



TRASTORNOS ADICTIVOS

Vol. 11 No. 2

mayo-agosto 2026

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 de la Unidad de Desarrollo e Innovación (Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencia) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana | **Director:** Dr. C. Justo Reinaldo Fabelo Roche | **Editor principal:** Dr. C. Serguei Iglesias Moré | **Redacción:** MsC. Himia Hernández Salazar | Calle G entre 25 y 27 | Municipio Plaza | La Habana | Cuba | Teléfono: (53) 78362180 | Horario de atención: lunes a viernes de 8.00 a.m. a 4.30 p.m.

ÍNDICE

**EDITORIAL: PANORAMA DEL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES DE 18 A 35
AÑOS EN LATINOAMÉRICA**

PÁGINA 1

**MARIHUANA Y BIENESTAR EN SAN VICENTE Y LAS
GRANADINAS (2026): UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA
SOBRE BENEFICIOS POTENCIALES Y RIESGOS
COMPROBADOS**

PÁGINA 3

**ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA LESIÓN NASOPALATINA CON
ENFOQUE EN LA MUJER**

PÁGINA 13

**INFLAMACIÓN DE BAJO GRADO Y ADICCIÓN:
MECANISMOS MOLECULARES, BIOMARCADORES E
IMPLICACIONES CLÍNICAS**

PÁGINA 23

**CONSUMO DE CRACK CON RÁPIDA PROGRESIÓN A
PATRÓN DIARIO Y REPERCUSIÓN FAMILIAR Y
CONDUCTUAL**

PÁGINA 34

**CANNABINOIDES SINTÉTICOS Y GESTACIÓN: ¿EL
ORDEN DE LOS FACTORES ALTERA EL PRODUCTO? A
PROPÓSITO DE UN SÍNDROME AMOTIVACIONAL EN
UNA GESTANTE DE 28.5 SEMANAS**

PÁGINA 39

**SALUD MENTAL ESTUDIANTIL EN SEXTO AÑO DE
MEDICINA EN LA FACULTAD ENRIQUE CABRERA 2024-
2025**

PÁGINA 45

**RESEÑA: DESARROLLO Y APLICACIONES DE LA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

PÁGINA 54

Julían Castaño Montoya

Durante la última década, América Latina ha experimentado importantes cambios en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres jóvenes. La evidencia científica disponible hasta 2026 muestra que, aunque los hombres continúan registrando mayores prevalencias generales de consumo, la brecha entre ambos sexos continúa reduciéndose, especialmente entre mujeres de 18 a 35 años, un grupo en el que confluyen múltiples factores de vulnerabilidad social, económica y psicológica.¹

Los informes internacionales señalan que el mayor crecimiento del consumo femenino se observa entre mujeres jóvenes universitarias, trabajadoras y residentes en grandes centros urbanos. Las sustancias más consumidas continúan siendo alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes sintéticos, hipnosedantes y ansiolíticos utilizados sin prescripción médica.² En varios países latinoamericanos también se evidencia un incremento del policonsumo, es decir, el uso simultáneo o alternado de varias sustancias, situación que incrementa considerablemente el riesgo de dependencia y complicaciones médicas.

Diversas investigaciones coinciden en que el consumo femenino está estrechamente relacionado con factores de riesgo como violencia intrafamiliar y de pareja, trastornos de ansiedad, depresión, estrés laboral, sobrecarga del rol de cuidadora, desempleo, pobreza, historia de abuso físico o sexual, escasas redes de apoyo y problemas de salud mental no tratados oportunamente. Estos factores aumentan la vulnerabilidad y también dificultan el acceso temprano a servicios especializados de atención.^{3, 4}

La evidencia disponible demuestra una fuerte asociación entre los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias. Entre las mujeres jóvenes es frecuente encontrar ansiedad

generalizada, trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, alteraciones del sueño e intentos de automedicación mediante alcohol o psicofármacos. Los organismos internacionales recomiendan que la atención clínica integre simultáneamente el tratamiento de la salud mental y del consumo de sustancias, evitando abordajes aislados.

A pesar del crecimiento del problema, muchas mujeres continúan llegando tardíamente a los programas de rehabilitación debido a la existencia de una serie de barreras para acceder al tratamiento, entre las que se encuentra la estigmatización social, el temor a perder la custodia de sus hijos, la dependencia económica y violencia de género, la falta de programas especializados para mujeres y la escasez de servicios con enfoque de género. Estas barreras hacen que el tratamiento inicie cuando la dependencia ya presenta un mayor grado de severidad.⁵

Entre los principales desafíos identificados en Latinoamérica se encuentra el fortalecimiento de la prevención dirigida específicamente a mujeres jóvenes, el incremento de la detección temprana desde atención primaria y la integración de la salud mental con el tratamiento de adicciones. Se necesita desarrollar programas diferenciados para mujeres embarazadas y madres, combatir el estigma social, capacitar permanentemente al talento humano en perspectiva de género y mejorar la investigación regional con datos desagregados por sexo y edad.⁶

Desde la Oficina Latinoamericana de Prevención, Investigación, Capacitación y Tratamiento de las Adicciones (Olprad Internacional – ONG) consideramos que el incremento del consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres jóvenes constituye un desafío prioritario para la salud pública latinoamericana. La prevención debe comenzar desde la adolescencia mediante

educación basada en evidencia científica, fortalecimiento de factores protectores, promoción de la salud mental y desarrollo de habilidades para la vida. Asimismo, resulta indispensable que los programas terapéuticos adopten un enfoque integral, interdisciplinario y con perspectiva de género, reconociendo las diferencias biológicas, psicológicas y sociales que influyen en el inicio, mantenimiento y recuperación del consumo.⁷

El panorama latinoamericano en 2026 evidencia que el consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres jóvenes continúa en transformación. Más allá del incremento en determinadas sustancias, el principal desafío radica en la coexistencia de problemas de salud mental, violencia, desigualdad y barreras de acceso a los servicios especializados¹. La respuesta institucional debe orientarse hacia políticas públicas preventivas, tratamiento oportuno, investigación científica continua y fortalecimiento de redes comunitarias que permitan reducir el impacto de las adicciones sobre las mujeres, sus familias y la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OEA/CICAD. Women Who Use Psychoactive Substances in Latin America and the Caribbean: Current Challenges. Organización de los Estados Americanos, 2025.
<https://www.oas.org/ext/DesktopModules/MVC/OASDnnModules/Views/Item/Download.aspx?type=1&id=1223&lang=1>
2. OPS. Drug Use Disorders: A Growing Public Health Concern in the Americas. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/en/news/14-1-2026-drug-use-disorders-growing-public-health-concern-americas-paho-study-finds>, 2026
3. OMS. Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. World Health Organization, 2024
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
4. OMS. Informe Mundial sobre las Drogas 2025 de UNODC: La inestabilidad mundial agrava el impacto social, económico y de seguridad del fenómeno mundial de las drogas. World Health Organization, 2025
<https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2025/June/unodc-world-drug-report-2025-global-instability-compounding-social-economic-and-security-costs-of-the-world-drug-problem.html>
5. Águila-Morales N, Clua-García R. Mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio: estudio cualitativo desde una perspectiva de género y de salud mental comunitaria. Salud Colect. 2024 Feb 12;20:e4648.
<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2024.4648>
6. Pawlowicz, María Pía, et al. "Del control a los cuidados: dispositivos y estrategias de intervención social ante situaciones de uso de drogas durante el embarazo, el parto y la maternidad." Debate Público 16.31 (2026): 12.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/11302>
7. UNODC. World Drug Report 2026 United Nations Office on Drugs and Crime, 2026N
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2026.html>

SOBRE EL AUTOR

1. Presidente de la Oficina Latinoamericana de Prevención, Investigación y Tratamiento de las Adicciones. <https://orcid.org/0009-0001-8245-9936> Email: olprad.ong@gmail.com

MARIHUANA Y BIENESTAR EN SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS (2026): UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA SOBRE BENEFICIOS POTENCIALES Y RIESGOS COMPROBADOS

Mariano Alberto Romani Camps^{1*}, Himia Hernández Salazar²

RESUMEN

Introducción: la regulación del cannabis medicinal en San Vicente y las Granadinas ha impulsado un creciente interés sobre sus aplicaciones terapéuticas y sus posibles repercusiones en la salud pública.

Objetivo: analizar la evidencia científica más reciente sobre los beneficios potenciales y los riesgos comprobados asociados al consumo de cannabis en relación con el bienestar, contextualizando sus implicaciones para la salud pública en San Vicente y las Granadinas durante 2026.

Método: se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada hasta junio de 2026. Se partió de una búsqueda exhaustiva en bases de datos de internet, PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, PsycINFO, SciELO, Cochrane, CINAHL, AMED, Web of Science y Cannabis-Med; se encontraron 84 bibliografías referentes al tema y se seleccionaron 22 para una revisión más profunda de artículos de actualidad científica, relacionados con los beneficios potenciales y riesgos comprobados del uso de Marihuana en San Vicente y las Granadinas.

Desarrollo: la evidencia disponible demuestra beneficios clínicos consistentes únicamente para un número limitado de indicaciones, entre ellas la epilepsia farmacorresistente, la espasticidad secundaria a esclerosis múltiple, el dolor crónico y el control de náuseas inducidas por quimioterapia. Por el contrario, existe evidencia sólida que relaciona el consumo recreativo, especialmente en adolescentes, embarazadas y personas con predisposición psiquiátrica, con mayor riesgo de psicosis, deterioro cognitivo, accidentes de tránsito y resultados obstétricos adversos.

Conclusiones: en San Vicente y las Granadinas, donde el cannabis medicinal constituye además un sector económico emergente, resulta indispensable promover políticas públicas y decisiones clínicas fundamentadas en evidencia científica de alta calidad.

Palabras clave: Cannabis; Marihuana; Cannabinoides; Cannabis medicinal; Salud pública; Caribe.

ABSTRACT

Introduction: the regulation of medical cannabis in Saint Vincent and the Grenadines has generated growing interest in its therapeutic applications and its potential public health implications.

Objective: to analyze the most recent scientific evidence on the potential benefits and established risks associated with cannabis use in relation to well-being, contextualizing its implications for public health in Saint Vincent and the Grenadines during 2026.

Methods: a narrative review of the scientific literature published through June 2026 was conducted. An exhaustive search was performed in online databases, including PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, PsycINFO, SciELO, Cochrane, CINAHL, AMED, Web of Science, and Cannabis-Med. A total of 84 references related to the topic were identified, of which 22 were selected for an in-depth review of recent scientific literature addressing the potential benefits and established risks of marijuana use in Saint Vincent and the Grenadines.

Development: the available evidence demonstrates consistent clinical benefits only for a limited number of indications, including drug-resistant epilepsy, spasticity secondary to multiple sclerosis, chronic pain, and the control of chemotherapy-induced nausea. Conversely, strong evidence links recreational cannabis use,

particularly among adolescents, pregnant women, and individuals with a psychiatric predisposition, to an increased risk of psychosis, cognitive impairment, motor vehicle accidents, and adverse obstetric outcomes.

Conclusions: in Saint Vincent and the Grenadines, where medical cannabis also represents an emerging economic sector, it is essential to promote public policies and clinical decisions grounded in high-quality scientific evidence.

Keywords: Cannabis; Marijuana; Cannabinoids; Medical cannabis; Public health; Caribbean.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cannabis, también conocido como marihuana, constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, alrededor de 192 millones de personas consumieron cannabis en 2017, lo que representa un 3.8 % de la población adulta global.¹ En España, la Monografía Cannabis 2025 confirma que se trata de la sustancia psicoactiva más utilizada bajo fiscalización internacional, con prevalencias significativas en adolescentes y adultos jóvenes, y consecuencias directas en la salud y la seguridad vial.² En Colombia, estudios recientes señalan que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, con una prevalencia de vida del 8.3 % en población de 12 a 65 años, lo que la convierte en un problema social y sanitario de gran magnitud.³

La importancia de abordar este tema radica en sus múltiples implicaciones. Por un lado, el cannabis ha sido objeto de creciente interés científico por su potencial terapéutico. Investigaciones han demostrado beneficios en el manejo del dolor crónico, la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple, las crisis epilépticas refractarias y como antiemético en tratamientos de quimioterapia. Asimismo, se han reportado efectos positivos en la reducción de ansiedad, insomnio y síntomas conductuales de la demencia.⁴ Estos hallazgos han impulsado debates sobre su uso medicinal y la necesidad de regulación adecuada.

Por otro lado, la evidencia también advierte sobre riesgos significativos. El consumo prolongado puede generar dependencia: se estima que un 9 % de los usuarios cumple criterios de trastorno por uso de cannabis, cifra que aumenta hasta un 50 % en quienes consumen diariamente. Además, se han documentado alteraciones cognitivas, cambios estructurales en el cerebro, mayor vulnerabilidad a psicosis y deterioro de la salud mental. El tetrahidrocannabinol (THC), principal componente psicoactivo, se asocia con disminución de la atención, coordinación motora y tiempo de reacción, lo que incrementa el riesgo de accidentes de tránsito.¹

El debate legislativo refleja esta tensión entre beneficios y desventajas. Países como Uruguay y Canadá han legalizado el uso recreativo, mientras que otros han flexibilizado el acceso medicinal. Sin embargo, la experiencia internacional muestra que estas medidas han reducido la percepción de riesgo y aumentado la accesibilidad, especialmente entre adolescentes, sin lograr plenamente objetivos como disminuir el mercado negro o controlar el consumo juvenil. En Chile, por ejemplo, la discusión parlamentaria sobre un marco más permisivo ha generado preocupación por sus posibles consecuencias en poblaciones vulnerables.¹

Cannabis en el Caribe: el caso de San Vicente y las Granadinas

El Caribe ha sido históricamente una región vinculada al cultivo de cannabis, tanto para consumo local como para exportación ilícita. Sin embargo, en los últimos años varios países han iniciado procesos de descriminalización y regulación con fines medicinales y económicos.

San Vicente y las Granadinas (SVG) constituye un ejemplo pionero en este contexto. En 2018, el país se convirtió en el primero de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) en descriminalizar la posesión de pequeñas cantidades de cannabis, permitiendo hasta 15 gramos para uso personal y el cultivo de hasta cuatro plantas por adulto.⁵ Esta medida buscó reducir la criminalización de consumidores y abrir

espacio para la investigación científica y el desarrollo agrícola.

Paralelamente, el gobierno lanzó un programa nacional de cannabis medicinal, con el objetivo de posicionar a SVG como un centro regional de producción regulada. En 2023 se inauguró un centro de consumo de cannabis medicinal, vinculado a proyectos de investigación y desarrollo farmacéutico, lo que refleja la intención de diversificar la economía agrícola y atraer inversión extranjera.⁶

No obstante, el consumo recreativo sigue siendo ilegal en espacios públicos, y persisten desafíos relacionados con la regulación efectiva, el control de calidad y la prevención del consumo en adolescentes. La experiencia de SVG muestra cómo la descriminalización y el impulso al cannabis medicinal pueden convertirse en una estrategia de desarrollo económico y sanitario, aunque requieren políticas sólidas para evitar consecuencias negativas como el aumento del consumo juvenil o la expansión del mercado ilícito.⁷

En este contexto, resulta imprescindible realizar una revisión bibliográfica que analice de manera crítica los beneficios y desventajas del consumo de marihuana en la salud del individuo. El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica más reciente sobre los beneficios potenciales y los riesgos comprobados asociados al consumo de cannabis en relación con el bienestar, contextualizando sus implicaciones para la salud pública en San Vicente y las Granadinas durante 2026.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada hasta junio de 2026. Se utilizaron como principales fuentes revisiones sistemáticas, metaanálisis, documentos de la Organización Mundial de la Salud, recomendaciones del American College of Physicians y legislación vigente de San Vicente y las Granadinas. Se priorizaron estudios con mayor nivel de evidencia siguiendo la pirámide de Oxford. Se partió de una búsqueda exhaustiva en bases de datos de internet, PubMed/MEDLINE,

Scopus, Embase, PsycINFO, SciELO, Cochrane, CINAHL, AMED, Web of Science y Cannabis-Med; se encontraron 84 bibliografías referentes al tema y se seleccionaron 22 para una revisión más profunda de artículos de actualidad científica, relacionados con los beneficios potenciales y riesgos comprobados del uso de Marihuana en San Vicente y las Granadinas.

DESARROLLO

Contexto teórico y relevancia

La marihuana constituye uno de los temas de mayor interés en salud pública y política sanitaria del Caribe. En San Vicente y las Granadinas, el debate ha adquirido una importancia especial debido a que el país fue pionero en la región en establecer un marco legal para la producción y el uso de cannabis con fines medicinales mediante la Medicinal Cannabis Industry Act (2018) y la creación de la Autoridad de Cannabis Medicinal, organismo encargado de regular el cultivo, la producción, la investigación y el acceso de los pacientes a estos productos. Este modelo busca equilibrar el potencial económico del cultivo tradicional con la protección de la salud pública mediante un sistema de licencias, supervisión médica y control de calidad.⁸

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados durante los últimos años muestran evidencia de calidad moderada a alta que respalda el uso de preparados específicos de cannabinoides en un número limitado de indicaciones, como el dolor crónico refractario, la espasticidad asociada a esclerosis múltiple y algunas formas de epilepsia farmacorresistente. Sin embargo, para muchas otras enfermedades frecuentemente promocionadas en redes sociales y medios de comunicación, la evidencia continúa siendo insuficiente o inconsistente, por lo que las expectativas terapéuticas suelen superar el respaldo científico disponible.⁸⁻¹⁰

Paralelamente, existe evidencia robusta que demuestra riesgos asociados al consumo de cannabis, especialmente cuando el uso es frecuente, comienza durante la adolescencia o involucra productos con altas concentraciones de THC. Entre los efectos adversos mejor

documentados se incluyen el deterioro cognitivo, trastornos de ansiedad, psicosis en individuos predispuestos, dependencia, alteraciones del rendimiento escolar y laboral, incremento del riesgo de accidentes de tránsito y posibles complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Estos riesgos adquieren especial relevancia en países pequeños como San Vicente y las Granadinas, donde los recursos destinados a salud mental y tratamiento de adicciones son limitados.^{8,10}

Desde una perspectiva sanitaria, el desafío para San Vicente y las Granadinas consiste en desarrollar políticas basadas en evidencia que permitan aprovechar las oportunidades económicas y terapéuticas derivadas de la industria del cannabis medicinal sin minimizar los efectos adversos asociados a su consumo recreativo o indiscriminado. La regulación implementada por el país pretende precisamente separar el uso medicinal respaldado por evidencia científica del consumo no médico, garantizando estándares de calidad, vigilancia farmacológica y acceso seguro para los pacientes que puedan beneficiarse de esta terapia.¹¹

Asimismo, esta revisión resulta particularmente pertinente en 2026 debido a la rápida evolución de la literatura científica y de las políticas regulatorias internacionales. El creciente número de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales ha permitido esclarecer mejor tanto los beneficios potenciales como los riesgos del cannabis, facilitando la elaboración de recomendaciones clínicas más precisas y fundamentadas. En este contexto, una revisión crítica de la evidencia disponible constituye una herramienta indispensable para médicos, responsables de políticas públicas y profesionales de la salud interesados en promover un uso racional, seguro y basado en evidencia del cannabis medicinal.⁸⁻¹⁰

Sintetizar la mejor evidencia científica disponible sobre los beneficios potenciales y los riesgos comprobados del cannabis, contextualizándola dentro del marco regulatorio y sanitario de San Vicente y las Granadinas, puede contribuir a una toma de decisiones clínicas y de salud pública

sustentada en datos científicos de alta calidad y no en percepciones o expectativas sociales.⁸⁻¹¹

Beneficios terapéuticos con mayor respaldo científico

El uso terapéutico del cannabis ha sido objeto de un creciente número de investigaciones durante las últimas dos décadas. Sin embargo, la evidencia científica disponible demuestra que sus beneficios clínicos no son universales y se limitan a un número reducido de indicaciones específicas. La revisión paraguas realizada por Solmi et al., que analizó 101 metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales, concluyó que solo una pequeña proporción de las aplicaciones médicas propuestas para el cannabis cuenta con evidencia de alta o moderada certeza. Para la mayoría de las enfermedades, los resultados continúan siendo inconsistentes o insuficientes, lo que limita la posibilidad de recomendar su uso de forma generalizada.⁸

Epilepsia farmacorresistente

La indicación con mayor respaldo científico corresponde al cannabidiol (CBD) como tratamiento complementario en pacientes con epilepsia farmacorresistente, particularmente en los síndromes de Dravet y Lennox Gastaut. Diversos ensayos clínicos multicéntricos han demostrado reducciones significativas en la frecuencia de las crisis convulsivas, así como un incremento en el número de pacientes que alcanzan una disminución superior al 50 % de las convulsiones. Estos beneficios han sido confirmados por revisiones sistemáticas y metaanálisis de alta calidad, consolidando al cannabidiol como una opción terapéutica eficaz y segura cuando es administrado bajo supervisión médica especializada.^{8,12-14}

Dolor crónico

El dolor crónico constituye una de las indicaciones más estudiadas para el cannabis medicinal. La evidencia muestra que los cannabinoides pueden producir una reducción modesta del dolor, especialmente en pacientes con dolor neuropático y otras formas de dolor crónico refractario. No obstante, la magnitud del beneficio

suele ser pequeña y, en muchos casos, no alcanza el umbral considerado clínicamente relevante. En consecuencia, las guías internacionales recomiendan reservar su utilización para pacientes que no obtienen un adecuado control con los tratamientos convencionales, tras una evaluación individualizada del balance entre beneficios y riesgos.¹⁵⁻¹⁹

Las recomendaciones publicadas por el American College of Physicians enfatizan que la decisión de iniciar tratamiento con cannabinoides debe realizarse mediante un proceso de toma de decisiones compartida entre médico y paciente, considerando la intensidad del dolor, las comorbilidades, el riesgo de eventos adversos y las preferencias individuales.¹⁹

Espasticidad asociada a esclerosis múltiple

Otra indicación respaldada por evidencia moderada es la espasticidad secundaria a esclerosis múltiple. Diversos estudios han demostrado que los preparados que combinan tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD) mejoran la percepción subjetiva de la espasticidad y reducen el dolor muscular en comparación con placebo. Aunque la magnitud del efecto es moderada, puede traducirse en una mejor calidad de vida para pacientes con enfermedad avanzada. No obstante, los beneficios deben ponderarse frente a la aparición de mareos, somnolencia, sequedad bucal y otros efectos adversos relacionados con el tratamiento.^{8,20}

Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia

Los cannabinoides también han demostrado utilidad como tratamiento complementario para el control de las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia, especialmente en pacientes que presentan respuesta insuficiente a los antieméticos convencionales. La evidencia sugiere una mejoría sintomática significativa, aunque su uso puede verse limitado por la aparición de sedación, alteraciones cognitivas transitorias y efectos neuropsiquiátricos. Por ello, las guías clínicas recomiendan considerarlos como una alternativa de segunda línea y no como tratamiento inicial.^{8,10,21}

Cuidados paliativos y pacientes con cáncer

En el contexto de los cuidados paliativos, el cannabis medicinal puede contribuir al alivio de múltiples síntomas, incluyendo dolor, anorexia, náuseas y trastornos del sueño. Sin embargo, la evidencia disponible continúa siendo heterogénea y los beneficios observados suelen ser modestos. Actualmente, no existen pruebas suficientes que justifiquen su utilización rutinaria como tratamiento antineoplásico o como sustituto de los opioides, aunque puede representar una alternativa útil en pacientes seleccionados con síntomas refractarios.^{8,15,21}

Enfermedades inflamatorias intestinales

Algunos ensayos clínicos han mostrado mejoría en la calidad de vida y en la percepción subjetiva de los síntomas en pacientes con enfermedad de Crohn y otras enfermedades inflamatorias intestinales tratados con cannabinoides. Sin embargo, los estudios disponibles no demuestran de manera consistente una reducción objetiva de la actividad inflamatoria ni modificaciones en la evolución natural de la enfermedad. Por esta razón, la evidencia continúa siendo insuficiente para recomendar su uso como terapia estándar.^{8,22}

Trastornos del sueño

Diversos estudios han evaluado el efecto del cannabis sobre los trastornos del sueño, especialmente en pacientes con dolor crónico o enfermedades neurológicas. Aunque algunos ensayos reportan mejoría subjetiva en la calidad del sueño, la evidencia es inconsistente y la mayoría de las revisiones sistemáticas concluyen que los beneficios son modestos y de corta duración. Además, el uso prolongado puede alterar la arquitectura normal del sueño y favorecer el desarrollo de tolerancia.^{8,21}

En conjunto, la evidencia científica disponible indica que el cannabis medicinal posee aplicaciones terapéuticas bien definidas, pero limitadas. El mayor nivel de evidencia corresponde al uso de cannabidiol en epilepsias farmacorresistentes, seguido por el tratamiento del dolor crónico refractario, la espasticidad asociada a esclerosis múltiple y el control de las

náuseas inducidas por quimioterapia. Para muchas otras enfermedades frecuentemente promocionadas en medios de comunicación y plataformas digitales, la evidencia continúa siendo insuficiente o de baja certeza. En consecuencia, las principales sociedades científicas y organismos internacionales recomiendan que el uso de cannabinoides se limite a indicaciones respaldadas por estudios de alta calidad, dentro de un marco regulado y bajo supervisión médica especializada.^{8-10,15-18,20-22}

Riesgos comprobados del uso del cannabis

El creciente interés por el cannabis medicinal ha estado acompañado de una expansión del consumo recreativo y de una percepción social de que se trata de una sustancia inocua. Sin embargo, la evidencia científica acumulada durante los últimos años demuestra que el cannabis no está exento de riesgos y que sus efectos adversos dependen de factores como la edad de inicio del consumo, la frecuencia de uso, la dosis, la concentración de Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC), la susceptibilidad genética y la presencia de enfermedades psiquiátricas o cardiovasculares preexistentes. La revisión paraguas publicada por Solmi et al., que sintetizó los resultados de 101 metaanálisis, concluyó que existe evidencia de alta y moderada certeza sobre diversos efectos adversos asociados al consumo de cannabis, especialmente cuando se utiliza de forma recreativa o prolongada.⁸

Trastornos psiquiátricos

La asociación entre el consumo de cannabis y la aparición de trastornos psiquiátricos constituye uno de los hallazgos más consistentes de la literatura científica. Diversos estudios observacionales han demostrado que el consumo frecuente de cannabis, particularmente durante la adolescencia y la adultez temprana, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos y esquizofrenia en individuos genéticamente predispuestos. La evidencia también muestra una relación dosis-dependiente, de manera que el riesgo aumenta conforme se incrementa la frecuencia de consumo y la potencia del THC.^{8,21,22}

Además de la psicosis, el consumo habitual se ha asociado con mayor incidencia de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, ideación suicida y recaídas en pacientes con enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas. Aunque la relación causal continúa siendo objeto de investigación, el consenso actual considera que el cannabis representa un importante factor de riesgo modificable en personas vulnerables.^{8,21,22}

Deterioro cognitivo

La evidencia disponible demuestra que el cannabis puede afectar múltiples dominios cognitivos, incluyendo la memoria inmediata, la memoria de trabajo, el aprendizaje, la atención sostenida, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas. Estos efectos son particularmente notorios cuando el consumo comienza durante la adolescencia, etapa crítica para el desarrollo cerebral. Diversos metaanálisis muestran que algunas alteraciones cognitivas pueden persistir incluso después de la suspensión del consumo, especialmente en usuarios crónicos.^{8,21,22}

Aunque algunos déficits son parcialmente reversibles tras varias semanas de abstinencia, el inicio precoz del consumo se ha relacionado con menor rendimiento académico, dificultades laborales y reducción del desempeño social durante la vida adulta.^{8,22}

Dependencia y trastorno por consumo de cannabis

Contrario a la creencia popular, el cannabis posee potencial adictivo. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente uno de cada diez consumidores desarrollará un trastorno por consumo de cannabis, cifra que aumenta hasta uno de cada seis cuando el consumo se inicia durante la adolescencia. El uso prolongado puede generar tolerancia, dependencia psicológica y síndrome de abstinencia caracterizado por irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución del apetito y alteraciones del estado de ánimo.^{10,21}

La disponibilidad de productos con concentraciones crecientes de THC constituye un factor adicional que favorece el desarrollo de

dependencia y aumenta la gravedad de los síntomas de abstinencia.^{8,10}

Embarazo y desarrollo fetal

La evidencia científica desaconseja el consumo de cannabis durante el embarazo. La revisión de Solmi et al. encontró evidencia convincente que relaciona el consumo materno con mayor riesgo de recién nacidos pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer. Asimismo, diversos estudios han descrito un incremento en la frecuencia de parto pretérmino, ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales y posibles alteraciones del neurodesarrollo infantil.⁸

Debido a que el THC atraviesa la placenta y también puede excretarse en la leche materna, las principales organizaciones científicas recomiendan evitar completamente su consumo durante el embarazo y la lactancia.¹⁰⁻²¹

Accidentes de tránsito

El cannabis deteriora la capacidad para conducir vehículos al disminuir el tiempo de reacción, alterar la coordinación motora, afectar la percepción espacial y reducir la capacidad para mantener la atención. Los estudios observacionales muestran un incremento significativo del riesgo de accidentes de tránsito, especialmente cuando el consumo reciente se combina con alcohol u otras sustancias psicoactivas.^{8,21}

Estos hallazgos han motivado que numerosos países implementen límites legales de THC para conductores y campañas dirigidas a prevenir la conducción bajo los efectos del cannabis.¹⁰

Riesgo cardiovascular

Durante los últimos años se ha incrementado la evidencia sobre las complicaciones cardiovasculares asociadas al consumo de cannabis. El THC produce activación simpática, aumento de la frecuencia cardíaca, elevación transitoria de la presión arterial y mayor demanda miocárdica de oxígeno. En individuos susceptibles, estos cambios pueden favorecer la aparición de arritmias, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular e incluso muerte súbita,

especialmente durante la primera hora posterior al consumo.^{21,22}

Aunque gran parte de la evidencia procede de estudios observacionales, las sociedades científicas recomiendan precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida o múltiples factores de riesgo.^{10,21}

Complicaciones respiratorias

El consumo de cannabis por inhalación expone al aparato respiratorio a numerosos productos de combustión similares a los del tabaco. El uso crónico se ha relacionado con bronquitis crónica, tos persistente, producción excesiva de esputo e irritación de la vía aérea. Si bien la asociación con cáncer de pulmón continúa siendo motivo de debate debido a la presencia de factores de confusión, existe consenso respecto a que fumar cannabis no constituye una práctica inocua para el sistema respiratorio.^{10,21}

Eventos adversos relacionados con el cannabis medicinal

Incluso cuando el cannabis se utiliza con fines terapéuticos bajo supervisión médica, los ensayos clínicos reportan una mayor incidencia de eventos adversos en comparación con placebo. Entre los efectos secundarios más frecuentes se encuentran somnolencia, mareos, sequedad bucal, náuseas, diarrea, alteraciones del equilibrio, fatiga y sensación de euforia. En la mayoría de los casos estos eventos son leves o moderados; sin embargo, pueden ocasionar suspensión del tratamiento, especialmente en adultos mayores o pacientes con múltiples comorbilidades.^{8,15,16,20,22}

Consideraciones para la salud pública

Desde una perspectiva de salud pública, los riesgos del cannabis adquieren especial importancia en países como SVG, donde la expansión de la industria del cannabis medicinal debe coexistir con estrategias dirigidas a prevenir el consumo problemático. La educación sanitaria, la vigilancia epidemiológica, el acceso a servicios de salud mental y la regulación estricta de los productos con alto contenido de THC constituyen elementos esenciales para minimizar los daños asociados al consumo y garantizar un uso

responsable de los cannabinoides con fines terapéuticos.^{10,21,22}

En conjunto, la evidencia científica disponible indica que, aunque el cannabis medicinal posee aplicaciones clínicas específicas, el consumo recreativo frecuente, especialmente cuando comienza en edades tempranas o involucra productos con altas concentraciones de THC, se asocia con riesgos comprobados para la salud mental, el desarrollo neurológico, la seguridad vial y la salud materno-fetal. En consecuencia, las principales organizaciones internacionales coinciden en que cualquier indicación terapéutica debe fundamentarse en evidencia científica sólida, individualizarse para cada paciente y mantenerse bajo estricta supervisión médica.^{8,10,15,16,20-22}

Situación en San Vicente y las Granadinas

SVG ha desarrollado una de las industrias de cannabis medicinal más avanzadas del Caribe, favoreciendo la investigación, la inversión extranjera y el desarrollo agrícola. No obstante, el crecimiento del mercado debe acompañarse de programas de farmacovigilancia, educación sanitaria y vigilancia epidemiológica que permitan minimizar los riesgos asociados al uso recreativo y garantizar un acceso seguro al cannabis medicinal.

El éxito del modelo regulatorio dependerá de mantener un equilibrio entre el desarrollo económico y la protección de la salud pública, promoviendo la prescripción basada en evidencia científica y evitando indicaciones que aún no cuentan con respaldo suficiente.

CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible en 2026 demuestra que el cannabis medicinal posee aplicaciones clínicas bien establecidas, aunque limitadas a determinadas enfermedades. El cannabidiol constituye la indicación con mayor respaldo científico en epilepsias farmacorresistentes, mientras que los cannabinoides muestran beneficios moderados en dolor crónico y espasticidad por esclerosis múltiple.

Por otra parte, existe evidencia convincente sobre los riesgos del consumo recreativo, particularmente durante el embarazo, la adolescencia y en personas con susceptibilidad psiquiátrica. En San Vicente y las Granadinas, la consolidación de la industria del cannabis medicinal debe sustentarse en políticas sanitarias basadas en evidencia, vigilancia continua y educación tanto de profesionales de la salud como de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nitsche MP, Fischman A, Trebilcock JJ, Zamorano N. Potenciales riesgos y beneficios de la marihuana y su legislación. *Ars Medica Rev Cienc Med.* 2018;43(3):77-81.doi:10.11565/arsmed.v43i3.1496.
<https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i3.1496>
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis 2025: Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025.134p.<https://pnsd.sanidad.gob.es/pr ofesionales/sistemasInformacion/home.htm>
3. Mojica León JC. Cannabis medicinal: usos, beneficios y efectos en la salud frente al uso del cannabis. Bogotá D.C.: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.; 2024.<https://repository.udca.edu.co/>
4. Rojas-Jara C, Polanco-Carrasco R, Cisterna A, Hernández V, Miranda F, Moreno A, et al. Uso medicinal de cannabis: una revisión de la evidencia. *Terapia Psicológica.* 2019;37(2):166-80. doi:10.4067/S0718-48082019000200166.<https://doi.org/10.4067/S071848082019000200166>
5. Revista Cñaño. San Vicente y las Granadinas descriminaliza el cannabis. Cñaño.net. 2018 [actualizado 2023 Nov

- 29; citado 2026 Jun 27]. Disponible en: <https://canamo.net/noticias/mundo/san-vicente-y-las-granadinas-descriminaliza-el-cannabis>
6. SWI swissinfo.ch. Abre en San Vicente y las granadinas un centro de consumo de cannabis medicinal. 2023 [citado 2026 Jun 27]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/abre-en-san-vicente-y-las-granadinas-un-centro-de-consumo-de-cannabis-medicinal/48934210>
 7. CannaConnection. Estatus legal del cannabis en San Vicente y las granadinas. 2022 [citado 2026 Jun 27]. Disponible en: <https://www.cannaconnection.com/blog/18382-cannabis-laws-in-saint-vincent-and-the-grenadines>
 8. Solmi M, De Toffol M, Kim JY, Choi MJ, Stubbs B, Thompson T, et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ*. 2023;382:e072348.doi:10.1136/bmj-2022-072348. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072348>
 9. American College of Physicians. Cannabis or cannabinoids for the management of chronic noncancer pain: best practice advice from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2025;178(4):545-557. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-01885>
 10. World Health Organization. Cannabis and cannabis resin: critical review report. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/publications/m/item/cannabis-and-cannabis-resin-critical-review-report>
 11. Medicinal Cannabis Authority. Medicinal Cannabis Industry Act 2018. Kingstown: Medicinal Cannabis Authority; 2018. <https://mca.vc/legislation/saint-vincent-and-the-grenadines-medicinal-cannabis-industry-act-2018/>
 12. Lattanzi S, Trinká E, Russo E, et al. Cannabidiol as adjunctive treatment of seizures associated with Lennox-Gastaut syndrome and Dravet syndrome: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00708-y>
 13. Devinsky O, Cross JH, Laux L, et al. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376:2011-2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1611618>
 14. Thiele EA, Marsh ED, French JA, et al. Cannabidiol in patients with seizures associated with Lennox-Gastaut syndrome. *N Engl J Med*. 2018; 378:1888-1897. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1714631>
 15. Busse JW, Vankrunkelsven P, Zeng L, Heen AF, Merglen A, Campbell F, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer-related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2021;374:n1034. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1034>
 16. Bell AD, et al. Clinical practice guidelines for cannabis and cannabinoid-based medicines in the management of chronic pain and co-occurring conditions. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2024. <https://doi.org/10.1089/can.2022.0167>
 17. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;313(24):2456-2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>
 18. Stockings E, Campbell G, Hall WD, et al. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic non-cancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled

- and observational studies. *Pain*. 2018;159(10):1932-1954.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001293>
19. American College of Physicians. Cannabis or cannabinoids for the management of chronic noncancer pain: best practice advice from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2025;178(4):545-557.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-01885>
 20. Filippini G, Minozzi S, Borrelli F, et al. Cannabis and cannabinoids for symptomatic treatment for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;5:CD013444.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013444.pub2>
 21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington (DC): National Academies Press; 2017.
<https://nap.nationalacademies.org/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>
 22. Bilbao A, Spanagel R. Medical cannabinoids: a pharmacology-based systematic review and meta-analysis for all relevant medical indications. *BMC Med*. 2022; 20:259.
<https://doi.org/10.1186/s12916-022-02459-1>

SOBRE LOS AUTORES

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Emergencia y Terapia Intensiva. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor Auxiliar. Base Nacional de Urgencias Médicas. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0009-0002-2767-0250> email: marianore@infomed.sld.cu
2. Especialista de 1er Grado en Farmacología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.
<https://orcid.org/0000-0003-3569-0665>

Yamilet García González^{1}, Yudisleidy Esmoris Mena², Leannes García Rosales³, Yunior González Freyre⁴, Jurek Guirola Fuentes⁵, Miguel Ernesto González Reytor⁶*

RESUMEN

Introducción: a nivel mundial el consumo de drogas de abuso constituye un problema de salud. En Cuba la cocaína es la tercera droga más consumida en los últimos tres años. La intoxicación aguda genera manifestaciones clínicas y graves complicaciones. Entre estas, la perforación naso-palatina inducida por cocaína esnifada, caracterizada por necrosis del tabique y el paladar duro. Esta patología, no es frecuente, pero la incidencia ha aumentado en los pacientes que asisten a la consulta de deshabituación.

Objetivos: actualizar la evidencia reciente en fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la lesión naso-palatina con enfoque en la mujer.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica de documentos publicados en revistas científicas indexadas en bases de datos regionales, entre 2016 y 2026. Se utilizó Google Académico como motor de búsqueda, descriptores de salud en idioma español, inglés y portugués y operadores booleanos para optimizar los resultados. Se identificaron 89 documentos, de estos 25 aportaron información a la investigación.

Resultados: la lesión naso-palatina resulta de tres mecanismos fisiopatológicos. La evidencia muestra que entre el 58 % y el 77 % de los casos diagnosticados de perforación naso-palatina corresponden al sexo femenino. El tratamiento es multidisciplinario, el cese del consumo es el pilar fundamental, complementado con cuidados locales, inmunosupresión en fase activa y rehabilitación protésica o quirúrgica posterior a un período prolongado de abstinencia.

Conclusiones: el diagnóstico de la lesión naso-palatina es vital, el tratamiento requiere un manejo integral de la adicción con el control inmunológico y la reconstrucción anatómica. Se

enfatisa promover estudios con enfoque en la mujer.

Palabras clave: cocaína; diagnóstico; lesión naso-palatina; sexo femenino; tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: the use of illicit drugs is a global health issue. In Cuba, cocaine has been the third most consumed drug over past three years. Acute intoxication leads to clinical manifestations and serious complications; among these is nasopalatal perforation induced by snorted cocaine, characterized by necrosis of nasal septum and hard palate. While this condition is uncommon, its incidence has risen among patients attending substance withdrawal clinics.

Objective: to update recent evidence on the pathophysiology, diagnosis, and treatment of nasopalatine lesions, with a focus on women.

Methods: a literature review was conducted of documents published in scientific journals indexed in regional databases between 2016 and 2026. Google Scholar was used as the search engine, employing health-related descriptors in Spanish, English, and Portuguese, along with Boolean operators to optimize results. A total of 89 documents were identified; of these, 25 provided information relevant to the research.

Results: nasopalatine injury results from three pathophysiological mechanisms. Evidence shows that between 58 % and 77 % of diagnosed cases of nasopalatine perforation are female. Treatment is a multidisciplinary; cessation of consumption is the cornerstone, complemented by local care, immunosuppression in active phase, and prosthetic or surgical rehabilitation after a prolonged period of abstinence.

Conclusion: diagnosis of nasopalatine injury is vital; treatment requires comprehensive

management of addiction with immunological control and anatomical reconstruction. Emphasis is place on promoting studies focused on women.

Keywords: cocaine; diagnosis; female; nasopalatine lesion; treatment.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas de abuso, legales o ilegales, genera una amplia gama de problemas sociales y sobre todo para la salud. Dentro las drogas ilícitas más consumidas a nivel mundial está la cocaína. Son innumerables los artículos que hablan sobre el daño del consumo de esta droga. La cocaína es un alcaloide proveniente de las hojas de la planta *Erythroxylan Coca*. Su fórmula es $C_{17}H_{21}NO_4$, de color blanco y sabor amargo; es soluble en agua y reacciona con los ácidos formando sales.¹

La hoja de coca es la única parte de la planta que contiene cocaína. Esta representa uno de los más potentes estimulantes del sistema nervioso central presentes en la naturaleza. Comúnmente es consumida como clorhidrato de cocaína por inhalación nasal o por inyección endovenosa.^{1,2}

La planta de la coca es originaria de América del Sur y crece en la Cordillera de los Andes. Esta región abarca los países de Ecuador, Perú, Colombia, Bolivia y Chile. También se cultiva en África, Sri Lanka, Indonesia y Taiwán. La actividad fundamental es la de estimulación del sistema nervioso, por aumento de la presencia de neurotransmisores, dando lugar a un efecto simpaticomimético.³

Su historia se remonta a más de 5000 años y la literatura recoge tres etapas: La planta mágica cuando los incas la utilizaban mascada para mitigar el cansancio, aumentar la energía, disminuir el hambre y continuar trabajando. Con la invasión de los españoles se le denominó agente del diablo hasta que vieron el efecto que provocaba en los indios los que utilizaban como fuerza laboral. Llevó a que se le pagara el trabajo con el consumo de la misma.⁴

No fue hasta el siglo XIX, justo en 1855 que se alcanzó por primera vez el aislamiento del alcaloide por Friedrich Gaedcke. Cuatro años más

tarde, el alemán Albert Niemann profundizó en el estudio y le puso cocaína, nombre que lleva hasta ahora. Esta etapa se catalogó con diferentes nombres, entre ellos el fenómeno, lo que sube, baja, como lo llamó Sigmund Freud, conocido como el padre del psicoanálisis⁵

La cocaína se considera la segunda droga recreativa más utilizada tanto en Europa como en Estados Unidos después del cannabis; y la primera dentro de las drogas estimulantes entre los usuarios jóvenes, por delante de las anfetaminas o el éxtasis sobre todo en el sur y oeste europeo.⁶ En los últimos años existe un incremento del consumo de esta en el país ocupando el tercer lugar de las drogas ilícitas más consumidas por la juventud, sólo precedida por los cannabinoides sintéticos y la marihuana.⁷

El uso habitual de cocaína inhalada puede producir una serie de complicaciones en el tracto nasosinusal, así como en la cavidad oral y la orofaringe.⁸ El consumo de cocaína por vía intranasal (esnifada) es una práctica extendida globalmente, asociada a numerosas complicaciones locales y sistémicas. Entre las más devastadoras se encuentra la lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína, una entidad clínica que implica la necrosis y pérdida progresiva de estructuras óseas y cartilaginosas de la nariz, los senos paranasales y el paladar^{8,9}. Aunque la perforación del tabique nasal es la manifestación más común, la afectación del paladar duro, creando una comunicación oronasal o incluso oronasosinusal, representa una complicación grave que altera la fonación, la deglución y la calidad de vida del paciente.¹⁰

En las últimas décadas en el mundo se ha observado un aumento en la frecuencia de presentación de estas lesiones lo que ha motivado un interés creciente en su comprensión y manejo.¹⁰ Este trabajo se propone actualizar la evidencia sobre la perforación naso-palatina por cocaína, con enfoque en la mujer, para lo cual se abordan: los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, la evidencia sobre su frecuencia, posibles causas en mujeres y las estrategias de tratamiento multidisciplinar.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos publicados en revistas científicas indexadas en bases de datos regionales y de alto impacto (Scopus, Web of Science, Cochrane Library, PubMed/Medline, Scielo, Latindex, Redalyc y Lilacs) entre 2016 y 2026. Se utilizó Google Académico como motor de búsqueda, descriptores de salud en idioma inglés, español y portugués para aumentar el volumen de información y operadores booleanos (AND, OR y NOT) para optimizar los resultados. Se identificaron 89 documentos, de los cuales 25 aportaron información a la investigación.

Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos originales, revisiones sistémicas, series de casos y reportes de casos que abordaran la afectación del paladar duro por consumo de cocaína intranasal, describieran mecanismos fisiopatológicos, datos epidemiológicos por sexo u opciones terapéuticas en los tres idiomas señalados.

Se excluyeron los artículos que no presenten DOI; artículos publicados en revistas depredadoras, los centrados de manera exclusiva en perforación aislada del tabique nasal sin afectación palatina, lesiones destructivas atribuibles a otras causas sin confirmación de consumo de cocaína, cartas al editor y resúmenes de congresos.

Proceso de selección y extracción de datos: Los artículos fueron evaluados inicialmente por título y resumen. Aquellos que cumplían los criterios preliminares se leyeron en texto completo. La información relevante se extrajo manualmente y se organizó en una tabla de síntesis.

DESARROLLO

Mecanismo fisiopatológico de la perforación nasopalatina

La destrucción tisular naso-palatina no obedece a una causa única, sino a un complejo entramado de mecanismos que actúan de forma sinérgica.

Efecto isquémico por vasoconstricción

El mecanismo clásico descrito es el potente efecto vasoconstrictor de la cocaína. Con el efecto

simpaticomimético, la cocaína inhibe la recaptación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas, provocando una vasoconstricción intensa y prolongada de las arteriolas de la mucosa nasal y del periostio subyacente. Esta reducción del flujo sanguíneo conduce a isquemia, hipoxia y, finalmente, necrosis de los tejidos blandos, el cartílago y el hueso. La exposición repetida impide la cicatrización y perpetúa el daño, llevando a la formación de úlceras, costras y, a largo plazo, a la perforación del tabique nasal y la destrucción de estructuras adyacentes como los cornetes y el paladar.^{11,12}

Toxicidad sistémica y papel de los adulterantes

La cocaína fabricada en laboratorios clandestinos no es una sustancia pura, a menudo se mezcla con adulterantes para aumentar el volumen o modificar los efectos. Uno de los adulterantes más utilizados es el levamisol. Este y sus metabolitos tienen efecto inmunomodulador y se han asociado con el desarrollo de vasculitis leucocitoclásticas y necrosis cutánea.

Se señala que el levamisol puede desencadenar una respuesta autoinmune o tener un efecto tóxico directo sobre el endotelio vascular, lo cual exacerba el daño isquémico inducido por la cocaína y contribuye con la aparición de un cuadro destructivo más agresivo. Además, otros adulterantes como el talco o el azúcar pueden actuar como irritantes mecánicos y químicos de la mucosa, perpetuando la inflamación crónica.

Mecanismo autoinmune: Vasculitis inducida por cocaína

Uno de los avances significativos en la comprensión de esta patología es el reconocimiento de su naturaleza inmunoinflamatoria. Un subgrupo importante de pacientes con daño naso-palatino presentan anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) positivos, con una especificidad predominante para la proteinasa 3, un perfil serológico idéntico al de la granulomatosis con poliangitis, llamada anteriormente granulomatosis de Wegener.

Se plantea que la exposición crónica de la mucosa nasal a la cocaína y los adulterantes,

principalmente el levamisol, actúa como un desencadenante que induce la liberación de antígenos de los neutrófilos, frente a los cuales el sistema inmunitario genera autoanticuerpos (ANCA). La unión de estos últimos a los neutrófilos provoca su activación y degranulación, liberando enzimas proteolíticas y especies reactivas de oxígeno que dañan el endotelio vascular, produciendo una vasculitis localizada.

Tabla 1. Resumen de los mecanismos fisiopatológicos del daño de la perforación nasopalatina

Mecanismo	Descripción
Vasoconstricción isquémica	Inhibición de la recaptación de noradrenalina causando vasoespasmo intenso y reducción del flujo sanguíneo local
Toxicidad por adulterantes	Efecto tóxico directo o inmunomodulador de adulterantes como el levamisol sobre el endotelio vascular
Mecanismo autoinmune	Inducción de autoanticuerpos que activan neutrófilos, provocando una vasculitis localizada en la mucosa nasal

Fuente: Elaboración propia

El déficit de oxígeno que se crea en el tabique nasal tiene a su vez otra serie de repercusiones como es la aparición con mayor facilidad de infecciones y pequeñas heridas en la mucosa del tabique nasal que, a su vez, tienen como resultado la creación de pequeñas perforaciones por necrosis. Sumado a esto, es preciso mencionar que como elementos del consumo se utilizan por parte del consumidor objetos o utensilios que ocasionan microtraumas y actúan como factores desencadenantes de la sepsis. Por otro lado, el consumo crónico de cocaína provoca perforaciones del tabique nasal y perforación del paladar. Este orificio crea una abertura entre la boca y la cavidad nasal, permitiendo la entrada de

alimentos o bebidas. La cavidad nasal no está diseñada para el paso de alimentos y bebidas, por lo que los restos de comida suelen quedar atrapados en los senos paranasales y pueden contribuir a infecciones sinusales y otros problemas. La lesión destructiva de línea media inducida por cocaína es descrita por Becker en 1988 y no es hasta 1991 que aparece publicado un caso con una necrosis simultánea de paladar óseo y de septum nasal.^{2,13}

También se debe señalar que la cocaína que viene de la hoja del arbusto de la coca es tratada mediante distintos procesos químicos a fin de conseguir un producto final en forma de polvo de cocaína. Este polvo al ser inhalado, en la nariz se convierte también en causante de serios problemas en la estructura del cartílago del tabique nasal.¹⁴⁻¹⁶



Fig. 1 Epidemiología de la lesión nasopalatina con enfoque en la mujer

La prevalencia de esta lesión por consumo de cocaína se estima en torno al 4.8 %. Sin embargo, la perforación del paladar duro es una complicación mucho más rara que la perforación aislada del tabique nasal, que puede ocurrir hasta en un 10.5 % de los consumidores habituales. La destrucción puede seguir un patrón centrífugo, comienza por el tabique nasal (prácticamente el 100 % de los casos) y puede extenderse al paladar, los cornetes inferiores, el etmoides y, en casos extremos, la base del cráneo o la órbita.

Evidencia de predominio femenino

Un hallazgo recurrente y notable en la literatura especializada es la mayor incidencia de mujeres entre los pacientes que desarrollan lesión

nasopalatina y con mayor gravedad, particularmente en aquellas que afectan al paladar.

En un estudio realizado por Goodger se revisaron 13 casos de necrosis palatina secundaria al consumo de cocaína publicados hasta esa fecha, se observó que 10 de estas fueron mujeres, con una edad media de 33.6 años. Por tanto, los autores sugieren que las mujeres podrían ser más susceptibles a la necrosis palatina extensa. Por otro lado, Guedes en este año 2026 describe el caso de una mujer de 34 años con lesión destructiva de la línea media que afectaba no solo el tabique, sino también la columela (porción que separa la entrada de la nariz en dos orificios nasales) y el filtrum (pequeña depresión o surco vertical que se encuentra en el centro del labio superior, justo debajo de la nariz), con una evolución de apenas 8 meses.^{11,12}

Otro estudio epidemiológico reveló que las adolescentes de 12 a 17 años que consumen cocaína tienen 3.7 veces más probabilidades de desarrollar dependencia que los varones de la misma edad. Esto indica que una vez que una mujer comienza a consumir, la vulnerabilidad biológica a la adicción es mayor, lo que podría traducirse en patrones de consumo más intensos o prolongados que a la larga, aumentan el riesgo de sufrir complicaciones como la perforación.¹⁷

En el año 2024 se presentó una serie de casos de ScienceDirect que mostró 4 pacientes con daño del tabique nasal y perforación naso-palatina, de los cuales tres eran mujeres, todas con antecedentes de trastornos depresivos.¹⁸

Aunque basado en series de casos y no en estudios poblacionales de gran escala hay una tendencia hacia una sobre representación femenina en las normas más destructivas de la enfermedad

Hipótesis sobre la mayor susceptibilidad femenina

Existen varias hipótesis no excluyentes para explicar este fenómeno:

- Factores hormonales y del tejido conectivo: Las hormonas femeninas, como los estrógenos, pueden influir en la respuesta

inflamatoria y en el metabolismo del tejido conectivo. Se ha postulado que las mujeres tienen una predisposición inherente a ciertas enfermedades autoinmunes del colágeno como el lupus eritematoso y la artritis reumatoide. La necrosis inducida por cocaína pudiera estar exacerbada por esta vulnerabilidad subyacente, lo cual provoca una destrucción tisular más rápida y extensa. Las hormonas femeninas modulan la reactividad vascular y el grosor de la mucosa nasal. Esto hace que, aunque absorban menos droga, el tejido objeto de la lesión (paladar y tabique nasal) podría ser más sensible a la isquemia. El estradiol interactúa directamente con el sistema de recompensa del cerebro (el circuito mesolímbico de dopamina, el mismo que nos hace sentir placer). Lo que hace es aumentar la sensibilidad del cerebro a los efectos de la cocaína.^{19,20}

En la fase folicular del ciclo menstrual, cuando los niveles de estradiol son más altos antes de la ovulación, las mujeres reportan sentir un “subidón” o euforia más intensa al consumir cocaína, que otras fases del ciclo. Esta respuesta exagerada refuerza positivamente el consumo de manera poderosa.^{19,20}

- Diferencias en el microbiota nasal o en la vascularización: Podrían existir diferencias sutiles en la anatomía vascular o en la composición del microbiota nasal entre hombres y mujeres que modulen la respuesta a la agresión química e isquémica.
- Factores psicosociales y de búsqueda de ayuda: Aunque las mujeres suelen tener una mayor conciencia corporal y preocupación por los cambios estéticos, lo que llevaría a buscar atención médica en fases tempranas de la enfermedad, los estudios revelan un atraso medio de 9 meses en la consulta inicial, a menudo por vergüenza o negación del problema.²¹

- Efecto telescoping: Aunque mencionamos elementos de esto anteriormente debemos destacar aquí que las mujeres que consumen tienen un riesgo mayor de desarrollar dependencia en la adolescencia y un patrón de progresión más rápido (efecto telescoping), lo que puede conllevar a una exposición más concentrada al daño. Es decir, este efecto actúa como acelerador del daño pues influenciado por las hormonas, la mujer rápidamente pasa de un consumo esporádico a uno compulsivo y de altas dosis en menos tiempo que un hombre. Este consumo intensivo y acelerado expone su mucosa nasal y paladar a la vasoconstricción y los adulterantes como el levamisol, de forma más concentrada en un período corto. Si a esto le sumamos una predisposición genética (como ser portadora de HLA-B27), puede desencadenar una respuesta autoinmune ante el levamisol conduciendo a una perforación grave con mayor rapidez y virulencia. En resumen, el telescoping no es el componente genético, sino el componente hormonal y fisiológico que explicaría, por qué en las mujeres ocurren complicaciones más severas por el consumo de cocaína.²¹

Abordaje terapéutico multidisciplinar

El manejo de la perforación naso-palatina por cocaína es complejo y debe ser abordado por un equipo multidisciplinario que incluya otorrinolaringólogos cirujanos maxilofaciales, psiquiatras, toxicólogos, psiquiatras, psicólogos. El tratamiento no es secuencial, sino que a menudo requiere intervenciones simultáneas.

Cese del consumo e intervención psicosocial

El paso más importante e imprescindible es la suspensión total y definitiva del consumo de cocaína. Sin este paso, cualquier otro tratamiento médico o quirúrgico está condenado al fracaso, ya que la necrosis progresará y las reconstrucciones fracasarán.

- Abordaje de la adicción: Se debe derivar al paciente a unidades de tratamiento de adicciones, ofreciendo terapias cognitivo-conductuales, grupos de apoyo y, en casos seleccionados, tratamiento farmacológico para patología dual.
- Monitoreo de la abstinencia: Se recomienda realización de análisis de orina buscando metabolitos de cocaína
- Soporte psicológico: El impacto psicosocial de una deformidad facial es enorme, afectando a la autoestima, la imagen corporal y las relaciones sociales. El apoyo psicológico es vital para manejar la depresión, la ansiedad y para mantener la motivación en el proceso de tratamiento.^{22,23}

Tratamiento médico y control de la enfermedad activa

Una vez confirmada la abstinencia, se debe tratar la inflamación activa y las complicaciones infecciosas

- Cuidados locales: Se prescriben irrigaciones nasales con suero fisiológico para eliminar las costras y mantener la humedad de la mucosa. La aplicación de pomadas antibióticas puede ayudar a reducir la formación de costras y proteger la mucosa
- Tratamiento de las infecciones: Las sobreinfecciones bacterianas, como staphylococcus aureus, son frecuentes sobre el tejido necrótico. Pueden requerir antibióticos tópicos o sistémicos.
- Inmunosupresión: En pacientes con enfermedad inflamatoria activa severa (dolor, necrosis progresiva a pesar de la abstinencia, anticuerpos antinucleares positivos), el tratamiento con corticoides sistémicos e inmunosupresores como metotrexato o rituximab, puede ser necesario para frenar el componente autoinmune de la vasculitis. Este tratamiento debe ser manejado por un

equipo con experiencia en enfermedades autoinmunes sistémicas.²⁴

Rehabilitación funcional y estética

La reconstrucción de los defectos naso-palatinos es un desafío quirúrgico que solo debe plantearse cuando se cumplan dos condiciones:

- Abstinencia prolongada y verificada de cocaína (se recomienda un período de al menos 12-18 meses sin consumo y sin signos de actividad inflamatoria).
- Tejidos locales sanos y vascularizados, sin evidencia de necrosis activa, sequestros óseos o infección
- Uso de prótesis palatina (Obturadores): Mientras se espera para la cirugía, o en pacientes que no son candidatos quirúrgicos (por consumo continuado o comorbilidades), se puede colocar un obturador palatino. Esta prótesis cierra la comunicación oronasal, mejorando la voz y la deglución, y aislando la vía aérea de la oral durante la comida. Sin embargo, su éxito a largo plazo es limitado si el consumo continúa.
- Reconstrucción quirúrgica: El objetivo es cerrar la fístula y restaurar su anatomía y función. Las opciones son variadas y dependen del tamaño y la complejidad del defecto. Se utilizan las prótesis obturadoras y los colgajos locales se utilizan para defectos pequeños. Se pueden utilizar colgajos de mucosa local o paladar. El colgajo lingual es una técnica fiable y sencilla para defectos palatinos de tamaño moderado. Se utiliza un colgajo de la superficie dorsal de la lengua para cubrir el defecto, seccionándolo en una segunda intervención. Los colgajos a distancia (microquirúrgicos): se utilizan para defectos muy extensos que afectan al paladar, maxilar y estructuras faciales. El riesgo de estos colgajos es su dependencia de un flujo sanguíneo

óptimo, que podría verse comprometido por una recaída en el consumo.²⁵



Fig. 2 Reconstrucción quirúrgica

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la lesión naso-palatina aunque poco frecuente es vital, el tratamiento requiere un manejo integral de la adicción con el control inmunológico y la reconstrucción anatómica. Se enfatiza promover estudios con enfoque en la mujer y la prevención del consumo de drogas de abuso y la rehabilitación de los consumidores es una estrategia para el Sistema Nacional de Salud en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laranjeira R, Junguerman F, Dunn J. Drogas: maconha, cocaína e crack. Brasília: Editora Contexto, 2024.
2. Palmero Sánchez B, Faelens G, Corriols Noval P, López Simón E, Morales Angulo C. Manifestaciones de cabeza y cuello secundarias al uso de cocaína. Revisión bibliográfica. [Internet]. Rev ORL. 2022 [acceso: 12/08/2026];13(1):55-70. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/orl/v13n1/2444-7986-orl-13-01-55.pdf>
3. Francisco Hadad A. Lesiones destructivas de la línea media facial secundarias al consumo de cocaína en la consulta otorrinolaringológica del Instituto de Diagnóstico y Cirugía de la ciudad de Rosario (Argentina), año 2023. [Internet]. [Tesis de grado]. Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana,

- Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2023. [acceso: 12/08/2026]. Disponible en: <https://repositorio.uai.edu.ar/handle/123456789/>
4. Hernández Gutiérrez GM, Jiménez García WG. Flujos interregionales de Cannabis. Una lectura desde la geopolítica de las drogas y la globalización desviada. [Internet]. DERROTERO. 2023 [acceso: 12/08/2026];17(2):1-13. Disponible en: <https://www.revistaescuelanaval.com/derrotero/article/view/2>
 5. Díaz Domínguez I. Los escritos sobre la cocaína de Sigmund Freud: coca, creación y sublimación en Psicoanálisis. Freudiana: Revista psicoanalítica publicada en Barcelona bajo los auspicios de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, 2024, no 100, p. 181-196.
 6. Chappell A, Armstrong B, Jay E, Phung K, McCormick S, Grigg S, Waite B. Illicit drug consumption estimated using wastewater análisis and compared by settlement size in New Zealand. Sci Total Environ.2022 Oct 15;843:156956. <http://doi:10.1016/j.scitotenv.2022.156956> Epub
 7. Centro Nacional de Toxicología. Informe Estadístico Quinquenal. La Habana: Departamento de Estadísticas 2025. La Habana: Centro Nacional de Toxicología, 2025.
 8. Jesús Vegara M; Cordero Escalona J; Veloso Casado V. Comunicación oronasal de la línea media del paladar inducida por cocaína: reporte de caso. [Internet]. MEDWAVE. 2025 [acceso: 12/08/2026];25(01):e3012. Disponible en: <http://doi.org/10.5867/medwave.2025.01.3012>
 9. Aguilera Droguett DJ, Bustos Ponce A, Oliva Rodríguez N. Principales Lesiones de Tejidos Orales en consumidores de Marihuana y Cocaína. Revisión de la Literatura. [Internet]. Appli. Sci. Dent. 2023 [acceso: 12/08/2026];4(3):4-16. Disponible en: <https://doi.org/10.22370/asd.2023.4.3.3499>
 10. Morales-Valladares GA, Gavilanez-Gaibor AE, Lanas-Terán GA, Tapia-Tapia GN. Efectos orales y maxilofaciales del consumo crónico de cocaína: revisión sistemática. [Internet]. Univ Odontol. 2025 [acceso: 12/08/2026]; 44. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/39373>
 11. Guedes LG, Jardín MML, de Macedo FMR, de Sá ICG, Santos RGG, Takano DM. Cocaine-induced midline destructive lesion with extensive cutaneous involvement. An Bras Dermatol. 2026 Jan-Feb;101(1):501277 <http://doi:10.1016/j.abd.2025.501277> Epub 2026 Jan 23
 12. García-de Oro Ángela, Fernández-Catalán C, Lozano-Ruiz C, Rodríguez-García JL. Vasculitis por cocaína adulterada con levamisol con isquemia digital y trombosis humeral. [Internet]. Rev Esp Casos Clin Med Intern. 2025 [acceso: 12/08/2026];10(3):125-8. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/1206>
 13. You P, Chow L, Dworschak-Stokan A, Husein M. Velopharyngeal dysfunction from intranasal substance abuse: Case series and review of literature. Laryngoscope. 2018 Dec;128(12):2721-2725. <http://doi:10.1002/lary.27240>
 14. Di Cosola M, Ambrosino M, Limongelli L, Favia G, Santarelli A, Cortelazzi R, Lo Muzio L. Cocaine-Induced Midline Destructive Lesions (CIMDL): A Real Challenge in Diagnosis. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jul 23;18(15):7831. <http://doi:10.3390/ijerph18157831>

15. Nitro L, Pipolo C, Fadda GL, Allevi F, Borgione M, Cavallo G et al. Distribution of cocaine-induced midline destructive lesions: systematic review and classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022 Jul;279(7):3257-3267. <http://doi:10.1007/s00405-022-07290-1>
16. Melo CA, Guimarães HR, Medeiros RC, Souza GC, Santos PB, Tôrres AC. Oral changes in cocaine abusers: an integrative review. [Internet]. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2022 [acceso: 12/08/2026];88:633-41. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/JYYNyR6Kd6YdYkBRDRv9rsp/?format=pdf&lang=pt>
17. Arteaga Yanez YL. Consumo de cocaína y sus repercusiones en el sistema nervioso. [Internet]. *SOCIETEC*. 2025 [acceso: 12/08/2026];8(3):502-517. Disponible en: <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/573>
18. Mense C, Romao V, Silvestri F, Lan R. Limits of prosthetic rehabilitation of cocaine-induced midline destructive lesions: Time to change the paradigm. *J Prosthet Dent*. 2025 Dec;134(6):2044-2047. <http://doi:10.1016/j.prosdent.2024.09.023>
19. García Gutiérrez D. Manejo de la fístula oroantral como secuela en cirugía bucal. [Internet]. [Tesis de grado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología;2023. [acceso: 12/08/2026]. Disponible en: [acceso: 12/08/2026]. Disponible en: <https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2023/abril/0838515/0838515.pdf>
20. Rius C, et al. La influencia de los factores de sexo y género en la modulación de la vulnerabilidad a las adicciones: una revisión narrativa. [Internet]. *Adicciones*. 2025 [acceso: 12/08/2026];37(4):297-310. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/2436>
21. Prieto Arenas L, Arenas MC. La mujer en las drogodependencias. [Internet]. *Revista Española de Drogodependencias*. 2025 [acceso: 12/08/2026];50(2):72-87. Disponible en: https://red.aesed.com/upload/files/v50n2_Articulo2_mujer%26drogas_cast.pdf
22. Garbi S. Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario. [Internet]. *RAM*. 2021 [acceso: 12/08/2026];9(3). Disponible en: <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/620>
23. Gómez Pérez LJ, Cardullo S, Zaffaina GC, Cuppone D, Chindamo S, Zattin A et al. Prognostic factors of a multidisciplinary rtms-based treatment for cocaine use disorder: A large cohort study. *J Subst Use Addict Treat*. 2025 Jul;174:209706. <http://doi:10.1016/j.josat.2025.209706>
24. Antunes JAP de J. Enfermedades inducidas por la cocaína. [Internet]. *Revft* 2026 [acceso: 12/08/2026];30(156):01-27. Disponible en: <https://www.revistaft.com/ft/article/view/129>
25. Costa Gaião Melo LR; Gomes Marinho Valença F; Veloso Rebello R; Hora da Veiga MK; de Alcântara Nobre Rocha IM et al. Manejo cirúrgico de comunicação oroantral associada ao uso crônico de cocaína: relato de caso. [Internet]. *DCS*. 2025 [acceso: 12/08/2026];22(84):e3786. Disponible en: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3786>

SOBRE LOS AUTORES

- 1- Doctora en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna y de 2do grado en Toxicología. Máster toxicología clínica y en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro Nacional de Toxicología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba <https://orcid.org/0000-0002-0361-3668>
- 2- Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Toxicología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba <https://orcid.org/0000-0003-3172-0994>
- 3- Doctora en Medicina. Especialista de. 1er grado en Medicina Militar General y en Toxicología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesora Asistente. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-5731-5658>
- 4- Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Toxicología. Máster. Profesor Asistente. Centro Nacional de Toxicología. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-3387-0494>
- 5- Doctor en Medicina. Especialista de 1er grado en Medicina Militar General y Toxicología. Máster en Toxicología Clínica y en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Militar de Ejército “Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-2441-4913>
- 6- Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina Militar General y en Toxicología. Centro Nacional de Toxicología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0009-0004-1338-5111>

INFLAMACIÓN DE BAJO GRADO Y ADICCIÓN: MECANISMOS MOLECULARES, BIOMARCADORES E IMPLICACIONES CLÍNICAS

María de los Angeles Robinson-Agramonte¹, Elena Noris García², Abdel Bernal-Reyes³, Gerardo Valdés Pérez⁴, Alexander Saborit Pupo⁵, Justo Reinaldo Fabelo Roche⁶

RESUMEN

Introducción: la inflamación de bajo grado es un proceso crónico y silencioso, caracterizado por la producción persistente de mediadores proinflamatorios como citocinas y la activación de células inmunes en tejidos periféricos y en el sistema nervioso central, sin manifestaciones clínicas evidentes. En el contexto de las adicciones, la inflamación de bajo grado emerge como un mecanismo fisiopatológico clave que conecta el consumo de drogas con el daño cerebral, el deterioro cognitivo y la perpetuación de la conducta adictiva.

Método: se realizó una revisión narrativa con el objetivo de describir los mecanismos moleculares, los biomarcadores y las implicaciones clínicas de la inflamación de bajo grado en el contexto de las adicciones. Se usaron como términos de búsqueda en español e inglés la combinación booleana (“inflamación de bajo grado” OR “neuroinflamación”) AND (“trastorno por consumo de sustancias” OR “adicción”). Se seleccionaron 44 artículos para el análisis final.

Desarrollo: Las drogas de abuso —alcohol, opiáceos, cocaína, anfetaminas y cannabis— activan la microglía y desencadenan respuestas inflamatorias sostenidas a través de vías como TLR4/NF-κB, que alteran la neurotransmisión, la plasticidad sináptica y la integridad estructural de regiones cerebrales implicadas en la motivación, el control de impulsos y la recompensa. Esta neuroinflamación contribuye a la aparición de trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad), deterioro cognitivo (déficit de atención, memoria y función ejecutiva) y enfermedades neurodegenerativas.

Conclusiones: la inflamación de bajo grado constituye un eslabón crítico en la fisiopatología de las adicciones, al inducir daño cerebral,

comprometer las funciones cognitivas y reforzar el consumo compulsivo. Su abordaje requiere una visión integradora que combine marcadores inflamatorios, neuroimagen y evaluación cognitiva, y que considere estrategias de control nutricional y de estilo de vida.

Palabras clave: inflamación de bajo grado, neuroinflamación, adicción, biomarcadores, citocinas, microglía, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

Introduction: low-grade inflammation is a chronic and silent process characterized by the persistent production of proinflammatory mediators, such as cytokines, and the activation of immune cells in peripheral tissues and the central nervous system, without evident clinical manifestations. In the context of addictions, low-grade inflammation emerges as a key pathophysiological mechanism connecting drug use with brain damage, cognitive impairment, and the perpetuation of addictive behavior.

Method: a narrative review was conducted with the aim of describing the molecular mechanisms, biomarkers, and clinical implications of low-grade inflammation in the context of addictions. The Boolean combination (“low-grade inflammation” OR “neuroinflammation”) AND (“substance use disorder” OR “addiction”) was used as search terms in both Spanish and English. A total of 44 articles were selected for the final analysis.

Development: Drugs of abuse —alcohol, opioids, cocaine, amphetamines, and cannabis— activate microglia and trigger sustained inflammatory responses through pathways such as TLR4/NF-κB, which alter neurotransmission, synaptic plasticity, and the structural integrity of brain regions involved in motivation, impulse control, and reward. This neuroinflammation contributes to the

onset of mood disorders (depression, anxiety), cognitive impairment (deficits in attention, memory, and executive function), and neurodegenerative diseases.

Conclusions: low-grade inflammation constitutes a critical link in the pathophysiology of addictions by inducing brain damage, compromising cognitive functions, and reinforcing compulsive consumption. Its approach requires an integrative vision that combines inflammatory markers, neuroimaging, and cognitive assessment, and that considers nutritional and lifestyle control strategies.

Keywords: Low-grade inflammation; Neuroinflammation; Addiction; Substance use disorder; Biomarkers; Cytokines; Microglia; Cognitive impairment.

INTRODUCCIÓN

La inflamación de bajo grado (IBG), generalmente definida como la producción crónica desapercibida de factores inflamatorios, es un proceso persistente que puede tener efectos significativos en la salud, sobre todo, por la forma sutil en que se manifiesta y por los efectos patogénicos a los que puede dar lugar en un individuo relacionados con procesos inflamatorios propios o metabólicos de alcance sistémico o central entendidos como trastornos hormonales, obesidad, dolor crónico, depresión y trastornos cognitivos entre otros.¹⁻⁴

Desde el punto de vista inmunológico, la IBG se caracteriza por el incremento persistente de mediadores proinflamatorios como citocinas (interleucina (IL)1 β , IL 6, factor de necrosis tumoral (TNF) α y proteína C reactiva (PCR), entre otros) y de células inmunes innatas y adaptativas como macrófagos y los linfocitos T, en diversos tejidos que incluyen al tejido adiposo, muscular y hepático, en ausencia de daño estructural evidente en relación con enfermedades crónicas en curso como son la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, la obesidad, la aterosclerosis y las dislipidemias, enfermedades neurodegenerativas y otras enfermedades crónicas.^{1, 2, 4-7}

Características distintivas entre la IBG y la inflamación sistémica clásica están dadas en que la inflamación clásica puede presentarse como un trastorno agudo o subagudo localizado con daño tisular manifiesto, participación de células del sistema inmunitario innato y adaptativo (neutrófilos, eosinófilos, células (natural killer-asesinas naturales) NK, linfocitos T y macrófagos) y de mediadores inmunes como IL1 β , IL 6, TNF α y especies reactivas de oxígeno; mientras que la IBG es un proceso crónico, sistémico con impacto predominante en tejidos insulín dependientes y en el que participan células del sistema inmunitario adaptativo (linfocitos T y macrófagos) y otros mediadores inmunes (IL 6, TNF α , PCR y especies reactivas de oxígeno). Si bien la primera se relaciona con enfermedades del tipo la colitis, peritonitis entre otras, la IBG aumenta el riesgo de enfermedades cardio metabólicas como la diabetes, la hipertensión, la obesidad y la aterosclerosis.^{1, 2}

El objetivo del presente artículo es describir los mecanismos moleculares, los biomarcadores y las implicaciones clínicas de la IBG en el contexto de las adicciones, así como su significación para la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, con enfoque integrador y actualizado (2020-2026), orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre inflamación de bajo grado (IBG), neuroinflamación y trastornos por consumo de sustancias. Se seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas, estudios preclínicos y clínicos, estudios de imagenología (tomografía por emisión de positrones o PET, RMf), y estudios traslacionales publicados en español e inglés que abordan la relación entre inflamación crónica de bajo grado, neuroinflamación, biomarcadores inflamatorios y trastornos por consumo de sustancias (alcohol, cocaína, opioides, cannabis, anfetaminas, nicotina).

Se tuvieron en cuenta artículos publicados preferentemente entre los años 2020 y 2026, disponibles a texto completo accesible. Se excluyeron los artículos duplicados, aquellos no basados en investigaciones empíricas y los que presentaban datos redundantes. Se incluyeron informes técnicos de organismos internacionales como OMS, UNODC y OEA/CICAD. Se consideraron las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science (WoS) y Google Scholar. Se usaron como términos de búsqueda en español e inglés la combinación booleana (“inflamación de bajo grado” OR “neuroinflamación”) AND (“trastorno por consumo de sustancias” OR “adicción”). Se identificaron 326 publicaciones potencialmente relevantes. Tras eliminar 282 registros por duplicación, falta de pertinencia temática o incumplimiento de los criterios de inclusión, se seleccionaron 44 artículos para el análisis final.

DESARROLLO

¿Qué factores aumentan la inflamación de bajo grado?

Los factores que aumentan la inflamación de bajo grado, en general activan reacciones proinflamatorias que perpetúan un estado inflamatorio sistémico e incluyen: dieta poco saludable (alimentos ricos en azúcares, grasas trans y saturadas, fritos etc.); la obesidad, (especialmente grasa visceral); el estrés crónico psicológico o físico; alteraciones del sueño, la contaminación ambiental, las adicciones, las infecciones persistentes, los factores genéticos y enfermedades crónicas subyacentes asociadas a inflamación crónica.^{1, 6, 8}

El accionar de estos factores en la inflamación tiene lugar por vías diversas como son, la acumulación de grasa abdominal por la falta de actividad física, los niveles elevados de cortisol por el estrés crónico, la dificultad para la reparación celular por la falta de descanso y las alteraciones del sueño, la generación de radicales libres y de toxinas por hábitos tóxicos (tabaco) o adictivos (drogas), que afectan la función hepática e inmune y en su conjunto favorecen la

inflamación a largo plazo y afectan de manera sutil la salud del individuo.

Mecanismos moleculares de la inflamación de bajo grado (IBG)

Los mecanismos moleculares de la IBG incluyen la activación moderada y mantenida de vías inmunitarias en ausencia de daño tisular. Entre los mecanismos moleculares que tienen lugar se encuentran: 1) mecanismos genéticos y epigenéticos que activan la expresión de genes proinflamatorios para citoquinas (IL1 β , IL 6, TNF α e IL 8) y óxido nítrico sintasa inducible (iNOS) respectivamente; 2) de patrones moleculares asociados a daño metabólico y 3) la activación de en la superficie de macrófagos polarizándolos a un fenotipo proinflamatorio secretor de citoquinas (IL1 β , IL 6, TNF α) y de especies reactivas de oxígeno (ERO), todos ellos afectando tejidos metabólicos (hígado, músculo y tejido adiposo) y dan lugar a mecanismos de retroalimentación inflamatoria e inducen la resistencia a la insulina, dislipidemia y la aterosclerosis. Mecanismos antiinflamatorios naturales también acontecen para mediar vías de citoquinas (IL 4 e IL 10) que contribuyen a la reparación tisular, al parecer insuficientes en este contexto.^{3, 4}

El enlace entre la adicción y la inflamación

El vínculo entre el consumo de drogas y la inflamación es bidireccional y se sustenta en múltiples mecanismos. Por un lado, las drogas de abuso —opiáceos, psicoestimulantes y alcohol— inducen, tras un consumo intenso o prolongado, una respuesta neuroinflamatoria que potencia sus efectos reforzantes y contribuye a la transición desde un consumo controlado hacia un patrón compulsivo.⁸ Esta respuesta inflamatoria, mediada por la activación de la microglía y la liberación de citoquinas proinflamatorias como IL-1 β , IL-6 y TNF- α , altera la homeostasis neuronal en regiones clave del sistema de recompensa y el control ejecutivo, como el núcleo accumbens, la amígdala y la corteza prefrontal.⁸

A nivel molecular, la activación inmunoneural a través del receptor proteico llamado Toll-like 4

(TLR4) contribuye a la fisiopatología de los trastornos por consumo de sustancias.⁹ En este sentido, se ha propuesto que el sistema inmunológico reconoce las sustancias de abuso como moléculas extrañas, desencadenando respuestas inflamatorias protectoras que, con la exposición repetida, se vuelven progresivas y persistentes.¹⁰ Esta neuroinflamación mantenida activa el factor nuclear kappa-B (NF-κB) en el núcleo accumbens, un regulador maestro de genes relacionados con la inflamación y la adicción, que a su vez regula la expresión del transportador de glutamato (GLT-1) y modula la vulnerabilidad al consumo de cocaína inducida por estrés.¹¹

Más allá del cerebro, el consumo de sustancias impulsa alteraciones neuroplásticas e inmunes que se extienden a órganos periféricos como el intestino, el hígado, los pulmones y la piel, promoviendo cambios en la inmunidad sistémica caracterizados por estados alterados de activación de células inmunes, señalización desregulada de citocinas y quimiocinas, y compromiso de la integridad de barreras epiteliales.¹² Este diálogo entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico periférico crea un circuito patológico que perpetúa tanto la inflamación como la conducta adictiva.^{8, 12}

Recientemente, se ha postulado la hipótesis de la sinapsis neuroinmune-glutamatérgica, que sostiene que la desregulación del glutamato inducida por el consumo y la abstinencia de drogas está fuertemente orquestada por el sistema neuroinmune. El consumo de drogas y la abstinencia activan un inflammasoma (complejos proteicos localizados en el citoplasma celular que actúan como sensores y mediadores de la inflamación) de la adicción que puede conducir a toxicidad por glutamato y muerte neuronal. Este marco conceptual abre nuevas vías para el desarrollo de inmunomoduladores como estrategia terapéutica en los trastornos por consumo de sustancias.¹³

Vías claves en la fisiopatología de la adicción

Tanto la inflamación sistémica como la neuroinflamación, son vías claves en la fisiopatología de la adicción afectando órganos

periféricos y el cerebro. El consumo de drogas puede promover inflamación sistémica, por ej. el alcohol genera estrés oxidativo y aumenta la permeabilidad intestinal favoreciendo la inflamación hepática y el daño crónico. De manera similar, el consumo de cocaína causa inflamación muscular y renal directa y liberación de radicales libres, mientras la neuroinflamación, definida como una respuesta cerebral intrínseca rectorada por las células gliales (microglías y astrocitos), está relacionada principalmente con la adicción a través de procesos neuroinflamatorios alterados.^{6, 8}

En las adicciones crónicas como el alcoholismo, la producción exagerada de citocinas empeora la respuesta ante infecciones, agrava el curso de patologías hepáticas como la cirrosis y desencadena mecanismos genéticos que pueden influir en la propia dependencia haciéndola más rebelde al control.¹⁴

¿Como impactan las drogas en la salud mental?

Es conocido, que la inflamación crónica impacta negativamente sobre la salud mental, por el efecto de moléculas proinflamatorias que alteran la neurotransmisión y por vías de señalización cerebral, que pueden conducir a depresión y ansiedad.^{15, 16} Al mismo tiempo la inflamación prolongada reduce la plasticidad cerebral y empeora el estado emocional y cognitivo.^{17, 18}

Las adicciones por alcohol, opiáceos y cocaína, activan la respuesta inflamatoria que lleva al daño del tejido cerebral con repercusión sobre la salud mental, y propician la ocurrencia de cambios neurobiológicos que dificultan la recuperación y perpetúan a su vez el proceso adictivo.^{10, 19} Por otra parte la cocaína y la anfetamina alteran la liberación de neurotransmisores, elevando la comunicación aberrante interneuronal, con afectación de circuitos cerebrales claves como el del sistema de recompensa, la amígdala (vinculada a la ansiedad) y la corteza prefrontal (vinculada al control de los impulsos), todo lo cual genera un estado de consumo compulsivo y una mayor dependencia.^{20, 21}

Las drogas inducen, activación microglial y de otras células inmunes a nivel cerebral, que censan las drogas como sustancias dañinas a ese nivel y responden generando inflamación crónica con daño y muerte neuronal que puede contribuir de manera precoz al deterioro cognitivo y conductual en los consumidores.^{7, 22}

Siguiendo el ejemplo de la marihuana, mientras algunos estudios sugieren que el consumo de marihuana parece reducir la inflamación sistémica y el dolor neuropático, otros lo asocian con un incremento de los síntomas depresivos, deterioro cognitivo y riesgo de enfermedad cardiovascular.²³

Dada la elevada prevalencia del consumo de marihuana entre adolescentes y adultos jóvenes y sus efectos clínicos variables, se requiere de investigaciones futuras que permitan esclarecer los mecanismos biológicos a través de los cuales los componentes activos de la marihuana impactan sobre el funcionamiento cognitivo.²⁴ Se conoce que los componentes biológicamente activos de la marihuana, principalmente Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD), exhiben sus efectos por su unión a receptores cannabinoides expresados en la superficie de neuronas y células gliales en el sistema nervioso central (SNC) y sobre células inmunes y tejido linfoide en la periferia.²⁵

Los efectos psicotrópicos del THC resulta del enlace del receptor cannabinoide tipo 1, que se encuentra en altas concentraciones en las regiones prefrontal y subcortical del cerebro, involucradas en los procesos de memoria, aprendizaje y procesamiento cognitivo.^{26, 27} La exposición crónica a THC induce una baja regulación de receptores CB1, y una reducción del volumen de la sustancia gris del cerebro, posiblemente reflejando una pérdida neuronal, disminución del tamaño celular y una más baja densidad de expresión de receptores CB1.²⁸ El cannabidiol exhibe primariamente un efecto inmunomodulatorio (a veces anti-inflamatorio) por modulación alostérica de receptores CB1 y CB2, y de receptores no cannabinoides.^{23, 29}

Más allá de los efectos en el SNC, tanto el THC como el CBD interactúan con los receptores CB1 y CB2 en las células inmunitarias periféricas. La activación de CB2 es clave para los efectos inmunosupresores de los Fitocannabinoides, mientras que la expresión de CB1 puede favorecer la inflamación.³⁰ Los estudios in vitro han demostrado que los cannabinoides exógenos pueden reducir la expresión de citocinas proinflamatorias como TNF- α , IFN- γ e IL-1.³¹ Sin embargo, la relevancia traslacional y clínica de estos efectos in vivo sigue sin estar clara.

Aunque los estudios clínicos que analizan los efectos del consumo de marihuana sobre la función inmunológica siguen siendo limitados y con matices, los estudios basados en la población no han encontrado diferencias o han reportado diferencias marginalmente significativas en marcadores proinflamatorios como la PCR y la IL-6, mientras que otros han asociado el consumo de marihuana con niveles más altos de citoquinas antiinflamatorias (por ejemplo, IL-20), niveles más bajos de citoquinas proinflamatorias (por ejemplo, IL-16) y una disminución de la translocación microbiana.^{32, 33}

En el caso específico del cannabis, el THC su principal compuesto psicoactivo; activa receptores cannabinoides que regulan funciones cerebrales, interfiriendo con la regulación de la comunicación neuronal y promoviendo procesos inflamatorios asociados a alteraciones cognitivas y funcionales, sobre todo cuando el consumo ocurre en etapas tempranas como la adolescencia. De hecho, el THC promueve respuestas inflamatorias en el cerebro en desarrollo (adolescencia), que pueden conllevar tempranamente a daño cognitivo y alteraciones de memoria.⁵

Por su parte, la desregulación inmune impacta sobre regiones cerebrales vinculadas a la motivación, la ansiedad y el control emocional como la amígdala, los ganglios basales y la corteza cingulada anterior y se conoce que la inflamación crónica promueve alteraciones neuroquímicas y estructurales cerebrales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los

trastornos mentales, principalmente ansiedad y depresión, para los cuales personas consumidoras de drogas, con enfermedades inflamatorias como comorbilidades tienen mayor riesgo.³⁴

Neuroinflamación y sistema de recompensa

Las drogas como el alcohol, la cocaína, los opioides y las anfetaminas, alteran la transmisión neuronal, entre otros aspectos, por el aumento o bloqueo de la liberación de los neurotransmisores, y afectan así circuitos cerebrales cruciales para la motivación, el control de impulsos y la recompensa.³⁵ El estrés asociado al consumo o abstinencia puede también potenciar la neuroinflamación, a través de receptores para hormonas del estrés en la superficie de células inmunitarias cerebrales, afectando así circuitos involucrados en la adicción y la ansiedad. Al mismo tiempo el estrés potencia la respuesta inflamatoria cerebral vinculada al consumo de drogas modulando la actividad microglial y amplificando los efectos neuroinflamatorios que devienen en lesión neural.^{6,7}

Biomarcadores, inflamación de bajo grado y adicción

La IBG y la adicción es un tema de actualidad en las neurociencias, que exige hoy día un abordaje integral por parte de la comunidad científica, dado su impacto temprano sobre el sistema nervioso y sus consecuencias traducidas en la aparición temprana de enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas.³⁶

Mediadores de la cascada inflamatoria, se cree que promueven la degeneración neuronal en áreas claves del cerebro asociadas a las emociones, la función ejecutiva y la memoria.³⁷ De la misma manera el efecto de las drogas sobre la función inmune, según reportes, induce cambios significativos en marcadores proinflamatorios como la IL-6 e IL-16 y antiinflamatorios como la IL-20.^{32, 33, 38, 39}

En este contexto, al definir la IBG, es crucial considerar parámetros más específicos que permitan identificar la presencia de procesos inflamatorios subclínicos y en otros órganos afectados y de manera particular en el SNC. De

ahí que la comunidad científica trabaje en aunar esfuerzos orientados a la integración de parámetros que permitan estimar, no solo la activación inmune sistémica y la neuroinflamación, sino también aspectos propios relacionados con la afectación neuronal y las secuelas neurológicas, como son el deterioro cognitivo, el déficit de atención, los trastornos de memoria o del procesamiento, todos ellos comunes en los enfermos por adicción.^{36, 40}

Precisar sobre estas alteraciones y su traducción clínica relacionada al comportamiento de marcadores biológicos permitirán, en su conjunto, establecer de manera más crítica criterios referentes al proceso inflamatorio persistente en estos enfermos y su impacto a nivel cerebral, en el camino hacia una medicina preventiva y de precisión en estos enfermos, aun cuando sabemos pueden no ser los únicos: algunos de estos marcadores incluyen:

1. Marcadores de inflamación sistémica

Marcadores clásicos de la inflamación, ayudan a identificar la presencia de IBG. Así, moléculas evaluadas en fluidos biológicos como la ferritina, la IL-6, el TNF-alfa, la interleucina-1 β , la PCR y el Péptido natriurético tipo B (Pro-BNP), son útiles no sólo para el diagnóstico, sino también para estratificación de riesgo en enfermedades inflamatorias con impacto sobre el sistema nervioso.^{3, 8} De ahí que marcadores moleculares referidos a la inflamación sistémica, deberían ser ampliados en la búsqueda de su implementación precoz, como parte de acciones preventivas de salud mental en adicción.

2. Marcadores de activación microglial y astrogial

La activación microglial está asociada a daño neuronal y en este sentido, proteínas gliales y estudios PET con 18F-DPA-714 pueden ser útiles para visualizar la activación microglial en vivo, como indicativo también de neuroinflamación.⁴¹

3. Marcadores de daño neuronal y neurodegeneración

Proteínas asociadas al daño neuronal pudieran ser potencialmente útiles para evidenciar la presencia de disfunción cognitiva y neurodegeneración, en este contexto, de la misma manera que proteínas astrocíticas pudieran ser de interés en aquellos enfermos que desarrollan síntomas neurológicos tempranos, la evaluación temprana de marcadores específicos de daño axoneuronal y neurodegeneración podrían facilitar intervenciones más oportunas.²²

4. Marcadores Imagenológicos.

La resonancia magnética y resonancia magnética funcional, son técnicas que pueden detectar alteraciones en la estructura cerebral y la conectividad funcional, de la misma manera que la Tomografía por emisión de positrones puede ayudar a evaluar la disfunción metabólica cerebral, relacionada con procesos inflamatorios causados por el consumo.^{42, 43}

5. Marcadores neuropsicológicos y cognitivos

El deterioro cognitivo leve, dificultades de atención, memoria o trastornos del procesamiento ejecutivo son comunes en pacientes con secuelas neurológicas ligados a procesos patológicos que afectan el cerebro, incluido aquella consecuencia del consumo y sugestivo de secuelas de un proceso inflamatorio persistente no manifestado a nivel cerebral.⁴⁴

CONCLUSIONES

El consumo de droga induce y mantiene un estado de neuroinflamación de bajo grado que provoca 1) daño cerebral con modificación de los circuitos cerebrales, 2) afectación de las funciones cognitivas y conductuales y 3) aumento de la sensibilidad del sistema de recompensa a las drogas, refuerzo del consumo compulsivo y perpetuidad creciente de la conducta adictiva. Definir la inflamación de bajo grado en enfermedades neurológicas relacionadas con la adicción requiere una aproximación multidimensional que combine el análisis de marcadores inflamatorios sistémicos, evaluación de la neuroinflamación y del daño neuronal en su propio contexto. De cualquier manera, futuras

investigaciones deben estar dirigidas a evaluar asociaciones del uso crónico de drogas y marcadores de activación inmune y de inflamación de bajo grado que permitan amplificar el riesgo de comorbilidades en estos enfermos, tales como los trastornos cognitivos y las enfermedades metabólicas, estas últimas con mayor relevancia hacia las enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weijie Z, Meng Z, Chunxiao W, Lingjie M, Anguo Z, Yan Z, et al. Obesity-induced chronic low-grade inflammation in adipose tissue: A pathway to Alzheimer's disease. *Ageing Research Reviews*. 2024;99:102402. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38977081/>
2. Dhurandhar Y, Tomar S, Das A, Prajapati JL, Singh AP, Bodake SH, et al. Chronic inflammation in obesity and neurodegenerative diseases: exploring the link in disease onset and progression. *Molecular biology reports*. 2025;52(1):424. https://www.researchgate.net/publication/391151174_Chronic_inflammation_in_obesity_and_neurodegenerative_diseases_exploring_the_link_in_disease_onset_and_progression
3. Rufin-Gómez LÁ, Vega-Socorro MN: García-García DR. Factores de riesgo que contribuyen a la neuroinflamación crónica y disfunción cerebral. *Rev medica electron*. 2024. <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5287>
4. Zhang W, Xu M, Wang C, Liang H, Zhu X, Pan Y, et al. Addictive drug abuse and depression-a focus on epigenetics. *Communications Biology*. 2026;9(1):297. <https://www.nature.com/articles/s42003-026-09705-9>
5. Basavarajappa BS: Subbanna S. From Synaptic Plasticity to Neurotoxicity: Endocannabinoid Influence on

- Addiction and Neurodegeneration. International Journal of Molecular Sciences. 2025;26(23):11632. <https://www.mdpi.com/1422-0067/26/23/11632>
6. Nestler EJ. The biology of addiction. Science signaling. 2025;18(872):eadq0031. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39903810/>
 7. Tizabi Y, Getachew B, Hauser SR, Tsytsarev V, Manhães AC: da Silva VDA. Role of glial cells in neuronal function, mood disorders, and drug addiction. Brain sciences. 2024;14(6):558. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38928557/>
 8. Malaguarnera M, Arias MR: López JM. Neuroinflamación, estrés y consumo de drogas. Revista española de drogodependencias. 2025;50(2):13-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10263988>
 9. Gao J, Lin C, Deng L, Wang H: Wang X. Nanomolar TLR4 antagonist CIAC101 derived from (+)-Naltrexone blocks microglial activation and methamphetamine addiction. Journal of medicinal chemistry. 2025;68(23):25469-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41265859/>
 10. Li H, Watkins LR: Wang X. Microglia in neuroimmunopharmacology and drug addiction. Molecular Psychiatry. 2024;29(6):1912-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38302560/>
 11. Mongi-Bragato B, Sánchez MA, Avalos MP, Boezio MJ, Guzman AS, Rigoni D, et al. Activation of Nuclear Factor-kappa B in the nucleus accumbens core is necessary for chronic stress-induced glutamate and neuro-immune alterations that facilitate cocaine self-administration. Brain, Behavior, and Immunity. 2025;128:1-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40139275/>
 12. Yang L: Wheeler MA. Substance abuse and inflammation: consequences beyond the brain. Trends in immunology. 2026. <https://europepmc.org/article/med/42178195>
 13. Gipson CD, White AM, Richie DL, McNealy KR, Stoops WW: Ornelas LC. The Neuroimmune-Glutamate Hypothesis of Addiction. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2026:106859. <https://psycnet.apa.org/record/2028-14135-001>
 14. Kaplan BL. Immunotoxicology of Drugs of Abuse. 2018. https://scholarsjunction.msstate.edu/works_publications/354/
 15. Hassamal S. Chronic stress, neuroinflammation, and depression: an overview of pathophysiological mechanisms and emerging anti-inflammatories. Frontiers in psychiatry. 2023;14:1130989. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1130989/full>
 16. Gusev E: Sarapultsev A. Interplay of G-proteins and serotonin in the neuroimmunoinflammatory model of chronic stress and depression: a narrative review. Current Pharmaceutical Design. 2024;30(3):180-214. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38151838/>
 17. Singhal G, Singhal S: Baune BT. Role of astrocyte in neuroinflammation-induced loss in neuroplasticity and subsequent onset of depression: A systematic review. Neuroprotection. 2025;3(03):206-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41394305/>

18. Chang J, Jiang T, Shan X, Zhang M, Li Y, Qi X, et al. Pro-inflammatory cytokines in stress-induced depression: Novel insights into mechanisms and promising therapeutic strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2024;131:110931. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38176531/&ved=2ahUKEwjnnva83NiWAX8skDHQaBKzkQFnoECBsQAQ&usg=AOvVawlsGGxf-1rVY5bCNH1p2rAX>
19. Acuña AM, Park C, Leyrer-Jackson JM: Olive MF. Promising immunomodulators for management of substance and alcohol use disorders. Expert opinion on pharmacotherapy. 2024;25(7):867-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38803314/>
20. London ED, Groman SM, Leyton M: de Wit H. The mesocorticolimbic system in stimulant use disorder. *Molecular Psychiatry*. 2025;30(11):5486-99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40926091/>
21. Zhao D, Zhang X: Bai J. Medial prefrontal cortex circuit dynamics involved in stage-specific addiction. *Brain Structure and Function*. 2025;230(9):185. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40926091/>
22. Alrafiah AR, Abu-Illah MM, Magadmi RM, Aqeel A, Najmi A: Jaddoh S. Increased inflammatory markers at AMPH-addicts are related to neurodegenerative conditions: Alzheimer's disease. *Applied Sciences*. 2022;12(11):5536. <https://www.mdpi.com/2076-3417/12/11/5536>
23. Nichols JM: Kaplan BL. Immune responses regulated by cannabidiol. *Cannabis & Cannabinoid Research*. 2020;5(1):12-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32322673/>
24. Mattingly DT, Richardson MK: Hart JL. Prevalence of and trends in current cannabis use among US youth and adults, 2013–2022. *Drug and alcohol dependence reports*. 2024;12:100253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39040476/>
25. Chayasirisobhon S. Cannabis and neuropsychiatric disorders: an updated review. *Acta Neurol Taiwan*. 2019;28(2):27-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31867704/>
26. Bloomfield MA, Hindocha C, Green SF, Wall MB, Lees R, Petrilli K, et al. The neuropsychopharmacology of cannabis: A review of human imaging studies. *Pharmacology & therapeutics*. 2019;195:132-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30347211/>
27. Burggren AC, Shirazi A, Ginder N: London ED. Cannabis effects on brain structure, function, and cognition: considerations for medical uses of cannabis and its derivatives. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2019;45(6):563-79. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7027431/>
28. Filbey FM, Aslan S, Calhoun VD, Spence JS, Damaraju E, Caprihan A, et al. Long-term effects of marijuana use on the brain. *Proceedings of the national academy of sciences*. 2014;111(47):16913-8. <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1415297111>
29. Martinez Naya N, Kelly J, Corna G, Golino M, Abbate A: Toldo S. Molecular and cellular mechanisms of action of cannabidiol. *Molecules*. 2023;28(16):5980. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37630>

- [232/](#)
30. Turcotte C, Blanchet M-R, Laviolette M; Flamand N. The CB2 receptor and its role as a regulator of inflammation. *Cellular and Molecular Life Sciences*. 2016;73(23):4449-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27402121/>
31. Henshaw FR, Dewsbury LS, Lim CK; Steiner GZ. The effects of cannabinoids on pro-and anti-inflammatory cytokines: a systematic review of in vivo studies. *Cannabis & Cannabinoid Research*. 2021;6(3):177-95. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8266561/>
32. Alshaarawy O, Sidney S, Auer R, Green D, Soliman EZ, Goff Jr DC, et al. Cannabis use and markers of systemic inflammation: the coronary artery risk development in young adults study. *The American journal of medicine*. 2019;132(11):1327-34. e1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6883146/>
33. Krsak M, Wada NI, Plankey MW, Kinney GL, Epeldegui M, Okafor CN, et al. Self-reported cannabis use and markers of inflammation in men who have sex with men with and without HIV. *Cannabis & Cannabinoid Research*. 2021;6(2):165-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33912681/>
34. Felger JC. Imaging the role of inflammation in mood and anxiety-related disorders. *Current neuropharmacology*. 2018;16(5):533-58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173175/>
35. Parra-Abarca J, Palacios-Pérez HB, Baldivia-Noyola P, Cruz-Concepción Bdl; Zambrano-Dávila JI. The relation between the dopaminergic system, drug addiction, and brain structures related to reward behaviors and decision-making. *Revista mexicana de neurociencia*. 2025;26(4):136-45. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-50442025000400005
36. Escobar AP, Bonansco C, Cruz G, Dagnino-Subiabre A, Fuenzalida M, Negrón I, et al. Central and peripheral inflammation: a common factor causing addictive and neurological disorders and aging-related pathologies. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(12):10083. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37373230/>
37. Shan Y, Sun G, Ji J, Li Z, Chen X, Zhang X, et al. Brain function abnormalities and neuroinflammation in people living with HIV-associated anxiety disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1336233. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1336233/full>
38. Ellis RJ, Peterson SN, Li Y, Schrier R, Iudicello J, Letendre S, et al. Recent cannabis use in HIV is associated with reduced inflammatory markers in CSF and blood. *Neurology: Neuroimmunology & Neuroinflammation*. 2020;7(5):e809. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32554630/>
39. Okafor CN, Somasunderam A, Lake JE, Gelfond J, Javanbakht M, Gorbach P, et al. Cannabis use and biomarkers of inflammation, immune activation, and microbial translocation in persons with HIV. *Cannabis & Cannabinoid Research*. 2024;9(6):e1579-e87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38335314/>
40. Agarwal K, Manza P, Chapman M, Nawal N, Biesecker E, McPherson K, et al. Inflammatory markers in substance use and mood disorders: a neuroimaging perspective. *Frontiers in psychiatry*.

- 2022;13:863734.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35558424/>
41. Rodríguez-Chinchilla T, Quiroga-Varela A, Molinet-Dronda F, Bellos-Iguerategui A, Merino-Galan L, Jimenez-Urbieto H, et al. [18F]-DPA-714 PET as a specific in vivo marker of early microglial activation in a rat model of progressive dopaminergic degeneration. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. 2020;47(11):2602-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32206840/>
 42. Li X, Ramos-Rolón AP, Kass G, Pereira-Rufino LS, Shifman N, Shi Z, et al. Imaging neuroinflammation in individuals with substance use disorders. *The Journal of clinical investigation*. 2024;134(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38828729/>
 43. Saba W. Glial dysfunction in substance use disorders. New insights from PET and MR imaging. *Addiction Neuroscience*. 2023;9:100135. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772392523000780>
 44. Gasparyan A, Maldonado Sanchez D, Navarrete F, Sion A, Navarro D, García-Gutiérrez MS, et al. Cognitive alterations in addictive disorders: A translational approach. *Biomedicines*. 2023;11(7):1796. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37509436/>

SOBRE LOS AUTORES

- 1- Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Departamento de Neuroinmunología. Centro Internacional de Restauración Neurológica, La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-8879-3839> E-mail: neuromary2018@gmail.com
- 2- Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II grado en Inmunología. Instituto de Nefrología. Dr. Abelardo Buch. La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-5842-6651>
- 3- Departamento de Inmunología. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0009-0004-8905-2911>
- 4- Enfermero. Instituto Nacional de Endocrinología. <https://orcid.org/0009-0005-6991-4534>
- 5- Licenciado en Psicología. Máster en Dirección Empresarial. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. <https://orcid.org/0009-0007-6540-0573>
- 6- Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias 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>

Guillermo Javier Roche Soria¹

RESUMEN

Introducción: el consumo de crack puede evolucionar rápidamente desde un patrón ocasional hacia un consumo frecuente, con repercusiones conductuales y familiares.

Objetivo: describir la evolución de un joven que pasó de un consumo recreativo y grupal a un patrón diario, acompañado de ocultamiento, pérdida de responsabilidades y conductas dirigidas a obtener recursos para mantener el consumo.

Presentación del caso: varón de 23 años, con antecedentes de inquietud y dificultades atencionales, escolares y conductuales desde la infancia, sin diagnóstico psiquiátrico establecido. Inició el consumo de crack en un contexto recreativo y de influencia de pares. Aproximadamente dos meses después comenzó a consumir diariamente, patrón que mantuvo durante más de un año y medio. Con el tiempo aparecieron ocultamiento del consumo, venta de pertenencias y sustracción de dinero y objetos, destinados en parte a adquirir la sustancia. Posteriormente aceptó iniciar tratamiento acompañado por su padre.

Conclusiones: el caso muestra una rápida progresión del consumo y la aparición de consecuencias psicosociales relevantes. La participación de pares y los efectos subjetivamente reforzadores del consumo estuvieron presentes en la evolución, sin identificarse un acontecimiento vital adverso de importancia inmediatamente previo al inicio.

Palabras clave: Crack; Cocaína; Trastornos relacionados con cocaína; Consumo de sustancias; Adulto joven.

ABSTRACT

Introduction: crack cocaine use may rapidly progress from occasional to frequent consumption, with behavioral and family consequences.

Objective: to describe the evolution of a young man who progressed from recreational, peer-associated use to a daily pattern accompanied by concealment, loss of responsibilities, and behaviors aimed at obtaining resources to maintain drug use.

Case presentation: a 23-year-old man with childhood restlessness and attentional, school, and behavioral difficulties, without an established psychiatric diagnosis. He initiated crack cocaine use in a recreational setting influenced by peers. Approximately two months later, consumption became daily and continued for more than one and a half years. Over time, concealment of use, selling personal belongings, and stealing money and objects emerged, some of which were used to obtain the substance. He subsequently accepted treatment accompanied by his father.

Conclusions: this case illustrates rapid progression of crack cocaine use and significant psychosocial consequences. Peer influence and subjectively reinforcing effects were present during the course, without a clearly identifiable major adverse life event immediately preceding initiation.

Keywords: Crack cocaine; Cocaine-related disorders; Substance use; Addictive behavior; Young adult.

INTRODUCCIÓN

La cocaína es un potente psicoestimulante cuyo consumo puede producir efectos reforzadores y favorecer la repetición de la conducta. En el caso del crack, la vía fumada se caracteriza por un inicio rápido de los efectos, lo que puede contribuir a su elevado potencial de refuerzo y a la

progresión hacia patrones de consumo más frecuentes. El consumo de crack se ha asociado con consecuencias psiquiátricas, neurológicas, pulmonares y cardiovasculares.^{1,2}

El desarrollo de problemas relacionados con el consumo de sustancias es multifactorial. En él participan características individuales, condiciones del entorno, influencia de los pares, disponibilidad de la sustancia y propiedades farmacológicas de la droga. La influencia de los pares puede desempeñar un papel relevante tanto en el inicio como en la progresión del consumo.³

Las consecuencias del consumo problemático de cocaína pueden extenderse más allá de las manifestaciones médicas e incluir deterioro del funcionamiento familiar y social, disminución de responsabilidades, ocultamiento y conductas dirigidas a obtener recursos para mantener el consumo.

El interés de este caso se relaciona con la rapidez de la transición desde un consumo inicialmente ocasional, desarrollado en un contexto recreativo y grupal, hacia un patrón diario, seguida de un deterioro conductual y familiar progresivo. El objetivo es describir esta evolución clínica y psicosocial, así como las características de la evaluación inicial y la vinculación voluntaria al tratamiento.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 23 años que acudió por primera vez a consulta acompañado por su padre, después de que este buscara orientación ante las consecuencias asociadas al consumo de crack. El paciente aceptó voluntariamente la atención, se mostró colaborador y receptivo, reconoció la existencia de un problema relacionado con el consumo y manifestó deseos de recuperarse.

Desde aproximadamente los nueve años se habían observado inquietud, dificultades para mantener la atención y problemas escolares y conductuales. Presentaba rendimiento académico regular y una escritura descrita como muy deficiente. No se había establecido un diagnóstico psiquiátrico formal ni se había documentado repetición de

grado escolar. Alcanzó escolaridad hasta noveno grado.

Antes del inicio del consumo se describía un funcionamiento familiar relativamente conservado. El paciente había contado con un entorno que facilitaba gran parte de sus necesidades y asumía pocas responsabilidades dentro del hogar. A los 16 años tuvo un hijo. Posteriormente, la madre del niño se desvinculó de sus vidas y la crianza quedó fundamentalmente a cargo de los padres del paciente, mientras que su participación en las responsabilidades cotidianas relacionadas con el hijo era limitada.

Mantenía relaciones de pareja y grupos de amistad propios. Su padre participaba en actividades religiosas y ceremoniales de tradición yoruba, en las cuales el paciente también intervenía. No se identificó un acontecimiento vital adverso de relevancia inmediatamente anterior al inicio del consumo.

El crack fue la primera sustancia psicoactiva consumida por el paciente. El primer episodio ocurrió en una fiesta, cuando una persona ajena al grupo le ofreció compartir la sustancia. El inicio estuvo relacionado con curiosidad, búsqueda de placer, influencia de los pares y dificultad para rechazar el ofrecimiento.

Durante el primer episodio consumió una dosis y presentó malestar general e imposibilidad para dormir esa noche. Aproximadamente seis días después volvió a consumir en otra fiesta, esta vez tres dosis. Posteriormente comenzó a consumir en reuniones con amigos, entre ellos algunos conocidos desde la infancia.

El paciente no identifica un momento único en el que se produjera el cambio hacia un consumo problemático. Sin embargo, refiere que aproximadamente dos meses después del inicio ya consumía diariamente. Este patrón se mantuvo durante más de un año y medio.

Entre los efectos subjetivos que favorecieron la repetición del consumo describió un incremento marcado de la actividad y la energía, acompañado de numerosos deseos de realizar diferentes actividades. De manera progresiva, el consumo

dejó de limitarse a situaciones sociales y pasó a ocupar un lugar central en su funcionamiento cotidiano.

Con el aumento de la frecuencia, comenzó a ocultar el consumo a su familia. Utilizaba distintas explicaciones para justificar sus ausencias, como acudir a jugar fútbol entre las 18:00 y las 19:00 horas, permanecer en casa de su pareja o encontrarse en otra vivienda. En algunas ocasiones, en realidad, permanecía consumiendo con amigos hasta la madrugada.

Aproximadamente un año antes de acudir a tratamiento se produjo el primer episodio de sustracción de dinero en el hogar. Después de ser descubierto manifestó a la familia que dejaría de consumir, por lo que sus familiares consideraron que había interrumpido el uso. Posteriormente reconoció que había continuado consumiendo de forma encubierta.

Durante este período también se produjeron otras conductas destinadas a obtener recursos, entre ellas la venta de prendas de vestir y la sustracción de dinero y objetos pertenecientes a familiares.

La situación volvió a hacerse evidente durante una actividad religiosa en la que participaba junto con su familia. En el lugar donde se realizaba el servicio religioso, sustrajo dinero y diversos objetos, entre ellos ventiladores. El dinero obtenido fue utilizado para adquirir crack.

La familia descubrió los hechos poco después. Ante la confrontación, el paciente reconoció lo sucedido y admitió que el dinero había sido destinado al consumo. El episodio generó una importante reacción familiar, caracterizada por indignación, vergüenza y preocupación. Posteriormente, el padre buscó información y orientación y acompañó al paciente a consulta, donde este aceptó voluntariamente iniciar tratamiento.

En la primera consulta se mostró colaborador, receptivo y con reconocimiento del problema. Refirió deseo intenso de consumir y pensamientos recurrentes relacionados con la sustancia, ante los cuales intentaba distraerse mediante diferentes actividades. También describió pensamiento

acelerado y episodios ocasionales de taquicardia y sensación de presión torácica. En ese momento no refería dificultades para dormir y señalaba sentirse tranquilo y protegido en el entorno familiar.

Debido a los síntomas cardiovasculares referidos, se indicaron estudios complementarios, incluidos análisis de sangre, electrocardiograma y valoración por Cardiología. Al momento de la última consulta, estos estudios se encontraban pendientes. De manera paralela, el área de Psicología inició una evaluación psicométrica que permanecía en curso.

Se realizaron tres consultas hasta el momento de esta presentación. En la primera participó el paciente acompañado de su padre; en la segunda estuvieron presentes el paciente, ambos padres y su pareja; y en la tercera se continuó el proceso de evaluación y tratamiento.

Al cierre de este reporte, el paciente permanecía en fase inicial de evaluación y seguimiento. Por ello, todavía no se dispone de información suficiente para establecer una respuesta terapéutica definitiva, un pronóstico o los resultados de los estudios complementarios pendientes.

DISCUSIÓN

El principal interés clínico del caso se encuentra en la rapidez de la transición desde un consumo ocasional, inicialmente vinculado a situaciones sociales, hacia un patrón diario acompañado de consecuencias conductuales y familiares. El paciente no identifica un acontecimiento vital adverso de importancia inmediatamente previo al inicio.

El comienzo estuvo relacionado con curiosidad, búsqueda de placer, participación de pares consumidores y dificultad para rechazar el ofrecimiento. Algunos de estos pares eran amigos conocidos desde la infancia. Estos elementos permiten considerar la influencia social y las dificultades de asertividad como componentes relevantes del inicio y la progresión, sin atribuirles por sí solos una relación causal.

La transición al consumo diario ocurrió aproximadamente dos meses después del primer contacto con la sustancia. La literatura ha señalado que el crack fumado produce efectos estimulantes rápidos y que la rapidez de acción de la cocaína puede contribuir a su potencial reforzador.^{1,2} En este paciente, aunque el primer episodio se acompañó de malestar e insomnio, los consumos posteriores se asociaron subjetivamente con aumento de energía y actividad. Esta experiencia pudo favorecer la repetición del consumo.

Resulta relevante que el paciente no identifique un momento preciso en el que el consumo pasó de ocasional a problemático. Retrospectivamente sitúa el inicio del consumo diario aproximadamente dos meses después del primer episodio. Este hallazgo refuerza la importancia de explorar de forma sistemática la frecuencia y la evolución del consumo, ya que el cambio hacia un patrón problemático puede ser progresivo y no necesariamente reconocerse como un punto de inflexión.

Con el aumento de la frecuencia aparecieron conductas de ocultamiento, seguidas de venta de pertenencias y sustracción de dinero y objetos. La utilización del dinero sustraído para adquirir la sustancia constituye una consecuencia conductual de especial relevancia, al mostrar cómo las necesidades asociadas al consumo pueden acompañarse de estrategias cada vez más disfuncionales para obtener recursos.

El deterioro conductual se produjo sobre un funcionamiento familiar previamente descrito como relativamente conservado. No se plantea que la familia haya sido la causa del consumo. Por el contrario, el caso muestra el cambio experimentado por el entorno familiar, que pasó de facilitar recursos y asumir numerosas responsabilidades a enfrentarse al ocultamiento, la pérdida de confianza y las conductas de sustracción. La implicación familiar posterior constituyó, a su vez, un elemento potencialmente favorable para el tratamiento.

Desde una perspectiva clínica, los antecedentes de inquietud, dificultades atencionales y escolares y escasa autonomía merecen exploración. Sin

embargo, estos datos no permiten establecer por sí mismos un diagnóstico neuropsiquiátrico. Del mismo modo, el pensamiento acelerado observado durante la evaluación no constituye evidencia suficiente de un trastorno específico. La evaluación psicométrica permanecía en curso al momento de este reporte.

Entre los factores relacionados con el inicio destacaron la curiosidad, la búsqueda de placer, la influencia de pares y la dificultad para rechazar ofrecimientos. Como elementos potencialmente mantenedores se identificaron los efectos subjetivamente reforzadores del consumo, el contacto con pares consumidores, la disponibilidad de recursos y espacios para consumir y la posibilidad inicial de ocultar la conducta. Entre las principales consecuencias se observaron pérdida de responsabilidades, venta de pertenencias, sustracción de dinero y objetos y deterioro de la confianza familiar.

También deben considerarse los síntomas cardiovasculares referidos durante la evaluación. La cocaína puede producir efectos simpaticomiméticos y se ha relacionado con taquicardia, vasoespasmo, arritmias y dolor o presión torácica.⁴ Por ello, la indicación de electrocardiograma y valoración cardiológica resulta pertinente. Dado que los estudios estaban pendientes, no es posible atribuir una etiología específica ni establecer la existencia de una enfermedad cardiovascular asociada.

El caso presenta además factores potencialmente favorables para la intervención. El paciente reconoció el problema, aceptó acudir voluntariamente a tratamiento y expresó deseos de recuperarse. A ello se suma la participación activa de su padre y, posteriormente, de otros miembros de la familia y de su pareja.

Una limitación importante es el corto período de seguimiento. Al momento de elaborar el reporte se habían realizado tres consultas y permanecían pendientes estudios médicos y psicométricos. En consecuencia, el principal valor de esta presentación consiste en documentar la trayectoria desde el inicio del consumo hasta su rápida progresión y la aparición de consecuencias

psicosociales, más que en establecer resultados terapéuticos o pronósticos a largo plazo.

CONCLUSIONES

El caso muestra una rápida progresión desde un consumo ocasional de crack, iniciado en un contexto recreativo y de influencia de pares, hacia un patrón diario con repercusiones conductuales y familiares. La evolución estuvo acompañada de ocultamiento, pérdida de responsabilidades y conductas dirigidas a obtener recursos para mantener el consumo.

La presencia de síntomas cardiovasculares justificó la realización de estudios complementarios, cuyos resultados permanecían pendientes. Los antecedentes de dificultades atencionales y conductuales desde la infancia requieren evaluación específica y no permiten establecer por sí solos un diagnóstico psiquiátrico adicional.

El reconocimiento del problema, la aceptación voluntaria del tratamiento y la participación familiar constituyeron elementos favorables para la intervención. El seguimiento permitirá valorar la evolución clínica y la respuesta terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smart RG. Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991;17(1):13-26. <http://doi:10.3109/00952999108992806>
2. Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004;172(1):78-86. <http://doi:10.1007/s00213-003-1624-6>
3. Lin C, Cousins SJ, Zhu Y, Clingan SE, Mooney LJ, Kan E, et al. A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders over the life course. *J Subst Use Addict Treat*. 2024 Nov;166:209484. <http://doi:10.1016/j.josat.2024.209484>
4. Richards JR, Garber BG, Laurin EG. Treatment of cocaine cardiovascular toxicity: a systematic review. *Clin Toxicol (Phila)*. 2016;54(5):345-364. <http://doi:10.3109/15563650.2016.1142090>

SOBRE EL AUTOR

- 1- Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría Infantil. Centro de Salud Mental del municipio Plaza, La Habana, Cuba. E-mail: guillermorochesoria@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8521-8292>

CANNABINOIDES SINTÉTICOS Y GESTACIÓN: ¿EL ORDEN DE LOS FACTORES ALTERA EL PRODUCTO? A PROPÓSITO DE UN SÍNDROME AMOTIVACIONAL EN UNA GESTANTE DE 28.5 SEMANAS

Arianna Londres Lobaina¹, Lisandra Carmenates Mojena², Sorania Sánchez Gil³, Yanicé Pérez Aldana⁴, Yosvel Sáez Ferrer⁵, Justo Reinaldo Fabelo Roche⁶

RESUMEN

Introducción: los cannabinoides sintéticos son sustancias psicoactivas emergentes de alta potencia que atraviesan la barrera placentaria, provocando graves alteraciones en el sistema endocannabinoide y el neurodesarrollo fetal. Si bien el síndrome amotivacional es una complicación bien documentada en consumidores crónicos, su manifestación durante la gestación es excepcionalmente infrecuente en la literatura médica.

Objetivo: caracterizar la evolución clínica, la trayectoria de consumo e implicaciones obstétricas de un síndrome amotivacional inducido por cannabinoides sintéticos en una gestante atendida en el departamento de salud mental de Centro Habana.

Caso clínico: gestante de 28 años con 28.5 semanas de gestación y captación tardía del embarazo. Su historia de vida está marcada por el trauma temprano debido a violencia familiar y el inicio del consumo de marihuana desde la infancia, evolucionando hacia una dependencia grave a los cannabinoides sintéticos (con consumo actual de 25 "papelitos" diarios). Se constató deterioro del aspecto personal, bradipsiquia, apatía, hipobulia y aplanamiento afectivo severo. Se diagnosticó un trastorno por consumo de cannabinoides y trastorno depresivo inducido por cannabinoides sintéticos, estrechamente vinculados al síndrome amotivacional y a una disfunción familiar grave. Ante la complejidad del caso, se implementó un abordaje interdisciplinario con psicoterapia cognitivo-conductual con el traslado inmediato al hogar materno del municipio para garantizar la protección al binomio materno-fetal.

Conclusiones: el síndrome amotivacional por cannabinoides sintéticos durante la gestación anula los mecanismos de autocuidado y la

adherencia al control prenatal, poniendo en riesgo la salud y el neurodesarrollo del recién nacido. La secuencia cronológica entre el trauma temprano y la drogodependencia condiciona el pronóstico, evidenciando la necesidad de optimizar los protocolos asistenciales con enfoque de género.

Palabras clave: cannabinoides sintéticos; embarazo; síndrome amotivacional; dependencia de sustancias.

ABSTRACT

Introduction: synthetic cannabinoids are emerging psychoactive substances of high potency that cross the placental barrier, leading to severe alterations in the endocannabinoid system and fetal neurodevelopment. Although amotivational syndrome is a well-documented complication in chronic users, its manifestation during pregnancy is exceptionally rare in the medical literature.

Objective: to characterize the clinical course, trajectory of substance use, and obstetric implications of synthetic cannabinoid-induced amotivational syndrome in a pregnant woman treated at the mental health department of Centro Habana.

Case report: a 28-year-old pregnant woman presented at 28.5 weeks of gestation with late prenatal care enrollment. Her life history is marked by early trauma due to family violence and the onset of marijuana use during childhood, evolving into severe synthetic cannabinoids dependence (with a current consumption of 25 "papelitos" per day). Deterioration of personal appearance, bradypsychia, apathy, hypobulia, and severe affective flattening were observed. Cannabinoid use disorder and synthetic cannabinoids-induced depressive disorder were diagnosed, closely linked to amotivational syndrome and severe family dysfunction. Given

the complexity of the case, an interdisciplinary approach was implemented combining cognitive-behavioral psychotherapy with immediate transfer to the municipal maternity home to ensure the protection of the mother-fetal dyad.

Conclusions: synthetic cannabinoids-induced amotivational syndrome during pregnancy impairs self-care mechanisms and adherence to prenatal care, jeopardizing the health and neurodevelopment of the newborn. The chronological sequence between early trauma and drug dependence shapes the prognosis, highlighting the need to optimize care protocols with a gender perspective.

Key words: synthetic cannabinoids; pregnancy; amotivational syndrome; substance dependence.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cannabinoides sintéticos (cs) ha emergido como un problema crítico de salud pública global. Estas sustancias, denominadas originalmente de forma engañosa como "inciensos" o "hierbas legales", son agonistas completos y de alta afinidad por los receptores cannabinoides CB1 y CB2. Su potencia farmacológica supera exponencialmente a la del delta 9-tetrahidrocannabinol (THC) de origen natural, lo que se traduce en un perfil de toxicidad superior y efectos adversos graves que abarcan psicosis aguda, crisis convulsivas, daño orgánico y conducta suicida.¹

Durante la gestación, el uso de cs introduce variables de alto riesgo de índole bio-obstétrica. Al ser moléculas lipofílicas de bajo peso molecular, atraviesan con facilidad la barrera placentaria y se acumulan en los tejidos fetales. El sistema endocannabinoide fetal -expresado desde etapas embrionarias tempranas- ejerce un rol en la neurogénesis, la migración celular y la sinaptogénesis; por consiguiente, la sobreestimulación exógena por cs altera de forma impredecible la arquitectura del sistema nervioso central en desarrollo.^{2,3}

Por otra parte, el síndrome amotivacional es un constructo clínico que apaga gradualmente la voluntad de la persona. Se manifiesta a través de

una profunda apatía, la pérdida progresiva de la iniciativa, la incapacidad para disfrutar de la vida, un marcado aplanamiento afectivo y un deterioro evidente en sus relaciones sociales y laborales. Si bien su descripción inicial se asoció al consumo crónico de cannabis convencional, la introducción de los cs de alta potencia ha incrementado la gravedad y la velocidad de instauración de este cuadro neuropsiquiátrico, debido a la hipodopaminergia funcional que generan en los circuitos de recompensa. La presentación de un síndrome amotivacional florido en el transcurso del tercer trimestre del embarazo es un fenómeno escasamente reportado en la literatura científica internacional. Dicha condición no solo mimetiza o se solapa con los trastornos del ánimo perinatales, sino que anula la capacidad de autocuidado de la gestante.^{4,5} El objetivo de este artículo es presentar e integrar el manejo clínico de una gestante con dependencia grave a cs y síndrome amotivacional atendida en el municipio de Centro Habana.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 28 años de edad, mestiza, casada, desempleada, con nivel escolar preuniversitario concluido. Natural de la provincia de Santiago de Cuba y residente temporal en el municipio Centro Habana, La Habana. Fue remitida por su médico de la familia del consultorio no.7 (policlínico Manduley) hacia la consulta especializada en adicciones del departamento de salud mental de la localidad, acudiendo a la entrevista refiriendo textualmente: "no tengo deseos de nada, me siento apagada".

Historia de la enfermedad actual y antecedentes vitales

Gestante de 28.5 semanas por fecha de última menstruación, evaluada inicialmente debido a un historial de drogodependencia activa por cs durante el embarazo. La captación de la gestación fue tardía (semana 28), debido a que la paciente identificó el embarazo de forma tardía al percibir el incremento del diámetro abdominal y los movimientos fetales. Refirió que el embarazo no fue planificado, aunque se consideraba "deseado" por ella y su cónyuge. Reinició el uso de cs de

forma compulsiva en los meses posteriores, facilitado por la convivencia con su pareja, quien también presentaba un trastorno por consumo de sustancias. Decidió buscar asistencia médica tras experimentar un episodio de cifras tensionales elevadas que vinculó con la intoxicación por el xenobiótico.

En su trayectoria vital, se constataron hitos del desarrollo psicomotor retrasados (ausencia de pinza digital madura a los 8 meses y retraso en el lenguaje expresivo a los 18 meses). La paciente creció en un entorno familiar disfuncional de alta hostilidad y violencia doméstica ejercida por la figura paterna. Presentó desadaptación escolar y repetición del segundo grado de la enseñanza primaria por trastornos del lenguaje (evaluada por el centro de orientación y diagnóstico). Recibió seguimiento por psiquiatría infanto-juvenil con diagnósticos presuntivos de trastorno depresivo y trastorno afectivo bipolar, reportándose conductas autolesivas y un intento de autolisis por ingesta de psicofármacos. Presentaba inestabilidad laboral con inserción en el sector informal y recurrencia al trabajo sexual comercial como mecanismo económico para solventar el consumo de sustancias. Su historia gineco-obstétrica registró: menarquia a los 12 años, gesta 9, partos 2, abortos 6 (provocados mediante regulaciones menstruales).

Perfil toxicológico y examen psiquiátrico inicial

El inicio del consumo de marihuana fue entre los 10 y 12 años de edad, evolucionando hacia un patrón de uso diario y compulsivo. Siete meses previos a la evaluación, ante la baja disponibilidad en el mercado de la sustancia vegetal, realizó una transición hacia los cannabinoides sintéticos ("químico" o "papelito"). Desarrolló tolerancia marcada, alcanzando el consumo de 25 unidades ("papelitos") diarios, distribuidos a lo largo del día para evitar los síntomas derivados del cese del consumo. Los kits de diagnóstico rápido en orina resultaron negativos para drogas convencionales al momento del ingreso, debido a la ventana estrecha de detección de los metabolitos específicos de los nuevos compuestos sintéticos. No obstante, los instrumentos CAGE-AID (4/4

puntos) y ASSIST confirmaron un rango de riesgo alto para cannabinoides sintéticos.

Al examen físico se mostró normolínea, con evidente descuido de su aspecto personal y signos de desnutrición leve (ta: 110/70 mmhg; fc: 78 lpm). El examen psiquiátrico arrojó que se encontraba consciente, orientada, facies hipomímica, actitud cooperativa, pero con marcada lentificación psicomotora (hipocinesia) y bradilalia. Presentaba hipoprosexia activa con labilidad atencional y disminución de la memoria inmediata. Su pensamiento era bradipsíquico, con contenido centrado en rumiaciones de corte depresivo, indefensión y minusvalía, estructurando la tríada cognitiva negativa de Beck, sin ideación autolítica activa estructurada. En su afectividad se constató hipotimia profunda, apatía, anhedonia total y aplanamiento afectivo severo. Su conducta reflejó hipobulia severa, pérdida de la iniciativa, aislamiento social activo y abandono de roles familiares, asociada a una conciencia de enfermedad parcial y superficial.

Con base en los criterios clínicos de la CIE-11, se determinaron los diagnósticos de: 6c42.2 (trastorno por consumo de cannabinoides, en fase de dependencia grave, asociado a embarazo activo); 6c42.70 (trastorno depresivo inducido por cannabinoides sintéticos); y como síndromes asociados, un síndrome amotivacional secundario a drogodependencia por cs y un síndrome gestacional de alto riesgo.

DISCUSIÓN

La resolución diagnóstica y terapéutica de este caso pone de manifiesto la confluencia crítica de determinantes sociales de la salud, traumas del desarrollo temprano y los efectos farmacológicos de los nuevos compuestos psicoactivos durante la gestación.⁶

El síndrome amotivacional en la gestación: fisiopatología y subdiagnóstico

El síndrome amotivacional ha cobrado una relevancia renovada tras la irrupción de los cannabinoides sintéticos de última generación. Los cs actúan como agonistas plenos en el receptor CB1 con una eficacia intrínseca

marcadamente superior a la del THC natural. La sobreestimulación masiva y prolongada de estos receptores induce una rápida internalización y desensibilización de los mismos en estructuras cerebrales clave como la corteza prefrontal y el núcleo accumbens. Este fenómeno neurobiológico conduce a un estado de hipodopaminergia funcional crónica dentro de la vía mesocorticolímbica, el cual constituye el sustrato de la sintomatología observada en la paciente: anhedonia, abulia, bradipsiquia y la incapacidad para iniciar conductas orientadas a metas futuras.^{1,7}

En el contexto gestacional, este síndrome suele ser muy poco reconocido, solapándose frecuentemente con los criterios de un episodio depresivo mayor perinatal o considerándose erróneamente como un rasgo de personalidad apático de la gestante. En nuestro caso, el diagnóstico diferencial se inclinó hacia un cuadro neuropsiquiátrico inducido por tóxicos debido a que, a pesar de la gravedad de la hipotimia y el aplanamiento de los afectos, no coexistían elementos psicóticos ni distorsiones cognitivas que no mejoraran parcialmente con los periodos breves de aclaramiento del xenobiótico, cumpliendo con los postulados clínicos validados para toxicidad por cs.⁷

Repercusiones materno-fetales

La literatura médica describe de forma consistente que el consumo gestacional de cs incrementa sustancialmente las tasas de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro de placenta, parto pretérmino y el desarrollo de un síndrome de abstinencia neonatal complejo. El sistema endocannabinoide fetal regula procesos críticos de este sistema endocannabinoide fetal regula procesos críticos de cableado neuronal durante el tercer trimestre de la gestación, una fase de máxima sinaptogénesis, migración celular y mielinización cortical. La exposición de la paciente a dosis elevadas de cs hasta la semana 28.5 eleva el riesgo de daño de la microestructura en el cerebro fetal, lo cual suele manifestarse a largo plazo en la infancia como déficits cognitivos,

trastornos de la atención con hiperactividad y desregulación emocional.⁸

Desde la perspectiva conductual, el síndrome amotivacional se erige como una de las barreras para el éxito de la atención prenatal. La abulia y la pasividad extrema inhabilitan los mecanismos de autocuidado más elementales de la gestante, lo que explica la captación tardía del embarazo, la inasistencia a las consultas médicas del área de salud y la falta de adherencia al tratamiento de comorbilidades críticas como la hipertensión arterial. Asimismo, el embotamiento afectivo característico de este síndrome bloquea la capacidad psicológica de vinculación prenatal y la construcción de un afecto materno-fetal sólido, comprometiendo de manera severa el establecimiento de un apego posnatal seguro y elevando el riesgo de negligencia infantil secundario.⁹

La secuencia de eventos: ¿el orden de los factores altera el producto?

Al mirar de cerca el mapa de vida de la paciente, la respuesta a esta pregunta se revela con una claridad conmovedora. Cada capítulo de su historia ha sumado un peso específico que hoy determina no solo su presente, sino también el futuro nacimiento de su hijo y la estabilidad de ese vínculo vital entre ambos. Cada vivencia traumática ha dejado una huella que se acumula en el tiempo, impactando directamente en la delicada armonía de la díada madre e hijo. No estamos ante hechos aislados, sino ante una cadena de vulnerabilidades: un entorno de violencia intrafamiliar en la niñez que sembró un estrés tóxico temprano; un consumo de cannabis en la adolescencia que interfirió con el desarrollo de su corteza prefrontal; y, finalmente, la transición hacia la dependencia de cannabinoides sintéticos en una adultez marcada por la falta de certezas y la exposición a riesgos sociales. Esta realidad nos confronta con el hecho de que la maternidad no florece en un espacio neutro, sino que lleva consigo el eco de una corteza cerebral y una vida transformadas de antemano por el trauma crónico.

Desafíos terapéuticos y enfoque de género

El acompañamiento clínico de una gestante con dependencia a cannabinoides sintéticos nos sitúa ante un escenario complejo. A diferencia de lo que ocurre con otras sustancias, para las cuales la ciencia médica ha logrado desarrollar tratamientos farmacológicos específicos que alivian la abstinencia o el craving (ansiedad por el consumo), en el caso de estas nuevas sustancias sintéticas aún no disponemos de opciones médicas aprobadas para embarazadas. Lejos de ser una crítica al avance farmacológico, esta realidad refleja la velocidad con la que evolucionan estas sustancias en el mercado, modificando constantemente su estructura química para evadir los controles estándar. Esto explica, por ejemplo, por qué las pruebas rápidas de orina suelen dar resultados negativos falsos, una ventana de aclaramiento muy estrecha (24 a 72 horas) que no debe interpretarse como un engaño de la paciente, sino como un límite técnico de los laboratorios actuales. Por ello, el diagnóstico clínico debe apoyarse en entrevistas detalladas (como los instrumentos ASSIST y CAGE-AID), desestimando la dependencia exclusiva de los análisis de laboratorio.

Ante la ausencia de un fármaco específico, nuestro mayor recurso radica en el soporte humano y terapéutico a través de intervenciones de base psicosocial intensiva, como la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y la terapia de aceptación y compromiso. Sin embargo, estas herramientas pierden fuerza si la paciente no cuenta con una red de apoyo sólida, como hospitales de día o comunidades terapéuticas específicas para la maternidad, recursos que lamentablemente siguen siendo de difícil acceso.

Finalmente, este caso pone de manifiesto el invisible pero pesado estigma social e institucional que rodea a las gestantes con consumos problemáticos. El miedo al castigo, a la pérdida de la patria potestad o al juicio moral actúa como una barrera drástica que aleja a las mujeres de la ayuda médica que necesitan de forma urgente. Para romper este círculo, se sugiere implementar un enfoque de género humanizado en los servicios de salud; un abordaje libre de juicios que, en lugar de criminalizar,

construya una alianza terapéutica segura y garantice plenamente los derechos de salud sexual, reproductiva y humana de la madre y su hijo.

CONCLUSIONES

El síndrome amotivacional inducido por cannabinoides sintéticos en la gestación constituye una urgencia toxicológica que compromete directamente el autocuidado materno, la adherencia al control prenatal y el vínculo afectivo con el recién nacido. El deterioro neurobiológico derivado del consumo de agonistas como el CB1 se amplifica al interactuar con antecedentes de trauma infantil y disfunción familiar y social. Es imprescindible perfeccionar los kits diagnósticos en la atención primaria y las consultas de adicciones ante cuadros de apatía o depresión perinatal. Se requiere la implementación de entornos asistenciales adaptados (hogares maternos especializados) que integren el manejo toxicológico, obstétrico y de salud mental para proteger el binomio madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdel-khalek S, et al. Adverse clinical effects associated with the use of synthetic cannabinoids: a systematic review. *Drug alcohol depend.* 2025;272:112698. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2025.112698. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40334326/>
2. Baker T, et al. Cannabinoids and the placenta: receptors, signaling and outcomes. *Placenta.* 2023;135:51-61. Doi:10.1016/j.placenta.2023.03.002. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36965349/baker t, et al. Cannabinoids and the placenta: receptors, signaling and outcomes. Placenta. 2023;135:51-61. Doi:10.1016/j.placenta.2023.03.002.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36965349/baker%20t,%20et%20al.%20Cannabinoids%20and%20the%20placenta%3A%20receptors,%20signaling%20and%20outcomes.%20Placenta.%202023%3B135%3A51-61.%20Doi:10.1016/j.placenta.2023.03.002) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36965349/>
3. Marinelli E, et al. Monitoring perinatal exposure to cannabis and synthetic

- cannabinoids. Ther drug monit. 2020;42(2):194-204. Doi:10.1097/ftd.0000000000000667. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32195988/>
4. Skumlien M, Langley C, Sahakian BJ. Is cannabis use associated with motivation? A review of recent acute and non-acute studies. Curr behav neurosci rep. 2024;11:33-43. Doi:10.1007/s40473-023-00268-1. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40473-023-00268-1>
 5. Castaño Pérez GA, Becona Iglesias E, Scoppetta DG, Restrepo Escobar SM. Amotivational syndrome in chronic marijuana users. A narrative review to approach the concept. Rev haban cienc med. 2021;20(1):e? Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s1729-519x2021000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 6. Powell M, et al. The burden of prenatal and early life maternal substance use among children at risk of maltreatment: a systematic review. Drug alcohol rev. 2024;43(4):823-847. Doi:10.1111/dar.13835. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38548385/>
 7. Alzu'bi A, et al. The synthetic cannabinoids menace: a review of health risks and toxicity. Eur j med res. 2024;29(1):49. Doi:10.1186/s40001-023-01443-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38216984/>
 8. Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Kaufman MR. Fetal cannabis exposure and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Matern child health j. 2025;29(5):703-713. Doi:10.1007/s10995-025-04096-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40317448/>
 9. Sánchez-Morales A, et al. Consumo materno de sustancias psicoactivas, un factor de riesgo para el desarrollo infantil: revisión sistémica. Rev cienc med. 2022;26(3):e?????. Disponible en: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/317>

SOBRE LOS AUTORES

1. Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado en Toxicología. Departamento de salud mental de Centro Habana. <https://orcid.org/0000-0001-7758-7987> email: nenin900124@gmail.com
2. Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado en Medicina Familiar. <https://orcid.org/0009-0002-5896-9896>
3. Licenciada en Sociología: trabajo social. <https://orcid.org/0009-0009-3461-3861>
4. Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado en Medicina Familiar. <https://orcid.org/0009-0009-9953-4523>
5. Doctor en Medicina. Especialista de 1er grado en Medicina Familiar y en Toxicología. Máster en prevención del uso indebido de drogas. Departamento de salud mental de la Habana Vieja. <https://orcid.org/0009-0004-1132-8367>
6. Licenciado en Psicología. Profesor e Investigador Titular. Unidad de desarrollo e innovación Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-5316-0951>

Dieudonné Millogo¹, Armelle Gwladys Jumelle Bado², Nana Lydie Pito³, Eyeri Téllez García⁴, Yenny Téllez Paula^{5*}, Himia Hernández Salazar⁶

RESUMEN

Introducción: la medicina es uno de los campos de la educación más estresantes debido a las altas demandas académicas y profesionales sobre todo en estudiantes en último año de la carrera. El estrés académico afecta tanto el estado emocional como la salud física, los cuales pueden vivenciarse de forma distinta por cada persona.

Objetivos: caracterizar la población estudiada según la edad y nacionalidad y describir el estado de salud mental de los estudiantes de sexto año de Medicina de la Facultad Enrique Cabrera curso 2024-2025.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal no probabilístico en los estudiantes de sexto año de Medicina de la Facultad Enrique Cabrera en el periodo del curso 2024-2025. Se seleccionó una muestra de 30 estudiantes. La recogida de los datos, se realizó mediante cuestionario de salud mental GHQ-28 adaptado, y un cuestionario de escala de estrés percibido (PSS-10).

Resultados: predominaron con un 26.67 % los estudiantes de 24 y 26 años de edad con una prevalencia de los estudiantes extranjeros con un 53.33 %. En los trastornos psicológicos se destacó la ansiedad asociada al insomnio. La mayor cantidad de estudiantes (66.66 %) tuvieron un nivel de estrés moderado donde prevalecieron los factores de estrés académicos con la programación de las guardias (80 %)

Conclusiones: se evidenciaron trastornos neuróticos como la ansiedad y el insomnio, seguido de la depresión y trastornos somáticos. La mayoría de la muestra fue de nacionalidad extranjera, predominando las edades de 24 y 26 años.

Palabras clave: Salud mental, ansiedad, estrés, estudiantes.

ABSTRACT

Introduction: medicine is one of the most stressful fields of education due to the high academic and professional demands, especially in students in the last year of the degree. Academic stress affects both emotional state and physical health, which can be experienced differently by each person.

Objective: to describe the mental health status of the sixth-year students of Medicine of the Faculty of Enrique Cabrera course 2024-2025.

Methods: a descriptive non-probabilistic cross-sectional study was carried out in the sixth-year students of Medicine of the Enrique Cabrera Faculty in the period of the 2024-2025 academic year. A sample of 30 students was selected. Data collection was carried out using an adapted GHQ-28 mental health questionnaire and a perceived stress scale questionnaire (PSS-10).

Results: students of 24 and 26 years of age predominated with 26.67 % with a prevalence of foreign students of 53.33 %. In psychological disorders, anxiety associated with insomnia stood out. The highest number of students (66.66 %) had a moderate level of stress where academic stress factors prevailed with the programming of the guards (80 %).

Conclusions: it is a priority to give space and importance to the sustainability of mental health among medical students, who are the future professionals willing to meet the demands of a totally challenging present and future because the mental health of medical students presents risks beyond the academic demands themselves.

Keywords: Functional Mental health, anxiety, stress; students.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La salud mental es, según esta definición, un componente fundamental de la salud. Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades.¹

En la Región de las Américas, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias están entre los principales contribuyentes a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, y aumentan el riesgo de presentar otros problemas de salud. En 2013 entre el 18.7 % y 24.2 % de la población de la región había tenido una enfermedad mental.²

El concepto de salud mental como tal ha surgido desde mediados del pasado siglo XX; desde su conceptualización y uso en el sector y se refería de manera indistinta tanto a estados de salud mental como de enfermedad de la esfera mental. Ya en periodos más recientes se ha elaborado y difundido el concepto de salud mental "positiva", el cual es más complejo en su interpretación ya que su uso implica la interpretación de tener bienestar mental, expresado en conductas como estabilidad emocional, calma psicológica e integración social, criterios que le permiten al sujeto con salud mental positiva enfrentar los momentos difíciles que se presentan en su vida cotidiana, alcanzando la felicidad entendida como bienestar subjetivo.³

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento

esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.¹

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así. Los trastornos mentales tienen una gran prevalencia en todo el mundo y son causas importantes de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura.¹

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes.¹ Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. Dentro de estos trastornos mentales se encuentra la ansiedad, depresión, el insomnio y otros.⁴

La ansiedad se define como un sistema que alerta al organismo ante sucesos que lo pueden poner en desventaja; es un sentimiento displacentero que se acompaña de sensaciones somáticas como náuseas, palpitaciones, sudoración, cefalea, necesidad de vaciamiento vesical e inclusive diarrea, entre otras.⁵

En cuanto a la depresión es más que una sensación de tristeza o irritabilidad durante unos días. Es un trastorno del estado de ánimo grave. Como uno de los trastornos mentales más comunes en los Estados Unidos, la depresión puede afectar la forma en cómo piensa, siente y su vida diaria. Es posible que no sepa por qué se siente así, e incluso

las actividades diarias básicas, como dormir, comer o trabajar, pueden volverse difíciles.

El estrés se define como aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta.⁶ Sin embargo, los recursos asignados por para abordar esta carga son insuficientes, se distribuyen de manera desigual y, a veces, se utilizan de manera ineficiente.

Recién iniciada la década de 1980 en los Estados Unidos de América, se llamó la atención sobre el hecho de que muchos estudiantes de medicina, novatos y llenos de ilusiones, motivaciones y entusiasmo, iban gradualmente, a lo largo de la carrera, convirtiéndose en personas cínicas, resentidas y frustradas, y se empezó a delinear como una de las causas de este fenómeno a las vivencias de maltrato y abuso que los estudiantes experimentaban, a lo largo de su formación médica y en su cotidiano desempeño e interacción con médicos asistentes y residentes supervisores, durante las actividades hospitalarias.⁷

El bienestar emocional de los estudiantes se ha convertido en una prioridad en la educación superior, ya que los desafíos de salud mental entre los estudiantes universitarios han aumentado significativamente en los últimos años. De acuerdo con el Healthy Minds Study (HMS) en 2021 más del 80 % de los estudiantes reportó que las dificultades emocionales o de salud mental afectaron su desempeño académico.⁸

La situación problemática que da origen al interés por desarrollar la presente temática, está centrada en el impacto de la complejidad y exigencias de la carrera de medicina (sobre todo en estudiantes en el último año de la carrera) y su relación con la interculturalidad que se evidencia en la Facultad Enrique Cabrera puesto que este centro alberga estudiantes de casi todos los continentes lo que implica una diversidad cultural muy amplia que

conlleva un desafío de adaptación entre los estudiantes. Es por ello que se tiene el objetivo de describir el estado de salud mental de los estudiantes de sexto año de Medicina de la Facultad Enrique Cabrera curso 2024-2025. Los objetivos propuestos son Caracterizar la población estudiada según la edad y la nacionalidad y Describir el estado de salud mental de los estudiantes de sexto año de Medicina de la Facultad Enrique Cabrera curso 2024-2025.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal no probabilístico en marzo de 2025 en la Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera. El diseño permitió evaluar el estado de salud mental en un momento crítico de la formación médica que es el sexto año estudiando depresión, ansiedad asociada a insomnio, síntomas somáticos y los niveles de estrés percibidos entre los estudiantes.

La población total de sexto año consistió en 107 estudiantes (n=107) matriculados en 6to año (curso 2024-2025) confirmado por la secretaria de la facultad, de ellos se seleccionaron los estudiantes que dieron su consentimiento de participar en el estudio y se excluyeron los estudiantes diagnosticados con enfermedad psiquiátrica previa y estudiantes que estén usando psicofármacos, quedando una muestra de 30 estudiantes.

Para la recolección de los datos se utilizaron 2 instrumentos.

GHQ-28 Adaptado (21 ítems): Cuestionario originalmente desarrollado por Goldberg para detección de morbilidad psiquiátrica que tiene 28 preguntas evaluando depresión, síntomas somáticos, ansiedad asociada a insomnio, afectación de esfera social. Para el estudio de cada trastorno el cuestionario tiene 7 preguntas. Este cuestionario fue adaptado para el propósito y los variables de estudio del presente trabajo. La versión adaptada estudió todos los trastornos excepto afectación de esfera social.

Sistema de Puntuación:

- "Mejor que lo habitual" = 0

- "Igual que lo habitual" = 0
- "Algo más que lo habitual" = 1
- "Peor que lo habitual" = 1

La puntuación máxima por dominio (un trastorno mental de estudio) son 7 puntos y los autores consideraron cualquier puntuación ≥ 5 puntos en cualquier dominio como caso positivo del trastorno de estudio.

El GHQ- 28 original ha demostrado buena validez de constructo en estudios transculturales, sensibilidad del 75-85 % para trastornos mentales comunes y ampliamente utilizado en poblaciones médicas latinoamericanas.

Escala de Estrés Percibido (PSS-10) es una escala validada que evalúa la percepción de situaciones estresantes, capacidad de afrontamiento a las situaciones estresantes como la situación de los estudiantes de sexto año de medicina. La escala de estrés percibido -10 es un cuestionario de 10 preguntas y más reciente que la escala de estrés percibido -14(PSS-14).

PSS-10 tiene como puntuación máxima 40. Se interpretó que la puntuación 0-13 se clasifica bajo estrés, 14-27 estrés moderado y 28-40 alto estrés.

Los cuestionarios se aplicaron de forma presencial, durante las rotaciones clínicas de los estudiantes por un tiempo promedio de 20 minutos. Se emplearon métodos de estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes), utilizando un Excel 2019.

Fueron obtenidos los consentimientos informados y firmados por los participantes.

RESULTADOS

De los 30 estudiantes seleccionados, predominaron los estudiantes de 24 y 26 años con un porcentaje de 26.67%, seguido de los estudiantes de 23 años con un porcentaje de 20%. Se obtuvo 10% para los de 25 y 27 años mientras la minoría fue de 28 años con 6.66%.

Tabla 1. Distribución por edad de la muestra estudiada

Edad	Fa	Fr%
23	6	20
24	8	26.67
25	3	10
26	8	26.67
27	3	10
28	2	6.66
Total	30	100

De los 30 estudiantes seleccionados, los extranjeros predominaron con 53.33% seguidos de los cubanos con un 46.67%.

Tabla 2. Distribución por nacionalidad de la muestra estudiada

Nacionalidad	Cubanos	Extranjeros	Total en porcentaje
Fa	14	16	30
Fr%	46.67	53.33	100

Según las puntuaciones del test GHQ-8 aplicado a los 30 estudiantes encuestados, los trastornos mentales más frecuentes fueron la ansiedad asociada al insomnio con un 60% seguido de la depresión con un 23.3% y los síntomas somáticos con un 20%.

Tabla 3. Puntuaciones del test GHQ-28 en la muestra global de los estudiantes.

Subescala	Intervalos de puntuación del test GHQ			
	≤ 5		≥ 5	
	Fa	Fr%	Fa	Fr%
Ansiedad asociada a insomnio	12	40	18	60
Depresión	23	76.67	7	23.33
Síntomas somáticos	24	80	6	20
Resultados	No casos		Casos	

Fuente: Cuestionario adaptado

Según las puntuaciones de la escala de estrés percibido (PSS-10) predominaron los estudiantes con un nivel de estrés moderado sea 66.66% seguido de los estudiantes con un nivel de estrés bajo y alto con 16.67%.

Tabla 4. Distribución según el nivel de estrés percibido

Nivel de estrés	Intervalos de puntuación de la escala de estrés percibido (PSS-10)					
	0-13 (estrés bajo)		14-27 (Estrés moderado)		28-40 (estrés alto)	
	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%
	5	16.67	20	66.66	5	16.67

Teniendo en cuenta los factores de estrés en los estudiantes, prevalecieron los factores de estrés académicos: la programación de las guardias con un 80 % seguido del trabajo en sala y estancia con un 76.67 %. A continuación, los factores no académicos que predominaron fueron: la nostalgia (anhelo por su hogar y su país de origen) con un 53.33%, los problemas en las relaciones interpersonales con 46.67 %, las demandas y problemas financieros con un 33.33 %.

Tabla 5. Distribución según los de estrés de la muestra estudiada

Factores de estrés		Fa	Fr %
Académicos	Programación de las guardias	24	80
	Trabajo en sala y estancia	23	76.67
No académicos	Nostalgia	16	53.33
	Problemas en las relaciones interpersonales	14	46.67
	Demandas y problemas financieros	10	33.33

DISCUSIÓN

La alarmante situación actual con respecto a la salud mental no es indiferente en los estudiantes de medicina, y es un tema de interés mundial cuyo objetivo es evaluar el estado mental de los estudiantes de dicha carrera y los trastornos a causa de múltiples factores que afrontan en la vida diaria. Los estudiantes de medicina están expuestos a un sin fin de trastornos mentales a causa de las exigencias propias de la carrera, entre los trastornos más frecuentes tenemos: ansiedad y depresión, cuyos valores son superiores a los encontrados en la población general.⁹

En el caso de los estudiantes de medicina, la importancia en este tipo de estudios radica en la etapa de desarrollo académico por la que atraviesan dichos estudiantes, la cual incluye tener mayor autonomía, asumir nuevos retos académicos, lograr expectativas familiares y personales, desarrollar su sexualidad y relaciones de pareja, así como su identidad personal. Al mismo tiempo se encuentran rodeados de factores negativos como el alejamiento de la familia, dependencia y/o dificultades económicas, dilema sobre su futuro y la necesidad de adaptación a la sociedad moderna y competitiva.¹⁰

Como pudimos observar en nuestra encuesta, predominaron los estudiantes de 24 y 26 años con un 26.67 % y la mayoría de los estudiantes eran extranjeros con un 53.33 %. Estos estudios difieren con los estudios de Cobiellas Carballo LI y Anazco Hernández A en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín en cuyo trabajo predominaron los estudiantes de 18 y 19 años y todos los estudiantes eran cubanos.¹¹

En cuanto a los trastornos neuróticos, predominaron la ansiedad asociada al insomnio con un 60 %. Resultados similares a los encontrados en el presente estudio fueron identificados en otro estudio realizado a los estudiantes de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en el año 2022 donde predominaron también la ansiedad asociada al insomnio con un 85.4 %.¹² Similares cifras en Brasil, demuestran que la ansiedad es del 31 % particularmente en estudiantes de primer año de

Medicina. Otras investigaciones refieren que los estudiantes de Medicina son especialmente ansiosos debido a la larga duración, la alta intensidad del estudio, los cursos emocionalmente desafiantes y las elecciones del estilo de vida.¹³

Un 23.33 % de los estudiantes presentó depresión. Este resultado no correspondía con los estudios similares realizados por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) y la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) sobre la depresión en los estudiantes de las 43 Facultades de Medicina Españolas donde encontraron que el 41 % de los alumnos tuvieron depresión.¹⁴

Al analizar los síntomas somáticos referidos, solamente un 20 % de los estudiantes presentaron síntomas somáticos, o sea, la mayoría, no presentaban fatiga, ni dolor de cabeza, ni decaimiento o escalofríos. Se contradicen con los estudios de Edie y Jennifer que muestran que la prevalencia de los síntomas somáticos era sorprendentemente significativa. Representaban un 80.1 % y entre ellos hay de mencionar dolores de espalda, dolor de cabeza y malos hábitos alimenticios.¹⁵

En el estudio, 66.66 % de la población estudiada presentó un nivel de estrés moderado. Estos datos tienen concordancia con los estudios realizados por Hernández y Cruz a los estudiantes pertenecientes a la Facultad de Medicina No. 1 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, quienes acudieron a la Unidad de Orientación Estudiantil. Se observa un predominio del nivel de estrés moderado en el 70.0 % de los estudiantes.¹⁶

Los eventos vitales generadores de mayor estrés en la muestra de estudio fueron, en primer lugar, la programación de las guardias (duración, frecuencia) y el trabajo en sala y estancia que se puede ver como sobrecarga académica. Estos estudios corresponden con el estudio de Díaz Martín Y donde prevalecieron también la sobrecarga académica con un 86.6 %.¹⁷

En esta perspectiva, se debe proponer un modelo de la formación médica que incluya el

fortalecimiento de habilidades para la vida, el objetivo de garantizar la salud mental del médico en formación es contar con un profesional plenamente competente para brindar atención calificada a los pacientes.

En la práctica, las próximas investigaciones deben centrarse en identificar problemas específicos de salud mental durante la formación profesional, la enfermedad en el estudiante internado y el consumo de sustancias. Ello permitirá valorar no solo el cambio, sino también el impacto de las intervenciones desde las oficinas de bienestar estudiantil. Los otros parámetros, como los factores familiares y el trabajo, también deben evaluarse para encontrar cualquier relación entre el estrés general y la salud mental. Las universidades podrían evaluar y fortalecer las estrategias de afrontamiento de estos estudiantes a través de equipos de atención en salud mental interdisciplinarios. También se necesita investigación sobre el plan de estudios para evaluar su efecto sobre la carga académica y la carga de salud mental de los estudiantes. En cuanto a las intervenciones, sería pertinente implementar programas y estrategias vinculadas al currículo o promovidas como actividades extracurriculares. Es totalmente pertinente evaluar y promover el desarrollo de políticas públicas que se centren en la salud mental de estas poblaciones, especialmente en la región latinoamericana.

Las demandas de capacitación médica crean desafíos de atención de salud mental para estos estudiantes. El contexto actual, con la presencia de grandes desafíos de salud, las enfermedades emergentes, el cambio climático, entre otras, requiere médicos mentalmente sanos. Es prioritario dar lugar e importancia a la sostenibilidad de la salud mental entre los estudiantes de medicina que son los futuros profesionales dispuestos a satisfacer las demandas de un presente y futuro totalmente desafiante. La salud mental de los estudiantes de medicina presenta riesgos más allá de la misma exigencia académica. Hay elementos del individuo y la institución formadora que pueden actuar como factores protectores, lo que se convierte en un

insumo para la creación de programas de cuidado y mantenimiento de la salud mental.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada se evidencia que predominaron los estudiantes de 24 y 26 años que están en la etapa de la juventud y mayoritariamente de nacionalidad extranjera. La mayoría de los estudiantes tenían un nivel de estrés moderado y los factores de estrés que predominaron fueron los factores académicos como la programación de las guardias y el trabajo en sala y estancia. En el estado de salud mental de los estudiantes se evidencian trastornos neuróticos que incluyen la ansiedad asociada al insomnio, seguido de la depresión y los síntomas somáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Etienne Carissa F. Salud mental como componente de la salud universal**Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia prevalecerá la versión original (en inglés). Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 [Accedido 19 mayo 2025], e140. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53. Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>. Acceso el 21 de agosto de 2018. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>
3. Concepción Elena AA. Salud mental: Evolución del concepto. internet Junio 2023, citado 19 mayo 2025 disponible en <https://doi.org/10.21897/25394622.3268>
4. Idrugo Jave HA, Sánchez Cabrejos WM. Salud mental en estudiantes de medicina. Inv Ed Med [Internet]. 2020 [citado 10 Ene 2023];9(33):107-07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000100107&lng=es
5. Luna M, Hamana ZL, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. AVFT [Internet]. 2001 Abr [citado 2025 Mayo 23];20(2):111-122. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es
6. Espinoza Ortiz AA, Pernas Álvarez IA, González Maldonado RL. Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. Rev Hum Med [Internet]. 2018 Dic [citado 2025 Mayo 23];18(3):697-717. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000300697&lng=es
7. Pérez Abreu M, Gómez Tejeda J, Tamayo Velázquez O, Iparraguirre Tamayo A, Besteiro Arjona E. Alteraciones psicológicas en estudiantes de medicina durante la pesquisa activa de la COVID-19. Medisan [Internet]. 2020 [citado 10 Ene 2023];24(4):537-48. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v24n4/1029-3019-san-24-04-537.pdf>
8. Mary Christie Foundation, The Role of Faculty in Student Mental Health, internet 2021. Availabe in <https://tqueremos.tec.mx/sites/g/files/vgjovo1136/files/Gu%C3%ADa%20para%20apoyar%20la%20salud%20>
9. Barrios I et al. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes

- del ciclo básico. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción). 2015;48(1):59-67.2.
10. Tomas Baader M. et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014;52(3):167-176
 11. Cobiellas Carballo LI y Anazco Hernández A. Estrés académico y depresión mental en estudiantes de primer año de medicina. [Internet]. 2020 [citado 19 Mayo2025]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
 12. Paulino Uamusse J. Salud mental de los estudiantes de la Escuela Latinoamericana De Medicina, Año 2022. [Internet]. 2022 [citado 19 Mayo2025]. Disponible en: <https://revspimed.sld.cu>
 13. Fernández-Castillo E, Molerio-Pérez O, Herrera-Jiménez LF, Grau R. Validez y confiabilidad del cuestionario para evaluar factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios. Act Psi [Internet]. 2017 [citado 12 Ene2023];31(122):103-117. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1178955/1816-8949-anales-54-01-109.pdf>
 14. Villavicencio Gallego S, Hernández Nodarse T, Abrahantes Gallego Y, de la Torre Alfonso Á, Consuegra D. Un acercamiento a los trastornos del sueño en estudiantes de Medicina. Medcent Electrón [Internet]. 2020 [citado 10 Ene 2023];24(3):682-690. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-682.pdf>
 15. Sperling EL, Hulett JM, Sherwin LAB, Thompson S, Bettencourt BA. Prevalence, characteristics and measurement of somatic symptoms related to mental health in medical students: a scoping review. Ann Med. 2023 Aug8;55(2):2242781. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10411307/>
 16. Hernández León ML, Cruz Martínez I, Téllez Veranes T, Rodríguez Fernández MC. Estrés académico en estudiantes de Medicina diagnosticados en la Unidad de Orientación Estudiantil. MEDISAN [Internet]. 2023 Abr [citado 2025 Mayo 19];27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192023000200007&lng=es
 17. Díaz Martín Y. Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. Rev Hum Med [Internet]. 2010 Abr [citado 2025 Mayo 19];10(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es

SOBRE LOS AUTORES

- 1- Estudiante de 5to año de Medicina. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0009-0001-7346-9673>
- 2- Estudiante de 5to año de Medicina. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0009-0005-3644-8995>
- 3- Estudiante de 5to año de Medicina. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0009-0001-6072-2705>
- 4- Estudiante de 5to año de Medicina. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0009-0000-5991-9968>
- 5- Licenciada en Psicología. Especialista en gestión de recursos humanos. Máster en Psicología de la salud. Profesor Auxiliar. Facultad Enrique Cabrera. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0009-0004-1169-0163> email: yennyti@infomed.sld.cu
- 6- Especialista de 1er Grado en Farmacología. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Centro de Desarrollo Académico en Drogodependencias. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-3569-0665>

Digna Edelsa Hernández Meléndrez¹, Andrés Palomera Chávez², Fabiola De Santos Ávila³

RESUMEN

Introducción: el libro "Desarrollo y aplicaciones de la Psicología de la Salud" se presenta como un texto para la formación de profesionales en Psicología de la Salud, cuyo contenido teórico-práctico puede servir de base para diseñar intervenciones preventivas en diversos temas. Será libro de texto para el Doctorado en Psicología de la Salud de la Universidad de Guadalajara y otras que lo necesiten.

Objetivo: analizar críticamente el libro "Desarrollo y aplicaciones de la Psicología de la Salud" desde su potencial aplicación en estrategias de intervención en diferentes áreas de la Psicología en contextos de salud pública.

Desarrollo: se realizó una revisión estructural y temática de sus 23 capítulos. Se evaluó la consistencia teórica y la aplicabilidad de sus contenidos a la prevención, promoción y tratamiento de factores protectores y la mitigación de riesgos psicosociales asociados a la atención psicológica en diferentes entidades nosológicas. El texto proporciona una base psicológica sólida para comprender los procesos individuales (cognitivos, afectivos, de desarrollo) y sociales (familia, grupos, condiciones de vida) que subyacen en la aparición y desarrollo de diferentes enfermedades. Un capítulo se dedica a las adicciones.

Conclusiones: el libro constituye un recurso académico fundamental para la formación de profesionales de la salud, cuya integración con modelos específicos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación puede potenciar intervenciones más comprehensivas y contextualizadas.

Palabras clave: Psicología de la Salud, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: the book Development and Applications of Health Psychology is presented as a textbook for the training of Health Psychology professionals. Its theoretical and practical content provides a foundation for designing preventive interventions across a wide range of topics. It will serve as a textbook for the Doctoral Program in Health Psychology at the University of Guadalajara and other institutions that require it.

Objective: to critically analyze the book Development and Applications of Health Psychology with regard to its potential application in intervention strategies across different areas of psychology within public health settings.

Development: a structural and thematic review of its 23 chapters was conducted. Theoretical consistency and the applicability of its content to the prevention, promotion, and treatment of protective factors, as well as the mitigation of psychosocial risks associated with psychological care in various disease conditions, were evaluated. The text provides a solid psychological foundation for understanding the individual (cognitive, affective, and developmental) and social (family, groups, and living conditions) processes underlying the onset and progression of different diseases. One chapter is specifically devoted to addictions.

Conclusions: the book constitutes a valuable academic resource for the education and training of health professionals. Its integration with specific models of prevention, health promotion, treatment, and rehabilitation have the potential to strengthen more comprehensive and context-sensitive interventions.

Key words: Health psychology, promotion, prevention, treatment, and rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El libro "Desarrollo y aplicaciones de la Psicología de la Salud", que tuvo como coordinadores principales a: Digna Edelsa Hernández Meléndrez, Andrés Palomera Chavez y Fabiola De Santos Ávila, se presenta como un documento formativo dirigido a profesionales de la salud. Ofrece un marco teórico-práctico que puede servir de base para diseñar intervenciones en diferentes áreas de la Psicología de la Salud y en diferentes contextos.

Preparado por profesores de elevado prestigio de la Psicología de la Salud, se consolida como un texto original, actualizado y con ejemplos propios de la profesión. Su propuesta resulta especialmente pertinente en el contexto actual, donde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación requieren integrar conocimientos psicológicos con estrategias de salud colectiva.

La presente reseña amplía el análisis inicial del texto, profundizando en sus aportes, limitaciones y potencial de integración con literatura reciente. Asimismo, se discuten sus implicaciones para la formación profesional, las políticas públicas y las perspectivas futuras de la prevención de adicciones. El objetivo es analizar críticamente el libro "Desarrollo y aplicaciones de la Psicología de la Salud" desde su potencial aplicación en estrategias de intervención en diferentes áreas de la Psicología en contextos de salud pública.

DESARROLLO

Se trata de un libro escrito en el periodo de un año por cuarenta y ocho personalidades de la Psicología de la Salud, en el cual se muestran los resultados en el orden teórico, metodológico y práctico de investigaciones recientes en los diferentes niveles de atención psicológica en salud. Se terminó de escribir en noviembre de 2025 y se presentó en la Feria del libro de Guadalajara el 6 de diciembre de 2026.

Fue propuesto para el concurso Premio Anual de la Salud en Cuba en la categoría de Libro y como Investigación Aplicada. Esta categoría, se refiere a la que tiene como finalidad la búsqueda de nuevos conocimientos dentro del universo de la

salud, y sus resultados tienden a la puesta en práctica de nuevos métodos, materiales y procedimientos, o bien el perfeccionamiento de los ya existentes. Debe estar avalada por publicaciones y muestras de aceptación y reconocimiento científico. Como resultado de la participación en dicho concurso se ganó premio a nivel central en Cuba y está propuesto para la categoría superior que se espera sea en diciembre próximo.

Resulta importante señalar que, aunque participan investigadores de otros países, la mayoría (36) son cubanos y los participantes extranjeros (12) son personas que han colaborado en libros anteriores conjuntos como son el libro: "Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares" presentado en la feria del libro de La Habana en 2003, que fue escrito por la primera autora y los Dres. Andrés Palomera Chávez y Fabiola de Santos Ávila, ¹ ambos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Posteriormente se escribió el libro: "Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones", coordinado también por la primera autora y por el Dr. C. Jorge Grau Abalo, de Cuba, ² en el que participaron 38 autores, cubanos en su mayoría y algunos extranjeros, también editado por la Universidad de Guadalajara y que fue Premio anual de la Salud en Cuba en 2005.

"Desarrollo y Aplicaciones de la Psicología de la Salud", está escrito en 688 páginas, contiene 23 capítulos divididos en dos secciones.

La primera sección, escrita en seis capítulos, contiene los Fundamentos teóricos y Metodológicos de la Psicología de la Salud, que se exponen a continuación, con mención a sus autores:

1. Desarrollo histórico de la Psicología de la Salud. Autores: Jorge A. Grau Abalo, Digna Edelsa Hernández Meléndrez, Andrés Palomera Chávez. ³⁻¹³
2. Estrés, personalidad, salud y enfermedad. Autores: Jorge A. Grau Abalo, Digna Edelsa Hernández Meléndrez. ^{14, 15}

3. Calidad de vida, bienestar y salud. Autores: Jorge A Grau Abalo, Carmen Regina Victoria García-Viniegras, Digna Edelsa Hernández Meléndrez.¹⁶
4. Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el doble desafío. Autores: Jorge A. Grau Abalo, Digna Edelsa Hernández Meléndrez, Andrés Palomera Chávez,¹⁷⁻²⁰
5. Intersectorialidad. Herramienta imprescindible en la intervención psicológica comunitaria. Autores: Pastor Castell-Florit Serrate, Lázaro Díaz Hernández, Digna Edelsa Hernández Meléndrez,^{21, 22}
6. Diseño e inclusión de políticas públicas con enfoque de la psicología de la salud. Autor: Mónica Almeida López.^{23, 24}

La segunda sección, se refiere a un enfoque integral desde la alta especialidad hasta el autocuidado comunitario. En ella se presentan experiencias derivadas de investigaciones actuales en distintas esferas de aplicación de la Psicología de la Salud (Psicocardiología²⁵⁻²⁷, psicooncología^{28,29}, rol del psicólogo ante el trasplante de órganos^{30,31}, adicciones³²⁻³⁴, violencia intrafamiliar³⁵⁻³⁹, Psiconutrición⁴⁰⁻⁴², manejo del sufrimiento^{43,44}, el duelo⁴⁵, las emergencias y desastres^{46,49}, el desgaste profesional^{50,51}, y el cuidador y el autocuidado^{52,53}.

Como puede verse en la lista de autores, se presentan resultados de investigadores cubanos de la Escuela Nacional de Salud Pública, distintas facultades de Ciencias Médicas, Unidad de Desarrollo e Innovación Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencia y Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana, Hospitales como el Hospital Clínico Hermanos Ameijeiras, Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”, de La Habana, Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos y Lucía Íñiguez, de Holguín, así como Institutos como el Instituto de Oncología y Radiobiología y el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Así mismo se presentan resultados de instituciones mexicanas como el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, y Universidad autónoma de Mexico. También de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Unidad de Investigación Psicosomática y Psico-Oncológica de la Université Libre de Bruxelles, Bélgica

Se presenta como un enfoque integral desde la alta especialidad hasta el autocuidado comunitario y contiene los siguientes capítulos:

7. Psicocardiología de alta especialidad: resultados de intervenciones psicológicas. Autores: Digna Edelsa Hernández Meléndrez, Vanessa Larrinaga Sandrino, Andrés Palomera Chávez, Raiko Dufurneaux Kindelan, Jessica Benítez Ledesma, Fabiola De Santos Ávila.
8. La investigación traslacional: un desafío para la psicooncología. Autores: María del Carmen Llantá Abreu, Jorge A. Grau Abalo, Yanelys Martínez Ochoa, Olimpia Petzold Rodríguez.
9. Rol de la psicología de la salud en el trasplante de órganos. Resultados de investigaciones recientes. Autores: Digna Edelsa Hernández Meléndrez, María Elena Rodríguez Lafuente, Yaumara Rodríguez Martínez.
10. Psicología de la salud en cirugías de alta especialidad: craneotomía en el paciente despierto. Autores: Geidy Rodríguez López, Alejandro Solernou Ferrer.
11. Psicología de la salud en la atención especializada a niños y adolescentes. Autores: Alexis Lorenzo Ruiz, María del Carmen Rodríguez Reyes, Teresa Isabel Lozano Pérez.

12. La adherencia terapéutica en la psicología de la salud. Autores: Libertad Martín Alfonso, Alfredo Duvergel Moreira.
 13. Salud sexual y reproductiva: una mirada desde la psicología de la salud. Autores: Lourdes Corratgé Delgado, Matilde de la Caridad Molina Cintra, Olga Esther Infante Pedreira.
 14. Corazón-pulmón-mente: el papel del psicólogo de la salud. Autores: Viridiana Peláez Hernández, Guadalupe Lizzbett Luna Rodríguez, Sandra Denisse Enriquez Godefroy.
 15. Experiencias del psicólogo de la salud como integrante de un equipo de atención multidisciplinario ante la pandemia de COVID-19. Autores: Viridiana Peláez Hernández, Guadalupe Lizzbett Luna Rodríguez, Janella Mora Gallegos.
 16. Intervenciones psicológicas en la prevención y manejo de adicciones. Autores: Justo Reinaldo Fabelo-Roche, Yanetsi Contreras-Olive, Serguei Iglesias-Moré.
 17. Violencia intrafamiliar. Desafíos para su atención desde la psicología de la salud. Autores: Olga Esther Infante Pedreira, Laura Magda López Angulo, Matilde de la Caridad Molina Cintra, Anabell Hernández Hernández.
 18. Psicología de la salud en el comportamiento alimentario: psiconutrición. Autores: Digna Edelsa Hernández Meléndrez, Maritza Brígida López Palomino, Isabel Márquez García.
 19. Desgaste profesional en el personal sanitario: identificación y recomendaciones para su prevención. Autores: Lidia Caridad Hernández Gómez, Bernardo Moreno Jiménez, María del Carmen Yeo Ayala.
 20. El cuidador y su autocuidado como desafío emergente. Autores: Isabel Francisca Márquez García, Edelsys Hernández Meléndrez, Jorge Grau Abalo, Fabiola de Santos Avila, Yadira Grau Valdés.
 21. El sufrimiento y su manejo en psicología de la salud. Autores: Jorge A Grau Abalo, Claudia Rodríguez Ramírez, Margarita Chacón Roger.
 22. El duelo y su manejo desde la psicología de la salud. Autores: Jorge A. Grau Abalo, Eduardo Vargas Sandoval, Olga E. Infante Pedreira.
 23. Psicología salud y aplicaciones en situaciones de emergencias y desastres. Autores: Alexis Lorenzo Ruiz, Ana Karina Gutieres Alvares, Yardenis Esquivel Meno, Kenny Diaz Arcaño
- La segunda sección concluye con un interesante Epílogo titulado Fundamentos y desafíos de la investigación traslacional en psicología de la salud: conectando teoría y práctica. Autor: Saul Ramírez de los Santos.
- Tanto para investigadores y profesionales, el libro constituye un aporte importante como:
1. Marco de referencia para investigaciones que exploren los factores psicosociales en poblaciones específicas.
 2. Base curricular para cursos de pre y posgrado que busquen integrar la psicología general con problemas de salud pública.
 3. Guía para el diseño de intervenciones que, partiendo del diagnóstico familiar y comunitario, implementen acciones de prevención universal y selectiva.

CONCLUSIONES

Desarrollo y aplicaciones de la Psicología de la Salud es una obra esencial para quienes buscan comprender y aplicar esta rama de la Psicología en el ámbito del bienestar y la atención sanitaria. Concebido por especialistas de reconocida trayectoria internacional de países como Cuba, México y España, este libro ofrece una visión integral que combina fundamentos teóricos, historia y experiencias profesionales en contextos reales.

A través de sus paginas el lector descubrirá como la Psicología de la Salud impulsa políticas

públicas, orienta intervenciones efectivas y amplia la comprensión del binomio salud-enfermedad. Tanto estudiantes como profesionales de la Salud hallarán en este texto una valiosa fuente de conocimientos y práctica, única en su tipo, que enriquece la formación y el ejercicio dentro del campo de la salud psíquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Meléndez E, Palomera Chávez A, De Santos Ávila F. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2003
2. Hernández E, Grau JA. Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud. 2005.
3. Angerami VA, Guerreiro E, Benevides H. Psicologia da Saúde. São Paulo: Pioneira. 2000.
4. Arrivillaga M. Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. Universitas Psychologica, 2009;8(1),137-148.
<https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168012.pdf>
5. Arrivillaga M, Correa D, Salazar I. Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. México: Editorial El Manuel Moderno. 2022
6. Ascencio L, Grau J. El abordaje psicosocial. En: S. Allende y E. Verastequi (Eds). Clínicas Oncológicas de Iberoamericana. Medicina Paliativa 2020 (pp. 165-190). México: Editorial PyDESA.
7. Carranza M, et al. La Psicología de la Salud en el Nor-occidente de México. En: Memorias del VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud/ALAPSA. México: San Luis Potosí. 2013.
8. Cardozo Quintana I. La Psicología de la Salud en el Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela. Psicología, Tercera Época XXXIV, 2015;34(1):15-27.
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/12445
9. Contreras F, Londoño C, Urzúa S, Quiceno JM. Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. Invest educ enferm, 2006;24(2):120-129.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000200013&script=sci_arttext
10. De Lellis M. Saforcada E. Psicología, sociedad y políticas públicas de salud. 2019. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
11. Flórez L. La psicología de la salud en Colombia. Universitas Psychologica, 2006;5(3):681-694.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/470>
12. Gandolfi A. Psicología de la Salud: Escenarios y prácticas. Montevideo: Psicolibros. 2002
13. Grau J, Infante O, Díaz J. Psicología de la Salud en Cuba: apuntes históricos y proyecciones para los inicios del siglo XXI. Revista Pensamiento Psicológico. 2012;10(2):83-101
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612012000200008&script=sci_arttext
14. Grau Abalo JA. Estrés, personalidad, salud y bienestar. Los modelos salutogénicos y de vulnerabilidad en el proceso salud-enfermedad, Material docente para la Selección de lecturas para la Licenciatura en Psicología y la Maestría en Psicología de la Salud. 2024
15. Hernandez Meléndrez DE. Estados emocionales y estilos de afrontamiento

- en personas con enfermedades cardiovasculares. Material docente para la Selección de lecturas para la Licenciatura en Psicología y la Maestría en Psicología de la Salud. 2024
16. Novoa Gómez MM, Vargas Gutiérrez RM, Obispo Castellanos SA, Pertuz Vergara M, Rivera Pradilla YK. Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia psicológica*, 2010;28(2):68-84.
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78516730007.pdf>
 17. Sanabria-Ferrand PA. Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Rev Med*. 2011;19(1):112-113.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562011000100013&script=sci_arttext
 18. Sebastiani RW. *Prospectivas de la Psicología de la Salud para el Siglo XXI; Aportes de la Psicología de la Salud a las Propuestas de las Conferencias Mundiales de Promoción en Salud de Alma Ata-1978 a México-2000. Psicología y Salud*, 2001
 19. Sebastiani RW, Chaves E, Chiattonne HBC. Avances de la Psicología de la Salud en Latinoamérica: Contribuciones de Brasil. Ponencia en la Mesa Redonda del III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, ALAPSA, dic. 2005. En: *Investigación en detalle, ALAPSA-Bogotá*, 6.
<http://www.alapsa.org/detalle/06/index.htm>
 20. Sebastiani RW, Pelicioni MC, Chiattonne HB. La Psicología de la Salud en Latinoamérica: hacia la promoción de salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2002;2(1):153-172.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33720108.pdf>
 21. Castell-Florit P. *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2007.
 22. Unifé. *Avances en el desarrollo de la psicología social comunitaria en el Perú*. 2017.
 23. Ministerio de Salud/MINSA. *Lineamientos para la integración de psicólogos en el sistema de salud*. Lima: MINSA. 2005.
 24. Montero V. *Nuevos Enfoques y Prácticas de Psicología Comunitaria para el desarrollo*. Lima: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007,
<https://www.academia.edu/13755459/>
 25. Hernández Meléndez E, Larrinaga Sandrino V. Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología*. 2016;22(2).
https://www.academia.edu/download/97054391/pdf_59.pdf
 26. Hernández Meléndez E, Palomera Chávez A, De Santos Ávila F. *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. 2003, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
 27. Hernández Meléndez E, Palomera Chávez A, De Santos Ávila F, Zulueta Gómez G. *Psicología de la Salud en la atención a enfermos cardiovasculares*. En: Hernández. E. y Grau, J. (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* 2005, (pp. 419-466). Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
 28. Villoria E, Lara L, Salcedo R. *Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y*

- sociodemográficas Rev. méd. Chile. 2021;149(5).
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708>
29. Weis J. Psychosocial Care for Cancer Patients. Breast Care. 2015;10:84–86.
<https://karger.com/brc/article/10/2/84/53284>
 30. Hernández E. Atención psicológica en el trasplante de órganos: trasplante de corazón. 2008, ECIMED. La Habana, Cuba.
 31. Hernández E. Problemas éticos en la atención psicológica. En: Atención psicológica. Métodos, técnicas y enfoques. 2011, ECIMED. La Habana, 2011. (pp. 1-19)
 32. Bermúdez J, Contreras A. Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: extensiones de la teoría de la conducta planificada. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2008;13(3):175-186
https://www.academia.edu/download/54254160/3_20083.Bermudez_y_Contreras_2008.RPPC.Predictores_psicosociales_consumo_de_tabaco_en_adolescentes.pdf
 33. Fabelo JR, Iglesias S, Núñez L. Programa psicoeducativo para la prevención de adicciones en universitarios. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2011;8(2).
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-56147>
 34. Fabelo JR, Iglesias S. Prevención y atención de los trastornos adictivos. La Habana: ECIMED. 2018.
 35. Infante O. Estrategia de intervención en violencia intrafamiliar en la Ciudad de la Habana. Informe final del Proyecto territorial. 2011.
 36. Infante O. Informe CESPO sobre Investigaciones de violencia intrafamiliar. Estudios sobre la familia cubana, 2015.
 37. López LM, Apollinaire JJ. Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. Medisur. 2005;3(2).
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/115/4775>
 38. López LM. Violencia hacia la mujer en las relaciones de pareja: Intervenciones orientadas a su manejo integral [tesis doctoral, 2012, Escuela Nacional de Salud Pública]. Repositorio de tesis de Ciencias Biomédicas y de la Salud.
<http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord7ID=471>
 39. López Angulo LM, Fonseca Fernández M, Ramos Rangel Y, Ruiz Hernández M. Manual para la ayuda a mujeres víctimas de violencia íntima. Medisur, 2019;17(6).
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4510/3021>
 40. Andrade Ramírez C, Herrero Martin G. Psiconutrición. Aprende a tener una relación saludable con la comida. 2020.
 41. Hernández E. Aspectos psicológicos del comportamiento alimentario. Conferencia dictada en el evento PsicoSalud 2022.
 42. Hernández Meléndrez E, Bello JL. ¿Qué es la Psiconutrición? Guión para el programa De tarde en casa. 2023, La Habana, Cuba.
 43. Grau J, Grau Y, Chacón M. O cuidado de pessoas com doenças crônicas avançadas. A sobrecarga do familiar cuidador: uma revisão. Em: V. A. Angerami (Comp). Atuação do psicólogo no contexto da saúde 2019, (pp. 293-325). Belo Horizonte: Artesa Editora.
 44. Grau J, Rodríguez C, Chacón M. Avaliação do sofrimento ao final da vida: uma revisão a partir da perspectiva

- do psicodiagnóstico. En: Angerami V. A. (org) E a Psicologia entrou no Hospital (edição atualizada e ampliada). Atuação do psicólogo no contexto da saúde 2019, (pp. 453-489). Belo Horizonte: Ed. Artesa
45. Grau J, Chacón M. La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión. Capítulo solicitado para Selección de Lecturas en Psicología de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, 2024.
 46. Lorenzo A, Gómez C, Ventura RE, Mesa G. Lineamientos para la salud mental en emergencias y desastres en Cuba. Bases metodológicas para la elaboración e implementación de la Indicación No. 20 del Ministro de Salud Pública de Cuba. Salud y Desastres. Experiencia Cubana V. ECIMED. 2012, http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_01.pdf
 47. Lorenzo Ruiz A, Guerrero Angeles EA. Afectaciones psicológicas en Personal de Primera Respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? /Psychological Concerns In First Responders: Post Traumatic Stress Disorder Or Secondary Traumatic Stress? In, Revista Puertorriqueña de Psicología / Puerto Rican Journal of Psychology. 2017;28(2):330-343. http://www.repsasppr.net/index.php/rep_s, <http://www.asppr.net/>
 48. Barrales C. Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres (Editorial). Horizonte sanitario, 2018;18(1).
 - <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a18n1.2581>
 49. Valero Alamo S. Disposiciones psicológicas ante situaciones de desastres entre los estudiantes de psicología de dos universidades particulares. PsiqueMag. 2015;4(1):101-126. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/118>
 50. Hernández Gómez LC. Desgaste profesional en especialistas en medicina general integral de la atención primaria de salud. Plaza de la Revolución, 2007 y 2012. [Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública] 2015, <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=202>
 51. Hernández Gómez L. Recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario cubano ante la COVID-19. Revista De Información Científica para la Dirección en Salud. INFODIR, 2020, (33). <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/799>
 52. Cáceres RS, González AA, Torres AG. Manual de autocuidado. FUNDASIL. 2022, <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
 53. Grau JA, Grau Y, Vargas E. El cuidado del cuidador: un desafío emergente. UNIDAPSA. 2022.

SOBRE LOS AUTORES

1. Licenciada en Psicología. Especialista y Máster en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora e Investigadora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública. <https://orcid.org/0000-0002-0839-1128>
2. Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor-Investigador Titular. Universidad de Guadalajara. México <https://orcid.org/0000-0003-1303-2258>
3. Licenciada en Psicología, Maestra en Psicología de la Salud, Maestra en Bibliotecología y Ciencias de la Información. Profesor Asociado A Titular. Universidad de Guadalajara. México <https://orcid.org/0000-0002-4174-4562>