



## TRASTORNOS ADICTIVOS

Vol. 10 No. 1  
enero-abril 2025

## 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:** DrC. 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.

---

# ÍNDICE

<b>EDITORIAL: ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LA CIE-11 CON RELACIÓN A LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS?</b>	<b>PÁGINA 1</b>
<b>CARGA ECONÓMICA DEL TABAQUISMO POR MORBILIDAD EN CUBA (2011- 2019)</b>	<b>PÁGINA 4</b>
<b>DAÑOS A LA SALUD POR EL USO DE CIGARROS ELECTRÓNICOS</b>	<b>PÁGINA 10</b>
<b>CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS</b>	<b>PÁGINA 18</b>
<b>VISIÓN ESTUDIANTIL. BASES TEÓRICAS PARA EL ESTUDIO DE LA MOTIVACIÓN MIGRATORIA EN ADULTOS JÓVENES ADICTOS</b>	<b>PÁGINA 26</b>
<b>VISIÓN ESTUDIANTIL. ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL: PERSPECTIVAS DE SU APLICABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES</b>	<b>PÁGINA 38</b>
<b>SECCIÓN ADICCIONES. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA (ENERO – ABRIL 2025)</b>	<b>PÁGINA 44</b>

---

*Antonio Jesús Caballero Moreno*

Doctor en Ciencias. Especialista de 1er y 2do grado en Psiquiatría, Profesor Titular y Consultante. Centro Galigarcía. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". <https://orcid.org/0000-0003-4741-6583>. e-mail: [caballer@infomed.sld.cu](mailto:caballer@infomed.sld.cu)

Las dos grandes clasificaciones psiquiátricas: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) han introducido cambios sustanciales en los últimos 40 años, los cuales reflejan los avances en el conocimiento en el área de las adicciones.

La CIE-9 y el DSM-II clasificaciones vigentes hasta los años 80 del siglo XX, reflejaron el modo de ver las adicciones con los conocimientos de la época, tal vez lo más llamativo es que esta categoría diagnóstica se ubicaba en el capítulo de los trastornos de la personalidad como un epígrafe junto con el homosexualismo, el trastorno de personalidad antisocial, etc. Esto traía consecuencias nefastas por varias razones, primero se trataba como un síntoma de un trastorno subyacente y segundo introducía un sesgo estigmatizante a la hora de tratar al paciente.

Con la salida del DSM-III en 1980, este panorama cambio, por primera vez aparece un capítulo independiente en una clasificación psiquiátrica que permite incorporar todos los conocimientos que se tenían ya, recordemos que desde las Neurociencias, la Genética y la Epidemiología se había acumulado una cantidad impresionante de información sobre disfunciones de circuitos, heredabilidad y enfoque como enfermedad de masas y en el área del tratamiento, tanto la psicofarmacología como la psicología y la psicoterapia estaban desarrollando nuevos modelos.

Ambas clasificaciones: CIE-10 y la familia de los DSM: DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV Y DSM-IV texto revisado coinciden en hacer dos líneas diagnósticas:

Los trastornos por el Uso de sustancias:

*En el caso de la CIE-10:*

Consumo Perjudicial: Forma de consumo que está afectando a la salud física o mental.

Dependencia de Sustancias: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en la cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere máxima prioridad para el individuo.

*En el caso de los DSM:*

Abuso de Sustancias: Patrón desadaptativo que conlleva un malestar o deterioro clínicamente significativos, expresado por uno o más ítems durante un período de 12 meses.

Dependencia de Sustancias: Grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas.

Y una clasificación psicopatológica:

Intoxicación: Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente

Abstinencia de sustancias: Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

- Delirium por Intoxicación o por Abstinencia
- Trastorno Amnésico
- Demencia
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del humor
- Trastornos psicóticos
- Trastornos sexuales
- Trastornos del sueño
- Trastorno perceptivo persistente

La categoría Consumo Perjudicial fue muy discutida pues introducía elementos muy biológicos que no capturaban completamente el concepto de adicción y la categoría Abuso de Sustancias fue también muy criticada por considerar que introducía elementos sociales muy propios de la cultura norteamericana.

Sin embargo, ambas clasificaciones coincidían en el concepto de Dependencia de Sustancias como:

Conjunto de cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos mantenidos en el tiempo, modelo de diagnóstico politético que incluye temporalidad: 12 meses, y número de síntomas: hasta 3 o más que dan lugar a una entidad discreta de tipo categorial que se separa de la normalidad.

Este concepto de Dependencia de Sustancias, había sido muy trabajado por Edward y Gross que se propusieron una categoría diagnóstica que no estuviera confundida por aspectos culturales, por lo que buscaron conceptos universales como:

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. Pérdida del control
4. Pérdida de la capacidad de abstenerse
5. Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas
6. Incapacidad de dejar de consumir

Por otra parte desde los años 70 del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había pedido a un grupo de expertos encabezados por el británico Rittson que hicieran un estudio de los consumos de alcohol que dieron lugar al Programa de Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol y al concepto de PRA, Problemas Relacionados con el Alcohol como extensión a la categoría de Dependencia del Alcohol, era otro concepto más amplio y más separado del Alcoholismo enfermedad para incluir otros consumos problemáticos.

En Cuba, el Profesor Ricardo González Menéndez, establecía una sistemática que incluía:

- Consumos sociales no problemáticos
- Consumos sociales problemáticos (Consumos de Riesgo)

Aquí se pasaba la frontera de la enfermedad y aparecía la Dependencia de Alcohol con los apellidos de:

- No complicada
- Complicada
- Estadio Final

Otras clasificaciones de consumo incluyen:

- Consumo Experimental
- Consumo Recreativo
- Consumo Adictivo

Esto trajo consigo la aparición del interés en los Patrones de Consumo de Drogas (frecuencia, cantidad y calidad) y comenzaron a construirse instrumentos que incluyen su medición como el AUDIT y el ASSITS.

Con el advenimiento del DSM-5 y DSM-5 TR y de la CIE-11, nuevamente se produce una separación marcada entre ambas clasificaciones.

El DSM-5 optó por un nuevo concepto: Trastornos por Consumo de Sustancias y trastornos adictivos, que incluye 11 criterios y un especificador de gravedad de acuerdo al número de criterios cumplidos en leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) y grave (6 o más síntomas).

Este concepto ha sido muy criticado por “medicalizar” el consumo y “difuminar los límites entre la salud y la enfermedad”

El DSM-5 incluye por primera vez una adicción conductual en el eje I: el Juego Patológico y deja en el eje III: el Trastorno por Uso de Internet.

En el caso de la CIE-11 que podemos decir:

Primero: Aumenta el número de sustancias a ser testeadas como drogas a 14, dando entrada a las catinonas y a los cannabinoides sintéticos.

Segundo: Recoge la nosología de las adicciones en dos capítulos:

Trastornos del Control de Impulsos y de Adicciones Comportamentales, donde da cabida a: Trastornos relacionados con Juegos de Apuestas, Trastornos por Juego en Internet y Trastorno por Conducta Sexual Compulsiva.

Trastornos por Consumo de Sustancias:

Vale destacar que la nosología de las adicciones queda aquí recogida en nuevas categorías diagnósticas que incluyen:

Consumo Peligroso de drogas: Se define como un patrón de uso de sustancias que es suficiente en frecuencia o cantidad para aumentar apreciablemente el riesgo de consecuencias nocivas para la salud física o mental del usuario u otras personas, hasta el punto que justifica la atención y el asesoramiento por parte de profesionales de la salud.

Trastorno por Episodio de Uso Nocivo de Drogas: Se define como un episodio de uso de sustancias que ha causado un daño clínicamente significativo a la salud física o mental de la persona, o que ha provocado un comportamiento dañino para la salud de los demás

Trastorno por Patrón Nocivo de Uso de Sustancias: Patrón repetitivo de uso de sustancias que ha causado daño directo a la persona o a otros.

Estas tres categorías de gran significado desde el punto de vista de la salud pública y que está a tono a la tradición última de la CIE

Y por último conserva a categoría diagnóstica de Dependencia de Sustancias, con el siguiente concepto:

Se define como un trastorno de la regulación del uso de sustancias que surge del uso repetido o continuo de esa sustancia y que consiste en un fuerte impulso interno para utilizar esa sustancia.

y los siguientes criterios:

Disminución del control sobre el uso de sustancias.

Incremento de la prioridad del uso de sustancias sobre otros aspectos de la vida, incluidas las

actividades y responsabilidades diarias y el mantenimiento de la salud.

Características fisiológicas indicativas de neuroadaptación a la sustancia, incluyendo (I) tolerancia, (II) síntomas de abstinencia o (III) uso repetido de la sustancia para prevenir o aliviar la abstinencia.

La dependencia de sustancias suele ser evidente durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico se puede hacer si el uso es continuo (diario o casi diario) durante al menos tres meses.

Consideramos de gran valor la nosología de la OMS, y consideramos que debemos introducirla lo más rápido posible para el cierre de nuestras historias clínicas ya que permiten una mejor designación de personas con problemas de drogas, facilitan un enfoque más racional de los tipos de consumo y por tanto de las intervenciones terapéuticas posibles.

Bibliografía Consultada

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Meditor. 1992

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Masson SA. 2002

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. American Psychiatric Association. 2013

Tyrer Peter. Making Sense of The ICD-11. For Mental Health Professionals. Cambridge University Press. 2023.

*Fé Fernández Hernández*

### RESUMEN

**Introducción:** este estudio evalúa el impacto económico del tabaquismo en el Sistema de Salud Pública cubano, centrándose en los costos asociados a la morbilidad durante 2011 y 2019.

**Objetivo:** cuantificar la carga financiera generada por este factor de riesgo y comparar su evolución en los años seleccionados.

**Método:** se empleó un diseño transversal descriptivo, utilizando datos de la III y IV Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2011-2019). La metodología combinó análisis y síntesis, histórico-lógico, inductivo-deductivo, estadística descriptiva y revisión documental para evaluar la relación entre exposición tabáquica, mortalidad y demanda de recursos sanitarios.

**Resultados:** el tabaquismo contribuyó al 90,1 % de las causas de muertes por enfermedades no transmisibles (cardiopatía, con incrementos significativos en mortalidad entre 2011 y 2019). La prevalencia de fumadores activos aumentó levemente (17,3 % a 18,2 %) mientras que el riesgo económico bruto disminuyó del 75 % al 67,7 %. El tabaquismo representó 11,7 % (2011) y 11,1 % (2019) del presupuesto sanitario cubano, superando a Chile (9,8 %) y México (8,5 %) pero por debajo de Uruguay (13,2 %).

**Conclusiones:** el estudio evidencia la doble carga del tabaquismo: sanitaria y económica. Se recomiendan intervenciones específicas para mitigar su impacto, optimizando la asignación de recursos y fortaleciendo estrategias de control basadas en evidencia.

**Palabras clave:** tabaquismo, carga económica, factor de riesgo, morbilidad.

### ABSTRACT

**Introduction:** this study evaluates the economic burden of smoking on Cuba's public health system, focusing on morbidity –associated costs during 2011 and 2019.

**Objective:** its aim is to quantify the financial strain caused by smoking as risk factor and compare its evolution over the analyzed period.

**Method:** a descriptive cross-sectional design was employed, using data from Cuba's III and National Risk Factor Surveys (2011-2019). The methodology combined historical –logical analysis, inductive-deductive reasoning, descriptive statistics, and document review to assess the relationship between smoking exposure, mortality and healthcare resource demand.

**Results:** smoking contributed to 90,1 % of deaths from non-communicable diseases (e.g., heart disease, cancer, cerebrovascular disorders), with mortality rates rising significantly between 2011 and 2019. Active smoking prevalence increased slightly (17,3 % to 18,2 %), while the Gross Economic Risk decreased from 75 % to 67,7 %. Smoking accounted for 11,7 % (2011) and 11,1 % (2019) of Cuba's public health budget-higher than Chile (9.8 %) and Mexico (8,5 %) but lower than Uruguay (13,2 %).

**Conclusions:** the study highlights smoking's dual burden: healthcare intervention and economic. Targeted interventions are recommended to mitigate its impact, optimize resource allocation, and strengthen evidence –based control strategies.

**Key words:** smoking, economic burden, morbidity, risk factor.

## INTRODUCCIÓN

El interés por determinar las causas subyacentes en el fallecimiento de seres humanos ha acompañado a la humanidad desde que se reconoció a las patologías como desencadenantes de decesos. La creación de sistemas de clasificación de enfermedades buscó estandarizar y homogenizar los criterios para codificar la mortalidad a escala mundial.<sup>1</sup>

Si bien numerosas afecciones surgen de infecciones o eventos traumáticos agudos (como accidentes) las enfermedades crónicas, suelen vincularse a la exposición acumulativa a uno o múltiples factores de riesgo. La detección temprana de estas exposiciones resulta clave tanto para la prevención como para el manejo terapéutico. Paralelamente cuantificar su impacto poblacional se erige como herramienta esencial para optimizar la asignación de recursos y evaluar políticas sanitarias.

La estimación de este impacto se puede llevar a cabo a partir de la atribución de mortalidad a factores de riesgo que no están clasificados como una causa de muerte en los certificados de defunción, pero que si está reconocido su implicación en la mortalidad de la población. Dentro de los factores de riesgo que pueden terminar con la vida de los individuos pero que no son clasificados como causa de muerte destaca, el tabaquismo.

A partir de los diferentes métodos de obtención de la mortalidad atribuida disponibles, se puede estimar el impacto del tabaquismo en la mortalidad de una población, desde un punto de vista complementario a la prevalencia de consumo de cigarrillos y tabaco. Además, la estimación de la mortalidad permite evaluar las políticas de salud llevadas a cabo en el pasado, dirigidas a la protección de la salud y la optimización en las intervenciones necesarias para mejorar la calidad de vida de la población.

Introducido en 1953, el concepto de Riesgo Atribuible (RA) aporta una perspectiva de salud pública al cuantificar la proporción de casos prevenibles mediante la eliminación de un factor de riesgo. Matemáticamente se expresa como

$RA = (Pr - Pr_{Nex}) / Pr$ , donde Pr representa la probabilidad de enfermar en la población general y PrNex dicha probabilidad, excluyendo a los expuestos al factor.<sup>1</sup> Esta relación destaca como la intensidad de la exposición y los patrones de consumo modulan tanto la RA como su traducción económica.

El tabaquismo reconocido como catalizador de enfermedades no transmisibles, ejerce presión financiera sustancial sobre los sistemas de salud.<sup>2</sup> Su asociación con mayor morbilidad y uso de servicios sanitarios-especialmente en atención especializada—subraya la urgencia de estrategias de control para reducir costos en niveles sustanciales complejos.<sup>3</sup>

Por tanto, se infiere que el nivel de exposición a este factor de riesgo conjuntamente con la variable consumo, influyen de forma creciente en los valores asociados a la determinación del riesgo atribuible y a su vez en la estimación de la carga económica asociada al mismo.<sup>2</sup>

A nivel global, las políticas fiscales restrictivas al consumo tabáquico han demostrado efectividad en la reducción de la demanda sanitaria asociada.<sup>4</sup> No obstante, su implementación requiere previa identificación precisa de la carga económica atribuible, estableciendo líneas base para medir progresos.

La “carga de la enfermedad” es un concepto epidemiológico que evalúa el impacto poblacional de patologías, integra dimensiones económicas equivalentes a la probabilidad de costos asociados al factor de riesgo estudiado.<sup>5</sup> En el tabaquismo, esto implica cuantificar tanto los casos de morbilidad directa como los recursos económicos absorbidos por su manejo en salud pública.

En el caso de la carga por morbilidad directa, se determina por la sumatoria de todos los casos de morbilidad atribuible al consumo de cigarrillos y tabacos. En términos económicos, la demanda potencial de servicios de salud se refleja en la carga de la enfermedad, mientras que la carga económica se define por el consumo real de recursos atribuible a un factor de riesgo.

En este contexto, cabe destacar que la morbilidad atribuible constituye condición necesaria –más no suficiente- para la carga, pues esta última refleja la demanda efectiva de servicios, no solo su potencial teórico. <sup>6</sup> Datos nacionales como los de la Encuesta Cubana de factores de riesgo resultan insumos críticos para estos cálculos, <sup>7</sup> aunque persisten vacíos metodológicos que dificultan estimaciones precisas. Por ello, el objetivo de este estudio radica en comparar el impacto de la carga económica del tabaquismo por morbilidad en Cuba en los años 2011 y 2019 y su implicación en la financiación de los recursos de la Salud Pública cubana.

## METODO

El diseño metodológico adoptado fue transversal descriptivo basado en los datos de la III y IV Encuesta Nacional de Factores de riesgo para los años 2011 y 2019 respectivamente. Se emplearon métodos teóricos: histórico-lógico, inductivo-deductivo y empíricos: revisión bibliográfica, análisis documental y comparativo. Se empleó la estadística descriptiva para el análisis de los datos resultantes.

## RESULTADOS

### Mortalidad asociada al tabaquismo (2011 - 2019)

De las primeras causas de muerte en Cuba siete están asociadas al tabaquismo como factor de riesgo. De ellas las más significativas en los años de estudio fueron las enfermedades del corazón, que aportaron 4499 personas más en el 2019 con respecto al 2011, los tumores malignos que fueron superiores en 3218 casos y las enfermedades cerebrovasculares que ascendieron a 1360 casos, ver Tabla 1.

Tabla 1. Principales causas de muerte en Cuba en todas las edades.

Mortalidad en Cuba	Año 2011	Año 2019
Enfermedades del corazón <sup>a</sup>	22237	26736
Tumores malignos <sup>a</sup>	21817	25035
Enfermedades cerebrovasculares <sup>a</sup>	8648	10008
Influenza y neumonía <sup>a</sup>	5202	8923
Accidentes <sup>a</sup>	4725	5429

Mortalidad en Cuba	Año 2011	Año 2019
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores <sup>a</sup>	3514	4310
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares <sup>a</sup>	2508	2794
Diabetes mellitus <sup>a</sup>	2284	2313
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado <sup>a</sup>	1529	1939
Lesiones autoinfligidas intencionalmente <sup>a</sup>	1069	1462
Total, <sup>b</sup>	73533	88949
de ellas relacionadas con el tabaquismo <sup>c</sup>	66210	80119
Probabilidad de la mortalidad relacionada con el tabaquismo <sup>b</sup>	90,04 %	90,1 %

Fuente: a: III Encuesta de factores de riesgo <sup>6,7</sup>

b: Cálculos de la autora

c: III Encuesta de factores de riesgo <sup>6,7</sup>

### Prevalencia del tabaquismo y patrones de consumo

La probabilidad de tener un fumador activo (PFA) se corresponde al riesgo atribuible, puesto que este indicador se define como la razón entre el número de personas expuestas al factor de riesgo (fumadores activos) y el total de la población de estudio, lo cual es equivalente a PFA. <sup>8</sup> Por tanto la probabilidad de tener un fumador activo aumento del 17,3 % (2011) al 18,2 % (2019), como se muestra en la Tabla 2

Tabla 2. Probabilidad de tener un fumador activo en Cuba en los años 2011 y 2019.

Indicadores	2011	2019
Prevalencia en edades de 15 años y más	a 0,208 %	21,6 %
Población de 15 años y más	b 9310830	9421021
Población total	b 11175423	11201549
Probabilidad de tener un fumador activo	c 17,3 %	18,2 %

Fuente: a: Encuesta de factores de factores de riesgo <sup>6,7</sup>

b: Anuario Estadístico de Salud <sup>9</sup>

c: Cálculo de la autora

## Carga económica del tabaquismo por morbilidad

Se tuvo en cuenta el consumo mínimo económico,<sup>2</sup> como: mínimo nivel de consumo que hace efectiva la demanda de servicios sanitarios por alguna causa relacionada con el tabaquismo y el Riesgo económico bruto (REB)<sup>2</sup> como: la probabilidad de existencia de la demanda efectiva de servicios sanitarios por todas las causas relacionadas con el tabaquismo como factor de riesgo.

Al calcular la probabilidad de la demanda efectiva de los servicios de salud (REB) alcanza el valor del 67,7 % (2019) ligeramente inferior que el valor de 75 % (2011), tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Riesgo económico bruto en Cuba en los años 2011 y 2019.

Indicadores		2011	2019
Consumo medio diario de cigarrillos	a	15,85	15,5
Consumo mínimo económico	b	4,50	5
Riesgo económico bruto	c	75 %	67,7 %

Fuente: a: Encuesta de factores de riesgo<sup>6,7</sup>

b: Anuario Estadístico de Salud<sup>9</sup>

c: Cálculo de la autora

Por consiguiente, la carga económica del tabaquismo por morbilidad se obtuvo de multiplicar el valor obtenido de la carga epidemiológica por morbilidad por alguna causa relacionada con el tabaquismo como factor de riesgo (PET), la probabilidad de tener un fumador activo en la población de estudio (PFA) y el riesgo económico bruto (REB), quedando la fórmula como:  $CETA = PET * PFA * REB$ .

En el año 2011 del gasto en Salud Pública se le atribuyó al tabaquismo activo el 11,7 % y en el 2019 fue de 11,1 % ligeramente inferior, tal como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Probabilidad del gasto de la Salud Pública atribuible al tabaquismo por los fumadores activos en los años 2011 y 2019.

Indicadores		2011	2019
Probabilidad de la mortalidad relacionada con el tabaquismo	a	90,04 %	90,1 %
Probabilidad de tener un fumador activo	b	17,3 %	18,2 %
Riesgo económico bruto	C	75 %	67,7 %
Carga económica atribuible al tabaquismo por FA	d	11,7 %	11,1 %

Fuente: a: Tabla 1

b: Anuario Estadístico de Salud<sup>9</sup>

c: Tabla 3.

d: Cálculo de la autora.

## DISCUSION

La alta mortalidad atribuible al tabaquismo en las siete causas de muerte en Cuba confirma que el tabaquismo sigue siendo un factor de riesgo importante a considerar por los ejecutores del presupuesto de la Salud Pública cubana.

Al asumir que la variable explicativa con relación a los efectos adversos del tabaquismo sobre la salud es el consumo activo y que, según la literatura consultada, el consumo de 20 cigarrillos (1cajetilla) se considera severo.<sup>10</sup> Se constató que los datos resultantes de ambos años de referencia fue significativo. Por tanto, lo anterior refleja que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de consumo y la carga económica del tabaquismo, porque cuanto mayor sea el nivel de consumo activo, mayor es la demanda efectiva de los servicios de salud.<sup>2</sup>

La carga económica del tabaquismo por morbilidad sobre el Sistema Nacional de Salud está supeditada a la gratuidad y accesibilidad a los servicios de manera universal. Por tanto, en el año 2019 la probabilidad de tener un fumador activo fue tal que dos de cada nueve cubanos eran fumadores activos, siendo el 18,2 % ligeramente superior al 17,3 % determinado en 2011.

La asignación del 11,1 % del presupuesto sanitario al tabaquismo muestra que excede al de países como: Chile (9,8 %, 2018) y México (8,5 %, 2019), sin embargo, es menor que en Uruguay (13,2 %, 2020).

## CONCLUSIONES

La presión asistencial generada por esta demanda adicional compromete la capacidad operativa institucional evidenciando la necesidad de políticas fiscales disuasorias y programas de cesación tabáquica.

Los resultados de este estudio demuestran que el tabaquismo como factor de riesgo conllevó a un incremento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles tanto en el 2011 como en el 2019 y a su vez contribuyó a un aumento de la demanda de recursos económicos a través del presupuesto de la Salud Pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública. Editorial ECIMED. 2005. 432 p. ISBN: 59-212-150-8
2. Fernández Hernández F, Sánchez González E. Carga epidemiológica vs carga económica del tabaquismo por morbilidad. Rev. de Ciencias Médicas Pinar Río.[ Internet] 2017; vol. 21(2)210-21673
3. Fernández Hernández F, Sánchez González E. Impacto del tabaquismo en el presupuesto sanitario de Cuba 1997-2014. Rev. Hosp. Psiquiátrico Habana. [Internet]. 2017 [citado 7 Jun 2021]; 14(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/31>
4. Abascal Winston, Lorenzo Ana. Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay. Salud Pública Méx. [Revista en la Internet].2017 [citado 2025 Abr 22]; 59(Suppl1):40-44. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci-arttextoi&pid=S0036-36342017000700040&Ing=es.https://doi.org/10.21149/8051>.
5. García Mayor J, Moreno Llamas A, Cruz Sánchez E. Prevalencia de tabaquismo y hábitos de vida relacionados con la salud en función del uso del tabaco tras la implantación de la Ley 42/2010: análisis de encuestas de salud en España 2009-2017.Rev.Esp.Salud Pública.[Internet].2019;93 e 2019070042. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201907042/>
6. Colectivo de Autores. Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011.La Habana. ECIMED, 2014. ISBN: 978-959-212-894-1.
7. Oficina Nacional de Estadística e Información. Encuesta de factores de riesgo para la salud y enfermedades no transmisibles [Internet] abril 2020.[citado 7 Jun 2021]Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/14699>
8. Fernández Hernández F, Sánchez González E. Estimating the economic burden attributable to some risk factor. Journal of clinical investigation and studies. online. ISSN: 2631-4002.
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana; 2020. [Internet]; 2020[citado 7jun2021].Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electronico-Español-2019-ed-2020.pdf>
10. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Álvarez Martínez EM. Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos. Resultados de su aplicación en Cuba, 2017. Rev haban cienc med [Internet]. 2019. [citado 7 Jun 2021]; 8(4):654-665. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext=S0036-3634201700070017>.

## **SOBRE LA AUTORA**

Doctora en Ciencias de la Educación Médica. Máster en Economía de la Salud. Profesora e Investigadora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-6401-2965>. e-mail: [lefbfernandez@gmail.com](mailto:lefbfernandez@gmail.com)

*Yamilet García González<sup>1\*</sup>, Jureck Guirola Fuentes<sup>2</sup>, Leannes García Rosales<sup>3</sup>, Yudisleidy Esmori Mena<sup>4</sup>, Dianelys Díaz Rodríguez<sup>5</sup>, Yadira González García<sup>6</sup>*

### RESUMEN

**Introducción:** el consumo de cigarro electrónico ha cobrado auge a nivel mundial. Estos se mostraron como una alternativa para dejar de fumar cigarrillo convencional lo que generó un aumento en el consumo del mismo por los jóvenes fundamentalmente existiendo una falsa creencia de que no generan adicción lo que los supone más inocuos. Es un tema del que se tiene poca información y que también está afectando a Cuba a pesar de que no se tengan estadísticas exactas de consumo.

**Objetivo:** relacionar los componentes del cigarro electrónico con el daño que provocan a la salud y mencionar los daños que provocan en diferentes sistemas y órganos.

**Métodos:** se realizó una revisión bibliográfica en sitios de impacto. Se incluyeron artículos tipo revisión sistemática, algunos estudios transversales y ensayos clínicos en inglés y en español utilizando palabras claves.

**Resultados:** el formaldehído, solventes y acetona se relacionan con la incidencia de cáncer de pulmón, así como la glicerina, nicotina, propilenglicol e hidrocarburos aromáticos policíclicos también tienen efecto carcinogénico. Los saborizantes se relacionan con la bronquiolitis obliterante. Los daños por el vapeo tienen relación con la bronquitis, neumotórax, fibrosis pulmonar, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, trastornos mentales, daños inmunológicos, daños en la piel.

**Conclusiones:** el cigarro electrónico posee múltiples componentes que tienen efectos sobre la salud que fueron presentados en tablas. Los sistemas más afectados son respiratorio, cardiovascular y neurológico.

**Palabras clave:** cigarros electrónicos, vapeo, daños a la salud, tabaquismo.

### ABSTRACT

**Introduction:** the consumption of electronic cigarettes has boomed worldwide. These were shown as an alternative to quit smoking conventional cigarettes, which generated an increase in the consumption of it by young people, fundamentally there being a false belief that they do not generate addiction, which means that they are more innocuous. It is an issue about which there is little information and that is also affecting Cuba despite the fact that there are no exact consumption statistics.

**Objective:** to relate the components of the electronic cigarette to the damage they cause to health and to mention the damage they cause to different systems and organs.

**Methods:** a bibliographic review was carried out at impact sites. We included systematic review articles, some cross-sectional studies, and clinical trials in English and Spanish using keywords.

**Results:** formaldehyde, solvents and acetone are related to the incidence of lung cancer, as well as glycerin, nicotine, propylene glycol and polycyclic aromatic hydrocarbons also have a carcinogenic effect. Flavorings are related to bronchiolitis obliterans. Damage from vaping is related to bronchitis, pneumothorax, pulmonary fibrosis, high blood pressure, ischemic heart disease, mental disorders, immune damage, skin damage.

**Conclusions:** the electronic cigarette has multiple components that have effects on health that were presented in the table. The most affected systems are respiratory, cardiovascular and neurological.

**Key words:** e-cigarettes, vaping, health harm, smoking.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente a nivel mundial existe un aumento significativo en el uso del cigarrillo electrónico. Este es un dispositivo electrónico capaz de liberar nicotina y algunas otras sustancias tóxicas y carcinogénicas. Fue creado en el 2003 en China y posteriormente se ha ido comercializando en el resto del mundo, con diferentes generaciones y marcas del dispositivo. Los saborizantes de los cigarrillos electrónicos se convierten en otro factor adicional para el aumento del consumo de dichos cigarrillos, ya que la gran diversidad de sabores, aromas y líquidos en el cigarrillo proporciona más atracción hacia los jóvenes.<sup>1</sup>

Algunos investigadores desde el año 2017 plantearon que para el 2023 las ventas de estos cigarrillos superarían a las ventas del cigarrillo tradicional. En el 2018, el 43 % de los estudiantes del último año en Estados Unidos ya habían probado alguna vez el cigarrillo electrónico, lo que significa un 20 % más con respecto al uso de cigarrillos convencionales.<sup>1</sup>

Algo preocupante es que en los últimos años el cigarrillo electrónico se mostró como una alternativa para dejar de fumar cigarrillo convencional lo que generó un aumento en el consumo del mismo elevando la exposición a nicotina en los adolescentes, comparado con el cigarrillo tradicional.<sup>2</sup> También existe una falsa creencia de que estos no generan adicción lo que los supone más inocuos.

Realmente este es un tema del que se tiene poca información y cuya veracidad no está totalmente probada por la comunidad científica. Su uso como reemplazo del cigarrillo tradicional no ha sido aprobado por la Food Drug Administration (FDA) ni por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Cuba no escapa al incremento del uso de vapeadores, como también se les llama, No hay un control específico sobre el consumo actual del mismo, pero sí se aprecia con mayor frecuencia en los jóvenes y aunque aún a nuestro centro es

insignificante el reporte de casos por consumo de estos, si se aprecia mayor aceptación en la población adolescente que acude a consulta. Estos desconocen el daño a la salud que puede ocasionar a corto, mediano y largo plazo.

En este contexto, países como Estados Unidos están viviendo dos epidemias: el reciente brote de lesiones pulmonares asociadas a cigarrillos electrónicos y el aumento de su uso por gente joven. Desde agosto de 2019 a febrero de 2020 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades ha reportado 2.807 casos de lesión pulmonar asociado al uso del mismo, con 68 muertes confirmadas.<sup>3,4</sup>

Diversos estudios muestran que jóvenes que nunca han fumado podrían encontrar en el cigarrillo electrónico una “puerta de acceso” a la adicción a la nicotina por ser más atractivo, novedoso y en muchos casos permitido. De hecho, estas agencias han reportado que el vapeo como alternativa saludable no es recomendable. De acuerdo con diversos estudios, se ha encontrado que el vapeo usado con el propósito de dejar de fumar, sólo lo ha reemplazado y el mal hábito de los fumadores continúa, por lo tanto, no es eficiente como medida para dejar de fumar.<sup>5</sup>

Cuba prohíbe su importación por Resolución 23-2020 del Ministerio de Salud Pública, pero a pesar de ello, el vapeo en la juventud cubana se ha ido convirtiendo en una nueva moda de consumo de nicotina sin mencionar que puede ser el vehículo para el consumo de otras drogas.

El Centro Nacional de Toxicología como rector de la especialidad en el país, ya alertó en este sentido y consideramos necesario profundizar y plasmar de manera precisa los daños que pueden ocasionar estos, motivo por el cual se desarrolla la siguiente revisión del tema con el objetivo de Relacionar los componentes del cigarrillo electrónico con el daño que provocan a la salud y Mencionar los daños a los diferentes sistemas y órganos.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en sitios de impacto PubMed, Lilacs, revistas académicas y Google académico, seleccionando artículos publicados. Se incluyeron artículos tipo revisión sistemática, algunos estudios transversales y ensayos clínicos en inglés y en español. Se encontraron un total de 64 bibliografías relacionadas con el tema de las que se seleccionaron 23 por su actualidad y ajuste al tema. Como palabras claves se utilizó cigarrillos electrónicos, vapeo, tabaquismo, daños a la salud.

## RESULTADOS

El cigarrillo electrónico (CE) es considerado un dispositivo que calienta y humedece un líquido a través de un microprocesador que se alimenta de baterías de litio recargables para crear un aerosol que es inhalado por el usuario y forma parte de los dispositivos electrónicos para la administración de nicotina al igual que el vapeo, que consiste en inhalar el vapor creado por un cigarrillo electrónico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las industrias que fabrican los CE han desarrollado una estrategia de marketing dirigida especialmente a población adolescente y joven, con variados modelos, colores, sabores y afirmaciones engañosas sobre los beneficios del consumo. Se ha demostrado que los usuarios que utilizan estos compuestos tienen una mayor prevalencia de síntomas respiratorios independientemente de si hay consumo de tabaco concomitante o no.<sup>6,7</sup>

El cigarrillo electrónico está compuesto por una batería que usualmente es recargable, una bobina de calentamiento, en la cual la cantidad de vapor depende de la temperatura, inclusive algunos dispositivos de nueva generación pueden modificarla, tiene una cámara vaporizante con una mecha que está en contacto con el líquido del cigarrillo electrónico, y finalmente la boquilla. Los más modernos tienen baterías más grandes, lo que hace que puedan calentar el líquido a temperaturas mayores, y con ello pueden generar más liberación de nicotina y demás sustancias

tóxicas que tiene el cigarrillo electrónico. Todo lo anterior aumenta el daño de este.

La mayoría de los cigarrillos electrónicos tienen un diseño parecido al cigarrillo tradicional. Estos contienen un líquido, el cual se calienta, produciendo un aerosol que es inhalado o “vapeado” por el consumidor.<sup>7</sup>

Diferentes compuestos podemos encontrar como parte del contenido de un cigarrillo electrónico. Estos de manera individual o al asociarse con otra sustancia puede ocasionar diferentes patologías. La nicotina es el elemento fundamental. La cantidad de nicotina presente en los cigarrillos está determinada por la carga de los cartuchos o la concentración del líquido con que sean recargados, que es aproximadamente entre 0-36 mcg. Muchas veces el nivel de nicotina que aparece en las etiquetas de los cigarrillos electrónicos es diferente a los valores medidos posteriormente.<sup>7</sup>

La nicotina produce aumento de la frecuencia cardiaca, del trabajo del miocardio y de la demanda de oxígeno; se ha demostrado que favorece la agregación plaquetaria y la vasoconstricción coronaria.<sup>6,7</sup>

A manera de resumen exponemos las sustancias que encontramos en el cigarro electrónico y las enfermedades con las que se relacionan.

Sustancia química	Componentes	Daños a la salud
Tóxicos	Formaldehído, acetaldehído, acroleína, nanopartículas, Alcaloides de tabaco, solventes, acetona, benzaldehído, y especies de oxígeno reactivas.	Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Aumento incidencia de cáncer de pulmón.
Metales	Cromo, aluminio,	Carcinogénico, Tóxico para el

Sustancia química	Componentes	Daños a la salud
	hierro, cobre, plata, zinc, estaño, magnesio, y arsénico.	sistema reproductor e inmune.
Saborizantes	Diacetil, 2,3 Pentanediona, y acetoina y tiene más de 7000 líquidos, con distintos sabores.	Bronquiolitis obliterante.
Compuestos Tóxicos en el aerosol del cigarrillo.	Glicol, Glicerina, Propilenglicol, nicotina.	Carcinogénico, dolor de cabeza.
Hidrocarburos aromáticos Policíclicos.	Antraceno, fenantreno y Nitrosaminas específicas de tabaco.	Carcinogénicos
Compuestos volátiles orgánicos.	Tolueno y Xileno	Dolor de cabeza, amnesia, disminución de la audición.  Hepatotoxicidad y nefrotoxicidad.

Se ha propuesto que al vapear hay menos daño que con el uso de los cigarrillos. Para plantear esto se basan en la menor concentración sérica de tóxicos y cancerígenos que presentan usuarios de cigarrillos electrónicos en comparación con fumadores, además de menor contenido de radicales libres en el vapor de cigarrillos electrónicos que en el humo del tabaco. En el humo de tabaco hay más de 4000 compuestos tóxicos y carcinogénicos que están ausentes en el electrónico; este a su vez suministra nicotina, pero está libre de combustión por lo que se le

atribuye menor riesgo cuando se compara con el cigarrillo tradicional. Sin embargo, no se puede concluir que la diferencia en biomarcadores según estudios, implica diferentes resultados en la salud y enfermedad de las personas.<sup>8</sup>

Es de interés para algunos profesionales el tema de la adicción teniendo en cuenta que, aunque debe ser menos, estos contienen como principal compuesto la nicotina. Existe controversia respecto a si son más o menos adictivos que los cigarrillos de tabaco.

Recientemente se publicó un estudio transversal con 13.311 adultos estadounidenses cuyo objetivo fue comparar la dependencia que proporcionan ambos. Los resultados de este estudio sugieren que el uso de los cigarrillos electrónicos estaría asociado de manera consistente con una menor dependencia que el consumo de cigarrillos normales.<sup>9</sup> Otro estudio señala justamente lo contrario.<sup>10</sup>

Sumamos a lo planteado que el cigarrillo electrónico últimamente es usado para la inhalación de otro tipo de sustancias aparte de la nicotina, como cannabis, bien sea puras o mezcladas con otras sustancias como es en Cuba la marihuana sintética, convirtiéndolo así en un vehículo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Son muchos los estudios que avalan el daño a la salud de los cigarrillos electrónicos en los diferentes sistemas y órganos:

- Sistema Respiratorio<sup>1, 10-15</sup>

Irritación de las vías aéreas, hipersecreción de moco, aumento de síntomas respiratorios en pacientes con asma, fibrosis quística y EPOC. Tanto el usuario del cigarrillo electrónico, como el que se expone de forma pasiva a este experimenta cefalea, tos seca, irritación de boca y garganta. Se han visto casos de fibrosis pulmonar y de neumotórax.

En la mayoría de casos, el daño pulmonar asociado al aerosol de los cigarrillos electrónicos se reporta a nivel del parénquima y las vías respiratorias inferiores. Se ha reportado eritema e

irritación de la mucosa en usuarios de cigarrillo electrónico que son previamente sanos y en casos más graves se ha encontrado daño bronquial.

Estudios en humanos han demostrado que el vapeo altera los genes de la mucosa nasal, los niveles y la expresión de más de 200 proteínas del epitelio bronquial asociadas con la funcionalidad de la membrana.

El CDC notificó a finales del 2019, 2051 casos de lesiones pulmonares asociado al vapeo, y 39 muertes.

- Sistema Cardiovascular <sup>1, 11, 15-17</sup>

Estudios encontraron que fumar cigarrillo electrónico produce un ligero aumento de la presión arterial diastólica. La nicotina aumenta la rigidez arterial y altera la microcirculación, lo que sugiere que la nicotina de los cigarrillos electrónicos, se convierte entonces en un factor de riesgo cardiovascular.

- Sistema Inmune <sup>1, 14</sup>

Aumenta los procesos inflamatorios, el estrés oxidativo, genera necrosis y apoptosis. Se ha descrito carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello, desregulación de la expresión génica y promoción de la infección por rinovirus humano. Estudios en humanos han demostrado la presencia de citotoxicidad, estrés oxidativo, inflamación de las células, aumento de roturas de cadenas de ADN y muerte celular.

- Sistema Nervioso Central <sup>1, 18</sup>

Hay evidencias de trastornos neurodegenerativos, déficit sensorial, convulsiones, enfermedades psiquiátricas y enfermedades cardiovasculares.

El glicerol induce alteración del ritmo circadiano.

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central y periférico, responsable de la adicción a los productos de tabaco, su inhalación puede causar mareo, náuseas o vómito, en la piel puede generar reacciones tóxicas y se debe tener en cuenta que algunos cartuchos tienen alta concentración de nicotina lo que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

- Sistema dermatológico <sup>20, 21</sup>

Se ha reportado quemaduras en piernas, áreas genitales, boca, cara y manos, debido a explosión de la batería.

- Orofaringe

Existe una posibilidad significativamente mayor de padecer dolor en la lengua o en el interior de la mejilla, y fractura de los dientes. La nicotina es el principal factor causal de los daños a nivel dental como son las fracturas o los dientes agrietados.

La generación del dispositivo, la experiencia del usuario, y el patrón de inhalación, son factores pueden aumentar la calefacción del cigarrillo, lo que a su vez modifica la composición del aerosol y hace que se aumenten los niveles de nicotina, formaldehído, acetona, acetaldehído y compuestos de carbonilo cuyo resultado final es el aumento de la toxicidad de éstos. La nicotina produce aumento de la frecuencia cardiaca, del trabajo del miocardio, aumento en la demanda de oxígeno, favorece además la agregación plaquetaria y vasoconstricción coronaria. La nicotina se considera una sustancia co-carcinogénica, aumentado el riesgo de cáncer de orofaringe y de páncreas, ya que inhibe la apoptosis celular y estimula la proliferación celular.

Son pobres los estudios que evalúen los efectos reproductivos del uso de cigarrillo electrónico en gestantes.

También son pocos los estudios que evalúan daños a largo plazo, teniendo en cuenta el tiempo en que vienen empleándose los cigarrillos electrónicos.

A pesar de que el cigarrillo electrónico con nicotina ayuda a controlar los síntomas de abstinencia no hay unidad de criterios según estudios que afirmen que pueda ser una herramienta eficaz para dejar de fumar.

Un informe de la Academia Nacional de Ciencias (NSA) plantea que para afirmar que el cigarrillo electrónico sea efectivo como estrategia para dejar de fumar aún es insuficiente el resultado

obtenido, aún no hay suficientes investigaciones que hablen sobre la seguridad de estos productos como herramienta a diferencia de las terapias de reemplazo de nicotina, que además de estar aprobadas por la FDA sí han demostrado ser efectivas.<sup>22, 23</sup>

Un estudio en Europa demostró que el uso de CE no es beneficioso para dejar de fumar; en el estudio se entrevistaron a más de 800 personas quienes tenían interés por dejar de fumar y que actualmente utilizan el CE como alternativa. De éstas, solamente 9 % (72 personas) reportaron haber dejado de fumar al preguntarles un año después.<sup>23</sup>

## CONCLUSIONES

- Los componentes del cigarro se asocian a efecto inmunotóxico, carcinogénico, neurotoxicidad sobresaliendo la nicotina, formaldehído, glicerina, hidrocarburos y compuestos volátiles orgánicos.
- Los cigarros electrónicos no son inocuos y su uso trae daños a la salud.
- Los daños al sistema respiratorio, cardiovascular y neurológicos son los fundamentales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Usuga David M. Efectos nocivos del cigarrillo electrónico para la salud humana. Una revisión. Revista Colombiana de Neumología Vol. 35 N° 1 | 202346. DOI: 10.30789/rcneumología.v35.n1.2023.604
2. Gómez-Restrepo C, Cabarique Méndez CA, Marroquín A, Botero-Rodríguez F, Leal A. Con respecto al día mundial sin tabaco, ¿los cigarrillos electrónicos pueden afectar la salud y la salud mental? Rev Colomb Psiquiatr. 2019 Jul;48(3):131-2. doi: 10.1016/j.rcp.2019.06.001
3. CDC's Office on Smoking, Health. Smoking and Tobacco Use; Electronic Cigarettes. 25 Feb 2020 [Consultado 24 Abr 2021]; Disponible en:

[https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/severe-lungdisease.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lungdisease.html)

4. Signes-Costa J, De Granda-Orive JI, Ramos Pinedo Á, Camarasa Escrig A, De Higes Martínez E, Rábade Castedo C, et al. Official Statement of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Electronic Cigarettes and IQOS®. Arch Bronconeumol. Nov 2019 [Consultado 24 Abr 2021];55(11):581-6. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-official-statement-spanishsociety-pulmonology-articulo-S1579212919302654>
5. Rehan HS, Maini J, Hungin APS. Vapeo versus smoking: a quest for efficacy and safety of E-cigarette. Curr Drug Saf. 2018;13(2):92-101.
6. Organización Mundial de la Salud. La OMS informa sobre los progresos en la lucha contra la epidemia de tabaquismo [Internet]. 2021 [citado 10 abr 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fightagainst-tobacco-epidemic>
7. Rodríguez L, Cárdenas A, Cáceres R, Ortega E. Frecuencia, actitud y conocimiento sobre el cigarrillo electrónico en estudiantes de medicina. Rev cient cienc salud [Internet]. 2022 [citado 10 abr 2023];4(1):47-53. Disponible en: <https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.01.2022.47>
8. Shiffman S, Sembower MA. Dependence on e-cigarettes and cigarettes in a cross-sectional study of US adults. Addiction, 20 Mar 2020 [Consultado 24 Abr 2021];115:1924-31. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.15060>

9. Jankowski M, Krzystanek M, Zejda JE, Majek P, Lubanski J, Lawson JA, et al. E-Cigarettes are More Addictive than Traditional Cigarettes-A Study in Highly Educated Young People. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 27 Jun 2019 [Consultado 24 Abr 2021];16(13). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16132279>
10. Ding Y, Klomparens E. Potential health risks of long-term e-cigarette use [Internet]. *Environmental Disease*. 2019 [Consultado 24 Abr 2021];4:1. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/ed.ed\\_10\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/ed.ed_10_19)
11. Landman ST, Dhaliwal I, Mackenzie CA, Martinu T, Steele A, Bosma KJ. Life-threatening bronchiolitis related to electronic cigarette use in a Canadian youth. *Can Med Assoc J*. 2019;191(48):1321-31. DOI: 10.1503/cmaj.191402
12. Prochaska JJ. The public health consequences of e-cigarettes: a review by the National Academies of Sciences. A call for more research, a need for regulatory action. *Addiction*. 2019;114(4):587-9. DOI: 10.1111/add.14478
13. Balmes JR. Vaping-induced Acute Lung Injury: An Epidemic That Could Have Been Prevented. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(11):1342-4. DOI: 10.1164/rccm.201910-1903ED
14. Madison MC, Landers CT, Gu BH, Chang CY, Tung HY, You R, et al. Electronic cigarettes disrupt lung lipid homeostasis and innate immunity independent of nicotine. *J Clin Invest*. 2019;129(10):4290-304. DOI: 10.1172/JCI128531
15. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017;171(8):788. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.1488
16. Farsalinos KE, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Savvopoulou M, Voudris V. Acute effects of using an electronic nicotine-delivery device (electronic cigarette) on myocardial function: comparison with the effects of regular cigarettes. *BMC Cardiovasc Disord*. 2014;14(1):78. DOI: 10.1186/1471-226114-78
17. Fernández LF, Martínez IL, Carrasco UF. Utilidad del índice Tei en el mundo real. *Revista de Ecocardiografía Práctica y Otras Técnicas de Imagen Cardíaca* [Internet]. 2017;(6):53-6. DOI: 10.37615/retic.n6a14
18. Martínez J, Cueva J, Guailacela J, Ochoa M, Hinojoza J. Uso del cigarrillo electrónico en estudiantes de Latinoamérica. *Rev Med Ateneo* [Internet]. 2022 [citado 11 oct 2023]. Disponible en: <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/184>
19. Wharton JD, Kozek LK, Carson RP. Increased Seizure Frequency Temporally Related to Vaping: Where There's Vapor, There's Seizures? *Pediatr Neurol*. 2020;104:66-7. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2019.10.006
20. McKenna LA. Electronic Cigarette Fires and Explosions in the United States 2009 – 2016 [Internet]. U.S. Fire Administration; 2017 [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic\\_cigarettes.pdf](https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf)
21. Treitl D, Solomon R, Davare DL, Sanchez R, Kiffin C. Full and Partial Thickness Burns from Spontaneous Combustion of E-Cigarette Lithium-Ion Batteries with Review of Literature. *J*

- Emerg Med. 2017;53(1):121-5. DOI: 10.1016/j.jemermed.2017.03.031
22. Cho JH. The association between electronic-cigarette use and self-reported oral symptoms including cracked or broken teeth and tongue and/or inside-cheek pain among adolescents: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2017;12(7). DOI 10.1371/journal.pone.0180506
23. OPS/OMS. Los cigarrillos electrónicos son perjudiciales para la salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]; 2021 [citado el 24 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/23-5-2020-cigarrillos-electronicos-sonperjudiciales-para-salud>

## SOBRE LOS AUTORES

- 1- Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Toxicología Clínica y en Prevención del uso indebido de drogas. Profesora e investigadora auxiliar. Cenatox. <https://orcid.org/0000-0001-5730-2585>. e-mail: [yamiletgarcia@cenatox.gub.cu](mailto:yamiletgarcia@cenatox.gub.cu)
- 2- Especialista 1er Grado en Medicina General Integral Militar y en Toxicología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor auxiliar. Hospital Militar de Matanzas. <https://orcid.org/0000-0003-2441-4913>
- 3- Especialista 1er Grado en Medicina General Integral Militar y en Toxicología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor instructor. Cenatox. <https://orcid.org/0000-0002-5731-5658>
- 4- Especialista 1er Grado en Medicina General Integral y en Toxicología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Cenatox. <https://orcid.org/0000-0003-3172-0994>
- 5- Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Máster en Toxicología Clínica. Profesora Auxiliar. Cenatox. <https://orcid.org/0000-0003-3387-0494>
- 6- Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Frank País García. <https://orcid.org/0000-0003-4824-4437>

# CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

*Justo Reinado Fabelo Roche<sup>1</sup>, Abdón Ribero Ardila<sup>2</sup>*

## RESUMEN

**Introducción:** las terapias contextuales, de tercera generación o tercera ola de terapias de la conducta, constituyen un conjunto de terapias y tratamientos creados con el propósito de despatologizar y aceptar el síntoma.

**Objetivo:** describir la Terapia Dialéctico Conductual y su utilidad para el tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias.

**Desarrollo:** en la Terapia Dialéctico Conductual se promueve combinar la exhortación al cambio con la aceptación y validación del malestar. Sus facetas fundamentales se dirigen a abordar la Desregulación de las emociones, los posibles traumas y la resolución de problemas vitales, fortaleciendo el auto respeto y la autoestima. Sus componentes esenciales van encaminados al entrenamiento en habilidades de forma grupal (habilidades básicas de conciencia, de eficiencia interpersonal, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar) y a la psicoterapia individual. Dado que en los pacientes con adicciones son muy frecuentes los trastornos de personalidad como diagnóstico dual, esta terapia constituye un recurso válido.

**Conclusiones:** la Terapia Dialéctico Conductual constituye un procedimiento terapéutico útil para el tratamiento de los trastornos adictivos. Según la bibliografía revisada y la experiencia de los autores, ello se debe a que se trata de un tratamiento integrativo, multimodal y flexible, aplicable tanto a jóvenes como a adolescentes y adultos en general, cuya eficacia para el abordaje de emociones y comportamientos problemáticos, ha sido verificada. Una de sus ventajas indiscutibles es que se centra en la desregulación emocional, uno de los síndromes más frecuentes entre las personas con Trastornos por Uso de Sustancias.

**Palabras Clave:** terapias contextuales; terapia dialéctico conductual; técnicas cognitivo conductuales; trastornos por uso de sustancias; desregulación emocional; teoría biosocial.

## ABSTRACT

**Introduction:** contextual therapies, third-generation or third-wave behavioral therapies, constitute a set of therapies and treatments created with the purpose of depathologizing and accepting symptoms.

**Objective:** to describe Dialectical Behavior Therapy and its usefulness for the treatment of Substance Use Disorders.

**Development:** Dialectical Behavior Therapy promotes the combination of encouragement to change with acceptance and validation of distress. Its fundamental phases address emotional dysregulation, potential trauma, and life-problem resolution, strengthening self-respect and self-esteem. Its essential components focus on group skills training (basic awareness skills, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance) and individual psychotherapy. Given that dual personality disorders are very common among patients with addictions, this therapy is a valid resource.

**Conclusions:** Dialectical Behavior Therapy constitutes a useful therapeutic procedure for the treatment of addictive disorders. According to the reviewed literature and the authors' experience, this is due to its integrative, multimodal, and flexible nature, applicable to young people, adolescents, and adults in general, and its proven effectiveness in addressing problematic emotions and behaviors. One of its indisputable advantages is that it focuses on emotional dysregulation, one of the most

common syndromes among people with Substance Use Disorders.

**Key words:** contextual therapies; dialectical behavior therapy; cognitive behavioral techniques; substance use disorders; emotional dysregulation; biosocial theory.

## INTRODUCCIÓN

El reconocido éxito de las terapias conductuales contextuales en la prevención y atención de los trastornos adictivos impone una aproximación al tema y cierta contradicción interna en el terapeuta. <sup>1</sup> La psicoterapia tradicional basada en la epistemología hermenéutica y fenomenológica apuesta por la interpretación y la no directividad rogeriana. Con frecuencia, cuando se aborda este tema en contextos latinoamericanos, no son pocos los profesionales de la salud mental con formación psicoanalista y humanista los que se interesan, pero al mismo tiempo sienten que ello contradice sus presupuestos teóricamente sustentados.

Muchas veces se preguntan si las terapias conductuales contextuales no se quedan a nivel externo sintomatológico sin abordar los significados del consumo, qué papel juegan las pulsiones de vida y de muerte que nos acompañan durante la vida, etc. La práctica profesional del psicólogo asume dos caminos precisos. Se basa en una posición determinada para abordar cada problemática (Psicoanálisis, Humanismo, Conductismo, Psicología Histórico Cultural, Constructivismo, etc.) o desde su práctica profesional se arriesga a construir un modelo integrativo propio que le permita no renunciar a los aportes de la infinidad de posiciones teóricas que coexisten hoy y que ciertamente son inabarcables. <sup>2</sup>

Una aproximación rigurosa a esta temática debe posicionarse en una conceptualización del comportamiento que lo defina como una manifestación de procesos complejos originados en la mente de cada individuo. Estos procesos, a pesar de su carácter interno, se ven condicionados ante varios factores externos en los que se encuentran inmersos los seres humanos. <sup>3</sup> Comportamiento es todo lo que el

individuo hace o dice, independientemente de que sea o no observable. No es reductible a una actividad biológica e implica siempre una acción del individuo en relación con el medio (que puede ser el propio organismo o el entorno físico o social).

Para abordar el comportamiento de riesgo las técnicas conductuales, según la evidencia reconocida por la comunidad científica, son muy eficaces. Hoy se reconocen cuatro generaciones de técnicas conductuales. Algunos ejemplos son los siguientes:

Figura 1. Generaciones de técnicas conductuales



Las terapias contextuales, de tercera generación o tercera ola de terapias de la conducta, constituyen un conjunto de terapias y tratamientos creados con el propósito de despatologizar y aceptar el síntoma, pero desde un enfoque global y próximo a la persona más que al problema, teniendo en cuenta la vivencia del paciente, de su problema y cómo el contexto social y cultural han producido que su conducta sea poco adaptativa. A diferencia de otras técnicas de modificación de conducta las terapias de tercera generación se basan en el poder del contexto y del diálogo para conseguir cambiar la relación con el entorno a través de la aceptación del problema tanto por parte del paciente como del terapeuta. <sup>4</sup>

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se ubica dentro de las llamadas terapias de tercera generación. Desarrollada por Marsha Linehan, profesora de Psicología y Ciencias de la Conducta en la Universidad de Washington. <sup>5</sup> Se trata de un programa terapéutico, basado en la evidencia y específico para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad y otros trastornos complejos que tienen como base una desregulación severa de las emociones,

sustentada en la teoría biosocial, propone que factores biológicos y ambientales contribuyen a la desregulación emocional.

La TDC es principalmente conocida por ser el tipo de tratamiento que más apoyo empírico tiene en el tratamiento del trastorno de personalidad límite. Desde su perspectiva se entiende este trastorno como un patrón continuado de desregulación emocional debido a la interacción entre variables biológicas que predisponen a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante restrictivo de las emociones que impide que puedan ser gestionadas con eficiencia.

La visión dialéctica de la realidad,<sup>6</sup> el mundo y la conducta parte de considerar que la realidad está formada de partes que se interrelacionan y que funcionan como un todo: las conductas de un individuo no pueden entenderse de forma individual, sino como partes de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo. Si un sujeto aprende una determinada habilidad, también deberá aprender otras relacionadas con aquella y capacitarse, al mismo tiempo, para influir sobre el ambiente y así poder llevar a cabo su aprendizaje.

La realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí. El sujeto con Trastorno Límite de Personalidad está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr una síntesis viable, entre, por ejemplo, su necesidad de aceptarse a sí mismo tal cual es y su necesidad de cambiar. La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o proceso, el individuo y el ambiente llevan a cabo una transacción continua; la terapia se concentra en ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio.

El objetivo del presente estudio fue describir la Terapia Dialectico Conductual y su utilidad para el tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias.

## **DESARROLLO**

El contenido de este artículo es resultado de una revisión narrativa de informes técnicos y textos

publicados durante los últimos 15 años sobre TDC que se encuentra disponibles en las bases de datos PubMed, Google Académico y SciELO. Se utilizaron las palabras clave Terapia Dialectico Conductual y Trastornos por uso de sustancias en español e inglés. Se trabajó con 20 unidades de análisis que fueron valoradas como suficientes para dar respuesta al objetivo trazado.

La TDC constituye una herramienta de trabajo especialmente útil para abordar trastornos en que es significativa la ausencia del control conductual de los usuarios de un servicio de salud mental. Su estructura se organiza en sesiones de trabajo en las que se avanza desde la directividad hasta la libertad del paciente para asumir decisiones en pro de garantizar su bienestar y supervivencia. Se trata de una propuesta encaminada a motivar al sujeto para continuar adelante, mejorar su estado emocional y alcanzar sus metas y propósitos vitales. Inicialmente se desarrolla un entrenamiento en habilidades específicas para que el usuario sea más capaz de aceptarse a sí mismo y adaptarse al entorno.

En este enfoque terapéutico se promueve combinar la exhortación al cambio con la aceptación y validación del malestar. De nada vale enfrentarse a realidades angustiantes ignorándolas ya que aceptándolas es como mejor pueden superarse y controlar las emociones negativas que genera. Para cumplimentar dicho objetivo la TDC se auxilia de diversas técnicas que propician la aceptación ineludible de la realidad y la promoción de la activación conductual posterior.<sup>7</sup>

En este sentido, probablemente algunos de los procedimientos más simples y eficaces sean los resultantes de las llamadas técnicas dialécticas entre las que se encuentra la conocida popularmente a partir de la metáfora “Si la vida te da limones, haz limonada”, la activación de la “mente sabia” (emocional-racional) y la basada en que el terapeuta asuma la posición de “abogado del diablo” (*advocatus diaboli*) para promover el cambio.<sup>8</sup>

Para la consecución de dicho propósito, la TDC asimila terapias de segunda y de cuarta

generación como la solución de problemas, el análisis conductual, la psicoeducación y la provisión de material informativo y didáctico, el manejo de límites, el aprendizaje de habilidades, la exposición, plan de crisis, habilidades para la tolerancia al malestar, atención individual y grupal, prácticas de mindfulness y coaching telefónico.<sup>9</sup>

Figura 2. Fases de la Terapia Dialéctico Conductual

FASES	OBJETIVOS
Fase 1: Desregulación de las emociones y de las conductas mediante el aprendizaje de habilidades básicas y la disminución de conductas autodestructivas.	Aumentar la tolerancia al malestar y control de las conductas autodestructivas que puedan disminuir la calidad de vida (como por ejemplo el abuso de sustancias)
Fase 2: Abordar posibles traumas, priorizando situaciones generadoras de estrés, ansiedad y angustia.	Desarrollar habilidades para la regulación emocional superando estigmatización y autoinculpación
Fase 3: Resolver problemas de la vida fortaleciendo el auto respeto y la autoestima.	Desarrollar habilidades sociales e interpersonales creando un auto concepto realista más positivo

### *Fase 1: Desregulación de las emociones y de las conductas*

En ella se promueve rescatar la calidad de vida y bienestar subjetivo de las personas.<sup>10</sup> Se pone el acento en controlar las conductas autodestructivas como el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y el estilo de vida desorganizado. Acá lo esencial es el aprendizaje, para lo cual es apremiante desaprender comportamientos ya establecidos. La disciplina y respeto al encuadre del proceso terapéutico es garantía de éxito.<sup>11</sup>

### *Fase 2: Abordaje de posibles traumas*

Cuando el paciente ha logrado mayor estabilidad en su vida emocional y ha aprendido habilidades para aceptar los desafíos de las circunstancias adversas, puede abordar directamente sus traumas con el objetivo de evitar sentirse culpable y entregarse a pensamientos

desiderativos que en nada ayudan a superar las crisis. Superar la desregulación emocional y mejorar las relaciones interpersonales, continúa siendo la diana del proceso terapéutico.<sup>12</sup>

### *Fase 3: Resolver problemas de la vida y fortalecer el auto respeto y la autoestima.*

Se refuerzan los procesos autorreferenciales en aras de propiciar una valoración de sí mismo adecuada, una autoestima que propicia la motivación por la vida y un yo sostenido por proyectos futuros alcanzables. La toma de decisiones debe basarse en una concepción del mundo integradora resultante de una cosmovisión positiva y amplia. Para considerar que se cumplieron los objetivos de esta fase debe valorarse la estabilidad del cambio y la regulación emocional.<sup>13</sup>

Figura 3. Componentes de la Terapia Dialéctico Conductual

COMPONENTES	OBJETIVOS
Componente 1 El entrenamiento en habilidades	Desarrollar habilidades básicas de conciencia, eficiencia interpersonal, regulación de las emociones y tolerancia al malestar
Componente 2 Psicoterapia individual	Reducir las conductas que atentan contra la vida, interfieren en el tratamiento y en la calidad de vida  Incrementar las estrategias de afrontamiento destinadas a la regulación emocional

### *Componente 1: El entrenamiento en habilidades*

Generalmente se hace mediante técnicas grupales, lo que facilita que se fomente la interacción social y la motivación colectiva.<sup>14</sup> Ello permite identificar y modelar comportamientos en los participantes y garantiza el desarrollo de habilidades múltiples útiles para avanzar en el tratamiento. Además, el grupo fortalece las redes de apoyo social y permite el

aprendizaje circular minimizando las reacciones de estrés y desgaste emocional.<sup>15</sup>

Figura 4. Habilidades a desarrollar mediante la Terapia Dialéctico Conductual

HABILIDADES	CONTENIDOS
1. Habilidades básicas de conciencia	Aprender a controlar nuestra propia mente, en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros
2. Habilidades de eficiencia interpersonal	Se utiliza el role playing de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes que puedan resultar problemáticas
3. Habilidades de regulación de las emociones	Los pacientes aprenden a tolerar sus emociones y a ser capaces de cambiar la respuesta emocional y conductual que dan a ellas
4. Habilidades de tolerancia al malestar	Las habilidades de aceptación de la realidad tienen que ver con aceptar, de una forma no enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual

### 1. Habilidades básicas de conciencia

En este caso se promueve fomentar la conciencia del entorno y de sí mismo, para lo cual se emplean procedimientos procedentes de la terapia de atención plena (mindfulness) y la meditación. Se fomenta el control mental y la perspectiva presente como forma de combatir la dispersión atencional, intentando superar la dicotomía racional- emocional a través de la llamada “mente sabia” que se consolida a través del entrenamiento en habilidades específicas.<sup>16</sup>

### 2. Habilidades de eficiencia interpersonal

En este caso se trabaja en el entrenamiento en habilidades que facilitan el desenvolvimiento social. Con frecuencia se utiliza el role playing de situaciones específicas. Se parte de reproducir interacciones que resultan complejas para el paciente con el objetivo de fomentar la autoeficacia, desarrollar la asertividad y facilitar la integración social constructiva. El

entrenamiento puede complementarse con ejemplos de la vida cotidiana que el sujeto debe afrontar.<sup>17</sup>

### 3. Habilidades de regulación de las emociones

El paciente debe aprender a conocer sus estados emocionales y su función en el contexto en que vive. Ello fomenta el empoderamiento individual y reduce la vulnerabilidad a propiciar el desarrollo de un estilo de vida promotor de la salud y el bienestar. En este caso el entrenamiento en técnicas de gestión del tiempo facilita el incremento de la conciencia y la regulación emocional adecuada, disminuyendo manifestaciones desadaptativas como en uso indebido de drogas.<sup>18</sup>

### 4. Habilidades de tolerancia al malestar

La TDC propone la aceptación de lo inevitable como forma de afrontar la adversidad. Se subraya que el dolor y el sufrimiento son eventos vitales ineludibles y por tanto su aceptación es la única forma posible de abordarlos. Para ello se fomentan habilidades de supervivencia a las crisis y habilidades de aceptación de la realidad mediante las cuales se aprende a percibirse a sí mismo y al ambiente objetivamente, evadiendo pensamientos desiderativos.<sup>19</sup>

### Componente 2: Psicoterapia individual

La psicoterapia individual constituye el aspecto medular de la TDC. El paciente debe vivenciar al terapeuta como un prestador de ayuda psicológica y este debe ser consecuente con su rol no enjuiciador en el que deberá promover un equilibrio entre la aceptación de las emociones, las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio. Sus objetivos son reducir conductas autodestructivas, fomentar la adherencia terapéutica, incrementar la calidad de vida y propiciar la asunción de estrategias de afrontamiento destinadas a la regulación emocional.<sup>20</sup>

El abordaje individual facilita, ajustar patrones conductuales establecidos. En ese sentido, la TDC reconoce como conveniente desactivar las respuestas que se emiten a partir de la

vulnerabilidad emocional (evitación de experiencias y emociones negativas) y de la auto-invalidación (la inhibición de respuestas emocionales; la percepción negativa de uno mismo y la exageración de la facilidad de resolución de problemas actuales) Tales patrones conductuales son muy frecuentes en el paciente adicto, lo que impone la necesidad de trabajarlos desde la terapia.

Debe recordarse que, entre las comorbilidades o patología dual, más frecuentes en personas con diagnóstico de Trastorno por uso de sustancia, se encuentran los trastornos de personalidad. Por tanto, una terapia cuya utilidad para el tratamiento del trastorno límite de personalidad ha sido evidenciada fehacientemente, es aplicable y en buena medida necesaria para tratar las adicciones. La TDC y todas las terapias contextuales se basan en procesos con el objetivo de promover el desarrollo de competencias para promover cambios en la vida del cliente, lo cual indudablemente repercute en mejorar las prácticas asistenciales psicológicas en todas las áreas de la salud mental.

## CONCLUSIONES

Se impone asumir críticamente los aportes de los enfoques directivos o no directivos y utilizarlos desde una posición integradora ajena al eclecticismo superficial. No se trata de cambiar de posición cuando nos parece conveniente, sino de ser capaces de asimilar lo valioso de cada una y ser capaces de utilizarlos con el fin de lograr el bienestar de nuestros pacientes. Efectivamente los comportamientos de riesgo, entre ellos el uso indebido de drogas y otras actividades adictógenas, pueden ser abordadas con éxito desde las terapias conductuales contextuales. Ello no niega que desde otras perspectivas también pueda contribuirse a la salud de quienes presentan dicha problemática.

No obstante, la TDC constituye un procedimiento terapéutico de reconocida utilidad en el tratamiento de los trastornos adictivos. Según la bibliografía revisada y la experiencia de los autores, ello se debe a que se trata de un tratamiento integrativo, multimodal y flexible,

aplicable tanto a jóvenes como a adolescentes y adultos en general, cuya eficacia para el abordaje de emociones y comportamientos problemáticos, ha sido verificada. Una de sus ventajas indiscutibles es que se centra en la desregulación emocional, una de los síndromes más frecuentes entre las personas que usan, abusan o dependen de sustancias psicoactivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pañero Herranz C. Revisión sistemática: terapias contextuales (ACT, FAP, Mindfulness), adicciones, trastornos afectivos y psicooncología, 2024  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/84112>
2. Alba FL. Persona y acción, hacia una psicología integrativa. *Grafó. Revista de la Escuela de Humanidades de la Universidad Anáhuac Querétaro*, 2024  
<https://publicaciones.anahuacqro.edu.mx/index.php/grafografo/article/view/10>
3. Acevedo A. Comportamientos humanos: qué son, características, tipos y ejemplos de las conductas humanas, 2022.  
<https://www.cinconoticias.com/comportamientos-humanos/>
4. García H, Balam H. Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista electrónica de psicología Iztacala*.2019;22(2),1068.  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art15.pdf>
5. Albarrán S, Alva P, Correa M, De la Cruz E, Ramírez T. El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of neuroscience and public health*, 2021;1(1), 5-11.  
<https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/126>

6. de la Vega I, Sánchez Quintero. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicol.* 2013; 10(1): 45-56. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
7. Feliu-Soler Albert, Borràs Xavier, Soler Ribaudi J. Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, 2014 <https://ddd.uab.cat/record/127092>
8. González MÁ. Eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en el Trastorno Límite de Personalidad. Un metaanálisis de las dos últimas décadas, 2021. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23455>
9. Marco Sánchez S. Variables relacionadas con el trastorno límite de personalidad en la adolescencia y estudio preliminar de la eficacia de dos modalidades de terapia dialéctico-conductual, 2025. <https://docta.ucm.es/entities/publication/39364e59-9c27-4bb0-b6b0-9ae431d755ed>
10. Albarrán S. El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad." *Journal of neuroscience and public health.*2021:5-11. <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/126>
11. Retana Chacón FM. Estudio de Caso en Regulación emocional de la terapia Dialéctica Conductual en paciente con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*,2023:59-71. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/579>
12. Araya Benavides N. Revisión bibliográfica: Manejo de la desregulación emocional en adolescentes desde la Terapia Dialéctico Conductual para Adolescentes (DBT-A), 2023 <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/90091c51-d3b1-4072-9880-eb99e4153684>
13. García Badillo A. Revisión bibliográfica sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del abuso de sustancias, 2020. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/38030>
14. Wolman M. *La terapia dialéctica conductual desarrollada por Marsha Linehan para pacientes con trastorno límite de la personalidad.* Diss. Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología, 2020. <http://190.221.29.250/handle/123456789/9995>
15. de la Vega I, Sánchez Quintero S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite." *Acción psicológica*, 2013: 45-55. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030771005.pdf>
16. Moreno Montenegro CL. Análisis de los alcances y limitaciones de la terapia Dialectico-Conductual como herramienta para adolescentes con conductas autolesivas y tendencias suicidas por medio de una sistematización documental en Latinoamérica, 2023 <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/58063>
17. Capeans Ramos MP. Terapia sistémica y terapia dialéctica conductual para el trastorno de personalidad límite, 2021. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50818>

18. Miguel Riveiro S. Un caso de bulimia nerviosa aplicando entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual. 2024. <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/10143>
19. Paredes Silva CR. Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de investigación Talentos* 2022:84-100.
20. Cremades Camila. Estudio piloto sobre el efecto de un taller para el manejo efectivo del enojo basado en terapia dialéctica conductual. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 2024:16-24. <https://www.revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/656>.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8630064>

## SOBRE LOS AUTORES

- 1- Psicólogo, Dr. C. de la Salud, Master en Psicología Clínica, Especialista en Psicología de la Salud. Profesor e Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-5316-0951>. e-mail: [fabelo@infomed.sld.cu](mailto:fabelo@infomed.sld.cu)
- 2- Psicólogo, Magíster en Terapias Psicológicas de Tercera Generación Especialista en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-6028-8056>.

Victor Manuel Ruiz Hernández<sup>1\*</sup>, Camilo Boedo Alonso<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** la investigación aborda la compleja relación entre adicciones y migración en jóvenes cubanos, enfatizando cómo los procesos migratorios alteran los estilos de vida y el estado psíquico de los individuos. Aquellos con limitados recursos de afrontamiento tienden a recurrir al consumo de sustancias, especialmente durante la adolescencia, período crítico donde pueden iniciar comportamientos adictivos, los cuales pueden perpetuarse en la adultez.

**Objetivo:** describir algunas de las bases teóricas para el estudio de la motivación migratoria en adultos jóvenes adictos.

**Desarrollo:** este artículo busca ofrecer una fundamentación teórica que permita comprender la motivación migratoria entre jóvenes adictos, partiendo del contexto migratorio cubano, y considerando que la migración se acompaña de un estrés significativo que puede conducir al consumo de sustancias, especialmente cuando el migrante no cuenta con redes de apoyo. Se revisaron bases de datos reconocidas, SciELO, Redalyc y Academia y se seleccionaron por su pertinencia al tema 31 referencias.

**Conclusiones:** se destaca la importancia de desarrollar estrategias de prevención y atención que aborden las particularidades de estos jóvenes en contextos migratorios, así como la necesidad de una coordinación efectiva entre comunidades e instituciones para enfrentar el fenómeno de manera integral.

**Palabras clave:** motivación, migraciones, migraciones en jóvenes adictos, motivaciones en jóvenes adictos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The research addresses the complex relationship between addictions and

migration in young Cubans, emphasizing how migratory processes alter the lifestyles and psychic state of individuals. Those with limited coping resources tend to resort to substance use, especially during adolescence, a critical period when they can initiate addictive behaviors, which can be perpetuated into adulthood.

**Objective:** To describe some of the theoretical bases for the study of migratory motivation in addicted young adults.

**Development:** This article seeks to offer a theoretical foundation that allows understanding the migratory motivation among young addicts, based on the Cuban migratory context, and considering that migration is accompanied by significant stress that can lead to substance use, especially when the migrant does not have support networks. Recognized databases, SciELO, Redalyc and Academia, were reviewed and 31 references were selected for their relevance to the topic.

**Conclusions:** The importance of developing prevention and care strategies that address the particularities of these young people in migratory contexts is highlighted, as well as the need for effective coordination between communities and institutions to face the phenomenon in a comprehensive manner.

**Key words:** motivation, migrations, migrations in young addicts, motivations in young addicts.

## INTRODUCCIÓN

Tanto las adicciones como la migración constituyen fenómenos individualmente complejos, cuya articulación no resulta extraña, teniendo en cuenta que los procesos migratorios entrañan una serie de alteraciones de los estilos de vida y el estado psíquico de quienes se involucran en ellos. Con frecuencia, aquellos

individuos con escasos recursos personales de afrontamiento recurren al consumo de sustancias.

Las adicciones, aunque suelen comenzar en la adolescencia, pueden extenderse hacia la edad adulta, particularmente en aquellos sujetos que no han logrado alcanzar indicadores adecuados de madurez en esta etapa. En este sentido, las adicciones pueden impactar aún más en las proyecciones futuras de los adultos jóvenes, quienes optan por la migración en busca de mejores condiciones de vida. La comprensión de la interrelación de ambos fenómenos y su contextualización en la sociedad cubana no han sido suficientemente abordados. Este artículo tiene como objetivo describir algunas de las bases teóricas para el estudio de la motivación migratoria en adultos jóvenes adictos.

## DESARROLLO

Se realizó una revisión bibliográfica a través del motor de búsqueda Google, en febrero de 2025. Fueron identificadas 69 fuentes referentes al tema, algunas de ellas localizadas en bases de datos como SciELO, Redalyc y Academia. De estas, fueron seleccionadas 31 para su examen más profundo, relativas a las características del desarrollo en adultos jóvenes, los factores que los conducen al consumo de sustancias, el contexto migratorio y de consumo nacional e internacional y la relación dialéctica entre el proceso migratorio, el estrés y otras alteraciones psíquicas, y el consumo de sustancias. Dichas temáticas fueron desarrolladas en 5 acápites. Los métodos empleados fueron el histórico-lógico y el analítico sintético.

### Generalidades del desarrollo en adultos jóvenes

En la etapa juvenil se forma una concepción del mundo que permite ver y valorar el entorno de manera objetiva, conduciendo a la autodeterminación.<sup>1</sup> Esta concepción es generalizada y prepara al individuo para sistematizar la información, tomar partido ante problemas sociales y morales, y definir un sentido de vida. Es un momento de planes, objetivos, metas y proyectos vitales, elección de la profesión y autodeterminación personal.<sup>2</sup>

La edad adulta se considera una época de madurez y productividad. Por lo regular, implica estabilidad relativa en un gran número de áreas: incremento de la autonomía, disminución de la reactividad y de la dependencia respecto a condiciones externas, así como la articulación de proyectos personales y replanteamiento de metas y aspiraciones. La experiencia acumulada en este punto posibilita al adulto actuar de forma crítica, autocrítica y reflexiva.

Dos eventos vitales integran la fuente principal de las vivencias y el desarrollo del adulto: la actividad laboral y la comunicación familiar. La primera puede ser potenciadora u obstaculizadora en lo que respecta a sus necesidades jerarquizadas. En la comunicación familiar tienen lugar cambios importantes, tales como la formación de una nueva familia, y su posterior consolidación y estabilización; la concientización de los lazos afectivos con los padres en proceso de envejecimiento y con el/la cónyuge.

Las relaciones con el vecindario y agrupaciones formales e informales son generadoras de nuevas vivencias. Las negativas pueden provenir de traumas, cárceles, situaciones económicas precarias, soledad, aislamiento, migración de seres queridos, entre otras.<sup>2</sup>

Para el modelo histórico-cultural, las crisis de la edad adulta son generadoras de contradicciones que conducen a transformaciones cualitativas. Algunos de los rasgos que caracterizan estas crisis incluyen problemas de identidad, insatisfacción con uno mismo, incapacidad de dirigir las acciones propias en la dirección deseada, desmotivación, pérdida del sentido de la vida, apatía, insensibilidad y disminución de capacidades. De no superarse estos estados, pueden constituirse en auténticas barreras para el desarrollo y perpetuarse,<sup>2</sup> conduciendo a los individuos a una serie de conductas desviadas, como son las adicciones.

Erik Erikson considera que cada etapa presenta al individuo una serie de problemas o tareas decisivas. Estos problemas son los mismos de una etapa a otra, pero pueden hallarse en su fase inmadura, crítica o resolutoria. De no ser

superada la crisis correspondiente, esta deberá ser arrastrada a la siguiente etapa. Las etapas se definen según dicotomías o antítesis críticas. A la joven edad adulta (18-30 años) le corresponde la antítesis crítica intimidad versus aislamiento. El no lograr los objetivos correspondientes a la intimidad podría acarrear sentimientos de aislamiento y separación.<sup>3</sup>

Usualmente, el consumo de drogas tiene sus inicios o antecedentes en la adolescencia, período de cambios drásticos y conflictivos. Esta etapa es crítica en lo que se refiere a las conductas de riesgo en general, especialmente para el uso de sustancias. La adultez temprana es también considerada una etapa donde, o bien se inician las adicciones (si no comenzaron antes), o se consolidan. Los procesos críticos del desarrollo normal de la adultez, cuando no se gestionan y se superan adecuadamente, pueden predisponer al consumo de drogas. Para las personas que consumen drogas desde la adolescencia, el desarrollo no transcurre de manera normal, por lo que las generalidades anteriores deben relativizarse y usarse más bien como referentes de comportamiento normal.

Factores principales que inciden en el consumo de sustancias en adultos jóvenes:

Generalmente, las personas recurren al consumo de drogas por diversas razones. González Menéndez y Donaire Calabuch<sup>4</sup> identifican seis vías principales que conducen a la adicción: la sociocultural, la hedónica, la asertiva, la evasiva, la sintomática y la constitucional.

El entorno demográfico en el que vive una persona es crucial. Algunas personas pueden percibir el consumo de drogas como algo normal, ya que han estado expuestas a esa experiencia desde temprana edad. Es un hecho aceptado que mientras más temprano es el inicio del consumo de drogas, más se prolonga su uso en la edad adulta.

El paso del uso a la dependencia de drogas pasa por diferentes etapas: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo de

sustancias, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento y 6) una posible fase de recaída.<sup>5</sup> En cada una de ellas están implicados distintos factores y niveles de riesgo.

Aunque el consumo de drogas puede remitir al final de la adolescencia, este período puede ser determinante en su continuación y posterior consolidación.<sup>5</sup> El paso a la adultez resulta fundamental en la disminución del consumo de sustancias.<sup>6</sup> En Cuba se observa un retraso de la asunción de los roles propios de la adultez, lo cual podría incentivar la prolongación del consumo.

El estilo y relación de apego con los padres influye de manera significativa en la formación de la personalidad y en el desarrollo de recursos eficientes de autorregulación de la conducta. Los sujetos que poseen un tipo de apego inseguro y/o desorganizado suelen poseer estrategias de afrontamiento inadecuadas. El segundo también se asocia a la presencia de trastornos en los padres, a experiencias traumáticas, así como a la pérdida y al abandono.<sup>7</sup> El consumo de drogas legales e ilegales constituye una alternativa atractiva para estos sujetos con estrategias inadecuadas de afrontamiento.

Otro factor importante es el estilo de crianza. Los hijos de padres autoritarios suelen tener baja autoestima, ser temerosos, vulnerables al estrés, apartados e inseguros y, al llegar a la adolescencia, los varones pueden volverse agresivos y rebeldes o, en el caso de las hembras, pasivas y dependientes.<sup>8</sup> El empleo de un estilo permisivo de crianza puede contribuir a que los hijos sean impulsivos, autoindulgentes y socialmente ineptos, aunque también rebeldes y agresivos. Por otra parte, el estilo indiferente o negligente constituye el peor predictor para la personalidad de los hijos.<sup>5</sup>

Los hijos de padres que consuman y manifiesten conductas favorables al consumo son, a su vez, proclives a estas prácticas. La presencia de psicopatología en los padres constituye otro factor de riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos.<sup>9</sup> La pertenencia a familias con padres solteros,

separados o viudos puede predisponer al consumo de alcohol; y factores tales como los antecedentes de maltrato, traumas y disfuncionalidad familiar también contribuyen o predisponen a ello.<sup>10</sup>

Los valores, estilos de vida y creencias de una comunidad influyen en la elección, patrones de consumo y percepción de riesgo. La deprivación social y económica y la desorganización comunitaria estimulan el consumo de sustancias. La aculturación, relacionada con la migración y el estrés, aumenta el riesgo de consumo como estrategia de manejo del estrés. Además, la percepción social y las normas legales refuerzan o transforman la imagen y el riesgo asociado a las drogas.<sup>5</sup> Una alta disponibilidad y la presencia de consumidores contribuyen a la percepción favorable al consumo.<sup>10</sup>

La presión del grupo usualmente promueve el consumo, especialmente entre aquellos individuos con una fuerte necesidad de reconocimiento y aceptación social.<sup>10</sup> Las actitudes de los compañeros hacia el consumo de sustancias también son factores de riesgo, ya que influyen en las propias actitudes y comportamientos. Por otra parte, la imagen favorable al uso y abuso de drogas, promovida por determinadas subculturas y tribus urbanas, constituyen un reforzador.

Diversos estudios genéticos indican que los hijos adoptivos de alcohólicos tienen un mayor riesgo de desarrollar alcoholismo en comparación con los hijos adoptivos de no alcohólicos.<sup>5</sup> Los trastornos psiquiátricos también desempeñan un papel importante en el desarrollo de trastornos por uso de sustancias. Además, el sexo y la edad son variables relevantes en el consumo, con una mayor prevalencia en hombres, especialmente entre los 15 y 34 años.

El consumo de drogas se asocia con trastornos afectivos. Tanto la baja como la alta autoestima parecen constituir factores de riesgo.<sup>10</sup> Las personas con abuso o dependencia de sustancias tienden a tener altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de amabilidad y responsabilidad.<sup>10</sup>

Panorama internacional y nacional del consumo de drogas y respuesta de las autoridades cubanas ante dicho fenómeno.

Según los informes de la Organización de Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), se observa un aumento global en el consumo de drogas ilícitas. En el año 2020, un total de 284 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron drogas, lo cual representa un incremento del 26% en comparación con la década anterior,<sup>11</sup> mientras que para el 2024 esta cifra había aumentado a 292 millones.<sup>12</sup> El Informe Mundial sobre Drogas del año 2021 señala que la marihuana es la droga más consumida a nivel mundial, seguida de las anfetaminas, los opiáceos y opioides.

Durante la pandemia de COVID-19, muchos países informaron un aumento en el consumo de cannabis y en el uso no médico de algunos fármacos.<sup>11</sup> Además, se ha observado una diferencia en los patrones de consumo entre hombres y mujeres. Los hombres tienen una probabilidad tres veces mayor de consumir marihuana, cocaína o anfetaminas, mientras que las mujeres tienden a usar más opioides y tranquilizantes.<sup>11</sup>

En las últimas décadas, se ha incrementado el uso y abuso de drogas como el alcohol, el cannabis, la cocaína y el crack, sobre todo en grupos sociales vulnerables. Por otra parte, el consumo de drogas sintéticas, también conocidas como drogas de diseño o drogas emergentes, está en aumento, y estas se distribuyen ampliamente a través de Internet.

Algunos estudios demuestran un aumento en el consumo de drogas en Cuba, especialmente entre los adultos jóvenes, así como un incremento de su detección y decomiso. Entre ellas, la marihuana es la droga más consumida en el territorio nacional, aunque la distribución y consumo del “químico” ha experimentado un drástico ascenso. A pesar de que la presencia de drogas en la Isla es menor en comparación con otros países de la región, los riesgos aumentan debido a su ubicación geográfica, a la existencia

de rutas de narcotráfico cercanas y al incremento de turistas extranjeros en el territorio.

En las últimas décadas, se ha observado un aumento en el consumo de alcohol en personas de 15 años en adelante en Cuba, lo que podría indicar un comportamiento similar en relación con otras drogas. Según la investigación de Ruiz Candina y otros,<sup>13</sup> en el Centro de Deshabitación de la Droga (CDA) del municipio Playa, se observó que el policonsumo es una característica relevante entre los adictos atendidos, entre los cuales había un alto porcentaje de fumadores.

Las intoxicaciones agudas por drogas constituyen un problema frecuente en los servicios de urgencias en Cuba. En el período 2020-2021 se observó una disminución en la incidencia de casos atendidos en el Centro Nacional de Toxicología, siendo el consumo mixto de alcohol y medicamentos la combinación más común. Sin embargo, el consumo de plantas aumentó durante la pandemia. Predominaron los medicamentos como drogas lícitas y la marihuana como droga ilícita.<sup>14</sup>

En Cuba, se enfatiza la importancia de facilitar información sobre los riesgos y factores de riesgo, consecuencias y acciones para minimizar y evitar el consumo de drogas. Su producción, venta, demanda, tráfico, distribución y tenencia ilegal están severamente penalizados por la ley. Al ser la marihuana la droga más consumida en Cuba, se hace necesario que los profesionales de la salud estén bien informados sobre sus efectos y los elementos esenciales para la atención y control de la adicción, según lo establecido por el Sistema Nacional de Salud, las comisiones de lucha y prevención contra las drogas, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia.<sup>11</sup>

El Código Penal cubano tipifica los delitos relacionados con las drogas en la Ley No. 62 de 1987, modificada en la Ley No. 87 del Código Penal cubano, en 1999.<sup>11</sup> El Ministerio de Salud de Cuba cuenta con un Programa Nacional de Prevención y Control para las adicciones y un Plan de Acción que involucra la participación de

diversos sectores, y tiene líneas estratégicas bien definidas.<sup>15</sup> Entre las diversas acciones que se llevan a cabo para prevenir y controlar el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas en Cuba se encuentra la existencia de comisiones de lucha y prevención en los niveles nacional, provincial y municipal.<sup>11</sup>

Existe un plan maestro y un programa nacional integral para combatir el tráfico ilícito y prevenir el uso indebido de drogas, así como la Línea Confidencial Antidroga. Se cuenta, además, con centros comunitarios de salud mental, hospitales y centros especializados para la atención de personas con adicciones, entre ellos, el Centro Nacional de Toxicología. Para el tratamiento de este problema también se han establecido convenios de colaboración internacional y regulaciones jurídicas, y se ejecutan activamente diversas operaciones de protección de las costas y técnicas de control en puertos y marinas.<sup>11</sup>

En cuanto a la prevención, se destaca la importancia de evitar el primer contacto con las drogas y se promueve el trabajo coordinado a nivel comunitario, educativo, laboral y familiar. Las instituciones de salud desempeñan un papel importante en la identificación temprana de personas en riesgo y en la provisión de servicios de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social.<sup>16</sup>

Generalidades del fenómeno migratorio cubano:

Las causas de la emigración cubana, en general, han incluido la situación económica, la reunificación familiar, la inconformidad política, el rechazo social y la incertidumbre. Desde la década de 1930, Cuba pasó de ser un país receptor y emisor de migración a convertirse en un país fundamentalmente emisor de población, con saldos migratorios negativos.<sup>17</sup> Este fenómeno adquirió características distintivas después de la Revolución Cubana, en 1959.

La historiografía reconoce tres grandes oleadas migratorias en Cuba: Camarioca, en 1965, Mariel, en 1980, y la Crisis de los Balseros, en 1994. El numeroso componente joven de la emigración en los noventa estuvo influido por la desmotivación,

el desinterés y la desconfianza en el proyecto social cubano para satisfacer sus necesidades individuales. Este flujo migratorio influyó en la firma de un acuerdo migratorio entre Cuba y Estados Unidos, que estableció la política de "pies secos, pies mojados".

Durante los años transcurridos del siglo XXI, este flujo ha ido en aumento. El restablecimiento de los lazos diplomáticos y la normalización de las relaciones con Estados Unidos contribuyó al crecimiento de las remesas de divisas. En el año 2012, se introdujo en Cuba el Decreto-Ley No. 302, que modificó la Ley de Migración cubana y permitió movimientos migratorios legales, ordenados y seguros.<sup>18</sup> Este decreto entró en vigor en el año 2013, y dio lugar a una migración temporal.

Durante el segundo mandato del presidente Barack Obama, se flexibilizó la política estadounidense hacia Cuba, incluyendo la reapertura de embajadas y conversaciones migratorias, así como la supresión de la ley "pies secos, pies mojados", en 2017. Esto último condujo al empleo de la categoría y mecanismo del "miedo creíble".<sup>19</sup> Con la llegada de la primera administración de Donald Trump se revertieron muchas de estas medidas.

Estados Unidos se mantuvo como principal país receptor de la emigración cubana, pero también se ha observado una diversificación de los países receptores. Esto también se debe a la preferencia de residir en destinos alternativos, a la existencia de redes familiares, a la tradición migratoria hacia esos lugares y a los cambios en la política migratoria cubana.<sup>20</sup> Algunos inmigrantes cubanos han utilizado países "puentes" para llegar a Estados Unidos, y las dificultades en el traslado hacia ese país han resultado en la presencia permanente de cubanos en otros territorios.

Europa, Centroamérica y el Caribe también constituyen destinos importantes. Dentro de Europa, España es el principal país receptor, seguido de otros como Italia y Alemania. Rusia ha sido otra opción plausible, por las facilidades que otorga el libre visado. Entre los países

latinoamericanos y caribeños, figuran México, Ecuador, Venezuela, Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú.<sup>21</sup>

Desde la década de 1990, se ha observado una combinación de emigración legal definitiva y temporal, salidas ilegales del país y visitas de emigrados cubanos en calidad de retorno temporal. Algunos cubanos eligen la vía ilegal debido a contingencias variadas, y por la rapidez con la que puede transcurrir esta alternativa. En la emigración, tanto temporal como definitiva, destacan sujetos jóvenes y grupos de profesionales.<sup>20</sup> A pesar de los costos emocionales y culturales, solo un pequeño número muestra interés en regresar a trabajar en Cuba.<sup>18</sup>

La adaptación a nuevas condiciones en los países de destino es un proceso complejo para los inmigrantes cubanos, pues implica aprender a comportarse socialmente de manera adaptada y desarrollar actitudes congruentes con los valores dominantes en la sociedad de acogida. Además de los desafíos sociales y culturales, también existen retos legales relacionados con el visado.<sup>21</sup>

El discurso social sobre la emigración se ha vuelto común en Cuba y la reunificación familiar ha sido una motivación permanente a lo largo de la historia migratoria cubana. Sin embargo, en muchos casos ocurre que la emigración es forzada, lo cual puede generar vulnerabilidad psicológica.<sup>19</sup> Los migrantes, por su parte, también sienten la angustia de la separación respecto a sus seres queridos y a todos aquellos valores asociados a su país de origen.

La masividad sin precedentes de la emigración cubana durante los últimos años ha respondido a las graves dificultades económicas que ha atravesado el país desde la ocurrencia de la COVID-19, la cual también generó tensiones y frustración debido a las restricciones de viaje y la incertidumbre en los planes de reunificación familiar.<sup>19</sup> Ello provocó que muchos cubanos decidieran emigrar de forma ilegal. No pocos de estos casos lo han hecho en condiciones muy

precarias y han sido víctimas de innumerables vivencias negativas: retenciones prolongadas, secuestros, robos, estafas, deportaciones, accidentes, muerte, etc. La situación de vulnerabilidad de estos cubanos ha sido blanco de explotación por traficantes de personas.

El arribo constante de gran número de cubanos a territorio norteamericano ha constituido un problema considerable para el país receptor, lo cual ha motivado cierto número de restricciones, modificaciones y nuevas modalidades en la política migratoria de las administraciones estadounidenses. Entre las de George Biden destaca el *parole* humanitario, que les daba la posibilidad a los solicitantes aprobados de emigrar de forma legal y segura a los Estados Unidos.

La presente administración de Donald Trump anunció la revocación del *parole* humanitario a más de 500 mil inmigrantes de Cuba, Venezuela, Nicaragua y Haití. Este mandatario ha tomado medidas sumamente severas frente a la entrada y estancia en territorio norteamericano de inmigrantes provenientes de países con los que Estados Unidos sostiene relaciones diplomáticas tensas, entre ellos, los tres primeros mencionados anteriormente. Actualmente está llevando a la práctica un plan de deportaciones masivas.<sup>22</sup> Como resultado de ello, ha habido una más rápida diversificación de los países de destino a los cuales se dirige el flujo migratorio cubano, que no se detiene.

### Migración, estrés y adicciones

La experiencia migratoria, según lo planteado por Fernández G,<sup>23</sup> se compone de seis etapas. La preparación para la partida, el cruce de la frontera y las primeras impresiones en el lugar de destino resultan particularmente relevantes para evaluar el fenómeno del estrés migratorio. Cada una de estas etapas puede generar tensiones y desestabilizar la salud mental del migrante. La decisión de migrar y los procesos emocionales, cognitivos y conductuales involucrados en el proceso pueden contribuir al estrés migratorio, de ahí que se afirme que esta respuesta esté presente,

de hecho, desde el comienzo mismo del proceso, en la preparación de la partida.<sup>24</sup>

La migración implica procesos psicológicos como enfrentar las pérdidas, lidiar con situaciones estresantes y adaptarse a una nueva cultura, así como reconstruir la identidad. Durante el cruce de la frontera, los migrantes enfrentan emociones relacionadas con dejar atrás a sus seres queridos, el temor a la violencia y la muerte, así como la incertidumbre sobre su futuro en un país desconocido.<sup>25</sup> Los inmigrantes a menudo desconocen los desafíos que enfrentarán y pueden experimentar un desgaste emocional debido a dificultades como encontrar trabajo, vivienda, aprender el idioma y enfrentar actitudes de rechazo.<sup>26</sup>

El estrés migratorio se refiere a “[...] a todo aquel desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas como amenazantes o desbordantes de los recursos propios del sujeto, que pueden poner en riesgo el bienestar de la persona que ha decidido migrar [...]”.<sup>24</sup> Este estrés puede ser crónico y desorganizador de la conducta y agravarse debido a la falta de apoyo social. Cuando la experiencia migratoria no se supera y se vive un estrés crónico, puede surgir el Síndrome de Ulises, caracterizado por soledad, miedo al fracaso, supervivencia ante carencias extremas y terror por la incertidumbre.<sup>24</sup>

Según un estudio de Salaberria y Sánchez,<sup>26</sup> los migrantes en situación irregular, al tener menos apoyo familiar, e ingresos económicos más bajos, sufren de manera más intensa de estrés migratorio. Comparados con la población autóctona, los inmigrantes tienden a tener peor salud mental debido a las dificultades de adaptación y a la necesidad de enfrentar múltiples situaciones estresantes. Los resultados mostraron que los inmigrantes que participaron en dicho estudio, fundamentalmente mujeres, experimentaron altos niveles de estrés. Las condiciones de vida estresantes, el desarraigo, la soledad y la discriminación contribuyen a la sintomatología depresiva, ansiosa y psicosomática entre los inmigrantes. El esfuerzo requerido para adaptarse a una nueva cultura,

enfrentar desafíos psicosociales y lidiar con las diferencias entre las expectativas y la realidad puede causar fatiga cognitiva y emocional, aislamiento social y afectivo, y dificultades para expresar y comunicar emociones.

Entre los factores de riesgo en el proceso migratorio que pueden influir en el consumo de drogas legales e ilegales se encuentran las características personales del migrante, como edad, género, estado civil, ocupación y nivel educativo, el miedo a la deportación, la falta de redes sociales de apoyo, la falta de recursos durante el proceso migratorio, el maltrato y el temor a las autoridades migratorias.<sup>27</sup> Se ha observado que los hombres migrantes manifiestan un mayor consumo de drogas en comparación con las mujeres migrantes. También se han identificado factores de riesgo específicos para el consumo de alcohol, como el estatus laboral, el lugar de espera antes de llegar al destino final y la condición migratoria irregular. El estrés migratorio también se ha relacionado positivamente con el consumo de drogas. Sin embargo, existen inconsistencias en los resultados de los estudios.<sup>27</sup>

Según un estudio de Sánchez, et al,<sup>28</sup> que abordó las diferencias de acuerdo al género en una pequeña muestra de migrantes mexicanos adictos, la experiencia migratoria tiene efectos diferentes en hombres y mujeres en cuanto a su consumo de drogas. Los hombres utilizaron drogas para evadirse y ser más productivos en el trabajo, mientras que en las mujeres no se observó un patrón común de consumo relacionado con la migración.<sup>29</sup> Los hombres emigraron en busca de progreso económico y mejores empleos, mientras que las mujeres lo hicieron por problemas familiares y para reunirse con sus parejas.

Según un estudio de Urbano Reyes<sup>30</sup> que abordó la correlación entre la movilidad migratoria y el narcotráfico, muchos de los inmigrantes que realizan la travesía en condiciones desfavorables son expulsados de sus países de origen debido a la exclusión y la pobreza, y se enfrentan a vejaciones y peligros durante su tránsito. Aunque

son dos fenómenos distintos, el tráfico de drogas y la migración suelen abordarse en la misma estrategia de política pública, lo que lleva a la criminalización tanto del tráfico como del consumo de drogas. La correlación entre el narcotráfico y la migración aumenta la exposición de los migrantes a traficantes, secuestradores y tratantes.

Según Arellanez Hernández,<sup>26</sup> durante el viaje y el cruce fronterizo, los migrantes indocumentados enfrentan situaciones de riesgo y violencia. Pueden experimentar síntomas de ansiedad, depresión y estrés migratorio debido a la pérdida de redes de apoyo, cambios en su estilo de vida y la separación de sus seres queridos. Según dicho autor, algunos estudios han encontrado que el enfrentamiento activo es una estrategia efectiva para reducir los síntomas depresivos, pero aquellos con menos recursos pueden recurrir al abuso de alcohol, tabaco y drogas como una forma de enfrentar el malestar emocional. La gran mayoría de los migrantes experimentó situaciones estresantes relacionadas con la partida y el arribo a Estados Unidos. Estas situaciones incluían preocupación por ser abandonados por los "coyotes" o traficantes, inseguridad por no conocer a las personas con las que cruzarían la frontera y temor de ser atrapados por la "migra". El estudio también reveló la presencia de redes sociales de usuarios de drogas entre los migrantes.

Según Torres López, et al,<sup>25</sup> una vez en el país de destino, los migrantes experimentan emociones como preocupación, tristeza, nostalgia, depresión, estrés, incertidumbre, confusión, soledad y miedo. La nostalgia se relaciona con la añoranza de su lugar de origen, sus costumbres y las relaciones perdidas. Además, enfrentan estrés debido a las diferencias culturales, las condiciones laborales y el contacto con grupos culturales considerados hostiles.

El estudio de Borges, et al,<sup>31</sup> señala una asociación entre el consumo de sustancias y la migración hacia Estados Unidos, indicando que los migrantes que han trabajado en ese país presentan un mayor consumo de alcohol,

marihuana, cocaína y otras drogas ilegales en comparación con aquellos que no han atravesado por un proceso de esa naturaleza. Esto puede relacionarse con cambios sociales generados por la migración, así como con sentimientos de soledad, aislamiento social y discriminación en el país de destino.

Las condiciones que pueden facilitar emociones negativas y llevar al consumo de alcohol y drogas en los migrantes incluyen la separación física y emocional de la pareja o la familia, las presiones laborales, la amenaza de deportación, la dificultad para expresar emociones, el entorno social y problemas para integrarse a la nueva cultura. También se identificaron factores facilitadores del consumo, como amigos y situaciones económicas favorables.

## CONCLUSIONES

El tránsito entre la adolescencia y la adultez puede influir en la formación de comportamientos adictivos, especialmente si estos se inician en las fases tempranas de la adolescencia, retrasando el desarrollo normal del adulto. La migración desde Cuba, cuya tradición ha sido larga y dinámica, creciente y sostenida, impulsada por crisis económicas y sociales, y actualmente masiva e insegura, dadas las restricciones de la nueva administración estadounidense, puede crear un entorno de estrés significativo que afecte la salud mental de los individuos, particularmente de aquellos en situaciones vulnerables y con recursos de afrontamiento ineficaces, como los jóvenes adictos con motivación migratoria. Por otra parte, la existencia en Cuba de un sistema articulado para la prevención y enfrentamiento de adicciones, aunque eficaz, no está exento de las consecuencias del incremento del tráfico y consumo de drogas a nivel nacional e internacional.

Algunos jóvenes migrantes, enfrentando la separación familiar, el estrés del proceso y la adaptación a nuevas culturas, pueden desarrollar adicciones como un mecanismo de afrontamiento inadecuado ante la pérdida, la separación, la violencia potencial, la incertidumbre, el

aislamiento, el desarraigo y la adaptación a un nuevo entorno. Además, la normalización del consumo de sustancias en sus entornos previos puede perpetuar patrones de uso en la nueva situación, cuyas exigencias pueden exacerbar o promover nuevas conductas adictivas, fundamentalmente ante la carencia de redes de apoyo en las sociedades receptoras y ante la aparición de dificultades que desafíen sus posibilidades adaptativas. En este sentido, el estrés migratorio y otras alteraciones psíquicas, presentes desde las primeras etapas del proceso, podrían originar o intensificar el consumo de sustancias adictivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez García L. Psicología del Desarrollo: Problemas, principio y categorías. La Habana, Cuba: Félix Varela; 2007.
2. Febles Elejalde MM. La adultez media: una nueva etapa del desarrollo. Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Monreal Gimeno C, Marco Macarro MJ, Amador Muñoz LV. El adulto: Etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Éuphoros*. 2001;(3):97-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183063>
4. González Menéndez R, Donaire Calabuch I. Alcohol y otras drogas: criterios populares vs. Verdades científicas. La Habana: Academia; 2016.
5. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación. Socialdrogalcohol; 2010.
6. Calafat A. La vida sin drogas. Nova Galicia Edicions; 2006.
7. Durán Carredano A. Adicciones y apego: un estudio comparativo. *Research Gate*; 2022:1-26. Disponible en:

- [https://www.researchgate.net/publication/363405376\\_Adicciones\\_y\\_apego\\_un\\_estudio\\_comparativo](https://www.researchgate.net/publication/363405376_Adicciones_y_apego_un_estudio_comparativo)
8. Craig GJ. Desarrollo psicológico. México: Pentice Hall; 1997.
  9. Brook J, Brook D, de la Rosa M, Whiteman M, Johnson E, Montoya I. Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*. 2001;24(2). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1010714715534>
  10. Mendoza Carmona YL, Vargas Pena K. Factores psicosociales asociados al consumo y adicción de sustancias psicoactivas. *Electrónica de Psicología Iztacala*. 2017;20(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75812>
  11. Valdés García LE, Domínguez Mateos A. Consumo de drogas: enfrentamiento a un problema latente. *Revista Médica de Santiago de Cuba*. 2023;27(2). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4269>
  12. Jiménez Pesántez E, Campoverde Ordóñez N. Proceso de normalización del consumo de drogas en jóvenes. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 2025;9(19):96-108. Disponible en: <https://doi.org/10.53877/rc9.19-515>
  13. Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Martínez Betancourt A, Supervielle Mezquida M. Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2014;33(4):402-409. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002014000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000400008)
  14. Hernández Salazar H, García González Y, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Vázquez Rodríguez Y. Caracterización del consumo de drogas en consultas al Centro Nacional de Toxicología en Cuba. *Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2023;20(3):1-14. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/414>
  15. MINSAP. Cuba, las drogas y los nuevos desafíos para el Sistema de Salud [Internet]. 12 de octubre de 2020. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cuba-las-drogas-y-los-nuevos-desafios-para-el-sistema-de-salud/>
  16. Roldán Soler YA, Falcón Fariñas IM, Caballero Giraldo OL. Generalidades Conceptuales sobre las Adicciones y el Consumo de Drogas. *Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2021;18(3). Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/121>
  17. Da Silva MA. De la Isla al mundo: aproximaciones a la migración cubana contemporánea. *Novedades en Población*. 2020;16(31):114-126. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782020000100114](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000100114)
  18. Torres Suárez M. Migración temporal de profesionales cubanos a partir de la Ley de Migración de 2012 (Tesis de Diploma). Universidad de La Habana. Facultad de Filosofía, Historia y Sociología; 2015.
  19. Martín Fernández C. Connotación social de la migración en Cuba: percepciones, causas y consecuencias. *Novedades en Población*.

- 2021;17(33):101-118. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
20. Aja Díaz A. La migración desde Cuba. *Aldea Mundo*. 2007;11(22):7-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54302202>
21. Sanabria Navarro JR, Silveira Pérez Y, Niebles Núñez WA. Impacto socioeconómico de la migración en Cuba, 2022. *International Journal of Cuban Studies*. 2023;15(1):89-108. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/48728272>
22. Sigmon E, Bermejo Casado R. Analizando los ambiciosos objetivos de deportación de Trump (2º parte): cómo planea superar los numerosos obstáculos en su camino. *Real Instituto ELCANO*; 2025. Disponible en: <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/analizando-los-ambiciosos-objetivos-de-deportacion-de-trump-2a-parte-como-planea-superar-los-numerosos-obstaculos-en-su-camino/>
23. Fernández G. *Migración y Salud*. México: El Colegio de Michoacán; 1988.
24. Arellanez Hernández JL, Reiko Ito Sugiyama ME, Reyes Lagunes I. Características psicométricas de una Escala de Ocurrencia e Intensidad del Estrés Migratorio (OIEM). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 2009;1(27):133-155. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539884>
25. Torres López TM, López López JL, Mercado Ramírez MA, Tapia Curiel A. Vivencias de migrantes mexicanos sobre estados emocionales experimentados durante su proceso migratorio y el consumo de alcohol y drogas. *Estudios fronterizos*. 2014;15(29):247-270. Disponible en: <https://ref.uabc.mx/ojs/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fref.uabc.mx%2Foj%2Findex.php%2Fref%2Farticle%2Fdownload%2F53%2F70%2F327>
26. Salaberria Irizar K, Sánchez Haro Ad. Estrés migratorio y Salud Mental. *Psicología Conductual*. 2017;25(2):419-432. Disponible en: [https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/320432404\\_Estres\\_migratorio\\_y\\_salud\\_mental](https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/320432404_Estres_migratorio_y_salud_mental)
27. Cruz González AA, Alonso Castillo M, Armendáriz García N, F.R. G.F. Características personales del migrante y el consumo de drogas licitas e ilícitas: una revisión sistemática. *Salud y Drogas*. 2022;22(1):95-107. Disponible en: <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.619>
28. Sánchez Huesca R, Pérez Isla V, Rodríguez Kuri SE, Arellanez Hernández JL, Ortiz Encinas RM. El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género. *Un estudio exploratorio*. *Región y sociedad*. 2006;18(35):131-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10203505>
29. Arellanez Hernández JL. Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos. *Frontera Norte*. 2016;28(56):113-133. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/320432404\\_Estres\\_migratorio\\_y\\_salud\\_mental](https://www.researchgate.net/publication/320432404_Estres_migratorio_y_salud_mental)
30. Urbano Reyes J. Movilidad migratoria y tráfico de drogas. Exclusión y pobreza como espacios de convergencia. *Política, Globalidad y Ciudadanía*. 2021;7(13):205-221.

Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=655869549009>

31. Borges G, Medina-Mora ME, Breslau J, Aguilar Gaxiola S. The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned

Mexican migrants and family of migrants. American Journal of Public Health. 2007;97(10):1847-1851.

Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1994169/>.

## SOBRE LOS AUTORES

- 1- Licenciado en Historia por la Universidad de La Habana. Estudiante de cuarto año de Psicología. Investigador en el Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marinello, donde estudia la historia de la antropología sociocultural en Cuba. <https://orcid.org/0009-0000-7777-159X> e-mail: [luxiansoul@gmail.com](mailto:luxiansoul@gmail.com)
- 2- Estudiante de cuarto año de Psicología. Universidad de La Habana. <https://orcid.org/0009-0007-3557-533X>

Frank Gerardo Guevara Almaguer<sup>1\*</sup>, Jadir Haidar Quintero<sup>2</sup>, Alexander Saborit Pupo<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** la estimulación magnética transcraneal es una técnica de neuromodulación no invasiva que genera cambios transitorios o sostenidos en la excitabilidad neuronal, abriendo la posibilidad de modular la actividad eléctrica en circuitos específicos.

**Objetivo:** explorar las potencialidades y limitaciones de la estimulación magnética transcraneal como terapéutica para los trastornos mentales, incluyendo su aplicabilidad en el tratamiento de las adicciones.

**Desarrollo:** se realizó una revisión narrativa sobre la estimulación magnética transcraneal mediante la consulta de bases de datos científicas reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science. Las palabras clave utilizadas fueron "Transcranial Magnetic Stimulation", "neuromodulation", "rTMS", "brain stimulation" y "clinical applications of TMS". Se incluyeron investigaciones aplicadas, ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas. La revisión se basó en los 12 documentos que se consideraron válidos para el estudio y se centró en aspectos como los principios físicos y fisiológicos de la estimulación magnética, los efectos neurobiológicos en el cerebro, las aplicaciones clínicas, la seguridad y efectos secundarios.

**Conclusiones:** la estimulación magnética transcraneal se ha consolidado como una herramienta versátil y prometedora tanto en la investigación como en la práctica clínica. Su capacidad para modular la actividad neuronal de forma no invasiva ha permitido avances significativos en el tratamiento de la depresión mayor resistente, la rehabilitación post-ictus y otros trastornos neuropsiquiátricos. En el caso de las adicciones se reconoce su utilidad en la adicción a la cocaína y a la nicotina, en los

trastornos por consumo de alcohol y por uso de metanfetaminas y en las adicciones comportamentales.

**Palabras clave:** estimulación magnética transcraneal; neuromodulación; estimulación cerebral; trastornos mentales: tratamiento de las adicciones.

### ABSTRACT

**Introduction:** transcranial magnetic stimulation is a noninvasive neuromodulation technique that generates transient or sustained changes in neuronal excitability, opening the door to modulating specific circuits.

**Objective:** to explore the potential and limitations of transcranial magnetic stimulation as a therapeutic for mental disorders, including its applicability in the treatment of addictions.

**Development:** a narrative review of transcranial magnetic stimulation was conducted by consulting recognized scientific databases such as PubMed, Scopus, and Web of Science. Keywords included "Transcranial Magnetic Stimulation," "neuromodulation," "rTMS," "brain stimulation," and "clinical applications of TMS." Applied research, controlled clinical trials, and systematic reviews were included. The review was based on the 12 documents considered valid for the study and focused on aspects such as the physical and physiological principles of magnetic stimulation, neurobiological effects on the brain, clinical applications, and safety and side effects.

**Conclusions:** transcranial magnetic stimulation has established itself as a versatile and promising tool in both research and clinical practice. Its ability to noninvasively modulate neuronal activity has led to significant advances in the treatment of resistant major depression, post-stroke rehabilitation, and other neuropsychiatric disorders. In the case of addictions, its usefulness

is recognized in cocaine and nicotine addiction, alcohol and methamphetamine use disorders, and behavioral addictions.

**Key words:** transcranial magnetic stimulation; neuromodulation; brain stimulation; mental disorders: addiction treatment.

## INTRODUCCIÓN

La estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés) es una técnica de neuromodulación no invasiva que utiliza campos magnéticos para inducir corrientes eléctricas en regiones específicas del cerebro. Introducida inicialmente por Anthony Barker en 1985 y posteriormente consolidada en estudios posteriores,<sup>1</sup> la TMS permite la activación o inhibición de neuronas en función de la frecuencia y el protocolo de estimulación aplicado. Este mecanismo es especialmente relevante tanto para la investigación en neurociencias como para el tratamiento de diversas condiciones neurológicas y psiquiátricas, consolidándose como una herramienta fundamental en la práctica clínica contemporánea.

El principio básico de la TMS radica en la inducción electromagnética: una bobina generadora de campos magnéticos se coloca sobre el cuero cabelludo, y la rápida variación del campo magnético produce una corriente eléctrica en la corteza cerebral subyacente. Según los parámetros de estimulación (intensidad, frecuencia, forma del pulso), la técnica puede generar cambios transitorios o sostenidos en la excitabilidad neuronal, abriendo la posibilidad de modular circuitos específicos.<sup>2</sup>

Objetivos y alcance de la revisión. El propósito de esta revisión es analizar el estado actual del conocimiento sobre la TMS, abarcando desde sus mecanismos de acción y fundamentos físicos hasta sus aplicaciones clínicas, la evidencia científica acumulada, las consideraciones de seguridad y las perspectivas futuras. Se explorarán tanto las potencialidades como las limitaciones de la técnica, haciendo énfasis en las potencialidades y limitaciones de la estimulación magnética transcraneal como terapéutica para los

trastornos mentales, incluyendo su aplicabilidad en el tratamiento de las adicciones. Además, se discutirán aspectos metodológicos relacionados con la selección y análisis de la literatura.

Metodología de selección bibliográfica. La recopilación de la literatura se realizó siguiendo la metodología PRISMA<sup>3</sup> mediante la consulta de bases de datos científicas reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science. Se priorizaron estudios revisados por pares, publicados en los últimos 20 años y disponibles en inglés o español. Los criterios de inclusión abarcaron investigaciones sobre los fundamentos físicos y neurobiológicos de la TMS, ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas, mientras que se excluyeron aquellos estudios con diseños metodológicos débiles o sin resultados concluyentes. Las palabras clave utilizadas incluyeron “Transcranial Magnetic Stimulation”, “neuromodulation”, “rTMS”, “brain stimulation” y “clinical applications of TMS”, garantizando así una revisión actualizada y basada en evidencia.

## DESARROLLO

### Bases Teóricas y Mecanismos de Acción

Principios físicos y fisiológicos de la estimulación magnética. La base teórica de la TMS se fundamenta en los principios de la inducción electromagnética descritos por Michael Faraday en el siglo XIX. Un campo magnético pulsátil, generado por una bobina situada en el cuero cabelludo, induce corrientes eléctricas en la corteza cerebral, lo que modula la actividad neuronal. Estas corrientes tienen la capacidad de despolarizar neuronas y activar circuitos específicos dependiendo de la intensidad y la frecuencia del estímulo.<sup>1</sup> Estudios experimentales han permitido definir parámetros que optimizan la inducción de cambios en la excitabilidad neuronal, sentando las bases para intervenciones terapéuticas precisas.

Efectos neurobiológicos en el cerebro. La aplicación de TMS, en especial en modalidad repetitiva (rTMS), puede inducir cambios plásticos en la actividad cerebral. La

estimulación de alta frecuencia (superior a 5 Hz) se asocia a un aumento de la excitabilidad cortical, mientras que la de baja frecuencia (inferior a 1 Hz) tiende a generar efectos inhibitorios.<sup>2</sup> Estos cambios están mediados por mecanismos de potenciación y depresión a largo plazo (LTP y LTD), procesos esenciales en la plasticidad sináptica y la reorganización funcional del cerebro. Adicionalmente, investigaciones recientes han sugerido que la rTMS puede influir en la liberación de neurotransmisores y en la modulación de redes neuronales de manera que se abran nuevas posibilidades en la rehabilitación y el tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas.<sup>4</sup>

Diferencias entre TMS de pulsos únicos y TMS repetitiva (rTMS)

La TMS se puede administrar en distintos modos, adaptándose al objetivo terapéutico o investigativo.

TMS de pulsos únicos. Utilizada primordialmente en estudios neurofisiológicos, esta modalidad permite mapear la actividad cortical y evaluar la excitabilidad de las vías motoras.

TMS repetitiva (rTMS). Consiste en la aplicación de pulsos en serie, permitiendo la inducción de efectos neuromoduladores sostenidos. La rTMS ha mostrado eficacia en el tratamiento de condiciones como la depresión mayor resistente, la rehabilitación post-ictus y otros trastornos psiquiátricos.<sup>5</sup> Además, estudios comparativos han evaluado las ventajas y limitaciones de cada modalidad, resaltando la importancia de la dosificación y la ubicación precisa de la estimulación para optimizar los resultados terapéuticos.<sup>6</sup>

Aplicaciones Clínicas de la TMS: trastornos psiquiátricos. La TMS ha recibido la aprobación de entidades regulatorias como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la depresión mayor resistente, demostrando eficacia en pacientes que no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos convencionales.

<sup>7</sup> Además, investigaciones han explorado su uso en otros trastornos psiquiátricos como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la esquizofrenia, en los cuales la aplicación de rTMS sobre regiones específicas de la corteza prefrontal ha mostrado mejoras en la sintomatología y la funcionalidad cognitiva.<sup>8</sup>

Aplicaciones en neurología. Más allá del ámbito psiquiátrico, la TMS ha emergido como una herramienta útil en neurología, especialmente en la rehabilitación post-ictus. La estimulación puede facilitar la recuperación funcional mediante la modulación de la excitabilidad cortical y la reorganización de circuitos dañados, contribuyendo así a la mejora de la motricidad y otras funciones deterioradas tras un accidente cerebrovascular.<sup>5</sup>

Otras aplicaciones emergentes. Recientes investigaciones han extendido el uso de la TMS a áreas como la mejora del rendimiento cognitivo, el tratamiento del dolor crónico y la modulación de la actividad en trastornos del movimiento. Estos estudios sugieren que, al combinar la TMS con técnicas de neuroimagen y enfoques personalizados, es posible optimizar los protocolos de estimulación para abordar una mayor variedad de condiciones.<sup>4,6</sup>

Aplicación en el tratamiento de las adicciones

Adicción a la cocaína. Diversos estudios han demostrado que la rTMS de alta frecuencia aplicada sobre la corteza prefrontal dorsolateral izquierda (CPFDL) puede disminuir significativamente el deseo por la cocaína y mejorar el control de impulsos en personas con trastorno por uso de esta sustancia. Esta región cerebral está implicada en la toma de decisiones y el autocontrol, por lo que su estimulación parece ser eficaz.<sup>9</sup>

Adicción al tabaco. La rTMS también ha sido evaluada en fumadores con resultados positivos. Aplicada en la CPFDL, ha mostrado una reducción del craving por nicotina y del consumo de cigarrillos. Estos resultados sugieren su utilidad como herramienta complementaria a otras estrategias para dejar de fumar.<sup>10</sup>

Trastorno por consumo de alcohol. En personas con dependencia alcohólica, la rTMS ha mostrado capacidad para disminuir el deseo de consumo. Se cree que la estimulación de la región prefrontal puede restaurar funciones ejecutivas deterioradas y ayudar a controlar impulsos relacionados con el consumo de alcohol.<sup>11</sup>

Uso de metanfetaminas. El craving por metanfetaminas también ha sido abordado mediante rTMS. Un metaanálisis encontró que la estimulación repetitiva puede reducir significativamente el deseo por esta droga en consumidores activos.<sup>12</sup>

Adicciones comportamentales. Más allá de las sustancias, la rTMS también ha mostrado eficacia en adicciones comportamentales como el juego patológico y los trastornos de la conducta alimentaria, reduciendo el craving asociado.<sup>12</sup>

#### Seguridad y Efectos Secundarios de la TMS:

La seguridad de la TMS ha sido ampliamente evaluada en numerosos estudios. En general, la técnica es bien tolerada, con efectos secundarios transitorios y leves, como dolores de cabeza o molestias en el sitio de estimulación. Sin embargo, en casos excepcionales se han reportado efectos adversos más serios, como la inducción de convulsiones, especialmente cuando se emplean parámetros de alta intensidad o en pacientes con predisposición.<sup>4</sup> Por ello, es fundamental seguir las directrices de seguridad y protocolos estandarizados para minimizar riesgos, lo que incluye una adecuada selección de pacientes y un monitoreo riguroso durante el tratamiento.

Además, la estandarización de los parámetros de estimulación y la individualización de los protocolos constituyen áreas críticas para mejorar la seguridad y eficacia de la TMS, promoviendo un mayor consenso en la comunidad científica y clínica.<sup>6</sup>

#### Limitaciones y Desafíos en la Aplicación Clínica:

A pesar de los avances y la evidencia acumulada, la aplicación de la TMS enfrenta diversas limitaciones y desafíos:

Variabilidad interindividual. Las diferencias en la anatomía cerebral y la posición de la bobina pueden influir en la eficacia del tratamiento, generando una respuesta heterogénea entre los pacientes.<sup>4</sup>

Optimización de protocolos. La determinación de los parámetros ideales de estimulación (frecuencia, intensidad, duración y localización) requiere de un mayor consenso y estudios controlados para maximizar los beneficios terapéuticos.

Costos y accesibilidad. La implementación de la TMS en la práctica clínica puede verse limitada por los costos asociados y la necesidad de equipos especializados, lo que restringe su disponibilidad en algunos contextos.

Consideraciones éticas y de seguridad. La posibilidad de efectos adversos, aunque raros, y la variabilidad en la respuesta requieren protocolos estrictos y un seguimiento ético riguroso.

#### Consideraciones finales

Teniendo en cuenta el potencial de esta tecnología es razonable asumir que su aplicación en Cuba será provechosa, las razones para este criterio son:

Alternativa a tratamientos farmacológicos. En un país con recursos limitados y acceso restringido a ciertos fármacos importados, la rTMS podría ser una herramienta valiosa al ofrecer un enfoque terapéutico no farmacológico, con pocos efectos secundarios y buena tolerancia en los pacientes.

Fortalecimiento del sistema de salud mental. Cuba cuenta con un sistema de salud preventivo y con fuerte énfasis en la atención primaria. Integrar la rTMS permitiría ampliar las opciones terapéuticas en policlínicos y hospitales, especialmente en instituciones especializadas en salud mental y rehabilitación de adicciones.

Potencial en la rehabilitación comunitaria. Dado el enfoque comunitario en la salud cubana, la

rTMS podría incorporarse como parte de programas de reinserción social para pacientes con adicciones, ayudando a reducir las recaídas y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Impulso a la investigación científica nacional. La rTMS también abriría oportunidades para el desarrollo de proyectos de investigación en neurociencias, aprovechando la capacidad científica que existe en instituciones como el CNEURO y el CIM.

Reducción del estigma. Al ser una técnica basada en neurotecnología, puede favorecer un enfoque más científico y menos punitivo hacia las adicciones, lo cual contribuiría a disminuir el estigma social y facilitar el acceso a tratamiento.

## CONCLUSIONES

La TMS se ha consolidado como una herramienta versátil y prometedora tanto en la investigación como en la práctica clínica. Su capacidad para modular la actividad neuronal de forma no invasiva ha permitido avances significativos en el tratamiento de la depresión mayor resistente, la rehabilitación post-ictus y otros trastornos neuropsiquiátricos. En el caso de las adicciones se reconoce su utilidad en adicción a la cocaína y a la nicotina, en los trastornos por consumo de alcohol. Sin embargo, persisten desafíos en cuanto a la estandarización de protocolos, la variabilidad en la respuesta y la optimización de la seguridad. Las futuras investigaciones y avances tecnológicos prometen ampliar las aplicaciones de la TMS, mejorando la personalización y eficacia de los tratamientos. En este sentido, la integración de la TMS con otras modalidades diagnósticas y terapéuticas se perfila como una estrategia fundamental para potenciar su impacto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barker AT, Reza J, L. Freeston. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. *The Lancet* 325.8437 (1985):1106-1107. <http://www.bem.fi/library/1985-002.pdf>
2. Post A, Martin EK. Transcranial magnetic stimulation as a therapeutic tool in psychiatry: what do we know about the neurobiological mechanisms?. *Journal of psychiatric research* 35.4 (2001): 193-215. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395601000231>
3. Moher D, Douglas G, Jennifer T. PRISMA (Preferred Reporting items for systematic reviews and Meta-Analyses). *Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual* 1999 (1996): 250. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118715598#page=262>
4. Rossi S. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clinical neurophysiology* 120.12 (2009): 2008-2039. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1388245709005197>
5. Pascual-Leone A. Transcranial magnetic stimulation: studying the brain-behaviour relationship by induction of 'virtual lesions'. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences* 354.1387 (1999): 1229-1238. <https://royalsocietypublishing.org/doi/abs/10.1098/rstb.1999.0476>
6. Lefaucheur JP. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)." *Clinical neurophysiology* 125.11 (2014): 2150-2206. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138824571400296X>
7. George MS, Robert MP. Daily left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation for acute

- treatment of medication-resistant depression." *American Journal of Psychiatry* 168.4 (2011): 356-364. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2010.10060864>
8. Slotema CW. Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 71.7 (2010): 873. [https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/17715\\_should-expand-toolbox-psychiatric-treatment-methods.pdf](https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/17715_should-expand-toolbox-psychiatric-treatment-methods.pdf)
  9. Chang CH, Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with methamphetamine use disorder: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials." *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022): 904252. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.904252/full>
  10. Li X. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex reduces nicotine cue craving." *Biological psychiatry* 73.8 (2013): 714-720. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322313000383>
  11. Mishra BR. Comparison of anticraving efficacy of right and left repetitive transcranial magnetic stimulation in alcohol dependence: a randomized double-blind study." *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 27.1 (2015): e54-e59. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.neuropsych.13010013>
    1. Tang Z, Zhicheng Z, Jisheng X. Psychological effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on individuals with methamphetamine use disorder: a systematic review and meta-analysis." *Biological Research For Nursing* 25.1 (2023): 117-128. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10998004221122522>.

## SOBRE LOS AUTORES

- 1- Estudiante de 1er. año de Física Nuclear. Instituto Superior de Tecnologías y Ciencias Aplicadas (InSTEC). Universidad de La Habana. <https://orcid.org/0009-0009-3864-6716>. e-mail: [frankguevara2018@gmail.com](mailto:frankguevara2018@gmail.com)
- 2- Estudiante de 3er. año de Ingeniería en Tecnologías Nucleares y Energéticas. Instituto Superior de Tecnologías y Ciencias Aplicadas (InSTEC). Universidad de La Habana. <https://orcid.org/0009-0007-1269-9831>
- 3- Máster en Dirección Empresarial. Profesor Auxiliar. Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencia. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0009-0007-6540-0573>

## ¿IMPULSIVOS Y BEBEDORES? UN ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL E IMPULSIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

*María Belén Morales Cevallos, Daniel Alfonso Oleas Rodríguez, Jonathan Lucero Córdova, Karen Vega Rosas, José A. Rodas P.*

### RESUMEN

**Introducción:** El consumo de alcohol en jóvenes es un problema de salud pública con graves consecuencias. La impulsividad, un rasgo de personalidad caracterizado por la dificultad para controlar la atención y el comportamiento, podría estar relacionada con el consumo de alcohol.

**Objetivo:** Determinar la relación entre los rasgos impulsivos y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios de Guayaquil, Ecuador.

**Método:** Se realizó un estudio transversal con 156 estudiantes universitarios. Se recolectaron datos sobre la impulsividad (Cuestionario de Identificación de Trastornos de Barratt) y el consumo de alcohol (AUDIT).

**Resultados:** Se encontró una correlación significativa entre la impulsividad atencional y el consumo de riesgo de alcohol ( $\rho = 0.21$ ) y los síntomas de dependencia ( $\rho = 0.16$ ).

**Conclusiones:** La impulsividad atencional, es decir, la tendencia a actuar de manera precipitada en respuesta a estímulos que captan la atención, dificulta la capacidad de una persona para concentrarse en las consecuencias negativas del consumo de alcohol, lo que aumenta el riesgo de consumo de alcohol y la dependencia. Sin embargo, estos hallazgos son preliminares y se necesita más investigación para confirmar y entender mejor esta relación.

**Palabras clave:** impulsividad; atención; consumo de alcohol; jóvenes, Ecuador.

Morales Cevallos MB, Oleas Rodríguez DA, Lucero Córdova J, Vega Rosas K, Rodas P. JA. ¿Impulsivos y bebedores? Un estudio sobre la relación entre consumo de alcohol e impulsividad en estudiantes universitarios. Rev. Hosp. Psiqu. Habana. 2025; 22. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/543>

---

## EL MÉTODO NÚCLEO SEMÁNTICO SIGNIFICANTE PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

*Yordanis Arias Barthelemi, Marcos Enrique Zaldivar Hernández, Yodalis Jiménez Aguilar, Serguei Iglesias Moré*

### RESUMEN

**Introducción:** el alcoholismo se mantiene como un flagelo sociocultural hasta la actualidad, por lo que es necesaria su prevención en edades tempranas como la adolescencia, pero desde una plurimetodología y a partir de la teoría de las representaciones sociales.

**Objetivo:** proponer un método para prevenir el alcoholismo en los adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales.

**Método:** se realizó un tipo de estudio descriptivo e interventivo, apoyados en los métodos: constructivo–interpretativo, dinámicas grupales y la observación. Mediante la metodología de la investigación cualitativa, y verticalizado por el paradigma filosófico de la hermenéutica, el universo y muestra lo representaron 12

adolescentes del preuniversitario “Seremos como el Che” del municipio Songo-La Maya, Cuba.

**Resultados:** los que intervienen lograron asociar a través del núcleo semántico significativo representados en los adolescentes, junto a la técnica de sustitución de palabras y potenciar así, nuevas representaciones sociales sobre el consumo nocivo de alcohol en los intervenidos, gracias al carácter distorsionante de sus realidades percibidas.

**Conclusiones:** se distingue un método para prevenir el alcoholismo en los adolescentes. A partir de la propuesta de Jean-Claude Abric, y se incorpora a esta los resultados del test psicológico redes semánticas naturales y la técnica de sustitución de palabras; pero con un carácter distorsionante de sus realidades percibidas orientado por Armando Alonso; donde la sistematización de esta praxis parte del enfoque histórico-cultural de Vygotsky y su tribuna es el paradigma filosófico de la hermenéutica.

**Palabras clave:** alcoholismo, adicciones, prevención, subjetividad, adolescentes, núcleo semántico significativo.

Arias Barthelemi Y, Zaldivar Hernández ME, Jiménez Aguilar Y, Iglesias Moré S. El método núcleo semántico significativo para la prevención del alcoholismo en estudiantes universitarios. Rev. Hosp. Psiqu. Habana. 2025; 22. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/719>

---

## USO DE INTERNET Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL NOROESTE DE MÉXICO

Verónica Guzmán Ramírez, Brenda Guadalupe Yañez Castillo, Carlos Reyes Sánchez, Manuel Antonio López Cisneros, Jasmin Urania Camacho Martínez, María De Jesús De Valle Alonso

## RESUMEN

**Introducción:** El uso de internet es parte de la vida diaria de los adolescentes quienes lo usan para actividades sociales y académicas, sin embargo, el uso excesivo de internet se asocia a problemas de salud mental y consumo de alcohol.

**Objetivo:** analizar el efecto de los conflictos intrapersonales e interpersonales del uso excesivo de internet sobre el consumo de alcohol en adolescentes.

**Método:** Estudio descriptivo correlacional, con una población de 1195 adolescentes, una muestra de 676 adolescentes de primaria, secundaria y preparatoria seleccionados a través de un muestreo por conglomerados. Se aplicó una Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) y La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST V3.1). Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (no paramétrica) para responder el objetivo del estudio.

**Resultados:** El modelo de regresión logística mostró ser significativo ( $F(656)=26.23$ ,  $p<.001$ ), con una varianza explicada del 10.7% y donde las horas de conexión ( $B=.155$ ,  $p<.001$ ) y los conflictos intrapersonales ( $B=.291$ ,  $p<.001$ ) tienen un efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol, mientras que los conflictos interpersonales no fueron significativos ( $p>.05$ ).

**Conclusiones:** Se identificó una relación entre el consumo de alcohol y el tiempo de conexión a internet, el uso excesivo de internet, los conflictos intrapersonales e interpersonales. Además, de que se asocia el consumo de alcohol en los adolescentes con el tiempo que pasan en internet y los conflictos intrapersonales derivados por el uso de internet.

**Palabras clave:** Internet, consumo de alcohol, adolescentes.

Guzmán Ramírez V, Yañez Castillo BG, Reyes Sánchez C, López Cisneros MA, Camacho Martínez JU, De Valle Alonso MD. Uso de

Internet y consumo de alcohol en adolescentes del noroeste de México. Rev. Hosp. Psiqu. Habana. 2025; 22.

<https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/701>

---

## DERROTA, ATRAPAMIENTO Y CONSUMO DE ALCOHOL COMO PREDICTORES DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

*Jonatan Baños-Chaparro, Jonathan Valverde Felipe, Paul Ynquillay-Lima, Tomás Caycho-Rodríguez*

### RESUMEN

**Introducción:** la ideación suicida es un problema de salud mental multifactorial que afecta negativamente el desarrollo de la adolescencia. Son escasos los estudios que abordan aspectos sociales y las experiencias que se afrontan en los contextos educativos. Es necesario identificar factores de riesgo sociales y clínicos que influyen en la aparición de la ideación suicida.

**Objetivo:** analizar la derrota, el atrapamiento y el consumo de alcohol como predictores de la ideación suicida en adolescentes.

**Método:** estrategia asociativa predictiva y cuantitativa. Participaron 3098 adolescentes (52,1 % mujeres) de Huancavelica, que fueron reclutados en catorce instituciones educativas mediante muestreo por conveniencia. Se aplicó una encuesta sociodemográfica e instrumentos psicológicos. Los análisis estadísticos se realizaron con el modelamiento de ecuaciones estructurales de variables latentes y observables.

**Resultados:** El modelo hipotético presentó un aceptable ajuste: CFI = 0,91, RMSEA = 0,047 [IC 90 %: 0,045, 0,048], SRMR = 0,046. De manera específica, se evidenció que el atrapamiento ( $\beta = 0,43$ ,  $p = 0,001$ ), la derrota ( $\beta = 0,12$ ,  $p = 0,001$ ) y el consumo de alcohol ( $\beta = 0,12$ ,  $p = 0,001$ ), predicen de manera positiva y estadísticamente significativa la ideación suicida.

**Conclusiones:** los aspectos sociales como las experiencias de derrota y atrapamiento, además

del consumo de alcohol, son predictores relevantes para la presencia de la ideación suicida en adolescentes. Se deben integrar en sus evaluaciones estos aspectos para disminuir la prevalencia de la ideación suicida, acompañado de una estrategia integral de prevención en el contexto escolar.

**Palabras clave:** derrota social; consumo de alcohol en menores; ideación suicida; salud mental; adolescente.

Baños-Chaparro J, Valverde Felipe J, Ynquillay-Lima P, Caycho-Rodríguez T. Derrota, atrapamiento y consumo de alcohol como predictores de la ideación suicida en adolescentes. Rev. Hosp. Psiqu. Habana. 2025; 22. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/727>