



# Pastoral Preventiva

Autor

Jaime Morales Herrera

Un curso del

Seminario Internacional de Miami

Miami International Seminary

14401 Old Cutler Road

Miami, FL 33158

305-238-8121 ext. 315

email, [MINTS@ocpc.org](mailto:MINTS@ocpc.org)

web site, [www.MINTS.ws](http://www.MINTS.ws)

2007

## TABLA DE CONTENIDOS

PLAN DE CURSO.....	3
CAPITULO 1.....	5
CAPITULO 2.....	11
CAPITULO 3.....	32
CAPITULO 4.....	40
CAPITULO 5.....	46
CAPITULO 6.....	50
CAPITULO 7.....	84
APENDICE 1.....	100
APENDICE 2.....	106

PLAN DE CURSO  
**PASTORAL PREVENTIVA**

**I. DESCRIPCION**

Este curso trata de la pastoral preventiva, es decir, el trabajo de educación y cuidado pastoral que puede realizar un líder en pro de diversas problemáticas psicosociales. Básicamente nos enfocaremos en tres temas: el VIH/SIDA, las pandillas o maras y las drogas (legales e ilegales). Aunque reconozco que otros temas pueden ser abordados por ejemplo la violencia y el abuso, este no será abordado debido a que el Dr. Ismael Quintero desarrollo un curso específico para el ministerio con personas abusadas, y no quiero redundar en la temática.

**II. OBJETIVOS**

1. Comprender el concepto de pastoral preventiva.
2. Comprender las problemáticas del sida, la drogadicción, y el pandillaje.
3. Desarrollar habilidades para la prevención desde la iglesia local.

**III. CONTENIDOS**

1. Pastoral Preventiva y conceptos asociados a la prevención
2. El VIH/SIDA
3. Las Pandillas o Maras
4. Las drogas legales
5. Las drogas ilegales

**IV. EVALUACIÓN**

1. Asistencia. 15% (un punto por cada clase).
2. Cuestionarios. 15% (dos puntos por cada cuestionario completo)
3. Lecturas adicionales. 20% Los alumnos del programa de licenciatura leerán 300 páginas, y deben entregar un informa de lectura de 3

- páginas. Los alumnos del programa de maestría leerán 500 páginas, y deben entregar un informe de lectura de 5 páginas.
4. Proyecto especial. 30%. El alumno deberá desarrollar un plan para enseñar en al menos tres sesiones de al menos 45 minutos, uno de los temas del curso para alguna población de su congregación (niños, adolescentes, jóvenes, adultos, varones, señoras, etc.)
  5. Examen final. 20%

# Capítulo 1

## Pastoral Preventiva

### Objetivos

1. Comprender la importancia de la pastoral preventiva.
2. Comprender diversos conceptos como: pastoral preventiva, prevención, prevención primaria, prevención secundaria, prevención directa e indirecta.

### Introducción

La prevención de problemas psicosociales debe hacerse desde distintos actores de la comunidad, uno de estos actores que poco se ha tomado en cuenta es el de la comunidad religiosa; en este caso en particular una comunidad religiosa específica, la iglesia evangélica. Muy pocas veces escuchamos a pastores hablar en su sermón sobre sida, drogas, u otra problemática social; en algunos casos sólo los maestros de adolescentes y jóvenes tocan estos temas, aún cuando son temáticas que afectan a toda la comunidad de creyentes sin importar su edad cronológica y etapa de desarrollo.

Para citar un ejemplo, a veces creemos que a sólo los jóvenes hay que hablarles sobre las drogas, pero realmente son los adultos los que tienen mayor poder adquisitivo para consumir drogas y lo hacen, no estoy diciendo que todos los adultos consuman drogas sino que hay un porcentaje no determinado en las congregaciones evangélicas que consumen bebidas alcohólicas o cigarrillos, drogas muchas veces consideradas legales en los países hispanos. Continuando el ejemplo, también es muy conocido que muchos adultos mayores se hacen adictos a ciertos medicamentos, y esto también es drogadicción. Por ello la pastoral preventiva es para todas las poblaciones de la iglesia, ya que no hay ninguno exento de caer dentro de

estos pecados que afectan al individuo y luego a la sociedad, y por supuesto, un pecado más que es afrenta al Dios Vivo.

### **Pastoral Preventiva**

Defino la pastoral preventiva como aquel acercamiento pastoral que busca prevenir el surgimiento de diversas problemáticas en los miembros de una congregación mediante la educación, el cuidado y acompañamiento pastoral. Este curso es sobre Pastoral Preventiva, un concepto que va más allá de Educación Preventiva desde la Iglesia Local; por supuesto, que la pastoral incluye la educación pero va más allá de eso debido a que incluye el componente de cuidado pastoral. He utilizado el término pastoral para denotar la idea de cuidado personal implícito en la imagen bíblica del pastor. Y es que un líder o pastor debe cuidar y educar a sus ovejas. Es increíble la ignorancia y falta de información que manejan las personas acerca de las drogas, el sida, la violencia, etc. Nuestra primera función como pastores es educar para prevenir, y al mismo tiempo dar seguimiento a los casos que se nos presentan en nuestras congregaciones; pero para ello debemos de estar informados.

Voy a hacerle una serie de preguntas para medir cuando conoce acerca de algunos temas:

1. Es lo mismo tener VIH que tener SIDA. (falso o verdadero)
2. La marihuana no produce dependencia física. (falso o verdadero)
3. Las niñas prostituidas son prostitutas. (falso o verdadero)

La primera y tercera sentencias son falsas, la frase segunda es verdadera. El sida es una enfermedad que se produce cuando una persona que tiene el virus del VIH ha contraído diversas enfermedades llamadas oportunistas; y no tiene suficiente linfocitos para defender su organismo. La marihuana produce dependencia psicológica y no física, es decir, lo que se busca es psicológicamente volver a sentir los mismos efectos, por una esclavitud

pecaminosa sin mediar ninguna sustancia adictiva. La última sentencia se refiere a la mentira de asociar una niña prostituida a una prostituta sin reconocer que realmente estas niñas son parte de redes organizadas que lo hacen es explotar a la niña, recibiendo estos el dinero y no la jovencita. La niña no es una prostituta sino una jovencita que está siendo manipulada por adultos sacando provecho de ellas. Recordemos que aunque un menor es igualmente responsable que un adulto por sus propios pecados, no tiene el mismo índice de responsabilidad atribuido por la sociedad porque sencillamente, los menores de edad no se pueden valer por sí mismos y son dependientes de los adultos que los rodean, y aún bíblicamente Dios atribuye la responsabilidad a los adultos sobre sus hijos menores de edad.

### **Prevención**

El concepto de prevención está asociado a estar adelantado. Prevenir es haber venido antes de haber ido. Prever es ver antes de que suceda algo. Es ver el producto final que se quiere. Por ello se necesita tener claro el producto final que deseamos. En nuestro caso el que la persona sea formada a la Imagen de Jesucristo.

No solamente va dirigida a inducir cosas indeseables, sino a generar condiciones deseables en un futuro. Así la prevención es tanto evitar como inducir. Es evitar que se presente algo no deseado, por ejemplo problemáticas como la drogadicción, la violencia, el sida, etc; y además, tomar las previsiones aquí y ahora para inducir las condiciones a que algo se de más adelante; en este caso que el creyente alcance la madurez cristiana para poder salir avante con la ayuda de Dios ante las problemáticas a su alrededor.

Para ello es importante tanto la información como la formación. Se necesita información para sobrevivir en el mundo de hoy en día, pero también la formación necesaria para poder aplicar la información que se maneja. Es decir, igual que necesitamos los conocimientos, necesitamos las

habilidades. Hoy en día los jóvenes manejan mucha información, los medios de comunicación y el Internet hacen que la información viaje de un extremo de la tierra a otro en milésimas de segundo, pero pocas veces tienen la formación para usar la información, y para poder manejar lo realmente relevante.

### **Prevención Primaria**

La prevención primaria es un concepto prestado de la psicología, comprende todas aquellas acciones destinadas a prevenir la aparición de problemas o enfermedades. Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las problemáticas identificadas (Bleger, 1994). Para Kaplan (1985), "Es un concepto comunitario; implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un periodo dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad" (p.43). Por ejemplo, en el caso de prevención primaria del VIH, se referiría a las diversas acciones que podemos tomar para que las personas no se contagien del VIH.

### **Prevención Secundaria**

La prevención secundaria igualmente es un concepto de la disciplina psicológica y corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la problemática y su tratamiento o intervención oportuna (Bleger, 1994). Siguiendo el ejemplo citado en el apartado anterior, la prevención secundaria del VIH/SIDA serían las acciones determinadas a ejecutar cuando la persona ya tiene el VIH. Cómo darle cuidado pastoral, revisar como esta su esposa (si la tiene), explicarle como cuidar su salud para que la enfermedad progrese mas lentamente, explicarle que no debe tener relaciones sexuales con más personas porque puede contagiarlos, etc.

### **Prevención Indirecta o Inespecífica**

Comprende a todas aquellas estrategias dirigidas al desarrollo de habilidades para la vida, promoción de conductas saludables, fortalecimiento



de valores y actitudes, constituyendo la plataforma de la prevención. En este escrito se presentará en el capítulo 7, el modelo de habilidades para la vida desde una perspectiva bíblica como un ejemplo de prevención indirecta. La prevención inespecífica debe abordarse desde edades tempranas, y debe darse desde diferentes actores como la familia, la escuela, la iglesia, el sector salud, etc.

### **Prevención Específica o Directa**

Es aquella que comprende las estrategias con contenidos referidos a temas en particular: drogas, SIDA, embarazo adolescente, violencia, etc. y dirigidas a poblaciones en particular. La prevención **directa o específica**, se adecua a los grupos poblacionales según la edad y grupo social o bien a aquellos detectados como de alto riesgo relativo, de acuerdo a los antecedentes aportados por la investigación diagnóstica.

### **Conclusión**

La prevención es parte de la tarea pastoral, y todos los líderes cristianos – especialmente los líderes de ministerios educativos y de discipulado - ejercemos un pastorado, en el sentido de que somos llamados a ejercer un cuidado pastoral sobre un grupo específico de una congregación. Ejercemos esa tarea con eficiencia para la gloria de Dios, y El nos usará para que muchos no caigan en el peligro del sida, las drogas, las pandillas y un sin número de problemáticas producto del pecado en nuestra sociedad.

## CUESTIONARIO 1

1. ¿Qué es pastoral preventiva?
2. ¿Qué es prevención?
3. ¿Qué es prevención primaria?
4. ¿Qué es prevención secundaria?
5. ¿Qué es prevención directa?
6. ¿Qué es prevención indirecta?
7. Explique porque es diferente tener sida a VIH.
8. Explique porque se dice que la marihuana no produce dependencia física.
9. Explique porque una niña prostituida no debe ser considerada una prostituta.
10. Investigue que es el modelo de "Reducción del Daños" en prevención.  
¿Esta usted de acuerdo con ese modelo? Justifique su respuesta bíblicamente.

# Capítulo 2

## El VIH/SIDA

### Objetivos

1. Conocer los conceptos asociados al VIH/SIDA.
2. Conocer las formas de contagio del VIH y mitos relacionados a ello.
3. Conocer diversas estrategias de prevención primaria y secundaria que pueden darse en relación a la problemática del VIH/SIDA.

### Introducción

Son pocos los líderes cristianos lo que conocen acerca de la realidad de la pandemia del sida. Este capítulo de este escrito pretende ofrecerle información básica pero necesaria que todo pastor y líder debe conocer.

### Definiciones

Según la Organización Internacional de Empleadores (2003) SIDA significa "síndrome de inmunodeficiencia adquirida, un cuadro de infecciones devastadoras causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, o VIH, que ataca y destruye ciertos glóbulos blancos esenciales para el sistema inmunitario del organismo" (p. 3).

El sistema inmune es un sistema de defensa y sus defensores son un tipo de glóbulos blancos de la sangre llamados linfocitos, que vigilan permanentemente nuestro organismo y nos protegen de cualquier agresión de los gérmenes propios del medio en que vivimos. Cuando un germen penetra en nuestro cuerpo, es reconocido por los linfocitos. Estos dan la alerta al resto del sistema inmune para que los destruya, bien atacándoles directamente, bien por medio de sustancias llamadas anticuerpos. Por tanto, la presencia de anticuerpos en el organismo indica que estamos o hemos estado infectados por ese germen (Frías, 1990).

## **Síntomas**

Blackman (2005, p.12) menciona que "cuando una persona se contagia con el VIH, en primera instancia puede presentar síntomas similares a la gripe por una o dos semanas. Sin embargo, después se puede sentir bien por muchos años sin presentar ningún otro síntoma".

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) cuando el VIH infecta una célula, se combina con el material genético de dicha célula y puede permanecer latente durante años. La mayoría de las personas infectadas por el VIH se mantiene sana y puede vivir mucho tiempo sin experimentar síntomas o con alteraciones tan sólo menores. (2000, p. 9)

## **Desarrollo de la Enfermedad**

La ONUSIDA nos describe la forma en que se desarrolla la infección

El VIH ataca a dos grupos de leucocitos, llamados linfocitos CD4+ y monolitos / macrófagos. En condiciones normales, las células CD4+ y los macrófagos ayudan a reconocer y destruir las bacterias, los virus y los demás agentes infecciosos que invaden las células y causan enfermedad. En las personas infectadas por el VIH, el virus mata los linfocitos CD4+, mientras que los macrófagos actúan como reservorios y transportan el VIH a diversos órganos vitales (ONUSIDA, 2000, p. 10).

Por otro lado, se nos dice que el VIH más bien es reproducido en el organismo como si fuera una célula.

El VIH se une a los linfocitos CD4+ y continúa desarrollándose en su interior. Esto hace que la célula produzca más VIH, pero, al mismo tiempo, se destruye. Con la disminución de las células CD4+ del organismo, el sistema inmunitario se debilita y es menos capaz de

luchar contra las infecciones víricas y bacterianas. La persona infectada se vuelve susceptible a una amplia gama de infecciones «oportunistas» (Ibíd.).

No es lo mismo hablar de VIH que de SIDA. Blackman (2005, p. 12) aclara que “El VIH es el virus que causa el SIDA. No todos los que tienen el VIH tienen SIDA, pero todos los que tienen SIDA sí tienen el VIH. El VIH se transforma en SIDA cuando el sistema inmunológico se debilita tanto que el cuerpo se infecta con varias enfermedades como tuberculosis y herpes. Estas enfermedades se llaman ‘infecciones oportunistas’ porque utilizan la oportunidad provista por el VIH para infectar el cuerpo. Son éstas y otras enfermedades las que matan a la persona, y no el VIH o el SIDA en sí”.

Con respecto al tiempo de duración en desarrollarse el VIH, puede demorar tanto como diez años, pero pueden ser cinco años en personas que son pobres. La duración depende de varios factores, incluyendo el tipo del VIH, el estado general de salud, el acceso a la atención médica y la edad. Sin tratamiento, la muerte ocurre generalmente de uno a dos años después de la primera infección oportunista. Alguien que tiene el VIH debe cuidarse y protegerse contra un contagio repetido. Es posible que personas con el VIH vuelvan a contagiarse del virus, lo cual debilita el sistema inmunológico aún más y trae la muerte más rápidamente (Ibíd.)

Según Blackman (Ibíd, p13) “Todavía no se ha encontrado una cura para el VIH o el SIDA. Generalmente se pueden tratar las infecciones oportunistas y hay medicamentos disponibles que retardan la evolución del VIH al SIDA. Éstos se llaman medicamentos antirretrovirales (ARVs)”.

### **Formas de contagio**

Ya que el VIH es un virus, puede propagarse entre las personas. Sin embargo, no es contagioso en el sentido de que no se puede transmitir fácilmente como un resfrío común. No se puede transmitir a través del

contacto social cotidiano, tal como estrecharse las manos o compartir la comida. Es más contagioso durante los primeros meses y durante las últimas etapas de la enfermedad. La transmisión ocurre a través del intercambio de sangre, semen y fluidos vaginales de una persona infectada. El VIH puede transmitirse mediante las relaciones sexuales, la perforación de la piel con instrumentos no estériles (como inyecciones, perforación de orejas, tatuajes, acupuntura y mutilación genital), los productos con sangre contaminada y una madre infectada que contagia a su hijo. (Blackman, 2005)

### **Contagio sexual**

El VIH puede transmitirse a través del coito no protegido; es decir, cualquier acto sexual con penetración en el que no se utilice un preservativo. El coito anal y vaginal puede transmitir el virus de un varón infectado por el VIH a una mujer o a otro varón, o bien de una mujer infectada a un varón. (ONUSIDA, 2000)

En general, la probabilidad de infección sexual por el VIH se relaciona con el número de parejas sexuales y con los actos sexuales no protegidos que se realicen. En otras palabras, cuanto más parejas sexuales se tienen, mayor es la posibilidad de infección. (Ibíd.)

Todas las prácticas sexuales con penetración (anal, vaginal o bucal) no protegida acarrearán riesgo de transmisión del VIH, ya que los líquidos orgánicos segregados durante la relación sexual entran en contacto directo con las membranas mucosas expuestas (el revestimiento del recto, la vagina, la uretra y la boca). (Ibíd.)

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) "Las personas que tienen una enfermedad de transmisión sexual corren un mayor peligro de contraer el VIH y de propagarlo a otras personas. Las personas con infecciones transmitidas sexualmente deben procurar un tratamiento

rápido y evitar relaciones sexuales o practicar actividades sexuales seguras (sin penetración o con preservativo)" (2002, p.117).

### **Contagio por la perforación de la piel**

El VIH puede transmitirse por el uso de agujas u otros instrumentos invasivos contaminados por el virus. En muchas partes del mundo, el intercambio de jeringas y agujas entre usuarios de drogas intravenosas es responsable del rápido incremento de la infección por el VIH en esas personas. Los procedimientos no médicos también conllevan un cierto riesgo si los instrumentos utilizados no se han esterilizado correctamente. Entre esos procedimientos figuran la perforación del lóbulo auricular y de distintas partes del cuerpo, los tatuajes, la acupuntura, la circuncisión masculina y femenina y la escarificación tradicional. (ONUSIDA, 2000)

### **Contagio por una madre contaminada**

La mayoría de los lactantes y niños infectados por el VIH contrae la infección a través de su madre, antes, durante o después del parto, en el curso de la lactancia. Sólo una pequeña proporción se infecta a través de inyecciones o transfusiones sanguíneas contaminadas por el VIH. La progresión de la enfermedad muestra dos tendencias distintas en los niños infectados desde el nacimiento. Aproximadamente en la mitad de ellos progresa con rapidez al SIDA, pero en el resto permanece asintomática durante años, tal como ocurre en los adultos. Los estudios indican que, en los países desarrollados, alrededor de las dos terceras partes de los niños infectados siguen con vida a la edad de cinco años. En los países en desarrollo, las cifras oscilan entre el 30% y el 65%. (Ibíd.)

La transmisión maternoinfantil (TMI) es, con mucho, la causa más importante de infección por el VIH en los niños pequeños. El virus puede transmitirse durante el embarazo, trabajo de parto, alumbramiento o después del nacimiento, en el curso de la lactancia materna. Entre los bebés

infectados que no reciben lactancia materna, la TMI se produce, en la mayoría de los casos, en el momento del parto (inmediatamente antes o en el trabajo de parto y durante el alumbramiento). (Ibíd.)

### **Mitos acerca de la Transmisión**

No se ha demostrado que el beso transmita el VIH, ya que la saliva contiene una concentración muy baja del virus. (ONUSIDA, 2000). La única forma en que el virus pudiera infectar a través de la boca es si hubiera una herida, una úlcera o encías sangrantes (Dixon, 2003). Por otro lado, es imposible contagiarse el VIH mediante actividades como abrazar, tomarse de la mano, toser, compartir vasos o platos o inodoros. Ninguna de estas actividades puede transmitir el VIH, ni siquiera si una persona se está muriendo de SIDA. Es muy poco probable que los trabajadores de la salud que cuidan a personas con SIDA se contagien si tienen cuidado con la sangre y los fluidos corporales (Carter, 2004)

De igual forma nos dice la UNICEF “No es posible contraer el VIH/SIDA por el mero contacto con las personas infectadas. La enfermedad no se contagia a través de abrazos o apretones de manos ni tampoco por la tos o los estornudos. El VIH/SIDA no puede transmitirse a través de los asientos de los retretes, de los teléfonos, platos, vasos, utensilios de comer, toallas o ropa de cama, ni en las piscinas o baños públicos. El VIH/SIDA no se propaga por los mosquitos u otros insectos. (UNICEF, 2002, p. 119)

### *La Prevención Primaria del VIH/SIDA*

Aunque hay tratamientos que pueden prolongar la vida, el SIDA es una enfermedad mortal. Prosiguen las investigaciones para descubrir una vacuna y, en última instancia, un tratamiento curativo. Por el momento, sin embargo, prevenir la transmisión sigue siendo el único método de control (ONUSIDA, 2000)



### *Contagio por Vía Sexual*

Es posible reducir el riesgo de contraer el VIH por la vía sexual si las personas no practican relaciones sexuales, si reducen el número de compañeros sexuales, si los compañeros sexuales que no están infectados solamente practican relaciones sexuales entre ellos o si practican relaciones sexuales seguras, es decir, sin penetración o con el uso de un condón. La utilización correcta y sistemática de los condones puede salvar vidas al evitar la propagación del VIH. (UNICEF, 2002)

Los diversos autores están de acuerdo con respecto a que la mejor manera de evitar el contagio del VIH por la vía sexual a aquellos que practican relaciones sexuales es la fidelidad mutua. Blackman dice: "La mejor manera de evitar el contagio del VIH por las relaciones sexuales es tener únicamente y siempre relaciones sexuales con otra persona que no está infectada con el VIH y que no tiene relaciones sexuales con nadie más". (Blackman, 2005, p.14). Por otro lado Carter menciona: Para que dos personas que mantienen una relación sexual puedan evitar el contagio, ambas tienen que estar libres del VIH y mantenerse fieles y comprometidas entre sí. (2004, p. 14). Dixon (2003, p. 16) nos dice "Es un hecho que si todo el mundo conserva una pareja para toda la vida y cesa de inyectarse drogas, se expulsaría el virus del sida de la tierra en menos de treinta años". Los tres autores anteriores escriben desde una perspectiva cristiana. Pero vemos que no solamente es un punto de vista articulado por personas de una religión en particular como lo podemos ver en el siguiente comentario de la UNICEF, esta afirma: "Una relación de fidelidad mutua entre dos personas no infectadas protege a ambas del contagio por el VIH/SIDA". (UNICEF, 2002, p. 122).

Por otro lado, el ONUSIDA menciona que el riesgo se reduce, aunque no se elimina por completo, mediante el uso adecuado de preservativos. (ONUSIDA, 2000, p. 12). Blackman afirma que "Pueden usarse preservativos como barrera física para frenar y evitar el intercambio de los fluidos

corporales. Generalmente son confiables a menos que se hayan fabricado mal, o se hayan deteriorado, o no se usen correctamente. No son 100% efectivos y no deben utilizarse por segunda vez. Los preservativos son útiles especialmente si en una pareja hay uno que tiene el VIH o para personas que no pueden evitar tener relaciones sexuales". (2005, p.14). El énfasis de Dixon es que "Los preservativos logran reducir en gran medida el riesgo de diseminación del VIH, pero no son ciento por ciento seguros" (2003, p. 41).

Cuanto mayor sea el número de compañeros o compañeras sexuales, mayor es el riesgo de que alguno de ellos esté infectado y pueda contagiar la enfermedad. Sin embargo, cualquiera puede contraer el VIH/SIDA: no se limita a las personas que tienen muchos compañeros sexuales. A menos que los compañeros sexuales solamente tengan relaciones entre ellos y ambos estén seguros de no haberse infectado, deben practicar unas relaciones sexuales seguras. Éstas incluyen un contacto sexual sin penetración (sin introducción del pene en la boca, vagina o ano), o el uso de un condón nuevo de látex cada vez que se practique la penetración (un condón de látex tiene menos probabilidades de romperse o tener escapes que los preservativos de membranas naturales o los más delgados y "más sensibles"). Los condones que ya se hayan usado nunca deben volver a utilizarse. Durante todos los contactos sexuales que incluyan la penetración debe emplearse un condón, a menos que los dos miembros de la pareja estén seguros de no padecer la infección por VIH. Una persona puede contagiarse incluso cuando practica relaciones sexuales sin protección una sola vez (contacto sexual sin condón). (UNICEF, 2002)

Es preciso utilizar condones en los contactos sexuales por la vía vaginal o anal para prevenir la infección por VIH. Los condones con lubricantes (un líquido resbaladizo o un gel) tienen menos posibilidades de romperse cuando se manipulan o se utilizan. Si el condón no está lo suficientemente lubricado, es posible añadirle un lubricante con una base de agua, como la silicona o la glicerina. Si no es posible encontrar estos

lubricantes, se puede usar saliva. Incluso la saliva puede resultar efectiva. Los lubricantes a base de aceite (aceite de cocinar, aceite mineral o para bebés, jaleas de petróleo como la vaselina, la mayoría de las lociones) no deben utilizarse porque pueden deteriorar el condón. Un condón bien lubricado es absolutamente esencial para asegurar la protección durante las relaciones sexuales por la vía anal. (Ibíd.)

El VIH puede transmitirse por medio del sexo oral. Por tanto, es preciso utilizar un condón en el hombre y una funda delgada de goma en la mujer. Debido a que la mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden propagarse por medio del contacto genital, es preciso utilizar un condón antes de comenzar cualquier contacto genital. (Ibíd.)

Una alternativa segura al condón masculino es el condón femenino. El preservativo femenino es una funda transparente, resistente y blanda de poliuretano que reviste la vagina. La funda tiene un anillo flexible en cada extremo: uno sirve para anclar el dispositivo dentro de la vagina y mantenerlo en su sitio durante la actividad sexual. El otro queda fuera de la vagina y cubre en parte los genitales externos. Antes de tener relaciones sexuales, la mujer debe insertar el condón femenino con los dedos. A diferencia del condón masculino, el condón femenino puede utilizarse con cualquier lubricante, tanto a base de agua como de aceite, ya que está fabricado con poliuretano. (UNICEF, 2002)

#### *Contagio por perforación de la piel*

El VIH puede transmitirse mediante agujas o jeringas no esterilizadas, que se utilizan con frecuencia para inyectar drogas. El uso de cuchillas de afeitar, navajas o cualquier utensilio que corte o perfore la piel conlleva un cierto riesgo de propagar el VIH. (Ibíd.)

El instrumental como agujas, jeringas o cuchillos debe utilizarse una sola vez, porque pueden quedar restos de sangre. Rara vez los hospitales

tienen los medios para atender a cada paciente con instrumental nuevo, por lo que generalmente las agujas y las jeringas se esterilizan. La esterilización del instrumental implica hacerlo hervir o usar lavandina blanqueador o lejía para matar al VIH (Blackman, 2005)

UNICEF con respecto al contagio del VIH por agujas no esterilizadas nos dice lo siguiente:

Una aguja o jeringa no esterilizadas pueden transmitir el VIH de una persona a otra. No se debe utilizar ningún instrumento para perforar la piel de una persona a menos que haya sido esterilizado. Las personas que se inyectan drogas están particularmente expuestas a contraer el VIH/SIDA, al igual que quienes mantienen relaciones sexuales sin protección con personas que se inyectan drogas. (UNICEF, 2002)

#### *Contagio por Vía Materna*

Puede ocurrir que una madre infectada con el VIH transmita el virus a su hijo durante el embarazo o el alumbramiento, o al amamantarlo. Las mujeres embarazadas o las madres primerizas infectadas con el VIH, o que sospechen la posibilidad de estar infectadas, deben consultar con un agente calificado de la salud o someterse a una prueba y solicitar orientación. (UNICEF, 2002)

Las mujeres embarazadas deben estar al tanto de lo siguiente:

1. El tratamiento con medicamentos durante el embarazo puede reducir en gran medida el riesgo de transmitir la infección al feto.
2. Una atención especial durante el embarazo y el alumbramiento pueden reducir el riesgo de transmisión de la infección al recién nacido. (UNICEF, 2000).

Blackman menciona: "Si se toma el ARV Zidovudina (AZT) durante cuatro semanas antes de dar a luz se reduce en un 40–50% la cantidad de virus en la sangre. Esto reduce el riesgo de transmitir el VIH al bebé, una dosis única de Nevirapina dada a la madre en el momento de dar a luz y una dosis dada al bebé dentro de las 72 horas de nacimiento reduce el riesgo de transmisión en más del 80%" (2005, p. 42)

Las madres primerizas tienen que conocer las diferentes opciones que tienen para alimentar a sus lactantes y los riesgos que cada una de ellas conlleva. Los agentes de la salud pueden prestar asistencia señalando el método de alimentación que potencie al máximo las posibilidades de que el lactante crezca saludable y libre del VIH. Los recién nacidos de mujeres que no han recibido medicamentos y están infectadas con el VIH tienen una de tres posibilidades de haber nacido con el virus. Más de dos terceras partes de los recién nacidos infectados con el VIH corren el riesgo de morir antes de cumplir los cinco años. (UNICEF, 2002)

Blackman (2005) menciona que el riesgo de transmitir el VIH por medio de la lactancia depende de los siguientes factores:

1. La duración de la lactancia. Cuanto más tiempo continúe la lactancia, mayor será el riesgo.
2. Se cree que hay un riesgo de alrededor de un 5% en los primeros seis meses, un 10% durante los primeros doce meses y un 15–20% si al bebé se le da el pecho hasta los dos años.
3. La combinación de la lactancia. El riesgo es mucho menor si al bebé se le da sólo leche materna. Si se combina con otra forma de alimentación aumenta el riesgo.
4. El estado de los pechos. El riesgo es mayor si los pezones están agrietados o si sangran, o si el pecho está irritado o inflamado.
5. El momento en que se contagia la madre con el VIH. El riesgo es mayor si la madre se contagia durante el embarazo o durante la lactancia.

6. El estado inmunológico de la madre. El riesgo es mayor si las defensas de la madre están bajas debido, por ejemplo, a la falta de nutrición o porque el VIH ha pasado a ser SIDA.

Por otro lado, Blackman (2005) menciona que si las madres deciden que quieren dar el pecho, el riesgo de transmisión del VIH se reduce si la madre cumple las condiciones siguientes:

1. Dar a su hijo únicamente leche materna. Esto significa que los bebés sólo deberán ingerir leche materna y ninguna otra bebida o comida – ni siquiera agua. Esto se debe a que estos elementos pueden dañar organismos internos del bebé y exponerlo más al riesgo de contraer el VIH de la leche materna. Otra razón es que si no se vacían regularmente los pechos puede aumentar la cantidad de VIH en la leche.
2. Mantener pechos sanos mediante buenas prácticas de lactancia, como dar el pecho según la demanda y tener al bebé en buena posición de amamantamiento.
3. Buscar ayuda en caso de problemas con pezones o pechos y de aftas en la boca del niño o en los pezones.
4. Evitar contagiarse, o volver a contagiarse, con el VIH cuando está dando el pecho.
5. Comenzar a alimentar al bebé con comida sólida cuando tiene entre cuatro y seis meses de edad e interrumpir casi inmediatamente la lactancia.

### *La Educación Preventiva*

Para varios autores en la prevención es especialmente importante el rol de la educación. Blackman (2005) cita los siguientes puntos acerca de la educación como clave para reducir la propagación del VIH:

1. Las personas necesitan tomar conciencia de los riesgos que enfrentan, de las consecuencias de sus acciones y de las maneras en que pueden reducir su vulnerabilidad al VIH. Pueden entonces tomar decisiones informadas sobre la conducta que desean tener.
2. Debe refutarse la información falsa y los mitos que la gente suele escuchar.
3. La capacitación para desenvolverse en la vida diaria puede ayudar a las personas a tomar decisiones que reducen el riesgo. Puede ayudar a los niños a resistirse a presiones negativas de sus pares. La educación de niñas y mujeres puede tener un gran impacto en su habilidad para negociar relaciones sexuales seguras.

### **A los niños**

La educación acerca del sexo y las drogas debe iniciarse a una edad temprana. La edad en la que comienza depende del desarrollo físico, emocional e intelectual del niño. A veces la educación puede iniciarse cuando el niño empieza a plantear preguntas. Por otro lado, los adultos quizás tengan que tomar una decisión en cuanto a cuándo hablar con sus hijos acerca de estos temas. Deberán comenzar con información básica. A medida que el niño crezca se podrán introducir nuevos temas. Los padres pueden comenzar a proveerle a sus hijos una educación basada más en el debate, presentando y debatiendo ideas vinculadas a valores, actitudes y temas importantes (Ibíd.).

Los niños en edad escolar deberían recibir una información sobre el VIH/SIDA apropiada para su edad y aprender técnicas para la vida diaria antes de que comiencen a practicar relaciones sexuales. Se ha demostrado que en esta etapa, la educación sirve para posponer la actividad sexual e inculcar un sentido de responsabilidad. (UNICEF, 2002)

Es posible que los niños reciban educación sobre sexo y drogas en la escuela. Sin embargo, ésta no es una excusa para que los padres dejen de

hablar con sus hijos. Las escuelas no siempre enfocan los temas que son más importantes para cada niño en un momento determinado. Los padres pueden proveer información y debatir temas a medida que vayan surgiendo del niño. Los padres cristianos quizás quieran pensar en estos temas desde una perspectiva cristiana, ya que las escuelas no les darán esta posibilidad. (Blackman, 2005)

Las niñas y las mujeres tienen derecho a rechazar las relaciones sexuales no deseadas o sin protección. Los progenitores y los maestros deben examinar estas cuestiones con las niñas y los niños a fin de concienciarlos sobre los derechos de las niñas y las mujeres, para enseñar a los muchachos a que respeten a las niñas como sus iguales y ayuden a las niñas a evitar los avances sexuales no deseados o a defenderse contra ellos. (UNICEF, 2002)

### **A los jóvenes**

Los progenitores y los maestros pueden ayudar a los jóvenes a protegerse contra el VIH/SIDA hablando con ellos sobre la mejor manera de evitar el contagio y la propagación de la enfermedad, inclusive el uso correcto y sistemático de los condones para varones y mujeres. (UNICEF, 2002)

Es necesario que los jóvenes comprendan los riesgos del SIDA. Los progenitores, los maestros, los agentes de la salud, los tutores o las personas de la comunidad encargadas de los ritos de iniciación deben advertir a los jóvenes contra el VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Conversar sobre cuestiones sexuales con los jóvenes puede resultar complicado. Una forma en que es posible comenzar el diálogo con niños en edad escolar es preguntarles sobre lo que han escuchado acerca del VIH/SIDA. Si la información que disponen está equivocada, aproveche la oportunidad para ofrecerles la información correcta. Hablar y escuchar a los jóvenes es muy importante. Si el padre o la



madre se sienten incómodos para abordar este tipo de conversación, pueden pedir consejo sobre la mejor manera de hablar con los niños de estas cosas a un maestro, a un pariente o a cualquier otra persona que consideren adecuada para examinar temas delicados. Es preciso informar a los jóvenes de que no existe ninguna vacuna ni cura del VIH/SIDA. Tienen que comprender que la prevención es la única protección contra la enfermedad. También deben disponer de los medios para negarse a practicar actividades sexuales. Es preciso tranquilizarles asegurándoles que no corren ningún riesgo de contraer el virus a través del contacto social habitual con niños o adultos infectados con el VIH. (UNICEF, 2002)

### **A los adultos**

Blackman (2005) menciona “También es necesario educar a los adultos acerca del SIDA, ya que muchos adultos terminaron la escuela mucho antes de que el SIDA se convirtiera en un problema. Podría proveerse información general a los miembros de toda una comunidad. Podrían enfocarse grupos particulares dentro de la comunidad con el fin de transmitir mensajes específicos sobre el VIH y SIDA. Por ejemplo, podríamos colocar pósters o afiches en los centros de salud para alcanzar a madres o personas con infecciones de transmisión sexual” (p. 49).

### *La Prevención Secundaria del VIH/SIDA*

El impacto que tiene el VIH/SIDA es muy amplio como menciona Blackman (2005, p. 5), “la epidemia afecta no sólo a aquellos que tienen el virus sino también, indirectamente, a sus familias, amigos, empleadores y otros. El VIH y SIDA dificulta todo esfuerzo por reducir la pobreza y, en algunos lugares, como consecuencia la pobreza sigue en aumento. Afecta los servicios de salud, los sistemas de educación, el crecimiento económico, el bienestar emocional y la estabilidad familiar y comunitaria”.

### *Pruebas para detección del sida*

Una de las prioridades principales de todos los países debe ser proporcionar acceso a las pruebas para detectar la enfermedad y a los servicios de orientación. Todo el mundo tiene derecho a someterse a pruebas voluntarias y confidenciales y recibir orientación sobre el VIH/SIDA, y también a obtener protección contra la discriminación de cualquier tipo relacionada con su estado sexológico. Las personas que padecen el VIH/SIDA o están de alguna manera afectados por la enfermedad, necesitan recibir atención y compasión. Es preciso tomar medidas para eliminar los obstáculos sociales, culturales, políticos y religiosos que puedan impedir el acceso a los servicios y programas destinados a las personas con VIH/SIDA. (UNICEF, 2002).

Toda persona que sospeche que podría estar infectada con el VIH debe ponerse en contacto con un agente de salud o acudir a un centro de detección del VIH/SIDA para someterse a una prueba y recibir orientación confidencial. (Ibíd.)

Las pruebas del VIH y los servicios de orientación pueden facilitar una detección temprana del virus y ayudar a que las personas infectadas obtengan los servicios de apoyo que necesitan, reciban tratamiento para otras enfermedades infecciosas que puedan padecer y aprendan técnicas para vivir con el VIH/SIDA y evitar el contagio a otras personas. La orientación y las pruebas pueden servir también para evitar, por medio de la educación sobre relaciones sexuales seguras, que las personas que no están infectadas se contagien. (UNICEF, 2002)

Si el resultado de una prueba del VIH/SIDA es negativo, esto significa que la persona que ha sido sometida a la prueba no está infectada o que es demasiado temprano para detectar el virus. Es muy posible que la prueba de la sangre no detecte la presencia del VIH durante los primeros tres a seis meses. La prueba debe repetirse tres meses después de cualquier posible

exposición a una infección por el VIH. Debido a que cualquier persona infectada puede transmitir el virus en cualquier momento, es importante practicar la abstinencia, evitar la penetración o utilizar preservativos durante las relaciones sexuales. (Ibíd.). Con respecto a esto Blackman menciona “El cuerpo responde ante cualquier infección movilizándolo unas células o sustancias especiales (llamadas anticuerpos) que combaten la infección. Si no hay anticuerpos, la persona no tiene el virus. Aunque el cuerpo comienza a producir anticuerpos en cuanto se contagia con el VIH, deben pasar de tres a seis meses para que haya suficientes anticuerpos y el análisis los pueda detectar. Esto se denomina ‘período ventana’. Durante el ‘período ventana’ es posible que una persona tenga el virus aunque el análisis le dé negativo. La persona deberá hacerse el análisis nuevamente unos meses después para asegurarse de que no tenga el VIH. Entre un análisis y el otro la persona deberá asegurarse además de no participar en conductas de alto riesgo que puedan llevar al contagio. Esto es importante ya que alguien que se ha contagiado recientemente con el VIH es altamente contagioso en los primeros meses” (2005, p. 55).

“El análisis del VIH solamente muestra el estado de una persona respecto del VIH en el momento de hacerse el análisis. El sólo hecho de que a una persona le haya dado negativo un análisis realizado un año antes, el cual fue confirmado tres meses más tarde, no significa que no tenga el VIH ahora. Si nacen bebés de madres que tienen VIH, los análisis no serán precisos hasta que el bebé tenga 18 meses. Esto ocurre porque los bebés recién nacidos pueden tener los anticuerpos de sus madres en la sangre por ese período de tiempo, aun cuando no se hayan contagiado con el VIH” (Blackman, 2005, p. 55).

### *Consejería y acompañamiento*

Si una mujer descubre que es VIH-positiva, necesita apoyo emocional y orientación para poder tomar decisiones y planificar su futuro. Los grupos

de apoyo de la comunidad y las ONG pueden apoyar a las mujeres en este proceso de toma de decisiones. (UNICEF, 2002)

La consejería es fundamental para que las personas que quieran hacerse el análisis del VIH estén preparadas para recibir los resultados. Si el análisis da negativo, quizás quieran hablar de maneras de reducir el riesgo de contraer el VIH en el futuro. Si el análisis da positivo, necesitarán ayuda para aceptar su condición y pensar en los asuntos con los que deberán lidiar de ahí en adelante. Esto incluirá evitar la transmisión del VIH a otros, mantenerse sanas, evitar caer en la depresión y obtener asistencia médica. Un tema importante a tratar con personas que recientemente se han enterado que tienen el VIH es a quiénes les contarán y en qué momento. Los que viven con VIH y SIDA bien pueden necesitar consejería y apoyo continuos (Blackman, 2005).

Es posible que algunas personas que tienen VIH o SIDA no necesiten ver a un consejero profesional sino que requieran simplemente que alguien escuche sus problemas, ore con ellas y les brinde su amistad. A estas personas no se las llama 'consejeros', ya que no tienen una preparación profesional ni debe esperarse de ellas el nivel de apoyo que un consejero puede ofrecer. A estas personas se las llama 'amigos'. El amigo bien puede ser un miembro de la iglesia local, un conocido, un vecino o un cuidador. No necesita tener ni conocimiento médico ni una buena educación, pero debe saber escuchar y ser comprensivo. Es de ayuda cuando comparte el mismo trasfondo con aquel de quien pretende ser amigo. Una persona que tiene VIH puede convertirse ella misma en un buen amigo. (Blackman, 2005)

Carter (2004) menciona "es fundamental hablar con las personas acerca del resultado de su análisis. Si no hay consejeros o terapeutas entrenados disponibles, es muy importante que haya personas sensibles que puedan escucharlas y darles la posibilidad de expresar sus emociones y temores. Un buen consejero no juzga a la gente ni le dice lo que tiene que

hacer. Nunca pasan a otras personas información que es privada. Escuchan y ayudan a las personas a enfrentar el futuro, a veces proveyendo información importante o dando ánimo. Por lo general hacen falta varias reuniones para ayudar a la persona a tomar decisiones sabias" (p. 22).

### *Cuidado*

Otra manera de intervenir en prevención secundaria es el cuidado. Blackman (2005) menciona que hay cuatro tipos principales de cuidado para personas que tienen VIH y SIDA:

1. Prevención y tratamiento de infecciones oportunistas: Podemos, por ejemplo, promover una buena alimentación y asegurarnos de que las personas tengan acceso a medicamentos para enfermedades como la tuberculosis. Podemos proveer cuidado de enfermería y apoyo a sus familias cuando se enferman.
2. Tratamiento para combatir el VIH: Las drogas antirretrovirales pueden usarse para retardar el desarrollo del SIDA.
3. Cuidado o tratamiento paliativo: Cuando las personas están muy enfermas y no hay tratamiento para sus infecciones oportunistas, al paciente hay que ayudarlo a estar lo más cómodo posible. Esto incluye reducir el dolor y las molestias, ayudarlo a prepararse para la muerte, facilitar visitas de líderes religiosos y plantear asuntos como el cuidado de los niños y la distribución de bienes.
4. Cuidado social: Esto incluye velar por las necesidades no médicas de las personas que tienen VIH y SIDA, como proveerles compañía y cuidado pastoral y ayudar con el cuidado de los niños y las tareas domésticas.

Si, como consecuencia del VIH/SIDA, los niños pierden a sus progenitores, sus maestros y a las personas que se encargan de su cuidado, necesitan ayuda para comprender lo que ocurre y para confrontar la pérdida

y el duelo. Es muy posible que los niños que han quedado huérfanos tengan que asumir responsabilidades como cabezas de familia y que se enfrenten sin duda a graves dificultades económicas. Si otras personas se ocupan de los niños que han quedado huérfanos, entonces las familias tendrán que estirar al máximo sus recursos limitados para hacer frente a las nuevas necesidades de estos niños. Existe la posibilidad de que los niños que viven con el VIH/SIDA o con familias afectadas por el VIH/SIDA, sufran el estigma derivado de la enfermedad o que sus comunidades les aislen y les denieguen acceso a servicios de salud y educación. La provisión de capacitación sobre el VIH/SIDA de buena calidad para los maestros y los monitores puede servir para aumentar la comprensión y la compasión y reducir la discriminación. (UNICEF, 2002)

### **Conclusión**

Espero que por medio de la lectura de este capítulo se haya informado acerca de la temática del sida. Estar informado es el primer paso para actuar, entre más informados estemos sobre el tema, de una mejor manera podremos servir y ayudar a disminuir el impacto de esta pandemia. Únase a muchos hispanos luchando contra el progreso de esta enfermedad.

## CUESTIONARIO 2

1. ¿Qué es el sida?
2. ¿Cuáles son los síntomas cuando la persona se ha contagiado de VIH?
3. ¿Cómo se llaman los medicamentos que retrasan el desarrollo del sida en el organismo?
4. ¿Cuáles son las formas de contagio del VIH?
5. ¿Cuáles son los principales mitos alrededor del contagio del sida?
6. ¿Cuál es la mejor manera de evitar el contagio sexual del sida?
7. ¿A cuáles poblaciones se les debe educar acerca del sida?
8. ¿Por que es importante dar consejería a alguien afectado con el VIH?
9. ¿Por que son importantes los "amigos" para la persona contagiada por el sida?
10. Menciona las cuatro formas de cuidado de las personas con sida que menciona Blackman.

## Capítulo 3

# Un modelo de abordaje preventivo del VIH/SIDA

### Objetivo

Conocer un modelo de iglesia que está luchando contra una problemática social, en este caso el sida.

### Introducción

Ya han transcurrido 25 años desde el reporte de los primeros casos de la epidemia del SIDA, y han pasado 20 años desde el inicio de la Estrategia Mundial contra el SIDA; aún no se encuentra una cura, la pandemia sigue creciendo y sigue habiendo una brecha entre la propagación del VIH y la respuesta ante las necesidades de prevención y asistencia que requiere este mal.

Se estima que a final de 2005 había 38,6 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH; que en el curso del año 2006; 4,1 millones contrajeron la infección por el VIH, y que 2,8 millones perdieron la vida a causa del SIDA (ONUSIDA, 2006, p. 8).

El sida es una epidemia que se está desarrollando a nivel mundial y los países hispanos no son la excepción. Es un problema que debido a su extensión debe ser tratado desde diversos actores de la comunidad social, y uno de ellos que poco ha asumido protagonismo es la comunidad religiosa.

En palabras del Rev. Luis Cortés Jr. "Hay una institución en específico que tiene un antiguo poder organizativo dentro de la comunidad hispana. Ubicada en la base misma de muchos barrios donde el VIH/SIDA se ha manifestado, esta institución tiene la confianza de la gente, y en muchos



casos está accesible las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, o por lo menos con cierta regularidad a lo largo de la semana. Esta institución ofrece sus servicios gratis, y ha demostrado un gran poder de permanencia... por supuesto me refiero a la Iglesia. La iglesia hispana ha sido llamado el "gigante durmiente" en lo que se refiere al VIH/SIDA" (Cortés, 2006, p. 36).

La presente investigación busca presentar un modelo de una congregación cristiana evangélica que ha tomado un rol en su comunidad para trabajar en la prevención y reducción del impacto de la epidemia del SIDA. Esta nos presenta evidencia de que la iglesia cristiana puede realizar acciones concretas para trabajar en diversas problemáticas sociales que aquejan a la comunidad donde se desenvuelve. Se pretende con la misma retar a otras congregaciones a realizar un trabajo no solamente en acción contra el VIH/SIDA sino en contra de otras problemáticas que pueden aquejar a su comunidad.

La iglesia tiene un papel y llamado importante dentro de la comunidad donde se desenvuelve, esta puede realizar acciones que tengan un verdadero impacto dentro del problema del VIH/SIDA. Puede participar activamente como un miembro más de la sociedad en labores de prevención y reducción del impacto de la enfermedad antes citada.

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo, ya que lo busca es describir el trabajo que ya viene realizando la Capilla Cristiana Reformada Betuel en Esparza de Puntarenas en relación con la problemática del VIH/SIDA. Lo que se hizo fue entrevistar a los líderes eclesiales del proyecto Beula, este es un equipo interdisciplinario que cuenta con un pastor evangélico, una educadora y una enfermera, y que están trabajando en su comunidad en contra de la problemática asociada el VIH/SIDA. A continuación describo lo que ellos realizan para la prevención primaria y secundaria de esta epidemia.

## ***Prevención Primaria del VIH***

### *Educación Preventiva*

Consideran que el Sida es una enfermedad que se puede prevenir debido a que la misma es adquirida, es algo que la persona puede decidir tenerlo o no tenerlo. Por tanto, el único método preventivo que consideran valido es la educación. Lo primero que hicieron fue educarse ellos mismos como líderes. Debido a que se involucraron en esta temática hace unos diez años, está era una época con muchos mitos y poca capacitación sobre el tema en la nación de Costa Rica. Por tanto, tuvieron que capacitarse fuera de su país.

El siguiente paso fue educar a toda la congregación. En palabras del pastor Eduardo Aparicio “tuvimos que educar a la iglesia, para que pudiéramos nosotros romper con todos esos mitos, y amar de veras como la Biblia dice. Recibid al hermano o a la persona como prójimo a la imagen de Dios”. Luego, empezaron a educar en diversos campos de la comunidad como escuelas, colegios, otras instituciones públicas y empresas privadas.

Todos los años dan charlas sobre sexualidad, noviazgo y sida en cuatro o cinco colegios públicos. Le imparten la charla a niños escolares de quinto y sexto grado especialmente en la semana de la salud. Han dado la charla en empresas en la zona donde ha habido mucha promiscuidad. También han dado la charla en otras zonas del país como San Vito de Coto Brus, San Carlos, San José y otros; e incluso la han impartido en otros países como Cuba, Nicaragua, Honduras y el Salvador.

Esta charla incluye una perspectiva bíblica de la sexualidad y de la enfermedad del sida que toma en cuenta la realidad del pecado en el ser humano, pero al mismo tiempo la imagen de Dios que se encuentra en el mismo. Con respecto a esto el pastor nos menciona que desde su

perspectiva teológica el sida es producto del pecado, así el sida es producto del mismo de la misma manera. En sus propias palabras: "Su alma se contamina entonces hay enfermedades que son producto del alma y entre de esas estas las sexuales, nosotros creemos que son corporales, pero son enfermedades del alma que se manifiestan en el cuerpo, y de esto proviene el sida". De esta forma se elimina la idea de que el sida es de homosexuales y de prostitutas, en palabras del pastor de la congregación "es un problema de todos por el pecado".

### ***Prevención Secundaria del VIH/SIDA***

#### *El albergue para pacientes de sida*

La Capilla Reformada Betuel abrió durante un año un albergue para personas enfermas de sida. Fueron el segundo albergue en nuestro país para este tipo de personas. Se menciona que al inicio tuvieron muchas trabas de parte de la comunidad y las instituciones del gobierno, pero al fin se dieron los permisos y pudieron abrir el albergue.

Según se menciona cuando se emitió la ley que demandaba a la Caja del Seguro Social dar retrovirales a los enfermos de sida, uno de los requisitos que tenía que tener el paciente que iba a recibir el medicamento era tener un lugar donde dormir y alguien que le pudiera dar a tiempo el medicamento para que el virus no avanzara más. En función de esto es que surge el albergue para darles un lugar a las personas para que tuvieran la posibilidad de ser calificadas para darles los retrovirales.

El hospital les enviaba personas enfermas de sida que no tenían donde vivir ni donde comer, algunos echados de sus casas. Ha estas personas se les cuidó y se les dio acompañamiento espiritual; y de esta manera darle una mejor vida al que no tenía posibilidades de nada. Lograron funcionar solamente por el período de un año debido a los costos elevados del proyecto.

### *Acompañamiento Espiritual*

Muchas de las personas se acercaron a la iglesia debido a que era conocida en la comunidad como una congregación que recibía los enfermos de sida. Así, muchos en su búsqueda espiritual empezaron a congregarse en esta iglesia. La iglesia les recibía como hermanos y así ellos empiezan a sentirse como seres humanos creados a la imagen de Dios. Por otro lado, el pastor les daba el cuidado pastoral que ellos demandarían.

Por otra parte, entre el acompañamiento espiritual que se les daba a las personas en el albergue, el pastor menciona que se ellos tenían un diario donde podían expresar sus sentimientos en el progreso de la enfermedad y otras cosas. Esto les permitía un desahogo espiritual y emocional. Por otra parte, menciona el pastor que cuando les permitían leer lo que escribían el podía en muchos casos acompañarles y dar un tipo de consuelo. Muchos contaban que habían sido violados por sus padres a tempranas edades y otros problemas emocionales. El pastor dialogaba con ellos, les escuchaba, les orientaba, les leía la Biblia, oraba con ellos y hacía estudios bíblicos con los enfermos.

### *Educación a las familias*

Tanto en el momento que se tuvo un albergue como ahora la iglesia se ha enfocado en educar a las familias de las personas enfermas. Muchos de los que entraban en el albergue su familia no quería verles, por lo que en ocasiones tuvieron que ser un enlace para que dentro de lo posible hubiera un arreglo entre las partes. También enseñaron como manipular al enfermo, por ejemplo, al no tener guantes como usar bolsas, como lavar la ropa, entre muchas cosas.

Cuando tuvieron que cerrar el albergue por incapacidad económica se dieron a la tarea de ir a los hogares. Servir como enlace para integrar a los pacientes a sus hogares y darles visitación y seguimiento en sus casas.

### *Ayuda social*

La iglesia también estuvo recogiendo alimentos para dos niñas enfermas de sida, contagiadas por su mamá al nacer, especialmente desde que murió la madre precisamente por la enfermedad del sida.

### *Conclusiones de la investigación*

- El nivel de conocimiento acerca de la problemática del VIH/SIDA en los líderes eclesiales de la Capilla Reformada Betuel en Esparza de Puntarenas es muy amplio. Inicialmente era muy poco, debido a la misma desinformación que había en el país hace diez años, por lo que estos se dieron a la tarea de capacitarse en instituciones fuera del país, y a recibir información de diversas fuentes. Hoy en día su nivel de conocimiento no es solamente teórico, sino práctico porque han convivido con personas contagiadas del VIH y enfermos de SIDA.
- El equipo de líderes conocen muy bien los diversos conceptos asociados a la problemática, el desarrollo de la enfermedad, las formas de contagio y el como prevenirlo.
- El equipo de líderes no ha quedado solamente con ellos mantener la información acerca del VIH, sino que han educado a toda la congregación acerca de esta enfermedad y como estos pueden ayudar.
- La congregación antes mencionada ha estado trabajando en diversas labores de prevención primaria especialmente en educación. Han impartido talleres en iglesias, escuelas, colegios y empresas privadas, no solamente acerca del VIH y el SIDA sino sobre diversos temas de la sexualidad concibiendo al ser humano como un ser integral. La capacitación que han brindado acerca de la problemática del VIH/SIDA no se ha quedado solo en su comunidad sino que han ido a otras comunidades dentro del país e incluso esta se extendido a nivel internacional en otros países centroamericanos y del caribe.

## **Conclusión**

La Capilla Reformada Betuel en Esparza de Puntarenas, en Costa Rica es solo un ejemplo entre muchas otras congregaciones que han tomado muy en serio el impactar la comunidad donde viven; es una iglesia muy pequeña, pero juntos han logrado hacer mucho. Espero este caso le motive a buscar educar y trabajar por el bien de la iglesia y la comunidad sin perder de vista nuestra meta principal de glorificar a Dios.

### CUESTIONARIO 3

1. ¿Por qué consideran que el sida es una enfermedad que se puede prevenir?
2. ¿Cuál fue el primer paso que tomo esta iglesia para trabajar con el sida?
3. ¿Cuál fue el segundo paso según Eduardo Aparicio?
4. ¿Qué tipo de charlas ofrecen?
5. Según, el pastor Aparicio ¿Qué tipo de enfermedad es el sida?
6. Explique la forma en que la iglesia les daba acompañamiento espiritual.
7. ¿En que formas educaban a las familias?
8. ¿Qué realizo esta iglesia costarricense como ayuda social?
9. ¿Conoce usted alguna otra iglesia que realice algo en pro de alguna problemática social?
10. ¿Cuál es su opinión sobre la participación de la iglesia en estas problemáticas? Justifique su respuesta bíblicamente.

# Capítulo 4

## El Universo de las Maras o Pandillas

### Objetivo

Conocer en general el mundo de las maras o las pandillas.

### Introducción

La palabra Mara es un término utilizado especialmente en Centroamérica para las pandillas delictivas juveniles. Según se dice el término viene de las hormigas marabundas – grupo de hormigas que arrasan con todo.

Muchas de ellas se iniciaron en los Estados Unidos con inmigrantes latinos entre ellas la Mara Salvatrucha (MS13 – conformada principalmente por salvadoreños) y la Mara 18 (conformada por migrantes mexicanos y llamada así por la calle 18 o Eighteen Street de Los Ángeles, California). Muchos de los pandilleros son deportados a sus respectivos países, llevando la pandilla a su propia tierra; por lo que hoy abundan este tipo de grupos en Centroamérica. Otras pandillas son los Latin Kings y los Ñetas originarias de Chicago y formadas por puertorriqueños, además de estar en Estados Unidos están en Latinoamérica y España; los Vatos Locos de México, etc. No es sólo un problema americano, pues las bandas abundan ya en otros países como Francia, Japón, Gran Bretaña, Alemania, Jamaica, Australia o España.

### Características de un pandillero

- La vestimenta con ropas holgadas (no determinante)  
Aunque en algunos países son todos los jóvenes los que visten de manera holgada como una moda generalizado, no es así en todos los países. Recuerdo que me habían comentado en San Pedro Sula que había una moda entre los jovencitos de pintarse y vestirse de manera



ajustada, precisamente para diferenciarse de los mareros; y no ser confundidos por la policía con estos.

- Uso de aretes (no determinante)
- Su vocabulario
- Uso de graffitis como forma de comunicación
- Prevalece el interés sobre la pandilla sobre todo lo demás

### **Formas de comunicación entre las pandillas**

#### Comunicación verbal

- Normalmente utilizan un lenguaje distinto

#### Ejemplos

- Abusado = Alerta
  - Agitado = Enojado
  - Birra = Cerveza
  - Bote = Prisión
  - Calentón Golpiza
  - Chante = casa
  - Chingar = pegar
  - Cuetiar = Disparar
  - Fierro = Pistola
  - Hay te wacho = te veo después
  - La ley = la policía
  - Mota = marihuana
  - Tener palabra = ser antiguo en la mara
- Dejan de llamarse con su nombre de pila y toman un mote o apodo.

#### Ejemplos

- Zapatitos
- Pelón
- Aborto

## Comunicación no verbal

- Graffiti
  - Forma de comunicación mas clara y perjudicial
  - En zonas que consideran su territorio
  - Con betún líquido o spray
  - Delimita su territorio
  - Indica su presencia
  - Advierte a otras pandillas
  - Declarar la guerra



- Señas con las manos
  - Expresan afiliación
  - Simulan iniciales del nombre de la pandilla
  - Así se dan amenazas o se mandan avisos

## Ejemplos

Los Latin Kings se saludan con tres dedos en forma de corona, los Salvatrucha hacen una seña en forma de "M".



Saludo característico de las 'Queenas', rama femenina de los Latin King

- Los tatuajes
  - Significan...
    - Tiempo de permanencia
    - Grado de jerarquía
    - Mérito por un trabajo
    - En memoria de... (un miembro muerto de la mara)
  - No pueden hacerse por antojo

## Ejemplos

Los Latin Kings llevan tatuadas coronas en su cuerpo. Los Ñetas suelen llevar un corazón tatuado con una Ñ en el interior. La Mara 18, se tatúa este número, y la Salvatrucha se tatúa un MS13 o MS.

- Cadenas y aretes pueden tener significados específicos como
  - Arete en el lóbulo de la oreja izquierda es símbolo de homosexuales
  - Arete en el lóbulo de la oreja derecha es símbolo de adicción a drogas
  - Cadena en la pierna derecha simboliza prostitución
  - Cadena en la pierna izquierda simboliza lesbianismo.
  
- Psicología de las maras
  - Es un honor defender a la pandilla aunque tenga que sufrir
  - No puede dejar la pandilla porque es su única familia
  - Sólo se puede dejar la pandilla si se dedica a la actividad religiosa profundamente, sin embargo será vigilado por el resto.
  - Donde quiera que vayas llevarás la mara. Facilita la propagación de las pandillas en varios países.
  
- Clasificación de los integrantes
  - Aspirantes – “sueña con ser pandillero”
  - Simpatizantes – “la pandilla los tolera”
  - Novatos
  - Permanentes
  - Líderes

Tienen ritos de iniciación, por ejemplo, para entrar en la MS 13, el aspirante a pandillero debe ser "brincado", el brincamiento consiste en pelear con tres miembros de la pandilla, durante 13 segundos, y aguantar con valor. En caso de que el futuro pandillero sea de complexión muy fuerte,

tendrá que pelear contra cinco. Lo importante es que sufra durante la pelea, para así demostrar su valor.

### **Conclusión**

¿Por que un líder debe conocer sobre este tema de las pandillas?. Primero, porque pocas veces creemos que un miembro de nuestra iglesia puede caer en este tipo de agrupaciones, pero es algo que le puede pasar a cualquiera, especialmente a miembros jóvenes de nuestra iglesia. Por ello no está demás la información para poder prevenir. Por otra, parte es importante para acompañar pastoralmente a miembros que han sido parte de una pandilla, o a algún hermano de la congregación que tiene un familiar con esta problemática. Además, es importante a la hora de realizar incursiones evangelísticas debido a que como se dijo anteriormente solo se puede salir de la mara si se dedica la persona a cuestiones religiosas, siendo vigilado por la pandilla; por lo que un marero debe tener una conversión a Jesucristo visiblemente genuina para que la pandilla le permita salir de la misma.

## CUESTIONARIO 4

1. ¿Cuál es el origen del termino mara?
2. Mencione los nombres de algunas las maras o pandillas más conocidas.
3. Mencione las características de un pandillero.
4. ¿Cuáles son las principales señales verbales de los pandilleros?
5. ¿Cuáles son las principales formas de comunicación no verbal de las maras?
6. ¿Qué significan los graffiti que hacen los mareros?
7. ¿Qué significan las señas con las manos que realizan los pandilleros?
8. ¿Qué significan los tatuajes en los pandilleros?
9. Mencione los puntos que menciona el autor acerca de la psicología de las maras.
10. En su opinión personal, debe la iglesia trabajar con este tipo de personas. Explique.

# Capítulo 5

## El Fenómeno Droga

### Objetivos

Conocer los tipos de drogas, comportamientos usuales y estrategias de prevención al mismo.

### Introducción

Las drogas afectan al ser humano integro en todas sus áreas. Le afectan en su área social, físico, intelectual y espiritual. Trabajar con la temática de las drogas es parte de la labor pastoral que se da en una congregación. Se debe educar a la iglesia con respecto a las drogas, dentro de todas las poblaciones: niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Aunque muchas veces los jóvenes reciben formación acerca de las drogas otras poblaciones son descuidadas, como los mismos adultos. Un pastor debe reconocer que realmente los que tiene más poder adquisitivo con respecto a las drogas legales son los adultos, y es muy probable que sean más los adultos que fuman o toman licor que los mismos jovencitos de la congregación. Por otra parte es reconocido que los adultos mayores muchas veces se hacen adictos a los medicamentos, una forma más de droga legal.

### Tipos de drogas

Hay muchas formas de clasificar las drogas, podríamos clasificarlas en lícitas e ilícitas (por su condición legal), en naturales o sintéticas (por su origen), o estimulantes, depresoras, alucinógenas, y marihuana (según su efecto en el Sistema Nervioso Central). A continuación se presentan la clasificación según su efecto:

Tipo	Efectos	Ejemplos
Estimulantes	Producen euforia, excitación o	Café, anfetaminas,

	aceleramiento de las funciones de la mente y el cuerpo.	cocaína, crack, tabaco, drogas de diseño.
Depresoras	Producen depresión de las funciones. Esto no significa que causen tristeza sino que disminuyen o retardan las reacciones.	Alcohol, tranquilizantes, sedantes, opio.
Alucinógenos	Alteran las percepciones provocando que las personas vean, sientan, oigan cosas que realmente no existen.	LSD, cierto tipo de hongos, polvo de ángel
Marihuana	Producen un estado de conciencia y ensoñación en que las ideas parecen estar lejos de la realidad, incontrolables, además produce risa explosiva sin causa aparente. Se le consideraba una depresora, pero en realidad lo que produce es euforia y cambios a nivel de conciencia.	

### **Comportamiento de las personas en relación a las drogas**

Las personas consumen al inicio para sentirse bien, pero luego, tienen que seguir consumiendo para no sentirse mal.

#### *Tolerancia*

La persona cada vez necesita dosis más altas para alcanzar el mismo efecto.

#### *Dependencia física*

El cuerpo necesita la sustancia.

#### *Dependencia psicológica*

Deseo activo de la persona de volver a sentir esos efectos.

Síndrome de Abstinencia

“El desasosiego” que causa el no tener la droga. El organismo necesita la sustancia en esa cantidad.

### **Aplicación Pastoral**

#### *Prevención Primaria*

Atendamos las causas. Incluyamos estos temas en las enseñanzas de escuela dominical y sermones.

#### *Prevención Secundaria*

Se puede ofrecer consejería. Orientarles para remitirles a un psicólogo cristiano o a un Centro de Rehabilitación.

### **Conclusión**

Este es solamente un pequeño bosquejo acerca del tema del fenómeno droga. Este capítulo se complementa con los apéndices contenidos al final de este escrito, con los cuáles se estará reflexionando sobre las drogas legales más conocidas: el licor y el cigarrillo.



## CUESTIONARIO 5

1. ¿Por qué según el autor trabajar con el tema de las drogas es parte de la labor pastoral?
2. ¿De cuáles tres maneras se pueden clasificar las drogas?.
3. ¿Qué son drogas estimulantes?
4. ¿Qué son drogas depresoras?
5. ¿Qué son drogas alucinógenas?
6. ¿Qué significa el termino tolerancia en relación a las drogas?
7. ¿Qué significa dependencia física?
8. ¿Qué significa dependencia psicológica?
9. ¿A qué se le llama síndrome de abstinencia?
10. ¿Qué menciona el autor que puede realizarse en pro de la prevención primaria y secundaria de la drogadicción?

# Capítulo 6

## Las Drogas Ilegales

### Objetivo

Conocer acerca del origen, uso y efectos de diversas drogas naturales y sintéticas consideradas no legales.

### Introducción

Esta información ha sido extraída en forma literal de la página del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD [www.icd.go.cr](http://www.icd.go.cr)). La incluyo en este curso como un capítulo más porque considero que la información es vital para realizar pastoral preventiva. Un pastor debe conocer sobre drogas, para poder dar una mejor atención pastoral y educación a la congregación.

### Las Drogas Naturales

Son aquellas extraídas de plantas, refinando o procesando el producto vegetal. Entre ellas está la cocaína y la marihuana.

### La Marihuana

La marihuana es una mezcla verde o gris de flores secas cortadas en trocitos de la planta *Cannabis sativa*. Existen más de 200 palabras comunes para la marihuana incluyendo "pot," "herb," "weed," "boom," "Mary Jane," "gangster," y "chronic." Usualmente se fuma como un cigarrillo llamado "joint" o "nail" o utilizando una pipa. En los últimos años se ha encontrado "blunts", o cigarrillos en los que se ha reemplazado el tabaco por marihuana, muchas veces combinada con otra droga como el crack. Algunos usuarios también mezclan la marihuana con alimentos o la usan para hacer té.

El principal ingrediente activo en la marihuana es el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). En 1988 se descubrió que las membranas de ciertas células nerviosas contenían receptores de proteína que se ligaban al THC. Una vez fijo en su lugar, el THC desencadena una serie de reacciones

celulares que, a la larga, producen el estímulo que sienten los usuarios al fumar la marihuana. Los efectos a corto plazo del uso de la marihuana incluyen problemas con la memoria y el aprendizaje, percepción distorsionada, dificultad para pensar y resolver problemas, pérdida de la coordinación y un aumento en el ritmo cardíaco, ansiedad y ataques de pánico.

Los científicos han descubierto que las sensaciones positivas o negativas experimentadas por un individuo después de fumar marihuana, están directamente relacionadas con la genética. Un estudio reciente mostró que los gemelos idénticos tienen mayor probabilidad de reportar respuestas similares al uso de marihuana que gemelos no idénticos, indicando así una base genética para sus sensaciones. Los gemelos idénticos tienen los mismos genes y los gemelos fraternos comparten más o menos la mitad de sus genes. Factores ambientales tales como la disponibilidad de la marihuana, las expectativas sobre su efecto, la influencia de amistades y contactos sociales y otros factores que serían diferentes hasta para los gemelos idénticos han demostrado tener un efecto importante. Sin embargo, también se descubrió que el ambiente familiar de los gemelos no tiene ninguna influencia detectable sobre los efectos de la marihuana antes de los 18 años de edad.

### *Peligros para la salud*

#### *Efectos de la marihuana en el cerebro*

Los investigadores han encontrado que el THC cambia la manera como la información sensora llega y es procesada por el hipocampo. El hipocampo es un componente del sistema límbico del cerebro que es crucial para la memoria del aprendizaje, y la integración de experiencias sensoriales con emociones y motivaciones. Las investigaciones han demostrado que las neuronas del sistema de procesamiento de información del hipocampo y la actividad en las fibras nerviosas son reprimidas por el TCH. También, los

investigadores han encontrado un deterioro de los patrones de conducta aprendidos, también dependientes del hipocampo.

Recientes investigaciones también indican que el uso prolongado de la marihuana produce cambios en el cerebro similares a los vistos después del largo uso de otras drogas que son frecuentemente abusadas.

#### *Efectos en los pulmones*

La persona que fuma marihuana frecuentemente puede tener los mismos problemas respiratorios de los fumadores de tabaco. Estas personas pueden tener tos y flema a diario, síntomas de bronquitis crónica, y mayor frecuencia de catarros. El uso continuo de la marihuana puede llevar al funcionamiento anormal del tejido pulmonar, debido a su destrucción o trauma.

#### *Efectos en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial*

Resultados recientes indican que la práctica de fumar marihuana e inyectarse cocaína al mismo tiempo puede causar un marcado aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. En un estudio, se dió marihuana sola, cocaína sola y luego una combinación de ambas a usuarios frecuentes de estas dos drogas. Cada droga sola produjo efectos cardiovasculares; al combinarlas, esos efectos se intensificaron y duraron más. La frecuencia cardíaca de los sujetos del estudio aumentó 29 latidos por minuto con marihuana sola y 32 latidos por minuto con cocaína sola. Al administrarlas juntas, la frecuencia cardíaca aumentó en 49 latidos por minuto, y ese aumento persistió por más tiempo. Las drogas se administraron a los sujetos mientras estaban en reposo. En condiciones normales, una persona puede fumar marihuana e inyectarse cocaína y luego hacer algo causante de estrés físico lo cual puede aumentar mucho el riesgo de sobrecarga del sistema cardiovascular.

### *Efectos del uso frecuente de la marihuana en el aprendizaje y la conducta social*

Un estudio en estudiantes universitarios mostró que ciertas habilidades críticas relacionadas con la atención, la memoria y el aprendizaje están alteradas en aquellas personas que usan marihuana con mucha frecuencia, aún después de discontinuar su uso por 24 horas. Los investigadores compararon 65 "usuarios frecuentes" que habían fumado marihuana con una frecuencia media de 29 en los últimos 30 días, y 64 "usuarios menos frecuentes" quienes habían fumado con una frecuencia media de 1 en los últimos 30 días. Después de una abstinencia de 24 horas, estrictamente controlada, a la marihuana y otras drogas ilícitas y al alcohol, los estudiantes recibieron pruebas estandarizadas para medir aspectos de la atención, memoria y aprendizaje. Comparados con los usuarios poco frecuentes, los usuarios frecuentes de marihuana cometieron más errores y tuvieron mayor dificultad para mantener la atención, cambiar la atención en respuesta a las demandas del ambiente, y registrar, procesar y utilizar información. Los resultados sugieren que el mayor impedimento por parte de los usuarios frecuentes está probablemente asociado con una alteración de la actividad cerebral producida por la marihuana.

Estudios longitudinales sobre el consumo de marihuana por parte de jóvenes por debajo de la edad universitaria indican que los usuarios tienen menor rendimiento que los no usuarios, mayor aceptación de comportamientos anormales, mayor comportamiento delincuente y agresión, mayor rebeldía, relaciones más difíciles con sus padres y mayores asociaciones con amigos delincuentes y que consumen drogas.

Las investigaciones también muestran mayor propensión al enojo y comportamiento regresivo (chuparse el dedo y episodios de "rabietas") en los infantes cuyos padres consumen marihuana que entre los infantes de padres no usuarios.

### *Efectos en el embarazo*

Cualquier sustancia que se abuse puede afectar la salud de la madre durante el embarazo y este es un período en el que ella debe cuidarse con especial atención. El abuso de sustancias puede interferir con una nutrición y descanso adecuados, lo cual puede afectar el buen funcionamiento del sistema inmunológico. Algunos estudios han encontrado que los bebés de madres que usaron marihuana durante el embarazo tienden a ser más pequeños que los de las embarazadas que no utilizaron la droga. En general, los bebés de menor tamaño tienden a desarrollar problemas de salud.

La madre lactante que usa marihuana pasa parte del TCH a su bebé a través de la leche materna. Las investigaciones han encontrado que el uso de la marihuana por parte de la madre durante el primer mes de lactancia puede impedir el desarrollo motor (control del movimiento de los músculos) del bebé.

### *Potencial adictivo*

Una droga es adictiva cuando causa un deseo de búsqueda y consumo compulsivo e incontrolable, a pesar de los efectos adversos sociales y sobre la salud. La marihuana cumple con estos requisitos. Anualmente, más de 120.000 personas buscan tratamiento para su adicción primaria a la marihuana. Además, estudios hechos en animales indican que la marihuana puede causar dependencia física y algunas personas han reportado síntomas asociados con la abstinencia o supresión.

## **Cocaína/Crack**

La cocaína es una de las drogas adictivas más potentes. Una vez que una persona ha probado la cocaína, no puede prever ni controlar hasta qué punto seguirá usándola.

Las principales formas de administración de cocaína son la aspiración o inhalación, la inyección y el fumar (incluso cristales de cocaína y crack). La inhalación es un proceso que consiste en aspirar polvo de cocaína a través de las ventanillas de la nariz, donde se absorbe a la corriente sanguínea por medio de los tejidos nasales. La inyección es el acto de usar una aguja para aplicar la droga directamente a la corriente sanguínea. El fumar entraña inhalación del vapor o humo de cocaína a los pulmones, donde la absorción a la corriente sanguínea es tan rápida como por inyección.

"Crack" es el nombre vulgar de la cocaína obtenida a partir de clorhidrato de cocaína y convertida en cristales que se pueden fumar. En lugar de ser necesario emplear el método más volátil de tratamiento de cocaína con éter, la cocaína crack se trata con amoníaco o bicarbonato de sodio y agua y se calienta para retirar el clorhidrato, con lo que se produce una forma de cocaína que puede fumarse. El término "crack" se refiere al crujido que se oye cuando se fuma (o se calienta) la mezcla, presuntamente causado por el bicarbonato de sodio.

Hay un gran riesgo, ya sea que la cocaína se inhale, se inyecte o se fume. Al parecer, el uso compulsivo de cocaína puede acelerarse si la sustancia se fuma en lugar de absorberse por vía intranasal. El fumar permite que dosis extremadamente altas de cocaína lleguen al cerebro muy rápido y produzcan un estímulo intenso e inmediato. El usuario de drogas inyectables está expuesto al riesgo de transmitir o contraer la infección por el VIH/SIDA si comparte agujas u otro equipo de inyecciones.

### *Peligros para la salud*

La cocaína es un fuerte estimulante del sistema nervioso central que obstaculiza el proceso de reabsorción de dopamina, un mensajero químico que está relacionado con el placer y el movimiento. La dopamina se libera como parte del sistema de recompensa del cerebro y tiene que ver con el estímulo que caracteriza el consumo de cocaína.

Los efectos físicos del uso de cocaína incluyen constricción de los vasos sanguíneos periféricos, dilatación de las pupilas y aumento de la temperatura, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. La duración de los efectos eufóricos inmediatos de la cocaína, que incluyen hiperestímulo, reducción de la fatiga y claridad mental, depende de la forma de administración. Cuanto más rápida sea la absorción, más intenso será el estímulo. Por otra parte, cuanto más rápida sea la absorción, más breve será la acción. El estímulo de la inhalación puede durar de 15 a 30 minutos y el de fumar, de 5 a 10 minutos. Aumentar el uso de cocaína puede reducir el período de estímulo.

Algunos usuarios de cocaína dicen que sienten desasosiego, irritabilidad y ansiedad. Se puede desarrollar una tolerancia notable del estímulo y muchos adictos dicen que tratan, en vano, de que la droga les produzca tanto placer como durante la primera exposición. Las pruebas científicas indican que la potente propiedad de refuerzo neurosicológico de la cocaína lleva a la persona al uso continuo, a pesar de las consecuencias físicas y sociales nocivas. En casos raros, puede ocurrir muerte repentina la primera vez que se usa cocaína o inesperada de ahí en adelante. Sin embargo, no hay forma de determinar quién tendría predisposición a la muerte repentina.

Las dosis elevadas o el uso prolongado de cocaína o ambas cosas pueden desencadenar paranoia. El fumar cocaína crack puede producir una conducta paranoide particularmente agresiva en los usuarios. Cuando los adictos dejan de usar cocaína, a menudo se deprimen. Eso también puede llevar a un



mayor uso de cocaína para aliviar la depresión. La inhalación prolongada de cocaína puede resultar en ulceración de la membrana mucosa de la nariz y puede lesionar tanto el tabique nasal como para provocar su colapso. Las muertes relacionadas con el uso de cocaína se producen a menudo como consecuencia de paro cardíaco o ataques, seguidos de paro respiratorio.

#### *Mayor peligro: etileno de cocaína*

Cuando la gente mezcla el consumo de cocaína con el de alcohol, agrava el peligro que presenta cada droga y, sin saberlo, hace un complejo experimento químico en su propio cuerpo. Varios investigadores patrocinados por el NIDA han descubierto que el hígado humano combina la cocaína con el alcohol y fabrica una tercera sustancia, el etileno de cocaína, que intensifica los efectos eufóricos de la cocaína y, al mismo tiempo, tal vez aumenta el riesgo de muerte repentina.

#### *Tratamiento*

El abuso generalizado de cocaína ha desencadenado un extenso esfuerzo por establecer programas de tratamiento contra esta clase de toxicomanía. Según el perfil estatal de abuso de alcohol y drogas,\* en el ejercicio económico de 1995, en los Estados Unidos 333.359 pacientes fueron sometidos a tratamiento por abuso principalmente de cocaína en programas subvencionados por el estado, lo que representó casi 38,3% de los internados para tratamiento.

La más alta prioridad del NIDA en materia de investigación es encontrar un medicamento que impida o reduzca notablemente los efectos de la cocaína, para usarlo como parte de un programa integral de tratamiento. Investigadores patrocinados por el NIDA también están estudiando medicamentos que ayuden a aliviar las grandes ansias de consumir droga que sufren a menudo las personas cuando están sometidas a tratamiento por

adicción a la cocaína. Actualmente se investigan varios productos para probar su inocuidad y eficacia para tratar la adicción a la cocaína.

Además de los tratamientos farmacológicos, las intervenciones para modificar el comportamiento, especialmente la terapéutica cognoscitiva del comportamiento, pueden resultar eficaces en reducir el uso de drogas en los pacientes tratados por causa de abuso de cocaína. La prestación de servicios terapéuticos en una combinación óptima para cada persona reviste importancia crítica para el éxito de los resultados del tratamiento.

### **Las Drogas Sintéticas**

La historia de las drogas de síntesis comienza en el siglo XIX, cuando los científicos identificaron los principios activos de las plantas de las que se extraían diversas drogas. A partir de estos compuestos, la industria farmacéutica empezó a elaborar sustancias que imitaran su estructura química.

- 1912 Químicos de la compañía farmacéutica alemana Merck, sintetizan una sustancia a la que denominan MDMA, posteriormente bautizada como éxtasis en el argot de las drogas. Buscaban un fármaco para reducir el apetito y aunque la patentaron, por sus efectos secundarios no llegaron a comercializarla.

- 1952 El ejército norteamericano experimenta con MDMA como posible arma química para hacer hablar a los detenidos.

- 1972 El químico norteamericano Alexander Shulgin vuelve a sintetizar el MDMA en su laboratorio. Aparece en las calles como una droga más, usada por:

- > Líderes contraculturales que buscaban formas de alterar su conciencia.
- > Psiquiatras para tratar a pacientes con dificultades de comunicación.

> Estudiantes universitarios y jóvenes profesionales.

- 1980 El éxtasis comienza a utilizarse en locales americanos de Detroit, Chicago y Nueva York, donde algunos DJs crean la música House mezclando ritmos afroamericanos y música alemana. El nacimiento de la House Music constituye toda una revolución en el modo de hacer música.

- 1984 DJs ingleses que han conocido en Estados Unidos la música House y el éxtasis, los introducen en su país a su regreso.

- 1986 El éxtasis es declarado ilegal en Estados Unidos, Alemania y Suiza. Poco después, en 1988, ocurre igual en Italia.

- 1987 Se celebra en Londres el New Summer of Love, asociado a la música House y al consumo de éxtasis. También en la isla Española de Ibiza, en locales en los que suena música House, se difunde el uso de éxtasis. De allí se expande al resto de Europa, popularizado por los DJs ingleses.

## **Heroína**

La heroína es una droga extremadamente adictiva cuyo uso es un problema serio para los Estados Unidos. Los estimados actuales sugieren que aproximadamente 600.000 individuos necesitan tratamiento por heroínomanía. Estudios recientes indican que la forma de usar la heroína ha cambiado, pasando de inyectarse droga a inhalarla o fumarla, debido a que se obtiene mayor pureza con estos métodos y al concepto erróneo de que estas formas de empleo no llevarán a la adicción. El heroinómano usa la droga, como promedio, hasta cuatro veces al día.

La heroína se procesa a partir de la morfina, sustancia que ocurre naturalmente y se extrae de la bellota de la adormidera asiática. Aparece generalmente en forma de polvo blanco o marrón. Los nombres vulgares relacionados con esta droga incluyen "smack" ("pasta"), "H," ("H"), "skag"

("polvo blanco"), y "junk" ("lenguazo"). Otros nombres se refieren al tipo de heroína producido en una zona geográfica específica, como "Mexican black tar" ("goma").

### *Peligros para la salud*

La heroínomanía puede traer graves consecuencias para la salud, entre ellas sobredosis mortal, aborto espontáneo, colapso de las venas, y enfermedades infecciosas, incluso VIH/SIDA y hepatitis.

Los efectos a corto plazo del abuso de heroína aparecen poco después de la primera dosis y desaparecen en unas cuantas horas. Después de una inyección de la droga, el usuario dice sentir un brote de euforia ("rush") acompañado de un cálido sonrojo de la piel, boca seca y extremidades pesadas. Después de esta euforia inicial, el usuario está "volando" ("on the nod"), estado en el que se alterna la vigilia con el adormecimiento y se turban las facultades mentales debido a la depresión del sistema nervioso central.

Los efectos de la heroína a largo plazo aparecen después que la droga se ha estado usando repetidamente por algún período de tiempo. El usuario crónico puede sufrir colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, abscesos, celulitis y enfermedades del hígado. Puede haber complicaciones pulmonares, incluso varios tipos de neumonía, como resultado del mal estado de salud del toxicómano, así como por los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración.

Además de los efectos de la misma droga, la heroína que se vende en la calle puede tener aditivos que no se disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar infección o hasta muerte de pequeños grupos de células en estos órganos vitales.

La Red de Alerta sobre Abuso de Drogas (DAWN) de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental recopila datos sobre muertes y episodios relacionados con drogas en las salas de urgencia de los hospitales de 21 zonas metropolitanas. Según los informes de 1995, entre las drogas vinculadas con mayor frecuencia a la muerte, la heroína quedó en segundo lugar. De 1990 a 1995 el número de episodios relacionados con la heroína se duplicó, y entre 1994 y 1995, aumentó 19 por ciento.

### *Tolerancia, toxicomanía y abstinencia*

El uso regular de la heroína produce tolerancia a la droga, lo que significa que el toxicómano debe usar mayor cantidad para obtener la misma intensidad o efecto. Este uso de mayores dosis lleva, con el tiempo, a la dependencia física, en la que el cuerpo, al haberse adaptado a la presencia de la droga, puede sufrir síntomas de abstinencia si se reduce o se abandona su uso.

La abstinencia, que en el toxicómano regular puede ocurrir tan pronto como varias horas después de la última administración de heroína, provoca deseo de usar la droga, agitación, dolores en los músculos y en los huesos, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos con piel de gallina ("cold turkey"), movimientos en forma de patadas ("kicking the habit") y otros síntomas. Entre éstos, los principales alcanzan su punto máximo de 48 horas a 72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana más o menos. La abstinencia repentina en los usuarios que dependen mucho de la droga y están en mal estado de salud resulta mortal a veces, aunque se cree que la supresión de heroína es mucho menos peligrosa que la de alcohol y barbituratos.

## *Tratamiento*

Hay una gran variedad de opciones terapéuticas para la adicción a la heroína, entre las que figuran los medicamentos y la terapéutica de la conducta. La ciencia nos ha enseñado que combinar tratamiento a base de medicamentos con otros servicios de apoyo al paciente hace posible que el toxicómano deje de usar la heroína (u otro opiáceo) y vuelva a una vida más estable y productiva.

En noviembre de 1997, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) reunieron a un Grupo de Consenso sobre el Tratamiento Médico Eficaz de la Drogadicción. Este grupo de expertos de toda la nación concluyó que las adicciones a los opiáceos son enfermedades del cerebro y trastornos médicos que en realidad sí pueden tratarse eficazmente. Recomendó firmemente (1) mayor acceso a los programas de tratamiento de mantenimiento a base de metadona para las personas que están adictas a la heroína y otras drogas opiáceas; y (2) la eliminación de reglas federales y estatales, así como de otras barreras, que impiden acceso a estos programas. También recalcó la importancia de ofrecer orientación psicológica contra el abuso de sustancias, terapéuticas sicosociales y otros servicios de respaldo al paciente, que fomenten la retención y el éxito de los programas de tratamiento de mantenimiento a base de metadona. La declaración completa del grupo de expertos puede obtenerse llamando al 1-888-NIH-CONSENSUS (1-888-644-2667) o visitando el sitio del programa de fomento de consenso del NIH en la telaraña mundial en <http://consensus.nih.gov>.

La Metadona, un medicamento opiáceo sintético que obstaculiza los efectos de la heroína durante unas 24 horas, tiene una historia de éxitos probados cuando se receta en concentraciones suficientemente altas para las personas adictas a la heroína. El LAAM, que también es un fármaco opiáceo sintético para tratar la heroínomanía, puede impedir los efectos de la heroína hasta 72

horas. Otros productos aprobados son la naloxona, que se utiliza para tratar los casos de dosis excesivas, y la naltrexona, que obstruyen los efectos de la morfina, la heroína y otros opiáceos. También se están estudiando otros medicamentos utilizados en los programas de tratamiento contra la heroína.

Hay muchos tratamientos de la conducta eficaces contra la heroínaomanía. Estos pueden incluir métodos residenciales y ambulatorios. Varias terapéuticas nuevas de la conducta están resultando especialmente prometedoras contra este tipo de adicción.

La terapia de manejo de situaciones imprevistas utiliza un sistema basado en el concepto del vale, donde el paciente gana "puntos" por tener resultados negativos en los análisis que determinan si ha usado drogas, y puede cambiarlos por artículos que fomentan una vida sana. Las intervenciones de la conducta cognoscitiva se han ideado para ayudar a modificar el pensamiento, las esperanzas y los comportamientos del paciente y para aumentar su habilidad de hacerle frente a varios factores causantes de tensión nerviosa en la vida.

El Perfil estatal de abuso de alcohol y drogas,\* es una encuesta sobre recursos, servicios, y necesidades relacionadas con el abuso del alcohol y las drogas en los Estados Unidos. Esta información indica que, en 1995, el abuso de heroína ocupó el segundo lugar entre las causas responsables por el mayor número de ingresos en programas de tratamiento antidrogas subvencionados por el estado. En Puerto Rico, California, Connecticut, Maryland, Massachusetts, New Jersey, Rhode Island y Washington, fue la principal droga de abuso mencionada por los nuevos pacientes sometidos a tratamiento por drogadicción en programas subvencionados por el estado.

### **Medicamentos para el Dolor**

El dolor es una de las razones más comunes que hace que la gente vaya al doctor. Durante mucho tiempo, los médicos se han enfrentado a un

dilema cuando tratan el dolor: ¿Cómo puede un médico aliviar el sufrimiento del paciente y al mismo tiempo evitar la posibilidad de que el paciente se vuelva adicto a un medicamento opiáceo fuerte?

Hoy en día la profesión médica ha concluido que muchos doctores recetan muy poco calmante fuerte porque sobrestiman la posibilidad de que los pacientes se vuelvan adictos a estos calmantes, que comprenden a los opiáceos (de opio) como la morfina y la codeína, y a las sustancias naturales relacionadas por su estructura a la morfina. El término "opioides" se utiliza para describir la clase completa de sustancias químicas (sintéticas y naturales) que tienen una estructura similar a la morfina. Aunque estas drogas llevan el riesgo extremo de adicción para muchas personas, muchos médicos no están conscientes de que estas drogas muy raramente se abusan cuando se utilizan para propósitos medicinales.

De acuerdo a varios estudios, cuando los médicos limitan los calmantes, miles de pacientes sufren sin necesidad. Este dilema sobre la prescripción de calmantes fuertes continúa mientras los investigadores buscan nuevas maneras de controlar el dolor. Los investigadores auspiciados por NIDA están encabezando la búsqueda de nuevos calmantes que sean eficaces y no adictivos.

El opio, jugo amargo y seco de la adormidera, se ha utilizado durante siglos para aliviar el dolor. Las propiedades analgésicas del opio vienen de la morfina, que es el componente activo principal del opio.

En los años 1970 y 1980, los investigadores descubrieron sustancias similares a la morfina que ocurren naturalmente en el cuerpo, los péptidos opioides endógenos.

Sin embargo, los efectos secundarios debilitantes que los medicamentos opiáceos pueden producir, como náusea, sedación, confusión y



estreñimiento, limitan su eficacia y contribuyen a la necesidad de utilizar otros analgésicos.

Los investigadores auspiciados por el NIDA están abordando esta necesidad a través de varios métodos experimentales. Estos comprenden:

el desarrollo de compuestos opioides, derivados sintéticos de opiáceos, que promueven el alivio del dolor sin producir la euforia, u "onda," que lleva a la adicción; el desarrollo de "compuestos promotores" que realzan los efectos calmantes de dolor de los opioides, de forma que se pueda usar dosis más pequeñas; y el desarrollo de analgésicos no opioides que funcionan por medio de diferentes procesos para calmar el dolor y supuestamente no producirán los efectos secundarios adversos de los opioides.

Años de investigación han descubierto tres categorías de opioides: agonistas, como el Demerol y la metadona, que imitan los efectos de opioides endógenos; antagonistas, como la naloxona, que bloquean ciertos efectos de los opioides; y agentes opioides agonistas-antagonistas combinados, como buprenorfina y nalbufina, que activan y bloquean los efectos específicos opioides. Estos agonistas parciales-buprenorfina y nalbufina- minimizan los efectos secundarios negativos de los agonistas, incluso sedación, problemas respiratorios y posibilidad de abuso, al mismo tiempo que alivian el dolor.

Los opiáceos, como la morfina y la codeína, y los opioides, como el Demerol y el fentanilo, funcionan imitando a los péptidos opioides endógenos, sustancias químicas calmantes producidas en el cuerpo. Estos péptidos enlazan químicamente a los receptores opiáceos, activando los sistemas calmantes del dolor en el cerebro y la médula espinal. Pero los opioides pueden provocar efectos secundarios desagradables como náusea, sedación, confusión y estreñimiento. Con el uso prolongado de los opiáceos y los opioides, el individuo comienza a tolerar más las drogas, a requerir mayores dosis y a depender físicamente de la droga.

En los últimos años, la investigación ha mostrado que el temor de los doctores de que los pacientes se vuelvan adictos a los medicamentos para el dolor, que se conoce como "opiofobia", no tiene fundamento alguno. Los estudios indican que la mayoría de los pacientes que reciben opioides para el dolor, hasta aquellos que están recibiendo terapia a largo plazo, no se vuelven adictos a estas drogas. Los pocos pacientes que desarrollan una tolerancia rápida y marcada y adicción a los opioides son generalmente aquellos que tienen una historia de problemas psicológicos o de abuso previo de sustancias.

Un estudio encontró que solamente cuatro de más de 12.000 pacientes que recibieron opioides para dolores agudos se volvieron toxicómanos en realidad. Hasta la terapia a largo plazo tiene posibilidad limitada de llevar a la adicción. En un estudio de 38 pacientes con dolor crónico, la mayoría de los cuales recibieron opioides durante entre 4 y 7 años, solamente 2 pacientes verdaderamente se volvieron drogadictos y ambos tenían antecedentes de abuso de drogas.

El problema de la subprescripción de opiáceos y opioides y el sufrimiento innecesario que la acompaña para millones de pacientes ha provocado una reacción oficial. En 1992 la Agencia Federal de Política e Investigación en Materia de Salud emitió pautas para el tratamiento del dolor. Las recomendaciones alientan a los profesionales de la salud a no hacerle caso a los mitos sobre la adicción a los medicamentos para el dolor y a cesar la restricción sin fundamento de la distribución de calmantes opioides. Las pautas también recomiendan mayor uso de "bombas" intravenosas de drogas, que permiten a enfermeras o a los mismos pacientes a controlar la distribución y la dosis de la droga que se está tomando. Seguir estas pautas, dijo la agencia, no sólo aliviaría el sufrimiento innecesario sino que también aceleraría recuperación de los pacientes y reduciría la estadía en el hospital y sus costos.

## **Metanfetamina**

La metanfetamina es una droga estimulante adictiva que activa mucho ciertos sistemas del cerebro. Guarda una estrecha relación química con la anfetamina, pero su efecto en el sistema nervioso central es mayor. Ambos productos tienen algunos usos médicos, sobre todo para el tratamiento de la obesidad, pero su uso terapéutico es limitado.

La metanfetamina se fabrica en laboratorios ilegales y hay una alta probabilidad de que se abuse y se dependa de ella. El producto vendido en la calle se conoce por muchos nombres, tales como "speed", "meth" y "chalk" (anfetam, meta y tiza). El clorhidrato de metanfetamina consiste en cristales transparentes en pedazos parecidos al hielo, que se pueden inhalar al fumarlos y se llaman "ice", "crystal" y "glass" (hielo, cristal y vidrio).

### *Peligros para la salud*

La metanfetamina libera altos niveles del neurotransmisor llamado dopamina, que estimula las células cerebrales y mejora el estado de ánimo y los movimientos del cuerpo. También parece tener un efecto neurotóxico, ya que daña las células cerebrales que contienen dopamina y serotonina, otro neurotransmisor. Con el tiempo, la metanfetamina parece reducir los niveles de dopamina, lo que puede resultar en síntomas similares a los de la enfermedad de Parkinson, un trastorno grave del movimiento.

La metanfetamina se toma por vía oral o intranasal (inhalación del polvo), se inyecta por vía intravenosa y se fuma. Inmediatamente después de la inhalación o la inyección intravenosa, el usuario experimenta una intensa sensación inicial, conocida como "rush" o "flash" (arrebato o fogonazo) que dura algunos minutos y se dice que es sumamente placentera. El uso oral o intranasal produce euforia, es decir, un estímulo, pero no una sensación intensa. Los usuarios de este producto pueden convertirse rápidamente en adictos y usarlo con más frecuencia y en dosis cada vez mayores.

Algunas investigaciones hechas con animales durante más de 20 años muestran que las altas dosis de metanfetamina dañan las terminaciones de las neuronas. Las neuronas que contienen dopamina y serotonina no se mueren después del uso de metanfetamina, pero sus terminaciones (terminales) se recortan y parece que el proceso de volver a crecer es limitado.

La acción que tiene en el sistema nervioso central el consumo aun de pequeñas cantidades de metanfetamina incluye prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, reducción del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria, hipertermia y euforia. Otros efectos en ese mismo sistema incluyen irritabilidad, insomnio, confusión, temblores, convulsiones, ansiedad, paranoia y agresividad. La hipertermia y las convulsiones pueden causar la muerte.

Además, la metanfetamina aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión arterial y puede causar lesión irreversible de los vasos sanguíneos cerebrales, por lo que produce derrames cerebrales. Otros de sus efectos incluyen problemas respiratorios, irregularidad de los latidos del corazón y anorexia extrema. Su uso puede ocasionar colapso cardiovascular y la muerte.

Un estudio realizado en Seattle confirmó que el uso de metanfetamina estaba generalizado entre las poblaciones homosexuales y bisexuales de la ciudad. De estos grupos, aquellos que usaban metanfetamina declararon que tienen costumbres sexuales y de uso de agujas que los exponen al riesgo de contraer y transmitir el VIH y el SIDA.

### **Fenciclicina (PSD)**

La PCP (fenciclidina) se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso. El uso de la PCP en seres humanos se discontinuó en 1965 por

haberse descubierto que los pacientes se mostraban a menudo agitados, delirantes e irracionales mientras se recuperaban de sus efectos anestésicos. La PCP se fabrica ilegalmente en laboratorios y se vende en la calle con los nombres de angel dust, ozone, wack y rocket fuel (polvo de ángel, ozono, chifladura y combustible de cohete). Killer joints y crystal supergrass, (superhierba cristal y porros mortales) son nombres vulgares que se refieren a la combinación de PCP y marihuana. La variedad de nombres vulgares de la PCP refleja sus efectos extraños y volátiles.

La PCP es un polvo blanco cristalino que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un sabor químico amargo distintivo. Se puede mezclar con facilidad con colorantes y se vende en el mercado de drogas ilícitas en forma de diversas clases de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Por lo general, hay tres formas de uso: se inhala, se fuma o se come. Para fumarla se suele aplicar a hojas de plantas, como menta, perejil, orégano o marihuana.

#### *Peligros para la salud*

La PCP es adictiva; o sea, su uso suele llevar a la dependencia psicológica, ansias de usar la droga y comportamiento caracterizado por la búsqueda compulsiva de la sustancia. La PCP se introdujo como droga de venta en la calle en los años sesenta y adquirió rápidamente la fama de que causaba reacciones adversas y no valía la pena el riesgo. Muchas personas, después de usar esta droga una vez, no volverán a usarla a sabiendas. Sin embargo, otras la usan de una forma constante y regular. Algunos persisten en el uso de PCP debido a sus propiedades adictivas. Las razones aducidas a menudo por los usuarios como factores del uso continuo de PCP son la sensación de fuerza, poder e invulnerabilidad y un efecto insensibilizante en la mente.

Muchos usuarios de PCP llegan a las salas de urgencia como consecuencia de los efectos psicológicos desagradables o de dosis excesivas de la droga. En el ambiente del hospital o de la cárcel, a menudo se ponen violentos o suicidas

y constituyen un verdadero peligro para otros y para sí mismos. Deben mantenerse en un ambiente de calma y no se deben de dejar solos.

Con dosis bajas o moderadas, los efectos fisiológicos de la PCP incluyen leve aumento de la frecuencia respiratoria y elevación más pronunciada de la tensión arterial y la frecuencia del pulso. La respiración es superficial y ocurren rubor y sudor profuso. También puede haber adormecimiento generalizado de las extremidades y falta de coordinación muscular. Los efectos psicológicos incluyen marcados cambios en las sensaciones del cuerpo, similares a los relacionados con la intoxicación etílica. El uso de PCP por adolescentes puede obstaculizar la producción de hormonas del crecimiento y desarrollo normales y el proceso de aprendizaje.

Con dosis elevadas, se reducen la tensión arterial, la frecuencia del pulso y la respiración. Esto puede ir acompañado de náusea, vómito, visión borrosa, movimiento rápido de los ojos hacia arriba y hacia abajo, babeo, pérdida del equilibrio y mareo. Los efectos psicológicos de las dosis elevadas incluyen impresiones falsas y alucinaciones. La PCP puede causar efectos similares a todos los síntomas de esquizofrenia, como delirio, paranoia, confusión mental, sensación de distancia del medio circundante y catatonía. A menudo, la persona habla poco y de una manera incomprensible.

Las personas que usan PCP por períodos prolongados afirman que tienen pérdida de la memoria, dificultad para hablar y pensar, depresión y pérdida de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usar PCP. También se han notificado trastornos emocionales. La PCP tiene efectos sedantes y la interacción con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas, puede causar coma o dosis excesiva por accidente.

## **LSD**

La LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es una de las principales drogas en la categoría de alucinógenos. La LSD fue descubierta en 1938 y es una de las sustancias químicas más potentes entre las que alteran el estado de ánimo. Se fabrica a partir del ácido lisérgico, encontrado en el argot, un hongo que crece en el centeno y otros cereales.

La LSD, comúnmente llamada "ácido", se vende en la calle en tabletas, cápsulas y, a veces, en líquido. Es inodora, incolora y tiene un sabor ligeramente amargo. Suele ingerirse por la boca. Con frecuencia, la LSD se agrega a papel absorbente, como papel secante, y se divide en pequeños cuadrados decorados, cada uno de los cuales constituye una dosis.

La Administración para el Control de Estupefacientes (DEA) reporta que la potencia de las muestras de LSD obtenidas actualmente de fuentes ilícitas varía de 20 a 80 microgramos de LSD por dosis. Esto es mucho menos que las concentraciones reportadas durante la década de los 60 y comienzos de los 70, cuando la dosis por unidad variaba de 100 a 200 microgramos o más.

### *Peligros para la salud*

Los efectos de la LSD son impredecibles. Dependen de la cantidad ingerida, la personalidad, el estado de ánimo y las expectativas del usuario, y el medio ambiente en que se use la droga. Por lo general, el usuario siente los primeros efectos de la droga de 30 a 90 minutos después de tomarla. Los efectos físicos incluyen dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, sudor, inapetencia, insomnio, sequedad en la boca y temblores.

Las sensaciones y los sentimientos cambian mucho más drásticamente que los signos físicos. Es posible que el usuario sienta distintas emociones a la vez o pase rápido de una emoción a otra. Si se toman dosis altas, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. El sentido del tiempo y de sí mismo

cambia en el usuario. Las sensaciones parecen "cruzarse" y dan al usuario la idea de oír los colores y ver los sonidos. Estos cambios pueden ser atemorizantes y causar pánico.

Los usuarios dan el nombre de "viaje" a su experiencia con la LSD y de "mal viaje" a las reacciones adversas agudas. Estas experiencias son prolongadas; por lo general, comienzan a desaparecer al cabo de unas 12 horas.

Muchos usuarios de LSD tienen "flashbacks" o recurrencias de experiencias sin haber ingerido la droga de nuevo. Una recurrencia ocurre súbitamente, sin previo aviso y puede ocurrir desde unos días, hasta un año después del uso de LSD. Los "flashbacks" ocurren en personas que han utilizado halucinógenos en forma crónica o que tienen problemas de personalidad. Sin embargo, personas que no tienen otros problemas de salud, pueden también experimentar "flashbacks." Los "viajes malos" y las recurrencias son solo parte de los riesgos del uso de LSD. Los usuarios de la LSD pueden manifestar psicosis relativamente prolongadas, tales como esquizofrenia o depresión severa. Es difícil determinar el alcance y el mecanismo de relación de la LSD con estas enfermedades.

Casi todos los usuarios de LSD disminuyen o abandonan voluntariamente su uso con el tiempo. La LSD no se considera una droga adictiva, ya que no causa un comportamiento compulsivo tendiente a la búsqueda de drogas como sucede con la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el alcohol y la nicotina. Sin embargo, como muchas de las drogas adictivas, la LSD produce tolerancia, de manera que algunos usuarios constantes deben tomar dosis cada vez mayores para lograr el estado de intoxicación previo. Esta es una práctica sumamente peligrosa, dada la naturaleza impredecible de los efectos de la droga.

Triptaminas



2C-B: Sintetizada por primera vez en 1973 por el Dr. Shulgin dicen que es una droga muy potente. Sus efectos duran de cuatro a ocho horas y son parecidos a una mezcla de LSD y éxtasis. Tiene fama de ser un potente afrodisíaco. En Estados Unidos se prohibió en 1993, incluyéndose en la lista de drogas ilegales de primera categoría, pero enseguida aparecieron versiones adulteradas en el mercado negro, bajo los nombres de Nexus o Afro, que produjeron casos de intoxicación aguda.

DMT: Conocida como "Trip del ejecutivo" por su fugaz efecto que permite a quién se la toma, sumirse en un trance durante cinco o diez minutos y volver después a la normalidad. Provoca visiones tan intensas que resulta difícil mantenerse en pie o mantener una conversación coherente.

DOM o STP: (Serenidad, tranquilidad, paz). Otra fenetilamina sintética descubierta por Shulgin en 1963. Se dice de ella que es la droga visionaria más potente que existe. Sólo 2 ó 3 miligramos son suficientes para provocar un estado de ensimismamiento. En dosis elevadas (de 7 a 10 mg), el efecto puede durar un día entero. Se caracteriza por dar una gran estimulación general y la capacidad de concentrarse en cualquier cosa o idea. Puede provocar fases de terror, episodios paranoicos y otros trastornos psicóticos. Lo más habitual es encontrarla sobre papel secante, al estilo de los "tripsis".

### **Extasis**

El éxtasis o MDMA o Adán, XTC, X, E, pastillas, pastis, pirulas, es la 3,4-metilendioxitmetanfetamina. Es la droga de síntesis que más ha visto incrementado su consumo durante la década de los 90. Se presenta en pastillas que no superan el tamaño de una aspirina, aunque también puede distribuirse en polvo, generalmente de color rosáceo, blanco, amarillo o azul.

Es activo en humanos a partir de los 75 a 100 mg (1 mg/kg de peso), y comienza a producir efectos en menos de media hora, la mayoría de los

cuales desaparecen entre las cuatro y seis horas, según la tolerancia. Pueden adquirirse por un precio comprendido entre los 6 y los 24 euros.

Sus consumidores pretenden facilitar la comunicación y las relaciones personales y conseguir una sensación de euforia, disminuyendo el cansancio, el hambre o la sed.

Cuando se consume éxtasis no se puede beber alcohol, ya que puede desencadenar un cuadro conocido como golpe de calor, con alto riesgo de deshidratación. Se han registrado casos en los que el consumidor sufre taquicardia, mareos, vómitos, calambres, nerviosismo e incluso paranoia. Para reducir el riesgo de padecer este síndrome, sólo deben ingerir agua. Además, y como consecuencia de su consumo, pueden persistir una serie de efectos residuales, tales como insomnio, agotamiento, depresión, irritabilidad, cefalea y dolores musculares, que desaparecen tras ingerir una nueva dosis.

## EVA

Existen otros derivados anfetamínicos cuya estructura química está estrechamente relacionada con la del MDMA. Entre ellos, cabe destacar la 3,4-metilenodioxietilamfetamina (MDEA o Eva) que se caracteriza por poseer una actividad psicotrópica similar a la MDMA, si bien sus efectos ocurren más rápidamente y son de duración más corta. En cuanto a sus efectos tóxicos, también produce neurotoxicidad sobre el sistema serotoninérgico y, en lo que se refiere a la temperatura corporal, induce hipertermia.

Se consume en pastillas que por una cara suelen llevar grabada la palabra Eva y, por otra, la dosis activa (unos 130 mg). Su precio es similar al del éxtasis, vendiéndose como si lo fuera en muchas ocasiones. Es la que menos altera la percepción de su consumidor, pero la que más estimula el sistema nervioso central. Asimismo, es la más parecida a la anfetamina y la que menos efectos secundarios presenta.

## PILDORA DEL AMORA

El MDA o píldora del amor se sintetizó en Alemania en 1910 y combina los efectos de la anfetamina y L3 mescalina. Parece mostrar mayores efectos alucinógenos y una toxicidad superior al éxtasis. Con su consumo se pretende producir euforia y aumentar la sociabilidad. Tiene fama de ser afrodisíaca, a lo que debe su nombre, aunque este efecto nunca ha sido comprobado científicamente. Se presenta en cápsulas de 200-300 mg, y su vía de administración es oral. El efecto tiene lugar a los 30-60 minutos de la ingestión y dura hasta 10 horas.

Dosis superiores a los 300 mg pueden producir midriasis, hiperactividad, aumento de la salivación, piloerección y, en casos graves, rigidez, convulsiones, fallo respiratorio y muerte.

## SPEED

El speed es el clorhidrato de metanfetamina, un derivado químico de la feniletilamina (anfetamina). Además de speed, la metanfetamina es conocida frecuentemente como hielo, shabu, meth o chalk.

La metanfetamina es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua o licor. Esta sustancia se puede encontrar en muchas formas diferentes, pudiendo ser fumada, inhalada, ingerida o inyectada.

Fue en la década de los 80 cuando el hielo comenzó a ser usado por vía inhalada. El clorhidrato de D-metanfetamina (cristal o hielo) es la Metanfetamina en forma de base libre y usualmente se consume fumado. Su creciente popularidad puede atribuirse a su rápida absorción, la cual produce efectos clínicos inmediatos comparables a los producidos por la administración de sustancias por vía intravenosa. De este modo, los usuarios

reportan los efectos más intensos en aproximadamente 30 minutos. El cristal puede ser sintetizado por medios químicos de bajo costo y relativamente accesibles, utilizando el método de reducción de efedrina.

Si la droga es inhalada o se toma por vía oral, la sensación de euforia es menos intensa que cuando se administra por vía intravenosa, sintiendo una intensa sensación llamada flash, que sólo dura unos pocos minutos y que se describe como un placer extremo. Las dosis usadas por los usuarios como droga recreativa oscilan entre 0,15 y 0,56 mg/l.

La acción de la metanfetamina sobre el sistema nervioso central produce, como el resto de derivados anfetamínicos, sensación de euforia, disminuye la sensación de cansancio, incrementa la actividad física, mejora la capacidad de concentración, disminuye el apetito, incrementa el ritmo respiratorio y produce hipertermia. A pesar de estos efectos aparentemente beneficiosos, también existen los riesgos típicos de estas sustancias.

La metanfetamina provoca un incremento del gasto cardiaco y de la presión arterial, pudiendo causar daño vascular irreversible en el cerebro. Además, es característico el incremento súbito de la temperatura corporal, producido por la acción vasoconstrictora de la droga, que puede originar el clásico golpe de calor.

El abuso crónico puede dirigir al usuario a un comportamiento psicótico, caracterizado por paranoia intensa, alucinaciones visuales y auditivas, y rabia incontrolable que puede transformarse en un comportamiento extremadamente violento. Produce un síndrome de abstinencia no muy evidente, caracterizado por depresión, agitación, fatiga, trastornos del sueño, apatía, confusión, irritabilidad, ansiedad, desorientación, agitación psicomotriz, mialgias, mioclonías, midriasis y tendencia a la autolisis.

POLVO DE ANGEL

La fenciclidina o polvo de ángel o PCP se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso. A mediados de los años 60, se dejó de utilizar debido a que producía en los pacientes intervenidos agitación, estados de delirio y conductas irracionales. Se trata de un polvo blanco, cristalino, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un sabor amargo distintivo y se puede mezclar con facilidad con colorantes. Se comercializa en forma de diversas clases de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Por lo general, se usa inhalada, fumada o ingerida. Para fumarla se suele aplicar a hojas de plantas, como menta, perejil, orégano o marihuana.

Los efectos del PCP en el cerebro inhiben la habilidad del usuario para concentrarse, pensar de forma lógica y articular. Ocurren cambios dramáticos en la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo. Algunos usuarios experimentan una euforia de leve a intensa, mientras que otros se sienten amenazados por el miedo, la ansiedad o el pánico.

Las personas que usan PCP de forma crónica afirman que tienen pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, depresión y pérdida de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usar PCP.

También se han notificado trastornos emocionales. Puede interactuar con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas, pudiendo incluso poner en peligro la vida del paciente.

## EXTASIS VEGETAL

Durante los últimos años han aparecido en el mercado unos productos a base de plantas medicinales comercializados con fines lúdicos. Entre otros, cabe destacar aquellos conocidos como éxtasis vegetal. Según los fabricantes, se trata de productos estimulantes de origen natural carentes de efectos secundarios, por lo que se han considerado una alternativa sana y segura al

éxtasis químico. Sin embargo, las sustancias que lo componen pueden resultar peligrosas y, por tanto, se debería tener precaución con su consumo.

El éxtasis vegetal son preparados de composición muy variable, constituidos por multitud de plantas y compuestos químicos. Se comercializa como comprimidos o cápsulas de atractivos colores, a un precio que ronda los 18 euros el envase de unos 10 comprimidos. Su venta se realiza a través de Internet, por correo o en Smart Shops, tiendas especializadas en la venta de productos estimulantes a base de plantas. Algunos de sus nombres comerciales más conocidos en España son Cloud 9, Herbal Bliss, Ritual Spirit, Herbal X, GWM, Rave Energy, Últimate Xphoria.

Todos los preparados conocidos como éxtasis vegetal tienen en común la presencia en su composición de las siguientes plantas:

- Plantas ricas en cafeína, como la nuez de cola, la guaraná o el té. La cantidad de cafeína presente en ellas oscila entre un 2-6%.
- Plantas con precursores anfetamínicos como la efedra, la bala o el cálamo aromático. La efedra y la bala contiene efedrina, una amina simpaticomimética muy similar a la noradrenalina. Por su parte, el cálamo aromático presenta asarona, entre cuyos metabolitos se encuentra la trimetilanfetamuta.
- Plantas de exclusivo control médico o farmacéutico como la pasiflora, el ginkgo o el ginseng.
- Plantas desconocidas en la tradición fitoterapéutica española como el kava-kava, la damiana, la salvia de los adivinos o el yohimbe.
- Finalmente, pueden aparecer sustancias químicas como la L-arginina, la fenilalanina o el ácido gammaaminobutírico.

El éxtasis vegetal es un estimulante de la corteza nerviosa debido a la presencia de cafeína y de análogos anfetamínicos, como la efedrina de la efedra o la asarona del cálamo aromático.

Aunque estos productos se han comercializado asegurando su seguridad y legalidad, se han recogido más de 800 reacciones adversas asociadas al

consumo de estos preparados. De estos 800 casos, 17 resultaron mortales, por lo que la Food and Drug Administration americana decidió prohibir la fabricación y comercialización de estas sustancias.

En una revisión sobre 140 casos de reacciones adversas en individuos consumidores de productos a base de efedra, recogidas por la FDA entre 1997 y 1999, se estableció que en el 31 % de los casos existía una relación de causalidad directa entre el consumo de efedra y la reacción adversa, mientras que en otro 31% era muy posible que estuviera relacionado. De estas reacciones adversas, el 47% era de índole cardiovascular (hipertensión, palpitaciones, taquicardia, ictus) y el 18%, de tipo nervioso (convulsiones, insomnio). De los 140 casos, 10 fueron mortales y 13 produjeron una incapacidad permanente del individuo.

Debido a la presencia de sustancias estimulantes, el éxtasis vegetal está contraindicado en caso de trastornos cardiovasculares como hipertensión, insuficiencia cardíaca o insuficiencia coronaria. Las bases xánticas, la efedrina, el ginseng y la yohimbina del yohimbe presentan unos efectos cronotrópicos y vasoconstrictores que pueden empeorar los cuadros, pudiendo producir crisis de hipertensión o infarto de miocardio.

Tampoco se debe utilizar en caso de que el individuo presente ansiedad o insomnio, ya que todas estas sustancias pueden agravar las crisis de angustia.

Además, es peligrosa su utilización en caso de diabetes. La efedrina puede elevar la glucemia, por lo que el consumo de esta droga por enfermos diabéticos puede originar una grave hiperglucemia. Por su parte, el ginseng tiene un efecto hipoglucemiante, por lo que puede producir una hipoglucemia severa.

Estas plantas presentan interacciones con medicamentos, algunas de las cuales pueden resultar importantes. Las bases xánticas, la efedrina, el

ginseng y la yohimbina pueden potenciar los efectos y la toxicidad de los digitálicos debido a sus efectos inotrópicos. En caso de tratamiento con IMAOs, estos productos pueden aumentar la excitabilidad producida por estos fármacos debido a su efecto estimulante nervioso y a los efectos simpaticomiméticos indirectos de la efedra y la yohimbina. Por tanto, se pueden provocar crisis hipertensivas al aumentar la liberación de catecolaminas. Igualmente, en pacientes diabéticos sometidos al tratamiento con sulfonilureas o insulina se pueden potenciar los efectos y producir una hipoglucemia. Por su parte, la efedrina antagoniza los efectos de dichos fármacos y puede generar un coma hipoglucémico. También es muy frecuente el consumo de estas drogas con alcohol. El éxtasis vegetal puede potenciar los efectos depresores del alcohol y llegar a producir una depresión respiratoria.

El uso, y sobre todo el abuso de estas sustancias, puede dar lugar a reacciones adversas como nerviosismo, temblores, insomnio, excitabilidad, cefaleas, náuseas, vómitos, dolor abdominal, úlcera gastroduodenal, hemorragias, taquicardia o hipertensión. En algunos casos pueden aparecer reacciones alérgicas caracterizadas por prurito o erupciones eritematosas.

### **GHB (Éxtasis Líquido)**

En realidad, el GHB (gamma-hidroxibutirato), aunque es conocido como éxtasis líquido, nada tiene que ver con el MDMA. Se trata de un metabolito fisiológico derivado del GABA, que se aisló investigando acerca de este neurotransmisor y que se encuentra en todos los tejidos del organismo, sobre todo en el cerebro. Es un líquido incoloro, inodoro y con un cierto sabor salado.

Cuando se descubrió esta sustancia, se le atribuyeron una serie de aplicaciones terapéuticas:

- Narcolepsia.
- Tratamientos de drogodependencia (alcoholismo, adicción a la heroína y síndrome de abstinencia).



- Anestésico intravenoso.
- Ayuda al parto (disminuye el dolor y aumenta la dilatación del cuello del útero).

Los efectos que se han observado con el consumo de esta droga son relajación y somnolencia. Con dosis de 10 mg/kg de peso produce hipotonía y anestesia.

Si la dosis es de 20-30 mg/kg, el GHB produce adormecimiento y sueño y cuando alcanza los 50-70 mg/kg puede desencadenar un estado hipnótico y causar bradicardia y bradipnea. Dosis más altas aumentan la depresión cardiopulmonar y comportan el riesgo de mioclonias y actividad epileptógena. El problema de esta droga radica en que es líquida y la dosificación no es tan exacta como en el caso de las pastillas.

Las sobredosis son muy corrientes, pudiéndose llegar a estados de coma y muerte. Los efectos aparecen al cabo de cinco o diez minutos de la ingestión y habitualmente se prolongan de una hora y media a tres horas, aproximadamente.

### **Rohypnol**

Rohypnol, el nombre comercial del flunitracepam, ha sido motivo de preocupación durante los últimos años debido a su abuso como la droga de "date rape" (violación que ocurre durante una cita.). Sin saberlo, algunas personas reciben la droga que, al mezclarse con alcohol, puede incapacitar a la víctima y hacerle imposible resistir la agresión sexual. Además, el Rohypnol puede ser mortal cuando se mezcla con alcohol u otros depresores. El Rohypnol produce efectos sedativos e hipnóticos que incluyen relajación muscular y amnesia; también puede producir dependencia física y psicológica. En Miami, uno de los primeros sitios donde se abusó del Rohypnol, los centros de control de envenenamiento informan que ha habido un aumento en las convulsiones por abstinencia entre las personas adictas al Rohypnol.

El uso del Rohypnol no está aprobado en los Estados Unidos y su importación está prohibida. El uso ilícito del Rohypnol comenzó en Europa en los años 70.

La droga empezó a aparecer en los Estados Unidos a principios de los 90, donde se conoce como "rophies," "roofies," "roach" y la droga de "date rape".

Otra droga muy similar se está vendiendo ahora como "roofies" en Miami, Minnesota y Texas. Esta droga es clonacepam, y se vende en el mercado estadounidense como Klonopin y en México como Rivotril. A veces se abusa de ella para intensificar los efectos de la heroína y otros opiáceos. Con base en información de las salas de admisión de los servicios de urgencias, Boston, San Francisco, Phoenix y Seattle parecen tener las mayores tasas de uso de clonacepam.

## CUESTIONARIO 6

Realice una tabla comparativa con los siguientes elementos:

Nombre de la droga	Forma de consumo	Efectos	Tratamiento

## Capítulo 7

# Principios Bíblicos para la Prevención del Drogas utilizando Habilidades para Vivir

### Introducción

Cuando realice una encuesta entre varios estudiantes de teología de nivel de maestría y profesores del Miami Internacional Seminary (MINTS) que son pastores o líderes en sus congregaciones se les preguntó ¿En su iglesia se ha enseñado sobre drogas? Un 80% de los mismos respondió que poco, 10% respondió que nada y un 10% respondió regular aclarando que se había tratado el tema en estudios bíblicos con los jóvenes (solamente). Al preguntárseles sobre si la Biblia hablaba sobre ello, mencionaron que sí y fueron capaces incluso de dar toda una serie de versículos bíblicos. Esto demuestra varias necesidades, la necesidad de que la misma iglesia cristiana se sume en el esfuerzo de la prevención de drogas; y la necesidad de que los pastores, líderes de iglesia y formadores de líderes cristianos conozcan cómo pueden realizar esto desde su posición dentro de una iglesia local.

El objetivo de este escrito es presentar una serie de principios bíblicos que puedan ser usados como guía de referencia para trabajar la temática de drogas desde una iglesia local. Estos principios pueden ser aplicados en sermones y enseñanzas a diversos miembros de la comunidad eclesiástica especialmente niños y jóvenes. Como se menciona anteriormente hubo una encuesta preliminar al realizar este escrito. Por medio de está sondeamos varios principios bíblicos que luego serán desarrollados en el presente capítulo.

Este escrito asume una perspectiva cristiana reconociendo la visión del mundo tal y como se observa desde las Sagradas Escrituras. Reconoce a la Biblia como autoridad y revelación de Dios dada a los hombres para guiarles

en su vida práctica. Parte de una antropología bíblica donde el hombre es esencialmente pecador y necesita la guía y dirección de Dios, un hombre que tiene una serie de habilidades dadas por su creador en función de que ha sido creado a imagen y semejanza de Dios.

Por otra parte, este escrito se va a centrar en lo que la Organización Mundial de la Salud ha llamado “Habilidades para la Vida”, un enfoque que busca el desarrollo de ciertas capacidades para poder enfrentarnos a los diversos retos que se nos presentan. En este caso se ha considerado una serie de habilidades para la vida que para el autor son las más importantes al hablar de la prevención de la drogadicción.

## **I. Las Habilidades para Vivir**

### **Definición**

Las “habilidades para vivir” (ing. “life skills”), también llamadas “destrezas para vivir” se refieren a aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos.

El término “*life skills*” (traducido a menudo al castellano por “habilidades para la vida”) surgió hace algunas décadas como respuesta a la necesidad de incluir en el currículo escolar elementos que pudieran ayudar a los alumnos a tomar decisiones y a hacer frente a riesgos y a situaciones de emergencia y de supervivencia que les pudieran tocar. “*Life skills*” se refería además a la necesidad de fomentar el desarrollo personal de los estudiantes, ayudarlos a desarrollar su potencial y a disfrutar de una vida privada y social exitosa. A menudo se hace referencia a este tipo de competencias específicas bajo el término “*psychosocial skills*”, o habilidades psicosociales. Más recientemente, se ha entendido el término *life skills* en el sentido de “capacidades” (saberes, habilidades, aptitudes, *savoirs-faire*, valores, actitudes, comportamientos) para enfrentar exitosamente a contextos y a

problemas de la vida cotidiana privada, social y profesional, así como a situaciones excepcionales<sup>1</sup>.

Botvin dice: “Creemos que el tipo más efectivo de programas de prevención n enseña a los niños un conjunto de aptitudes generales para la vida que pueden utilizar para hacerle frente a los problemas diarios que les presenta su vida de adolescentes. Al acrecentar su capacidad en cuanto a estas aptitudes no sólo reducimos sus motivaciones para consumir drogas, sino su vulnerabilidad, su susceptibilidad a las presiones externas. Además de aptitudes generales para la vida, también les impartimos información y destrezas relacionadas específicamente con el problema de la adicción a drogas. Por ejemplo, les enseñamos la forma de resistir eficazmente las presiones sociales, de resistir las presiones provenientes de los medios de información y las presiones de sus amigos; la forma eficaz de decir "no", de identificar y evitar las situaciones de alto riesgo en las que saben que pueden presionárseles para que consuman drogas.<sup>2</sup>”

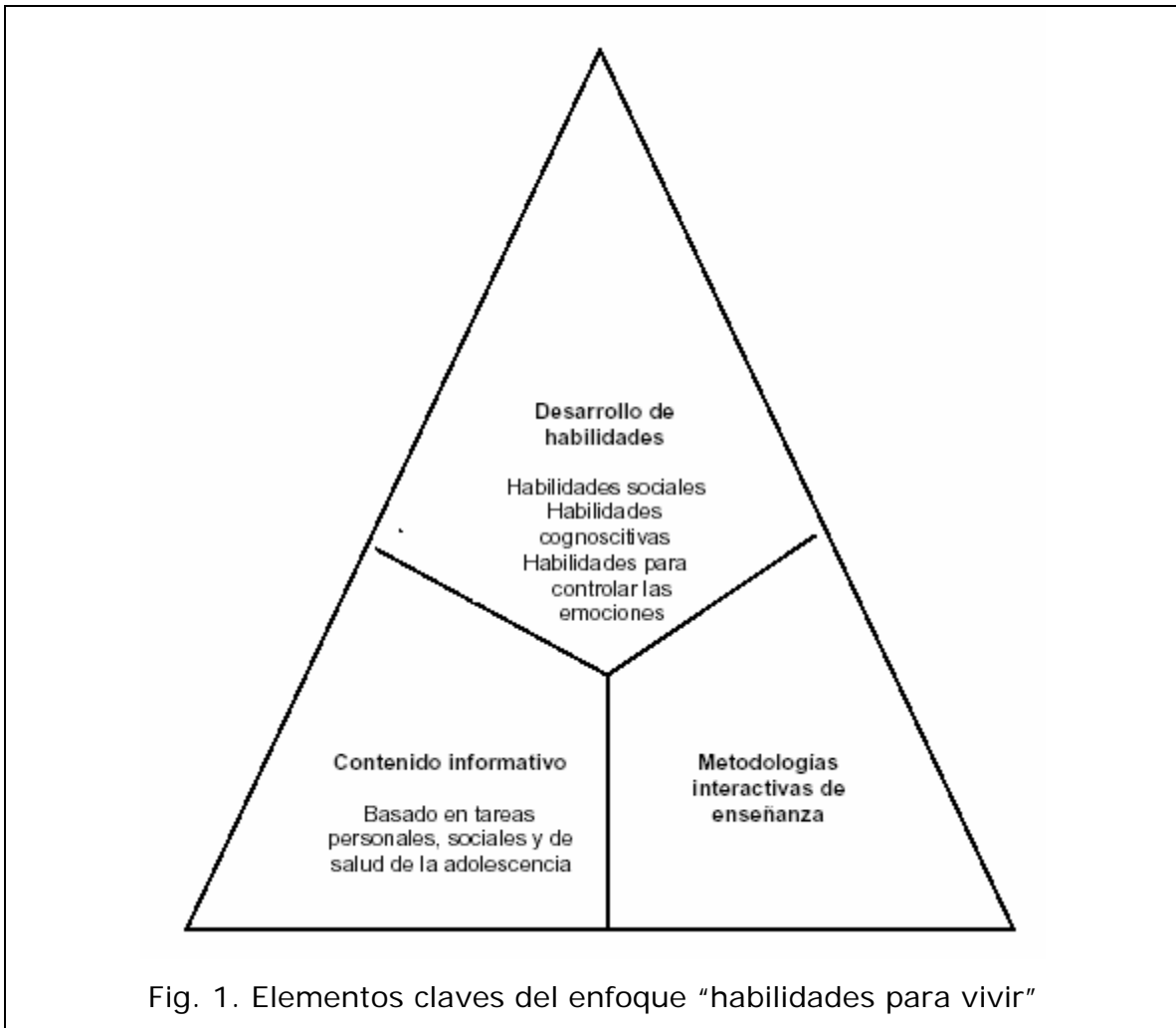
### **Elementos del programa**

El enfoque “Habilidades para vivir” es un modelo promovido por la Organización Mundial para la Salud (OMS) y es desarrollado de diversas maneras en países de Latinoamérica y el Caribe. Este modelo cuenta con tres elementos claves que son: desarrollo de habilidades, contenido informativo, y metodologías interactivas de la enseñanza. Estos pueden verse en la figura 1.

---

<sup>1</sup> [www.ibe.unesco.org/International/ICE47/Spanish/Organisation/Workshops/Workshop3compSPa.pdf](http://www.ibe.unesco.org/International/ICE47/Spanish/Organisation/Workshops/Workshop3compSPa.pdf)

<sup>2</sup> Periódico electrónico del Servicio Informativo y Cultural de Estados Unidos, Julio 1999, volumen 4, número 2. <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0799/ijgs/ijgs0799.htm>



### ¿Cuáles son las habilidades para vivir?

Según la definición de "habilidades para vivir" éstas podrían ser innumerables, por lo que en este escrito se tomarán un grupo de ellas las cuáles el escritor considera que son esenciales en lo que se refiere a la temática de drogas.

Entre las habilidades para la vida consideradas están:

- a. Habilidad para tomar decisiones (tomar responsabilidad, comprender las consecuencias de las acciones y determinar soluciones alternas para los problemas).

- b. Habilidad para comunicarse en forma afectiva y efectiva.
- c. Habilidad para pensar en forma crítica (analizar la información y experiencia de manera objetiva, evaluar los factores que nos influyen en nuestras vidas)
- d. Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales.
- e. Habilidad para conocerse a sí mismo.
- f. Habilidad para establecer empatía (caminar en los zapatos del otro)
- g. Habilidad para manejar las propias emociones.

### **Eficiencia de este enfoque**

Según investigaciones realizadas en Estados Unidos por Gilbert Botvin<sup>3</sup> este enfoque:

- Reduce el consumo de el consumo de sustancia de un 50% a un 87%
- Reduce el consumo de drogas por un periodo de hasta 6 años
- Reduce el uso de drogas sintéticas

Todos ellos en diversos contextos culturales, lo que habla de la efectividad de este enfoque de prevención.

## **II. Principios Bíblicos para las Habilidades para la vida**

Dicen las Sagradas Escritura que realmente no hay nada nuevo debajo del sol (Ec 1:9). Estás llamadas "habilidades para vivir" realmente siempre han existido, simplemente hoy los teóricos vienen a agruparlas y a redefinirlas con un propósito preventivo. Dios en la Biblia ya nos había

---

<sup>3</sup> Botvin, Gilbert. Substance Abuse Prevention Programs: A Life Skills Approach, p.26



dejado diversos principios para regir nuestras conductas y vidas, que nos permiten alejarnos y resistir la tentación (llámese en este caso adicción a las drogas – legales o ilegales). A continuación defino las habilidades antes citadas, y muestro como hay principios bíblicos en las Escrituras que ya nos hablan de ello. Estos principios pueden guiar la intervención de los pastores y líderes cristianos al trabajar en la prevención de drogas.

### **Habilidad para tomar decisiones**

Esta habilidad ayuda a tomar responsabilidad por nuestras acciones, evaluando las diferentes alternativas con que contamos y las consecuencias que podrían tener.

1. Las personas pueden escoger caminos que llevan por buenos o malos caminos. Pr 12:15.
2. Hay caminos que pueden parecer buenos al ser humano pero tienen malas consecuencias. Pr 14:12
3. Examinar las propias acciones. Pr 4:26.
4. Pensar y evaluar alternativas. Pr 19:2; Lc 14:31-32.
5. Las acciones escogidas tienen sus consecuencias sean positivas o negativas. Ga 6:7; Ex 32:33; Dt 28:1-10; 2 Sm 12:1-18; Sal 119:97-105; Pr 2:1-5; Pr 3:5-8; Ez 18:20; Lc 15:11-32; Ro 6:23; 1 Tm 6:20-21.
6. Cada uno carga su propia responsabilidad. Ez 18:20; Jn 9:2-3.
7. Las acciones de los padres traen consecuencias para los hijos. Ex 20:5-6; Dt 7:9.
8. Abstenerse de ciertas cosas trae recompensas mejores a largo plazo. 1 Co. 9:25.
9. La Escritura muestra consejos para las mejores decisiones. Sal 119:9.
10. Reconocer que Dios tiene un plan para nuestras vidas. Jer 29:11; Sal 32:8.

La Biblia está llena de ejemplos de que nuestras acciones tienen sus consecuencias, y que cada uno debe asumir su propia responsabilidad. Uno de los ejemplos más claros es el del rey David, este después de haber cometido adulterio con Betsabé y manda a matar a su esposo Urías, la primera consecuencia es que muere el niño (sin hablar de la consecuencia del embarazo), luego de ello se ve como esto le acarrea el haber perdido autoridad moral y como sus hijos se inclinan hacia el mal (Amnón viola a su medio hermana, Absalón asesina a su hermano Amnón y el mismo Absalón trata de suplantar como rey a David).

### **Habilidad para comunicarse en forma afectiva y efectiva**

La capacidad de expresarnos de manera adecuada tanto en forma verbal como no verbal. Tiene que ver con la habilidad de expresar lo que sentimos y pensamos en situaciones particulares especialmente en momentos donde se puede estar irrespetando nuestra dignidad.

1. Hay que expresar lo que queremos de maneras adecuadas. Pr. 25:11; Col 4:6.
2. Las personas que hablan de manera adecuada son bien recibidas a diferencias de aquellos que lo hacen en forma inadecuada. Pr. 12:18.
3. La comunicación adecuada quita el enojo, pero la inadecuada lo enciende. Pr 15:1.
4. Las palabras en el momento adecuado son bien recibidas. Pr. 15:23.
5. Hay momentos donde lo más adecuado es callar. Pr. 11:12.
6. Se puede expresar el desacuerdo con una situación irrespetuosa y negativa en forma directa y firme. Mt. 4:10; 16:23; 21:12-13.
7. Se puede expresar el desacuerdo con otra persona de una forma directa. Hch 15:37-40.
8. Hay que expresarnos de forma prudente. Pr 10:13, 19.
9. Hay que tratar al que tiene una falta con mansedumbre. Ga 6:1.
10. Comunicarnos con humildad y mansedumbre. Ef 4:2; Col 3:12-15.
11. Responder al otro con mansedumbre y respeto. 1 P 3:15.

En la Escritura se observa claramente personas que se expresan adecuadamente. El ejemplo más claro es el de Dios hablando con los patriarcas, reyes y profetas en el Antiguo Testamento y el de Jesús con las personas.

### **Habilidad para pensar en forma crítica**

Nos permite el análisis objetivo de la información y de las experiencias. Nos ayuda a reconocer aquellos factores que nos influyen como los medios de comunicación y la presión de los grupos de pares.

1. Hay que tener cuidado de si mismo. 1 Tm 4:16; 1 Co. 10:12.
2. Se debe examinar las propias acciones. Pr 4:26; 2 Co 13: 5; Ga 6:4.
3. La Escritura nos enseña a examinarlo todo. Pr 4:26; Ec 1:13; 1 Ts 5:21.
4. Hay que tomar lo bueno y desechar lo malo. 1 Ts 5:21-22.
5. No hay que creer todo lo que nos dicen sino juzgarlo. 1 Jn 4:1.
6. Hay cosas que aunque son permitidas no nos convienen. 1 Co. 10:23.
7. No hay que seguir el consejo de las malas influencias y alejarnos de ellos. Sal 1; Pr 2:10-19; Pr 4:14; Pr 5:1-8.
8. Buscar aquellos que nos influyen positivamente. Pr 2:20-22
9. Hay que buscar aquello que es lo más prudente. Pr 2:1; 24:3.
10. Hay que comprender que Dios también tiene injerencia en nuestra vida. Ro 8:28-30.

### **Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales**

La capacidad de relacionarnos e interactuar de forma positiva con los otros.

1. Hay que amarse unos a otros. Ro 12:10; 1 P 1:22; 1 Jn 3:11.
2. Hay que aceptar al otro. Ro 15:7.
3. Se debe ser tolerantes con los otros. Col 3:12-13; Ef 4:2; Ga 5:22.

4. Hay que tener respeto mutuo por los otros con humildad. Ef 5:21.
5. Hay que perdonarse mutuamente. Mt 6:12, 14-15; Col 3:13; Ef 4:32.
6. Se debe arreglar las diferencias que se tienen con otros. Mt 18:15-22.
7. Hay que estar en paz con los otros. 1 Ts 5:13.
8. Procurar el bienestar del otro. Gn 4:9; 1 Ts 5:15.
9. Hay que servir al otro. Ro 15:14; Ga 5:13; Hb 3:13; 1 P 4:9-10.
10. Tener cuidado al juzgar a los otros. Ro 14:10, 13; Stgo 4:11-12.

La máxima bíblica acerca de las relaciones interpersonales se resume en el mandamiento de Jesucristo de amar al prójimo como si fuera uno mismo (Mt 22:39), de este se desprenden todos los demás principios al interactuar con los otros. Si amamos al prójimo vamos a aceptarle, tolerarle, respetarle, servirle, etc.

### **Habilidad para conocerse a sí mismo**

El reconocer nuestras fortalezas y debilidades. Conocer nuestras propias emociones y temperamento.

1. Se debe tener un concepto adecuado de nosotros mismos. Ro 12:3; Ga 6:3; 1 Tm 1:15.
2. Se debe reconocer las propias debilidades. 1 Co 10:12-13; Ro 2:1; 7:8-24.
3. Se debe reconocer nuestros propios dones y talentos (habilidades y aptitudes) para el servicio del otro. 1 Co 12:4-6; Ro 12:1-8.

### **Habilidad para establecer empatía**

La habilidad de caminar en los zapatos del otro. Nos permite visualizar la vida de la otra persona, aún en una situación donde no estamos familiarizados. Nos ayuda a aceptar las diferencias entre personas, y a comprender al otro.

1. Cristo mismo nos da el modelo al hacerse como uno de nosotros. Fil 2:3-8.
2. Hay que compartir los sentimientos con los otros. Job 2:11-13; Ro 12:15-16.
3. Hay que alentar al que pasa por necesidad. 1 Ts 5:11.
4. Hay que aceptar al otro. Ro 15:7.
5. Hay que orar a Dios los unos por los otros. St 5:16.
6. Debemos llevar las cargas los unos de los otros. Ga 6:2.
7. Los que son firmes han de ayudar a los débiles. Ro 15:1.
8. No hay que menospreciar a ninguna persona. Pr 28:24; Ro 2:11; Ef 6:9; Stg 2:9.
9. Se debe amar a los despreciados de la sociedad. Mt 9:10-13; Lc 5:30; 7:34; 15:1-2.
10. Se debe amar incluso a aquellos que son enemigos. Mt 5:44; Lc 6:27; Lc 6:35.
11. Tratar a los otros como nos gustaría que nos trataran. Mt 7:12
12. Restaurar al que cometió alguna falta. Ga 6:1.

### **Habilidad para manejar las propias emociones**

Es la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y emociones, y la de los otros; ser conscientes de cómo las emociones influyen en nuestro comportamiento y a responder a ellas en forma adecuada.

1. Debemos tener dominio propio. Ga 5:22-23; 2 Tm 1:7; 2 P 1:6.
2. Podemos expresar emociones pero actuar de formas que no sean negativas. Sal 37:8; Ef 4:26.
3. Las acciones muchas veces determinan las emociones. Gn 4:3-7.
4. Se puede resistir a las presiones. Gn 39:12.
5. No se debe fiar en las emociones. Jer 17:9.
6. Manejar nuestras palabras. Pr 10:13, 19; Stg 3:2-12.
7. Hay que poner la ansiedad en las manos de Dios. Fil 4:6; 1 P 5:7.

Toda la Escritura está llena de ejemplos de personas que logran manejar o no sus emociones; David es un buen ejemplo de aciertos y derrotas con respecto al manejo de sus emociones. Cuando tenía la opción de matar a Saúl pero decide no hacerlo, cuando se deja llevar por las emociones cuando ve a Betsabé, etc.

### **III. Contenido informativo para acompañar el desarrollo de habilidades para la vida en cuestiones de drogas**

Cómo un segundo elemento de un programa sustentado en habilidades para la vida están los contenidos informativos. Las siguientes son áreas de contenido informativo que pueden ser tomadas en cuenta:

1. Influencias sociales en el uso del alcohol, tabaco y otras drogas
2. Situaciones potenciales para recibir una oferta de drogas
3. Percepciones incorrectas acerca de los niveles de alcohol y tabaco, y el uso de otras drogas en la comunidad y por los pares
4. Efectos del alcohol, tabaco, y del uso de otras drogas
5. Recursos de la comunidad para tratar el uso de drogas en la misma comunidad.

Como un valor adicional debido a los anteriores podemos hablar la perspectiva de la Escritura con respecto a las drogas. Entre diversos puntos de una perspectiva bíblica acerca de este tema se mencionan:

1. La Biblia no condena explícitamente las bebidas alcohólicas. 1 Tm 5:23; Sal 104:15.
2. La Biblia condena enérgicamente el abuso de drogas. Pr 20:1; Pr 23:20; Ef 5:18.
3. No debemos dañar nuestro cuerpo porque somos templo del Espíritu de Dios. 1 Co 3:16; 1 Co 6:19-20.

4. El abuso de drogas trae fuertes consecuencias. Pr 20:1; Pr 21:17; Gn 9:21-24; Gn 19:33-35; Os 4:11.
5. No buscar las bebidas fermentadas ni embriagarse. Pr 23:31; Ef 5:18; Ro 13:13-14; 1 P 4:3.
6. La adicción a una droga es negativa. Is 5:11.
7. La Biblia enseña que no hay que dejarse esclavizar con nada. 1 Co 6:12.
8. Hay que evitar los excesos. Ef 5:18.
9. La Biblia tiene una posición favorable hacia la abstinencia. Nm 6:2-4; Jer 35:1-19; LC 7:33.
10. Buscar más bien aquellas cosas que me son de provecho. 1 Co 6:12; Fil 4:8.

#### **IV. Metodologías interactivas para la enseñanza**

Especialmente con niños y adolescentes se recomienda formas interactivas para la enseñanza de esos temas. Los programas de efectivos habilidades para la vida copian los procesos naturales por los cuales los niños aprenden conductas. El proceso natural incluye: modelos, observación e interacciones sociales; algo que es más fácil de emular mediante modelos participativos de enseñanza. Cuando las personas ensayan mentalmente o de hecho ejecutan patrones de repuesta modelada, tienen menos posibilidades de olvidarlos que cuando no piensan acerca de ellos ni practican lo que han visto. Los métodos para la adquisición de habilidades involucran el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta, la crítica constructiva y modelado de las habilidades por otros pares y adultos<sup>4</sup>.

Entre diversas formas que las habilidades pueden practicarse, se mencionan:

---

<sup>4</sup> Mangrulkar, Leena. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, p. 63.

- actuaciones
- análisis de situaciones
- trabajo en grupos pequeños
- debates
- ensayos individuales
- mapeo de decisiones o árboles de problemas
- análisis de contenido literario
- ejercicios de relajación y desarrollo de confianza
- juegos

## **Conclusión**

El presente capítulo ha ofrecido una serie de principios escriturales que pueden guiar la labor en prevención de drogas desde la iglesia evangélica cristiana a partir de los pastores y diversos líderes de la comunidad eclesial. Los principios han sido escritos a partir de lo que se llama enfoque "habilidades para vivir", y estos se refieren a las habilidades en sí, contenidos informativos para acompañar estas habilidades y algunas sugerencias metodológicas.

Este escrito ofrece un marco teórico para la labor en prevención de drogas desde la iglesia pero falta por desarrollar aún más como operacionalizarlo mediante metodologías. Creo que se puede realizar un excelente trabajo desarrollando una serie de sesiones de orientación grupal desde la iglesia con su respectivo planeamiento para impartir el tema a niños y adolescentes. Se podrían desarrollar de acuerdo a los grupos de escuela dominical: 6-8 años, 9-11 años, 12-14 años y 15-17 años, jóvenes mayores de 18 años y adultos. Esto es un trabajo que se puede desarrollar a un futuro próximo. Un ejemplo de esto puede visualizarse en el anexo 3 en cuál se toma como ejemplo un tema como el "pensamiento crítico" y se desarrolla una serie de sesiones dirigidas a adolescentes.



## Anexo: Ejemplo de Sesiones

**Tema:** Pensamiento Crítico como habilidad social para la prevención de las drogas

**Edad:** Adolescentes, 12-14 años

**Tamaño del grupo:** 4-8 personas

### Primera Sesión

*Objetivo:* Aprender a ser críticos con los mensajes publicitarios sobre drogas legales en los medios de comunicación

*Contenido:* Análisis de la publicidad en los medios de comunicación

Duración	Objetivo	Actividad
10min	Demostrar la realidad de cómo estamos expuestos a los medios de comunicación	Sondear cuanto tiempo ven televisión, escuchan radio o leen el periódico
10min	Reconocer que la Biblia habla de pensar en forma crítica	Memorizar 1 Ts 5:21-22. Utilizar técnica "Cruzando el Río". Preguntarles que creen que significa el texto.
20min	Practicar la habilidad del pensamiento crítico	En subgrupos analizar algunos anuncios o mensajes publicitarios de diversos medios. Preguntarse: ¿Qué relación existe entre la escena y el producto? ¿Que se destaca en la imagen del anuncio? ¿Con qué asocia el producto? ¿Qué efecto pretende producir? ¿Los efectos del producto son consistentes con lo que se asocia el producto?
20min		Hacer una plenaria con los grupos y recapitular lo más importante

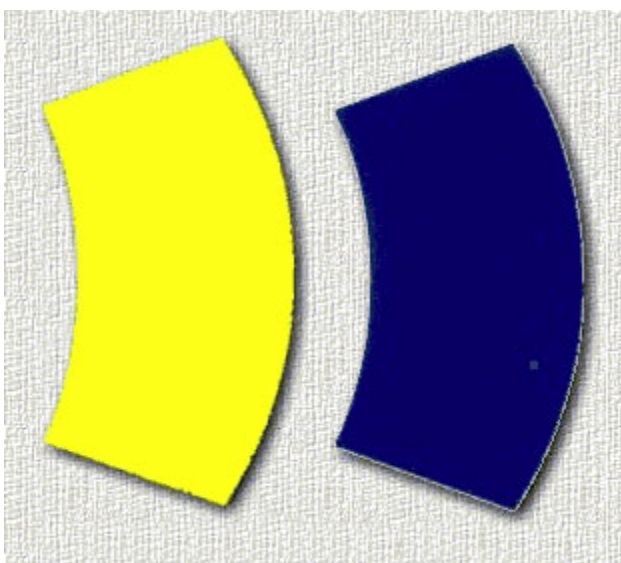
### Segunda Sesión

*Objetivo:* Aprender a ser críticos con las personas a nuestro alrededor

*Contenido:* Análisis de la influencia de las personas a mi alrededor

<b>Duración</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>
10min	Explicar como las personas podemos ser influenciados y persuadidos por lo que dicen los otros.	Presente la figura 1, dirija una discusión sobre cuál de ellas es más grande. Cuando el grupo haya tomado una desición, explique que ambas son iguales.
20min	Reconocer la influencia positiva o negativa de las personas a nuestro alrededor	Hacer un estudio bíblico inductivo sobre Pr. 2: 10-22.
10min	Reconocer diversas situaciones donde somos expuestos a la influencia de otros	Lluvia de ideas sobre situaciones donde somos expuestos a influencia
20min	Definir estrategias para tomar consciencia cuando nos están influyendo	En subgrupos, hacer una lista de personas que les pueden influir, y cómo reconocer cuando le están influyendo. Hacer una plenaria con las respuestas. Destacar lo más importante

Figura 1



## CUESTIONARIO 7

1. ¿Qué son habilidades para vivir?
2. ¿Cuál organización mundial promueve el enfoque de habilidades para vivir?
3. Mencione las habilidades para vivir escogidas por el autor.
4. Defina la habilidad para tomar decisiones.
5. Defina la habilidad para comunicarnos de forma afectiva y efectiva.
6. Defina la habilidad para pensar en forma crítica.
7. Defina la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales.
8. Defina la habilidad para conocerse a sí mismo.
9. Defina la habilidad para establecer empatía.
10. Defina la habilidad para manejar las propias emociones.

# Apéndice 1

## El Tabaquismo

### Introducción

El siguiente artículo es parte del curso “Consejería del Adolescente y el Joven”, por lo que ha sido escrito desde el contexto de la pastoral juvenil, lo incluyo porque puede arrojar algunos datos significativos acerca de una las drogas legales más utilizadas por jóvenes y adultos: el cigarrillo.

### Objetivos:

El siguiente tema permitirá al estudiante:

Cognitivos (conocimientos)

- Conocer las causas y efectos del uso y abuso del tabaco.
- Conocer la perspectiva bíblica sobre el tabaquismo.

Afectivos (actitudes)

- Tomar conciencia de la amplitud de efectos que trae consigo el uso del tabaco.
- Desarrollar una buena mayordomía del cuerpo.

Psicomotores (habilidades)

- Implementar medidas preventivas en la pastoral juvenil en contra del consumo de tabaco.
- Intervenir en caso de uso o abuso de cigarrillos en los adolescentes y jóvenes de su congregación.

### I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día las empresas productoras de tabaco y de bebidas alcohólicas han girado toda su publicidad y mercadeo a un público meta fundamental: los adolescentes y los jóvenes. Un estudio reciente del Instituto

sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) muestra que el 28% de la juventud en Costa Rica entre 18 y 24 años fuman, que el 60% de los fumadores adultos comenzaron a un fumar antes de los 13 años y el 90% antes de los 20 años. Este tipo de problemas hacen necesaria la participación de la pastoral juvenil en la prevención e intervención en nuestros jóvenes y adolescentes que pueden llegar a ser afectados por este grave problema.

## **II. CAUSAS**

### **A. La presión de grupo**

Los adolescentes por lo general se preocupan mucho por su apariencia. No quieren que los tachen de ser "diferentes". Si sus amigos fuman, pueden sentirse tentados a fumar también con tal de sentirse aceptados dentro del grupo de pares al que pertenecen.

### **B. Los mensajes publicitarios**

Los anuncios en revistas, televisión, radio, vallas publicitarias, entre otros; hacen ver el fumado como algo deseable y atractivo. Se han diseñado distintos tipos de cigarrillo (normal, light, mentolado) para todos los gustos y la publicidad ha enmarcado el consumo del cigarro asociándolo con actividades juveniles. Así muchos muchachos fuman porque los hace sentirse importantes y "adultos" aunque ni siquiera les guste el sabor del cigarro.

### **C. La inseguridad**

Muchas personas dicen fumar para tratar de sentirse relajados cuando están con otras personas.

### **D. La preocupación por el peso**

Hay personas que fuman porque creen que eso los mantendrá ocupados y no se sentirán tentados a comer en exceso. Lo cierto es que inhibe el apetito y mina la salud produciendo en consecuencia perdida de peso, causando daños físicos más graves al cuerpo que la obesidad.

## **E. La rebeldía**

Algunos adolescentes empiezan a fumar porque saben que sus padres no quieren que lo hagan. Lo hacen sencillamente como una manifestación en contra de la autoridad paterna. Probablemente lo harán en forma clandestina en el baño, la escuela, fiestas, etc.

## **III. CONSECUENCIAS**

Las investigaciones han comprobado que el fumar es dañino tanto para el fumador como también para las personas que no fuman y respiran regularmente el humo del cigarrillo.

### **A. Efectos Físicos**

El humo del cigarrillo contiene químicos que pueden causar cáncer de distintos tipos como de laringe, de cavidad oral, de esófago, de pulmón, de los riñones, del páncreas (del cual es la causa más grande) y de las glándulas urinarias. Puede afectar la garganta, los vellos nasales, los pulmones. Puede aumentar los latidos del corazón y la presión arterial (es la causa primaria de muerte por ataques cardíacos o paros), el riesgo de úlceras estomacales y entorpece los sentidos del olfato y el gusto. Los resfríos, infecciones y muchas otras enfermedades se presentan con mucho más frecuencia en las personas que fuman. Además, al crear adicción se puede presentar síntomas del "síndrome de abstinencia". En las mujeres fumadoras, el daño al aparato reproductor se manifiesta con una frecuencia mayor de problemas menstruales, infertilidad, alumbramiento prologado, etc. En los hombres, el fumado excesivo contribuye a los problemas de esterilidad. En los fumadores crónicos, la movilidad de los espermias está afectada hasta en 50%; la cantidad de espermias anormales es mayor.

### **B. Efectos en los fumadores pasivos**

Los fumadores pasivos son las personas que respiran el humo del cigarrillo de otras personas que están fumando. Respirar el humo del

cigarrillo aumenta los niveles de monóxido de carbono en la sangre y deposita alquitrán en los pulmones. Los estudios demuestran porcentajes elevados de cáncer de pulmón en aquellas personas que viven con fumadores.

### **C. Bebés por nacer o recién nacidos**

Las mujeres que fuman tienen probabilidades más altas de tener abortos, problemas en el crecimiento del bebé o nacimientos prematuros. Por lo general, sus bebés sufren de bajo peso al nacer y de infecciones.

### **D. Peligro de incendio**

El fumado irresponsable es una causa importante de quemaduras e incendios forestales que afectan el medio ambiente.

### **F. Efectos en la familia**

Los hijos de fumadores son más propensos a tener resfriados, infecciones en los oídos y neumanía. Y sus padres son modelos a seguir, hay una alta probabilidad de que hijos de fumadores resulten también fumadores. El costo emocional de la pérdida o incapacidad de uno de los padres es muy grande.

### **G. Mala apariencia**

El cigarrillo produce mal aliento, oscurece los dientes, la ropa se impregna de un olor fuerte a cigarro.

### **H. Alteración del desempeño**

El rendimiento en los estudios, los deportes y el trabajo puede ser alterado por el hábito de fumar. Además, puede interferir con la forma en que la persona se relaciona con otros.

### **I. Efectos psicológicos**

El fumador puede presentarse hipersensible, inseguro y dependiente del tabaco. Puede aislarse él mismo o ser objeto de segregación social.

#### **IV. PERSPECTIVA BÍBLICA**

La Biblia no habla sobre fumar cigarrillos o sobre el tabaco. El hábito del fumado era desconocido para la cultura hebrea. Pero aunque la Biblia no prohíbe explícitamente el fumar si lo hace implícitamente. La Sagrada Escritura nos llama a ejercer una buena mayordomía de nuestro cuerpo debido a que somos templo del Espíritu Santo que mora en nosotros. Los efectos físicos, psicológicos y sociales del consumo del tabaco son considerablemente perjudiciales para nuestro organismo y el de otros; por esto podemos afirmar que la Palabra prohíbe implícitamente el uso y abuso del tabaco.

¿No sabéis que sois templo de Dios, y que el Espíritu de Dios mora en vosotros? (1 Corintios 3:16)

¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios (1 Corintios 6:19-20).

¿Y qué acuerdo hay entre el templo de Dios y los ídolos? Porque vosotros sois el templo del Dios viviente, como Dios dijo: Habitaré y andaré entre ellos, y seré su Dios, y ellos serán mi pueblo (2 Corintios 6:16).

#### **V. RESPUESTA PASTORAL**

Como medidas preventivas es importante incluir un apartado sobre el tabaquismo en el curriculum educativo de la pastoral juvenil. Entre muchas cosas se pueden analizar los distintos mensajes que transmiten los medios publicitarios. Enfatizar las medidas preventivas hacia grupos de alto riesgo.

Sensibilizar a los muchachos y muchachas a la idea de que fumar no lo convertirá en "adulto" o lo hará más maduro, sino que por el contrario el hacerlo por este motivo es sólo una señal de inmadurez.



Estar informado sobre la legislación sobre las drogas legales como el tabaco y el alcohol. Y denunciar las infracciones que incumplen la ley. Por ejemplo, sé esta prohibida la venta a personas menores de edad de cigarrillos o tabaco, o el fumar en vehículos automotores de transporte público. Hay que estar vigilantes y controlar el cumplimiento de leyes, reglamentos y normas en la publicidad, manufactura y comercio del tabaco.

A la hora de la intervención, es decir, si se presenta un muchacho con este hábito trate de buscar las razones del porque lo hace. Explíquese las consecuencias de este mal hábito y llévelo a proponer dejarlo. Que el joven tenga claro los motivos de porque él debe dejar ese hábito. Puede buscar ayuda en programas de grupo, clínicas o centros de atención en la comunidad u otras. Alíentelo a buscar sustitutos saludables como actividades recreativas o deportivas en forma progresiva, pasatiempos donde ocupe las manos, masticar chicle sin azúcar, etc. Recomiende que cambie sus rutinas, que evite gente, lugares y actividades que motiven a fumar. Pídale que busque apoyo en amigos que no fumen y que estén de acuerdo con su decisión, y que le ayuden a mantenerse alejado del tabaco. Si se es adicto al tabaco, lo mejor es hacerlo de forma gradual, es decir, ir disminuyendo en forma paulatina el número de cigarrillos; hacerlo de golpe de un día para otro no es muy eficiente. En caso de ser necesario remita a un profesional calificado.

# Apéndice 2

## Uso y abuso de Alcohol

### Introducción

Al igual que el apéndice anterior este artículo forma parte del curso “Consejería del Adolescente y el Joven”, lo incluyo por la manera que hablar acerca del uso y abuso del alcohol. Como dije anteriormente es algo que también afecta a muchos adultos.

### Objetivos:

El siguiente tema permitirá al estudiante:

#### Cognitivos (conocimientos)

- Conocer la realidad social del problema del uso y abuso de bebidas alcohólicas.
- Conocer las causas y los efectos del consumo de bebidas alcohólicas.

#### Afectivos (actitudes)

- Tomar conciencia de las implicaciones sociales y los efectos perjudiciales del consumo de licor.
- Valorar la labor preventiva en nuestras congregaciones con relación al consumo de bebidas alcohólicas.

#### Psicomotores (habilidades)

- Buscar formas prácticas de prevenir el uso y abuso de licor en los jóvenes a nuestro cargo.
- Intervenir en un caso específico de alcoholismo en el grupo juvenil.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El alcoholismo fue diagnosticado como enfermedad incurable, progresiva y mortal, desde el año 1963 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Es una enfermedad incurable porque se pueden pasar años sobrios y tomar una copa, y entonces tener una recaída; es progresiva debido al acondicionamiento del organismo a tolerar cada vez mayores niveles de alcohol; y es mortal debido a que conduce a accidentes de tránsito, suicidios, crímenes, infartos, congestiones alcohólicas, síndromes cerebrales, y muchas otras consecuencias. La cultura latinoamericana acepta y promueve el consumo de bebidas alcohólicas, y los jóvenes de nuestras congregaciones no están exentos de esta problemática. Por tanto, la pastoral juvenil debe tomar medidas en respuesta a este peligro latente que amenaza a nuestros muchachos y muchachas.

## **II. TIPOS DE BEBEDORES**

### **A. Moderados**

Aquel que consume poca cantidad en una sola ocasión y lo hace muy pocas veces.

### **B. Excesivos**

El que consume más de 120cc de alcohol absoluto y lo hace más de dos veces al mes o su equivalente.

### **C. Alcohólicos**

Es aquel individuo que es incapaz de detenerse y abstenerse de consumir alcohol.

### **III. CAUSAS PROBABLES**

#### **A. Fisiología**

Muchos consideran que el alcoholismo es una enfermedad de origen fisiológico, es decir, creen que algunas personas tienen una predisposición congénita hacia el alcoholismo.

#### **B. La familia**

Aunque muchos jóvenes cuyos padres son alcohólicos juran que nunca serán como sus padres, estos tienden a seguir el modelo de sus padres. También, el tener padres demasiado estrictos o demasiado permisivos puede estimular el uso y abuso de alcohol. Por lo general las familias promueven el consumo de bebidas alcohólicas en reuniones familiares, donde los niños ven a sus padres disfrutando del alcohol.

#### **C. La cultura**

En algunas subculturas la hombría es sinónimo de aguante en la ingestión de bebidas alcohólicas. Por otra parte esta la cultura del bebedor social que bebe para ser aceptado y para ser identificado dentro del grupo, la persona llega a tomar creyendo que si no lo hace será marginado u objeto de burla. Se bebe en todos los eventos de la vida social sean agradables o desagradables: el nacimiento de un hijo, matrimonio, cumpleaños, velorios, ascensos laborales, fracasos, etc.

#### **D. La Publicidad**

Las empresas productoras de bebidas alcohólicas gastan mucho dinero en mercadotecnia que les ayude a promocionar el consumo de sus productos en los jóvenes, los cuales han sido adoptados como su público meta. Básicamente se valen de la necesidad de pertenencia o filiación que tienen los jóvenes para promocionar distintos productos destinados a las distintas subculturales juveniles; de esta forma está el grupo que consume cierto tipo de bebida, los que consumen la otra marca, etc.

### **E. Problemas familiares o sociales**

Las personas pueden llegar a consumir o abusar del licor debido a distintos problemas que producen desilusión, frustración, fracaso, inseguridad, automenosprecio, etc. Y pueden recurrir a esto como para tomar valor, eliminar vergüenza o bien olvidar los sufrimientos.

## **IV. SINTOMAS**

### **A. Ansiedad**

El alcohólico espera con ansiedad el momento de beber. Cuando no está bebiendo está pensando en ello.

### **B. Perdida de dominio propio**

Cuando inician la bebida se siente imposibilitados de parar de hacerlo. Bebe más de lo que se supone, sin importar lo firme que sea su resolución de no hacerlo.

### **C. Negación**

El alcohólico niega su comportamiento y lo minimiza buscando razones y excusas para su conducta de bebedor.

### **D. Irresponsabilidad**

Cambios de horario, la persona empieza a llegar tarde o a ausentarse del todo en sus responsabilidades.

### **E. Efectos físicos**

La persona amanece indispuesta con malestar gastrointestinal.

## **V. EFECTOS**

### **A. Efectos Físicos**

El abuso de alcohol puede provocar daños en los órganos internos, tales como enfermedades gástricas (gastritis, úlceras, cáncer), hepáticas (hígado graso, hepatitis, cirrosis) o cerebrales (trastornos de memoria, demencia, trauma). La persona puede tener una disminución de apetito y pérdida de peso; alteraciones cutáneas, es decir piel sensible y enrojecida; hinchazón de párpados y aspecto demacrado; temblores musculares y convulsiones; cefalalgias, vértigo, náuseas, malestares estomacales y sudoración extrema.

### **B. Angustia**

Hay dolor físico y también emocional, se siente el haber perdido el control y frustración.

### **C. Efectos mentales**

Pueden haber problemas de concentración y memoria, y hasta podrían darse lagunas mentales. Aparecen desordenes cerebrales como:

#### ***1. Intoxicación patológica:***

Desorden cerebral que se presenta después de la ingestión de cantidades relativamente pequeñas de alcohol; cuyos síntomas incluyen desorientación, alucinaciones y delirios asociados a respuestas emocionales exagerados como violencia, ira, ansiedad y excitación.

#### ***2. Delirium tremens:***

Se caracteriza por pánico y desorientación del tiempo y el espacio acompañado de alucinaciones generalmente visuales.

#### ***3. Alusinosis alcohólica:***

Su síntoma principal es la alucinación auditiva, en donde las voces parecen proferir observaciones despectivas, acusadoras, insultantes y con frecuencia con contenido sexual.

#### **4. *Deterioro alcohólico:***

Pérdida y daño de las células de la corteza cerebral causado por la deficiencia nutricional. Se presentan desde síntomas leves de desorganización de personalidad hasta llegar a estados graves de demencia. Aparecen trastornos de memoria y de atención.

#### **5. *Síndrome de korsakoff:***

Se presenta desorientación, deterioro y falsificación de la memoria; la persona es incapaz de reconocer a los amigos y a los familiares y hay una pérdida grave de memoria. Se presentan efectos anestésicos en diversas áreas de la piel y parálisis.

#### **6. *Alcoholismo esquizofrénico:***

La alcoholización impulsiva e intensa acompañada de disociación mental que sobrepasan enormemente los daños observados en las intoxicaciones alcohólicas comunes.

#### **7. *Alcoholismo maniaco-depresivo:***

Se caracteriza por excesos graves y desordenados con períodos de intensa depresión y decaimiento. El estado de ánimo varía de una conducta excesivamente alegre a una conducta agresiva y combativa.

### **D. Depresión**

Se siente triste y desesperanzado e impotente de volver a manejar su vida, lo que lo compele a beber de nuevo, cayendo en un círculo vicioso.

### **E. Vergüenza**

El alcohólico puede sentirse sumamente culpable, las actitudes de su entorno social pueden convencerlo de que esta enfermedad es exclusivamente culpa suya. El alcoholismo puede haberlo separado de su familia, amigos y aun de Dios. Si es un creyente debe saber que lo que está haciendo es condenado y prohibido en la Biblia lo que hace que se sienta peor.

#### **F. Remordimiento**

Siente fuertemente el daño que ha causado a las personas. Le duelen las lágrimas de sus amigos y familiares, las mentiras que ha tenido que decir, la vergüenza que ha causado a su familia.

#### **G. Aislamiento**

Se siente sólo, incapaz de acercarse a alguien, incapaz de pedir ayuda. Se queda aislado en su sufrimiento.

### **VI. PERSPECTIVA BÍBLICA**

- A. La Biblia no condena explícitamente el uso de bebidas alcohólicas. El Salmo 104: 15 habla del "vino que alegra el corazón del hombre" como una bendición de Dios. Jesús también tomaba vino (Jn 2:9; Mt 26:27-29 y Lc 7:33-34). Pablo además recetó a Timoteo el uso de vino debido a sus usos medicinales (1 Ti 5:23).
- B. La Biblia condena en forma enérgica el abuso del alcohol (Pr 20:1; 23:20; Ef 5:18).
- C. La Biblia toma una posición favorable hacia la abstinencia. El nazareato incluía la abstinencia de vino (Nm 6:2-4). Juan el Bautista tampoco tomaba vino.



## VII. RESPUESTA PASTORAL

El problema del alcoholismo es sumamente complejo, ante esto la labor de la pastoral juvenil es doble, primeramente de prevención y en segundo lugar de intervención.

De forma preventiva debe ofrecerse dentro del curriculum de formación cristiana en nuestros grupos juveniles, elementos que lleven a la reflexión sobre el consumo de alcohol de parte de los jóvenes y adolescentes. Una de las cosas que se pueden hacer es analizar los anuncios televisivos que invitan al consumo del licor. Además, debe capacitarse al personal encargado de los jóvenes en áreas como está.

Trabajar con los padres en relación con estos temas, hablar sobre la comunicación entre los miembros de la familia y de cómo apoyar a sus hijos.

Por otra parte; conozca las distintas instituciones que hay en el país que pueden ayudar a la persona con problemas relacionados con el alcohol, en áreas como tratamiento, desintoxicación y rehabilitación. Hay que recordar que los programas deportivos y sociales siempre son excelentes medios de prevención en nuestras congregaciones locales. Además, la iglesia puede recomendar a los jóvenes de su congregación los diferentes programas comunitarios, por ejemplo, el programa scout entre muchos.

A la hora de tener que intervenir en este tipo de problema, es decir, cuando se nos presenta un joven con un problema de alcoholismo debemos guiarlo a reconocer y admitir el problema con preguntas que lo guíen a sus propias conclusiones. Debemos acercar al joven a Dios, llevarlo a confesar y arrepentirse de su pecado, y ayudarlo a tomar el perdón de Dios. Recuerde que sin la ayuda de Dios nada podemos hacer.

Informe e involucre a los padres lo más pronto posible del problema, aunque puede ser que en un inicio estos no quieran reconocer que su hijo tiene problemas con el licor, es vital contar con ellos puesto que su colaboración y apoyo serán imprescindibles para lograr un tratamiento y recuperación efectivos. Presente opciones para su tratamiento; este informado sobre las distintas instituciones que lo ofrecen como Alcohólicos Anónimos, remita a profesionales como médicos y psicólogos que pueden valorar en forma más efectiva la situación.

## Bibliografía

Bejarano, J. y Blanco, H. (1995) *Tabaco, publicidad y salud*. San José: IAFA.

Berkow, R. (1990) *Manual Merck de Diagnóstica y Terapéutica*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Blackman, R. (1995) *VIH y SIDA: ¡Actuemos ya!*. Teddington, Inglaterra: Tearfund International.

Bleger, J. (1994) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Botvin, Gilbert (sf). *Substance Abuse Prevention Programs: A Life Skills Approach*, Estados Unidos: Interamerican Drug Abuse Control Comission.

Carter, I. (2005) *Una respuesta más eficaz al VIH/SIDA*. Teddington, Inglaterra: Tearfund International.

Cortés, L. (2006) *Hay una respuesta. Cómo prevenir y entender el VIH/SIDA*. Nueva York: Atria Books.

Dixon, P. (2002) *Sida y yo*. Miami: Editorial UNILIT.

Frías, I. (2001) *Somos prevavidos (Sida): Cuaderno de Educación sobre el Sida para el Profesorado*. Sevilla: Consejería de Salud.

IBALPE. (1995) *Peligros en el Camino*. México: Autor.

Kaplan, G. (1985) *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lee, L. (1993) *Factores Familiares asociados al consumo de alcohol en la población que acude al tratamiento al IAFA*. San José: IAFA.

Mangrulkar, Leena. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*, Estados Unidos: OPS, 2001.

McDowell, J. y Hostetler, B. (2000) *Manual para Consejeros de Jóvenes*. El Paso: Mundo Hispano.

MEP y CCSS (sf) *Mensaje para la juventud: Tabaco o Salud*, Asociación Nacional Contra el Tabaco. San José: Autor.

ONUSIDA (1996). *Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de intervención y asistencia*. Ginebra: Autor.

ONUSIDA (2000) *El sida y la infección por el VIH*. Ginebra: Autor.

ONUSIDA (2006) *Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA*. Ginebra: Autor.

Organización Internacional de Empleadores y ONUSIDA (2003). *Manual sobre el VIH/SIDA para Empleadores: Guía para la Acción*. Ginebra: Autor.

Porter, Charlene. *La Capacitación para la Vida Previene la Adicción a Drogas* (Entrevista a Gilbert Botvin). Periódico electrónico del Servicio Informativo y Cultural de Estados Unidos, Julio 1999, volumen 4, número 2.

UNESCO (sf). *Calidad de la Educación y Competencias para la vida*, Internacional Bureau of Education, Autor.

UNICEF (2002) *Para la Vida*. Nueva York: Autor.