especialistas de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Precisamente la autora de esta investigación es miembro y asesora del referido proyecto en dicha facultad. Dentro de sus objetivos principales, está la prevención y promoción de salud, así como la formación de promotores en la lucha contra el uso de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo de conocimientos, hábitos y habilidades sociales.

En el caso concreto de los estudiantes de enfermería de la Facultad Enrique Cabrera, que pertenecen a la enseñanza técnico-profesional se evidencia la existencia de diversos factores de riesgo de tipo psicológico, social, cultural y

familiar relacionados con el consumo de alcohol.¹ En las jornadas científicas estudiantiles que se han realizado profesores y estudiantes han presentado trabajos investigativos donde se ha identificado la existencia de un elevado consumo de alcohol en los estudiantes de esta enseñanza.

Durante la presente investigación se pudo identificar estudiantes hijos de padres con dependencia al alcohol, insuficiente apoyo familiar, relaciones sociales inapropiadas. También se evidenció la incidencia de entornos sociales desfavorables, caracterizados por la ausencia de lugares que propicien una recreación sana y por la presencia de múltiples centros de expendio de bebidas alcohólicas y tabaco, algunas de ellas muy próximas a la institución educativa. De ahí la relevancia práctica y social de diseñar un programa educativo dirigido a prevenir el consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería.

Comprender qué impulsa a los adolescentes a iniciarse en el consumo de alcohol y poder modificar su intención conductual, ha motivado la realización de esta investigación, usando como referencia el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada.

Esta investigación es viable, ya que va dirigida a un grupo de adolescentes que se encuentran localizado en un espacio específico. Se trata de una propuesta interdisciplinar que solo requiere de una actitud franca y colaboradora que permita desarrollar la actividad de una forma dinámica y motivadora. Procurar el máximo desarrollo personal y social exige no centrarse solamente en el aprendizaje académico, sino también en inculcar aquellos aprendizajes que permitan a los estudiantes de enfermería, la adquisición de estilos de vida saludables.

Precisamente la promoción de salud y el trabajo comunitario competencias y funciones que deben asumir los futuros enfermeros como replicadores de enfoques preventivos. Si se logra identificar y predecir la intención conductual de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, los resultados son el sustento para el desarrollo e implementación de programas preventivos eficaces con un enfoque multidisciplinario.

El problema científico a partir del cual se desarrolló la investigación fue: ¿Cómo contribuir a la prevención del consumo de alcohol en los estudiantes de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera en el curso 2021-2022?

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

1. Caracterizar a los estudiantes de enfermería participantes en la investigación según variables sociodemográficas y de consumo.
2. Describir la intención de consumo de alcohol en los estudiantes evaluados.
3. Diseñar un programa educativo para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería.

CONCLUSIONES

- Los adolescentes estudiados se caracterizaron por ser en su mayoría del sexo femenino, de 16 años de edad, ingieren bebidas alcohólicas y tienen un nivel de consumo clasificado como “sin riesgo”.
- En los estudiantes investigados se apreció marcada intención de consumo de alcohol y las variables favorecedoras de ello fueron la actitud y la norma subjetiva.
- El programa educativo diseñado resultó eficaz y puede contribuir a la modificación de la intención de consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores: Historia del Consumo de alcohol. BBC Mundo. 2014 (4)12.
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141202_consumo_alcohol_ancestros_en_cima_lp
2. Suárez-Benítez Y, Fernández-Corrales YN, Gallardo-Lora M. Aplicación Alcoholismo: una vía para el desarrollo de conocimientos sobre el alcoholismo. Rev Inf Cient

[Internet]. 2021 [citado día mes año]; 100(2): e3373. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3373>

3. Informe Mundial “Situación del Alcohol sobre la Salud. Sitio W. Organización Mundial de la Salud (OMS) 21 de septiembre de 2018.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=
4. Woolfok A.: Educational Psychology. Allyn & Bacon. Boston, 2008. Pág. 34.
<https://ucarecdn.com/ab7c6da4-e51a-401a-9442-f337a4d41e64/>
5. Gárciga Ortega Octavio, Surí Torres Carolina, Rodríguez Jorge Raúl. Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 2023 Ago 29] ; 41 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100002&lng=es
6. González-Bautista E, Zavala-Arciniega L, Rivera-Rivera L, Leyva-López A, Natera-Rey G, Reynales-Shigematsu LM. Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. Salud Publica Mex. 2019;61:764-774.
<https://doi.org/10.21149/10563>
7. Erazo Santander OA. Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. Drugs and Addictive Behavior, 41. enero-junio 2019
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/DAB/article/view/3161>
8. Páez-Rodríguez Y, Lago-Díaz Y, Valle-Pimienta T, Sosa-Hernández J, Coro-Carrasco Z, Báez-Delgado M. Consumo de alcohol en adolescentes de la escuela

preuniversitaria Federico Engels de Pinar del Río. AMC [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Ene 13];25(2): e8072. Disponible en: [\[02552021000200008&lng=es.\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200008&lng=es.\) Epub 01-Abr-2021.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-</p></div><div data-bbox=)

SOBRE LA AUTORA

1. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesor Asistente. Aspirante a Investigador. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-9079-6521> Email: yennyt@infomed.sld.cu

NOTA: La síntesis presentada corresponde a la Tesis de maestra en Psicología de la Salud “Programa educativo para la prevención de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. Facultad Enrique Cabrera”. Para consultar la tesis completa dirigirse la autora o visitar la biblioteca de la institución sede de la maestría (Escuela Nacional de Salud Pública)

Yoan Michel Rodríguez Martínez

RESUMEN

Introducción: la familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye el núcleo primario del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da un sentido a su vida.

Objetivo: describir la repercusión en la salud familiar de la presencia de un miembro con conducta tabáquica.

Metodología: se realizó la evaluación de la repercusión en la salud familiar, de los recursos adaptativos y de las principales redes de apoyo ante la presencia de un paciente con conducta tabáquica, a través de los Instrumentos de Repercusión Familiar (IRFA), el Instrumento para evaluar los recursos adaptativos y la Prueba de Apoyo Social.

Resultados: en las 25 familias que conformaron la muestra, la no repercusión representó el 68%, comportándose de manera similar en el funcionamiento familiar con 92%, salud individual 92%, socioeconómica 76% y socio psicológica 88%. Entre las redes que brindan apoyo a estas familias se observa que la principal es la propia familia de convivencia, así como la familia externa, ambas con el 88% de los casos. En cuanto a la frecuencia del contacto con las redes de apoyo se observa que este es frecuente en el 52% de las familias y el 76% de ellas las sienten disponibles para apoyarlas. El 64% de las familias, tuvo alguna afectación a su salud familiar.

Conclusiones: la presencia de un miembro con conducta tabáquica en las familias estudiadas no ha provocado repercusiones significativas en la salud de la mayoría ellas. Los recursos externos con que contaron fueron familiares cercanos, amistades y vecinos. Fundamentalmente

recibieron apoyo informativo y emocional. Las familias contaron con recursos adaptativos para afrontar dicha situación dado que hasta el momento ha generado pocos o ningún cambio en el sistema familiar. No obstante, la mayoría valoró alguna afectación por dicho comportamiento.

Palabras clave: Familia, Crisis Familiares, Salud Familiar, Adicciones, Conducta tabáquica.

ABSTRACT

Introduction: The family is the mediation group between the individual and society. It constitutes the primary nucleus of the human being, in it the man inscribes his first feelings, his first experiences, incorporates the main patterns of behavior, and gives meaning to his life.

Objective: Describe the impact on family health of the presence of a member with smoking behavior.

Methodology: The evaluation of the repercussion on family health, of the adaptive resources and of the main support networks in the presence of a patient with smoking behavior was carried out, through the Family Repercussion Instruments (IRFA), the Instrument for evaluate adaptive resources and the Social Support Test.

Results: In the 25 families that made up the sample, the non-repercussion represented 68%, behaving similarly in family functioning, 92%, individual health, 92%, socioeconomic, 76% and socio-psychological, 88%. Among the networks that provide support to these families, it is observed that the main one is the family of cohabitation itself, as well as the external family, both with 88% of the cases. Regarding the frequency of contact with support networks, it is observed that this is frequent in 52% of families and 76% of them feel they are available to

support them. 64% of the families had some affectation to their family health.

Conclusions: The presence of a member with smoking behavior in the families studied has not caused significant repercussions on the health of most of them. The external resources they counted on were close relatives, friends and neighbors. Fundamentally they received informational and emotional support. Families had adaptive resources to deal with this situation since up to now it has generated few or no changes in the family system. However, the majority valued some affectation by said behavior.

Key words: Family, Family Crises, Family Health, Addictions, Tobacco behavior.

RESUMEN

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye el núcleo primario del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da sentido a su vida. ¹ Cumple una función reguladora y moduladora en la salud de sus miembros, tanto en lo cotidiano, como ante condiciones de adversidad y ante las crisis que vive a lo largo del ciclo evolutivo o de manera accidental.

En su desempeño esencialmente protector, tiende a preservar a sus miembros frente a las dificultades y problemas de la vida diaria, e incluso tiende a generar transformaciones internas ante los nuevos desafíos y problemas, producto de las constantes tensiones externas e internas a las que se encuentra sometida. ¹

Según la autora cubana Arés (2010), se considera a la familia como; un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto. Está condicionada por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla y tiene un carácter sistémico al ser un grupo compuesto por elementos que presentan una dinámica de interacción particular y a la vez interactúan con la sociedad. ²

Sin embargo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: la unidad básica de la organización social que brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella y también, es el entorno más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. Planteando a su vez que la salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros. ³

En el tránsito por su ciclo vital, la familia atraviesa acontecimientos propios del mismo, denominados normativos o transitorios, los cuales provocan que este desarrollo familiar oscile entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos, por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar el desarrollo. ⁴

La familia, independientemente de los momentos críticos normativos que atraviesa en su desarrollo debe afrontar otros acontecimientos denominados paranormativos o no transitorios, que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, también llamados accidentales y que generan las crisis no transitorias o paranormativas. ⁴

El Grupo Asesor para Estudios de Familia del Ministerio de Salud Pública de Cuba considera como momentos críticos provocados por acontecimientos normativos de la vida familiar los siguientes: (Matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada a instituciones infantiles y escolares, adolescencia, independencia de uno de los hijos, climaterio, jubilación, vejez, muerte del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge). ¹

Mientras que, clasifica los paranormativos en dependencia del tipo de acontecimiento que lo provoca como:

- Eventos de desmembramiento: (hospitalización prolongada, abandono, separación conyugal, salida del hogar al extranjero u a otras provincias del país, muerte prematura respecto al ciclo de vida y suicidio).

- Eventos de incremento: (regreso al hogar, adopción, convivencia temporal).
- Eventos de desmoralización: (conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad, entre otras).
- Eventos por cambio económico importante: (pérdida de trabajo, deterioro de las condiciones de la vivienda, pérdida de alguna propiedad importante como la casa, una herencia).
- Eventos relacionados con problemas de salud: (embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, alcoholismo, drogadicción, trastornos psiquiátricos, accidentes y diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida).¹

El hombre nace y se desarrolla en el seno de una familia que va a tener un efecto modelador en la psiquis de este, condicionando su actividad cotidiana, su sistema de valores y sus hábitos de salud, por tanto, las características de la familia, su funcionamiento, las formas en que esta se adapta a las condiciones sociales y ambientales y la salud del sistema familiar, van a ser factores determinantes de la salud de sus miembros.⁵ Por lo que se puede decir que la salud familiar no implica la ausencia de problemas y crisis familiares, tampoco se refiere a la condición de salud o enfermedad de cada uno de los integrantes de la familia.

La salud de la familia es la resultante de la integración compleja de condiciones socioeconómicas, ambientales, biológicas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar. Se expresa en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social.³ De ahí que en 1986 la OMS afirmara que (la salud es un hecho que determina y está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocia en el contexto de una sociedad dada). Este enfoque

salubrista, ha traído consigo la necesidad de que la atención al proceso salud-enfermedad tenga un enfoque familiar.

El Grupo Asesor Metodológico para los Estudios de Familia, del Ministerio de Salud Pública de Cuba (GAMEF) define la salud familiar como: la salud del conjunto de los miembros de la familia en términos del funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.¹

Como se ha podido apreciar, en la salud del sistema familiar intervienen un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales, dentro de los que se encuentran los acontecimientos significativos de la vida, por su potencial estresor.⁶ Muchos de los problemas sociales que enfrenta el mundo actual afectan de una manera u otra la salud familiar y se relacionan con acontecimientos significativos de la vida familiar, propios del ciclo vital de la familia o los que esta vivencia de manera accidental, los cuales provocan un impacto en la familia que puede posibilitar el desarrollo de la misma o por el contrario predisponer o potenciar la afectación a su salud.⁴

Por lo que podemos decir que existe un riesgo para la salud familiar, cuando estos eventos imponen gran cantidad de cambios al sistema familiar, pero la familia les atribuye una connotación favorable, y/o cuando el acontecimiento impone algunos o pocos cambios al sistema familiar y estos son percibidos de manera negativa o desfavorable; o sea, sería cuando la familia, aunque perciba los cambios como favorables, tiene que realizar muchas modificaciones que podrían desequilibrarla, o cuando a pesar de que las modificaciones o reajustes sean pocos, estos tengan una connotación desfavorable para el sistema familiar, todo lo cual podría ser amenazante y poner en peligro el bienestar y la salud del sistema.⁷

Las familias intentan recuperar y sostener sus dinámicas y relaciones familiares, para lo cual juegan un papel importante los recursos ya disponibles y el reconocimiento de la necesidad de adquirir otros, de acuerdo con las características de la crisis, y los requerimientos propios de cada grupo familiar, para lograr afrontarla exitosamente; es decir, las familias se concentran en la disminución de las demandas y en la resignificación de la situación.⁸

Las crisis, resultantes de la presencia de estos acontecimientos, no tienen por qué afectar la salud familiar y el bienestar de sus integrantes si los acontecimientos tienen un impacto desarrollador o potenciador de la salud familiar y la familia cuenta con recursos suficientes y un adecuado apoyo social para afrontarlos.⁷

Louro(2014) refiere que existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, y son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza, y manifiestan desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad, más específicamente en el funcionamiento familiar.⁹

Al afrontar los acontecimientos significativos de la vida familiar, (grandes generadores de estrés), puede afectarse el equilibrio familiar, lo que constituye un riesgo para su salud, pero en muchas ocasiones las familias logran crecerse y fortalecerse ante los mismos sin que se afecte la salud familiar, en lo cual influye también el acceso que tenga la familia a las redes de apoyo social y su utilización.¹⁰

La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida.

Las crisis se definen como el proceso de cambios necesarios en el sistema ante la ocurrencia del

acontecimiento, que generalmente significa contradicciones, separación de viejos modelos de interacción, asimilación de nuevas formas organizacionales.¹¹

Las crisis deben considerarse como momentos de la vida cotidiana de las familias y sus integrantes, que ocurren en sus interacciones y pueden en algunas circunstancias conducir a estrategias de cambio con miras a fortalecer las capacidades de las personas para hacerles frente y superarlas exitosamente o, para cualificar ciertas formas de actuación que contribuyen a encontrar formas de relación más democráticas y equitativas tanto dentro como fuera del sistema familiar.⁸

Modificaciones estas que no se tienen que ver siempre como negativas pues pueden contribuir a la maduración, desarrollo y crecimiento de la familia como sistema, aunque también pueden afectar severamente su equilibrio y constituir entonces un riesgo o perjuicio para la salud familiar.¹¹ Las crisis no son señales de deterioro, el hecho de atravesar una crisis no es necesariamente causa de disfunción familiar, sí puede constituir un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no a la misma va a depender del impacto de los acontecimientos, de su modo de afrontamiento y de los recursos protectores con que cuente la familia y el entorno social.¹²

Las crisis familiares, forman parte de la vida cotidiana de todos y cada uno de los seres humanos, sin importar la condición social o el lugar en donde vivan, y el modo en que sepamos afrontarlas puede ser un elemento que puede favorecer o dañar la salud del sistema; la magnitud de la problemática; la comprensión del papel de la familia, es muy importante, el conocimiento de la repercusión de este acontecimiento y el sentido que se le asigna, teniendo en cuenta factores protectores primarios como el apoyo social y los recursos adaptativos de las familias para afrontarlas.¹³

La repercusión, que para la salud familiar pueda tener cualquier evento, puede ser de diferentes magnitudes, desde muy severa, hasta leve, y puede afectar diferentes áreas de la familia como puede ser su funcionamiento, su integración

social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia.¹⁴

Cada familia reacciona ante los acontecimientos de forma única y particular; por ello, el mismo acontecimiento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y en otra, o en un momento u otro.

El impacto en los acontecimientos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que estas tengan para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones.¹⁰

La familia en su desarrollo se ve afectada por situaciones o circunstancias, determinadas por la significación que la familia asigna al evento vital. La forma de enfrentamiento toma en cuenta el uso de recursos protectores, como lo es el apoyo social, la capacidad de reajuste familiar, o la adaptación entre otros, que contribuyen a minimizar los efectos del impacto de los eventos en la salud.¹⁰

Es importante destacar que la repercusión familiar de los eventos y el estrés que estos generen, tendrán una relación directa con el significado que la familia les asigne, aunque es indiscutible que de todos modos el afrontamiento a los eventos producirá de alguna manera un impacto en su equilibrio.

Teniendo en cuenta el impacto, el significado favorable o desfavorable asignado por la familia, los niveles de afectación o no a la salud familiar, su repercusión y el riesgo que esos representan, para la potenciación del desarrollo familiar, podemos decir que estos eventos pueden no estar representando un problema de salud al sistema, sino por el contrario, generando su evolución a partir de la imposición de determinada cantidad de cambios o transformaciones, necesarias como fuente de desarrollo.¹⁰

El apoyo social influye en la salud a través de la percepción que tiene un individuo en concreto sobre la disponibilidad de ayuda de otras personas ante cualquier evento estresante, o como resultado de la positiva vivencia de pertenencia a la red social a la que está integrado.¹⁵

La valoración del apoyo social y los recursos adaptativos son elementos a tener presentes a la hora de analizar las consecuencias de los eventos en la salud familiar. A mayor capacidad adaptativa de la familia y más apoyo social recibido, menos afectación tienen los eventos en la salud familiar. El apoyo social que recibe la familia, mejora la capacidad para adaptarse al evento y este repercute en menor medida en la salud familiar.¹⁶

El problema científico a partir del cual se desarrolló la investigación fue: ¿Qué repercusión tendrá en la salud familiar, la presencia de un paciente con conducta tabáquica en el núcleo familiar?, ¿Cuáles son los recursos adaptativos y las redes de apoyo social con que cuentan las familias ante la presencia de un paciente con conducta tabáquica en el núcleo familiar?, ¿Cuál es la afectación que provoca la conducta tabáquica de un miembro, en la salud familiar?

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

Objetivo General:

Describir la repercusión en la salud familiar de la presencia de un miembro con conducta tabáquica.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel y sentido de la repercusión en el sistema familiar de la presencia de un miembro con conducta tabáquica.
2. Describir los recursos externos e internos con que cuentan las familias para afrontar la conducta tabáquica de un miembro, mediante los recursos adaptativos y apoyo social.

3. Valorar, de manera general, la afectación que provoca la conducta tabáquica de un miembro, en la salud familiar.

CONCLUSIONES

- La presencia de un miembro con conducta tabáquica en el sistema familiar, de manera general no ha provocado alguna repercusión en la salud de la mayoría de las familias que integran la muestra, las cuales le asignan un sentido mayoritariamente positivo.
- Los recursos externos con que cuentan las familias vistos como apoyo social fueron la familia, las amistades y los vecinos como principales redes de apoyo. Siendo el más frecuentemente recibido el de tipo informativo, seguido del emocional y en menor medida el instrumental y el espiritual. La frecuencia del contacto con las redes de apoyo fue frecuente refiriendo adecuada satisfacción con el mismo y percibiendo mucha disponibilidad de las redes de apoyo.
- Como recursos internos las familias presentaron de manera general suficientes recursos adaptativos para afrontar el acontecimiento, dado por el hecho de que este acontecimiento ha generado pocos o ningún cambio en el sistema familiar.
- La afectación a la salud familiar debido a la presencia de un miembro con conducta tabáquica, fue vista como alguna afectación por parte de la mayoría de las familias estudiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de Autores. Evaluación de la Salud Familiar. En: Colectivo de Autores. Manual de Intervención en Salud Familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. 1-43.
2. Ares P. La Familia: una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2010. 138.
3. OMS-OPS. La familia y la salud. [Internet]. 37a. Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo; 2003. Disponible en: <http://www.who.int/gb/ebwpo/pdf/eb113/seb113r12.pdf>
4. González I, Berenice A. Acontecimiento de mayor impacto en la salud familiar en el municipio de Ocotlán. Rev Electrónica de Psicología Iztacala. [Internet] 2012 [Citado 17 Mayo 2022]; 15(2): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
5. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Martínez González AA, Martínez González O, Blanco Suárez M. Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida: propuesta de intervención. Rev Multimed. [Internet] 2016 ene- feb [Citado 17 Mayo 2022]; 20(1): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/142/138>
6. Herrera Santi PM. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Rev Cubana Medicina General Integral. [Internet] 2008 jul- sep [Citado 26 Mayo 2022]; 24 (3): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Herrera Santí PM. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. Rev Humanidades Médicas. [Internet] 2012 ago [Citado 26 mayo 2022]; 12(2): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Valencia SM. Crisis familiares: una oportunidad para transitar de la catástrofe y el caos, al despliegue de capacidades para el

- cambio. Rev Perspectivas en Psicología. [Internet] 2020 [Citado 26 mayo 2022]; 16 (1): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/22563067.4115>
9. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En: Colectivo de Autores. Medicina General Integral. 3 ed. v-1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. 557-619.
 10. Herrera Santí PM. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. Tesis Doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública; 2011.
 11. Clavijo Portieles A. Crisis: familia y psicoterapia. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. 343.
 12. Herrera Santí PM, González Benítez I. Crisis familiar: metodología de evaluación e intervención. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2017. 112.
 13. Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Médica Electrónica. [Internet] 2014 jul-ago [Citado 17 mayo 2022]; 36(4): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
 14. Pérez Cárdenas C. La Familia: ¿Cómo asumir eventos inesperados?. La Habana: Editorial Liber; 2014. 126.
 15. González I. Uso del apoyo social en familias con acontecimientos significativos de vida familiar. [Internet]. Psicología Online; 2013. [Citado 17 mayo 2022]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/movil/articulo/2013/apoyo-social-a>
 16. González I. Uso de recursos adaptativos y de apoyo social ante los acontecimientos de la vida familiar. [Internet]. Psicología online; 2012. [Citado 17 mayo 2022]. Disponible en <http://www.Psicologia-online.com>.

SOBRE EL AUTOR

1. Lic. en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Investigador Aspirante. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-9838-4748> Email: yamil.rama@gmail.com

NOTA: La síntesis presentada corresponde a la Tesis de maestra en Prevención del uso indebido de drogas **“Repercusión en la salud familiar de la presencia de miembros con conducta tabáquica”**. Para consultar la tesis completa dirigirse al autor o visitar la biblioteca de la institución sede de la maestría (Facultad Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana)