

Evaluación y orientaciones en prevención de consumo de alcohol y estupefacientes para el Servicio Penitenciario de Córdoba



Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD

Ministerio de
**JUSTICIA Y
DERECHOS HUMANOS**



CÓRDOBA
entre todos

AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministra de Salud de la Provincia de Córdoba

Gabriela Barbás

Ministra de Justicia y Derechos Humanos

Dra. Laura Matilde Echenique

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Darío Gigena Parker

Secretaria de Organización y Gestión Penitenciaria

Ab. Cecilia Lanzarotti

Subsecretaria de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Florencia Maiocco

Jefe del Servicio Penitenciario de Córdoba

Insp. Gral. Juan María Bouvier

Equipo redactor:

Dr. Gigena Parker, Darío

Lic. Takaya Paula

1ra. edición - Año 2023



Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD

Ministerio de
**JUSTICIA Y
DERECHOS HUMANOS**



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	5
Objetivos.....	5
Consideraciones generales del consumo de drogas.....	5
Prevalencia del consumo de drogas en Argentina.....	5
¿Qué son las drogas?.....	7
¿Qué tipo de drogas hay y cómo se clasifican?.....	7
¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol y estupefacientes en el contexto laboral en general?.....	13
Factores de protección y factores de riesgo.....	14
¿Qué factores de riesgo y de protección pueden presentarse en el contexto laboral?.....	16
¿Qué debemos tener en cuenta sobre las adicciones?.....	17
Criterios diagnósticos para evaluar la presencia de trastorno adictivo.....	17
Sugerencias para invitar a comenzar tratamiento.....	18
Conversación con foco en la motivación.....	19
Cuadro 1. Modelo transteórico del cambio según Prochazka y DiClemente.....	19
Red Asistencial de las Adicciones.....	23
¿Qué es la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC)?.....	23
Niveles de complejidad de la RAAC.....	25
¿Cómo se organiza el Sistema Asistencial de las Adicciones?.....	25
Cuadro 2. Datos relevantes de Centros RAAC, CAS Córdoba, Red prestacional de salud mental.....	26
Herramientas saludables para prevenir el consumo del alcohol y estupefacientes.....	27
Sobre los comportamientos.....	27
Sobre las emociones.....	27
Sobre los tipos de emociones y sus funciones.....	28
Habilidades para regular las emociones en situaciones de crisis.....	28
Cambiar la temperatura.....	29
Respiración abdominal o diafragmática.....	29
Resolución de problemas.....	30
Algunas estrategias de manejo del deseo intenso de consumir.....	31
Referencias.....	33



Evaluación y orientaciones en prevención de consumo de alcohol y estupefacientes para el Servicio Penitenciario de Córdoba

INTRODUCCIÓN

Promover herramientas para la prevención de problemas asociados al consumo de sustancias cumple la función de proteger a las y los miembros del servicio de los efectos y las consecuencias de las adicciones y mantener o aumentar su eficacia operativa. Algunas maneras de promover la prevención pueden incluir programas educativos y de entrenamiento para aumentar la conciencia sobre los riesgos de las adicciones y las estrategias para prevenirlas.

El objetivo de la presente guía, es brindar información relevante sobre factores de protección y de riesgo que pueden existir en estos contextos, sobre las sustancias psicoactivas, sus efectos y consecuencias y, se pone a disposición información de utilidad sobre la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC). Finalmente, se presentan herramientas de utilidad para registrar las emociones y responder de manera efectiva ante situaciones de estrés y urgencias.

En este marco, es importante considerar que las y los miembros de los establecimientos penitenciarios particularmente se enfrentan a una serie de factores de riesgo únicos que pueden aumentar su vulnerabilidad y situaciones de crisis. El consumo o desarrollo de una adicción en este tipo de servicio posee consecuencias sumamente graves, como la pérdida de seguridad en la capacidad para cumplir sus deberes y responsabilidades o la exposición de información confidencial, entre otros. Además, el consumo de sustancias psicoactivas puede causar estados de fatiga, desorientación, desmotivación y otros síntomas que pueden disminuir la capacidad para desempeñarse en situaciones de alto estrés (APA, 2014). En conclusión, la prevención de las adicciones en el personal de las fuerzas armadas es fundamental para proteger la salud y la capacidad de las y los miembros del servicio para mantener su efectividad operativa.

Objetivos:

- Brindar información sobre los aspectos principales de las sustancias psicoactivas, sus características y consecuencias.
- Presentar modalidades de abordaje y niveles de la RAAC.
- Promover la identificación y disminución de factores de riesgo y, potenciación de factores de protección.
- Presentar habilidades útiles para el manejo de situaciones estresantes y de crisis.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

Prevalencia del consumo de drogas en Argentina

El consumo de sustancias es un problema de salud pública a nivel mundial que ocasiona graves consecuencias sobre la salud en general y específicamente sobre la salud mental. La magnitud del consumo de sustancias psicoactivas se hace evidente si se tiene en consideración la alta prevalencia de dicha problemática, la relación con otras enfermedades, así como también el incremento de accidentes y situaciones de violencia. Estos datos, sumados a las dificultades para sostener tratamiento y las altas tasas de abandono de los mismos, supone una gran carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

En relación a las tasas de consumo en nuestro país, un estudio realizado en el año 2017 por el Observatorio



Argentino de Drogas, estima que en Argentina, el 81% de la población de 12 a 65 años tomó alguna bebida alcohólica en su vida, y cerca de 7 de cada 10 personas consumió esta sustancia durante el último año. El consumo actual de alcohol se encuentra presente en la mitad de la población, y en mayor medida en los varones. Entre los 18 a los 34 años se observa la tasa más elevada del consumo en el último año siendo del 73%. Cerca del 5% de los bebedores actuales de alcohol presenta consumo regular de riesgo (OAD, 2017).

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva en prevalencia de año de consumo en el país, dado que el 31,3% de la población de 12 a 65 años indicó haber fumado durante los últimos 12 meses. Esta práctica, a su vez, se presenta con más fuerza en la población de varones (35,4%) que en la de mujeres (27,7%) (OAD, 2017).

La marihuana, luego del alcohol y el tabaco, es la sustancia con mayor tasa de consumo alguna vez en la vida (17,4%). A su vez, el 7,8% de la población presenta consumo reciente o en el último año, valor que asciende a 10,7% entre los varones y 5,2% en la población de mujeres. El 18,8% de los consumidores del último año presenta un uso abusivo (OAD, 2017). El cannabis sigue siendo la droga ilegal que más se consume en el mundo (UNODC, 2018).

El 5,3% de la población de 12 a 65 años ha consumido cocaína alguna vez en la vida, lo que representa a más de un millón de personas. El consumo reciente de cocaína, esto es, el uso de la sustancia en los últimos 12 meses, se encuentra en el 1,5% de la población general. Este valor aumenta al interior de la población masculina (2,4%) y decrece entre las mujeres (0,7%). El 36,5% de consumidores de último año de cocaína presenta criterios de dependencia de esta sustancia (OAD, 2017).

El uso indebido de los sedantes y estimulantes comporta riesgos cada vez mayores. El consumo con fines no médicos de sedantes hipnóticos comunes como las benzodiazepinas y otras sustancias similares constituye hoy en día uno de los principales problemas de consumo de drogas en muchos países (UNDOC, 2018).

Dentro de las consecuencias del consumo de sustancias se debe tener en cuenta la tasa de mortalidad y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Si tenemos en cuenta las tasas de mortalidad, a nivel mundial se estima que el número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas es de 450.000. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto de las muertes podrían atribuirse indirectamente al consumo de drogas (UNODC, 2018).

En nuestro país, las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2017 se estimaron en 15.500 casos. Ello representa el 19,1% de las muertes totales para ese grupo de edad y una tasa bruta de mortalidad de 54,9 cada 100.000 habitantes, para el mismo período. Se observa que sólo el 6,5% del total de las muertes relacionadas con el consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, mientras que el 93,5% restante responde a muertes parcialmente relacionadas con el consumo. En el total de estas muertes, ya sean directa o indirectamente atribuibles al consumo, la sustancia asociada a la mayor proporción de casos es el tabaco: 10.968 (70,8%) defunciones están relacionadas con su consumo. El 27,2% (4.217 casos), por otro lado, está atribuido al consumo de alcohol, mientras que las drogas de abuso ilegales y el uso indebido de psicofármacos presentan frecuencias menores: 1,5% (240 casos) y 0,5% (74 casos) respectivamente (OAD, 2017).

Un punto importante a considerar es la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas en la consulta de emergencia. En un estudio realizado en nuestro país en personas atendidos en la consulta de emergencia, realizado en el año 2012, se observó que del total de las 13.328 consultas registradas en los servicios de urgencias, el 12,3% estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia según la impresión clínica del médico. Evidenciándose, que cuando la consulta tiene relación con el consumo de alguna sustancia psicoactiva, en la mayoría de los casos, el estado en el que ingresa la persona al servicio de urgencias es de mayor gravedad, en comparación con personas que no presentan consumo de sustancias (OAD, 2012).

Existe además, una fuerte relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las intoxicaciones, sobredosis, el síndrome de abstinencia e intentos de suicidio. Al analizar los motivos de ingreso a las salas de emergencia entre las consultas relacionadas a algún consumo de sustancias, se observa que un 39,5% responde a accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes) en tanto un 19,6% a situaciones de violencia y un 19,8% a motivos médicos generales. El 11% corresponde a ingresos por motivos relacionados a sobredosis. La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas es superior al 80%, lo cual indica a



su vez la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población (OAD, 2012).

¿Qué son las drogas?

Presentando aspectos generales sobre las sustancias psicoactivas, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (2004) diremos que las drogas o sustancias psicoactivas son «todas aquellas sustancias, químicas o naturales, que, introducidas en un organismo vivo, producen modificaciones en el sistema nervioso central». Dicho de otro modo, cuando hablamos de sustancias psicoactivas, nos estamos refiriendo a aquellos compuestos químicos capaces de cambiar el modo en que funciona la mente a partir de la interacción de éstas (la sustancia) con el sistema nervioso central (por ejemplo, alterando las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la capacidad de pensar, entre otras).

Es importante señalar que el término sustancias psicoactivas incluye tanto a las drogas lícitas, es decir, legalmente disponibles (como el alcohol, el tabaco, psicofármacos, etc) como a las ilícitas, aquellas prohibidas para su producción, venta y consumo (LSD, éxtasis, cocaína).

¿Qué tipos de drogas hay y cómo se clasifican?

Podríamos dividir las, tal como plantea la Organización Mundial de la Salud, en grupos según sus efectos, es decir, según lo que genera en las o los consumidores. Así encontramos tres grupos:

- **Depresoras:** disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión. Pertenecen a este grupo: alcohol, benzodiacepinas (tranquilizantes, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes), opiáceos (tramadol, fentanilo, morfina, codeína, dextropropoxifeno, nubaina, oxicodona) y solventes volátiles (ejemplo "fana") entre otros.
- **Estimulantes:** aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Forman parte de este grupo la cocaína, nicotina, xantinas (cafeína, bebidas estimulantes) y anfetaminas (speed).
- **Alucinógenas/psicodélicas:** producen distorsiones en las sensaciones y alteran marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Son parte de este grupo los LSD, mescalina, derivados del cannabis (marihuana, hachís), drogas de síntesis (éxtasis).

Los efectos variarán en función de la potencia de la droga, la cantidad que se consuma y las circunstancias en que se consumen. Cuando se consumen juntas, algunas sustancias (como los inhalantes y el alcohol) se potencian entre sí. Las drogas suelen dividirse en las tres categorías en base a los efectos que producen. Pueden actuar únicamente como estimulantes, como depresores o como alucinógenas (conocidos psicodélicas). Muy pocas sustancias tienen efectos mixtos, y estas pueden ser descritas como alucinógenos estimulantes (por ejemplo, éxtasis o la ketamina) o como alucinógenos depresivos (por ejemplo, cannabis).

A continuación se presenta información relevante sobre las drogas a modo de aproximación sobre sus características principales y efectos a la hora de detectar algún tipo de consumo, cabe aclarar nuevamente, que la duración de los efectos son aproximados a los fines orientadores, la intensidad y duración del efecto depende de la cantidad y nivel de pureza de cada sustancia (Energy control, 2012):

ALCOHOL:

- **¿Qué tipo de droga es?** Depresora del SNC (Sistema nervioso central)
- **¿Cuánto duran sus efectos?** 1 a 4 horas.
- **¿Qué características tiene?** El alcohol es un derivado del carbono vegetal que, al entrar en contacto con



el organismo humano es tóxico.

- **¿Cómo se detecta?** La detección de alcohol suele realizarse en aire espirado (etilómetro) o en sangre (alcoholemia).
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** Algunos fármacos de uso habitual (fenobarbital, fenitoína, antidiabéticos orales, cimetidina) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa con el consumo simultáneo de alcohol. Otros fármacos (cefalosporinas, metronidazol, ketoconazol) pueden producir efecto antabús (enrojecimiento de la cara, dolor de cabeza, sudoración profusa, taquicardia, náuseas, vómitos).
- **¿Qué efectos posee?**

Euforia moderada, desinhibición, hilaridad (sensación de alegría, risa ruidosa y prolongada)

Efectos adversos agudos: Alteraciones psicomotoras y del comportamiento, dificultad para articular las palabras, comportamiento desinhibido, agitación, vómitos, paso inseguro.
- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** La habitual es oral.

CANNABIS

- **¿Qué tipo de droga es?** Alucinógena depresora del SNC.
- **¿Cuánto duran sus efectos?** En función de la vía de administración.

Fumada: Inicio rápido, duración 2-4 horas.

Oral: Inicio 1-2 horas, duración 6-8 horas con metabolismo errático.
- **¿Qué características tiene?** Es una droga de uso extendido con edad de inicio aproximado a los catorce años. Existe la falsa creencia sobre su falta de generación de adicción, las propiedades medicinales que se le otorga (no solo a los principios activos sino también a la incorporación de estos a través del fumado), los cultivos urbanos, su fácil acceso, han hecho que esta droga cobre una notoriedad y asimilación social ponderable.
- **¿Cómo se detecta?** En consumos ocasionales hasta 7 días, en consumidores habituales hasta 28-60 días según la sensibilidad del test .
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** Las interacciones clínicamente significativas con fármacos de prescripción son escasas. Potencia el efecto de fármacos depresores (benzodicepinas, opiáceos).
- **¿Qué efectos posee?**

Euforia, relajación, modificación de los patrones habituales de pensamiento. Incremento en la percepción visual, auditiva y autopercepción. Incremento del apetito.

Adversos agudos: Taquicardia, ansiedad, mareo, pensamientos obsesivos, pupilas normales, conjuntiva roja, retraso en la capacidad de respuesta.
- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** Extracto de resina sólida (hachís, costo, hash, chocolate). Mezcla de unidades florales secas y trituradas (marihuana, hierba, grass). Aceite o tintura alcohólica (poco frecuente).

ÉXTASIS

- **¿Qué tipo de droga es?** Alucinógena estimulante del SNC



- **¿Cuánto duran sus efectos?** 4 a 6 horas.
- **¿Qué características tiene?** Es una droga sintética que se hizo popular inicialmente en las discotecas y en las fiestas nocturnas, actualmente esta droga afecta a mayor variedad de personas, también llamada MDMA. Generalmente se ingiere en cápsulas o en tabletas, también hay quienes la beben en forma líquida o aspiran el polvo.
- **¿Cómo se detecta?** Resultado positivo en orina hasta 3-4 días después de consumo.
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** Interacción farmacocinética en combinación con inhibidores de la proteasa (ritonavir) o inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs).
- **¿Qué efectos posee?**

Empatía, incremento de la energía y sensualidad, bienestar, confianza y seguridad en uno mismo, incremento en la percepción visual y auditiva.

Adversos agudos: Son frecuentes la aparición de náuseas, mareo, nistagmo, trismus, bruxismo, xerostomía o taquicardia. Los episodios de distimia (24-48 horas de duración, a los 2-3 días del consumo) son también comunes. Los cuadros de hipertermia, hepatotoxicidad, hiponatremia, psicosis o accidentes cerebrovasculares son muy poco frecuentes pero graves.
- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** La sustancia puede presentarse en comprimidos (pastillas, pastis, tostis, rulas, pirulas, mimosines) o cristalizada (cristal, M). La vía de administración más frecuente es la oral aunque es posible el uso intranasal (poco frecuente). La dosis habitual activa oscila entre 40-150 mg.

COCAÍNA

- **¿Qué tipo de droga es?** Estimulante del SNC
- **¿Cuánto duran sus efectos?** En función a la vía de administración:

Esnifada: inicio 3-5 minutos, duración 10-40 minutos.

Fumada e inyectada: inicio 5-10 segundos, duración 5-20 minutos. Estas dos vías son infrecuentes en espacios de ocio.
- **¿Qué características tiene?** Esta droga provoca gran demanda por urgencias en centros asistenciales de Argentina, luego del alcohol y los medicamentos. Las principales vías de administración son oral, nasal y pulmonar. Inhalar la sustancia produce un efecto más rápido y fugaz, por lo tanto, las personas consumen mucha cantidad en poco tiempo, lo que le genera daños cada vez más graves. Dos sustancias que se obtienen de la mezcla de cocaína y otras sustancias, y que se fuman son el crack y el paco.
- **¿Cómo se detecta?** 48-72h tras exposición. Metabolito benzoilecgonina. (Puede prolongarse si se trata de un consumo muy intenso).
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** Alcohol: metabolito cocaetileno, aumenta toxicidad en animales de experimentación aunque en humanos su repercusión no parece significativa.
- **¿Qué efectos posee?**

Euforia, excitabilidad, incremento de la sensación de autocontrol, lucidez mental, locuacidad, sociabilidad, elevación de la autoestima y aumento del deseo sexual. Insomnio y pérdida de apetito.

Adversos agudos:

Frecuentes: Excitación, irritabilidad, taquicardia, insomnio, pérdida de apetito, HTA.

Infrecuentes/dependientes de la dosis o vía de administración:



- Cardiovasculares: Arritmias, IAM.
- Respiratorios: Taquipnea. Neumomediastino, neumotórax.
- Neurológicos: Cefalea, discinesias, distonías, ACVA, convulsiones.
- Psiquiátricos: Ideación paranoide (síntomatología auto referencial principalmente), alucinaciones (auditivas, olfativas o táctiles) y crisis de pánico.
- Renales: fallo renal agudo.
- Muscular: Mialgia, rabdomiolisis.

- **¿Qué formas y vías de administración tiene?**

Clorhidrato de cocaína. Es la forma más frecuente en espacios recreativos. Polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como "coca", "nieve", "camerusa", "dama blanca", "talco", "perico" o "farlopa". La forma más común de administración es "esnifada" (inhalaada por la nariz). Menos frecuente es su disolución en agua para la administración intravenosa, (mezclada con heroína se conoce como speedball).

Sulfato de cocaína (pasta de coca). "Basuco", poco usada en Europa, es producto de la maceración de la hoja de coca. Se consume fumada.

Cristales de cocaína (base libre). Es el producto de la transformación del clorhidrato de cocaína en su forma base neutralizando su forma ácida con bicarbonato o amoníaco. En forma de piedras blancas o amarillas se conoce como "crack", "base", "roca". La vía de administración es fumada (inhalaada en pipa). Muy tóxica y adictógena pero excepcional en contextos de ocio.

SPEED

- **¿Qué tipo de droga es?** Estimulante del SNC
- **¿Cuánto duran sus efectos?** 6-8 horas.
- **¿Qué características tiene?** Esta metanfetamina es la droga de síntesis más consumida después del éxtasis (MDMA). La droga se produce con facilidad en laboratorios clandestinos con ingredientes relativamente baratos que se pueden conseguir sin receta médica. Estos factores contribuyen a que el speed se haya convertido en una droga con un alto potencial de abuso masivo. Se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o en combinados alcohólicos. Algunos usuarios tienden a confundir el «speed» con cocaína de "baja pureza".
- **¿Cómo se detecta?** Puede detectarse en orina hasta 3-4 días después del último consumo.
- **¿Qué efectos tiene?**

Euforia, estimulación, disminución del cansancio y sueño. Energía.

Adversos agudos: Son frecuentes y dependientes de la dosis la aparición de distonías mandibulares, diarrea, insomnio, ansiedad, taquicardia. La intoxicación aguda puede cursar como una psicosis paranoide. También es posible (de forma infrecuente) la aparición de accidentes cardio o cerebrovasculares. La vía de administración fumada o intravenosa incrementa el riesgo de efectos adversos y tóxicos.

- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** Existe el uso recreativo intranasal de pequeñas cantidades (5-20 mg) de polvo (speed, pichu). Y, más recientemente se está difundiendo el uso intensivo de base libre de metanfetamina (meth, ice, cristal, cranck) a través de vía fumada o intravenosa.



GHB

- **¿Qué tipo de droga es?** Depresora del SNC
- **¿Cuánto duran sus efectos?** Varían mucho de una persona a otra, se perciben a los 10 ó 20 minutos del consumo, duran de 60 a 90 minutos, y desaparecen por completo a las 3 ó 4 horas.
- **¿Qué características tiene?** Es conocido también como “éxtasis líquido”, aunque sus efectos tienen poco que ver con el éxtasis, que es un estimulante y no una droga depresora como el GHB. En el mercado ilegal circula en forma de líquido transparente y se consume por vía oral generalmente mezclado con agua, por lo que es difícil controlar la dosis consumida y ligeras variaciones en cantidad o pureza producen efectos muy diferentes.
- **¿Cómo se detecta?** No es detectable en orina a través de los reactivos utilizados habitualmente.
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** El uso simultáneo de depresores del Sistema Nervioso Central (incluido el alcohol) incrementan el riesgo de intoxicación de forma notable.
- **¿Qué efectos tiene?**

Desinhibición y euforia, incremento de la sensualidad.

Adversos agudos: Son frecuentes la aparición de náuseas, vómitos o cefalea.
- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** GHB puede encontrarse en polvo, o con mayor frecuencia como líquido incoloro, transparente y de sabor ligeramente salado. La forma de uso más habitual es bebido, de forma directa o disuelto en copa o refresco. Es conocido como potes, biberones o éxtasis líquido. La dosis recreativa oscila entre 1 y 2 gramos. Pequeños incrementos en la dosis potencian los efectos de forma importante.

KETAMINA

- **¿Qué tipo de droga es?** Alucinógena estimulante del SNC
- **¿Cuánto duran sus efectos?** 1-2 horas.
- **¿Qué características tiene?** El hidrocloreuro de ketamina es un anestésico de efecto rápido. A dosis altas, causa intoxicación y alucinaciones similares a las del LSD.
- **¿Cómo se detecta?** No es detectable en orina a través de los reactivos utilizados habitualmente.
- **¿Qué efectos tiene?**

Distorsiones sensoriales leves, estados disociativos. Sus consumidores pueden tener delirios, alucinaciones o perder el sentido del tiempo y de la realidad.

Adversos agudos: Son frecuentes la aparición de náuseas, vómitos o cefalea. La intoxicación aguda por ketamina cursa como un cuadro de disminución de nivel de conciencia acompañado de un estado disociativo profundo. En este estado son frecuentes episodios alucinatorios del tipo Experiencia Cercana a la Muerte (visión de túnel y luz, fusión con la eternidad...), que están suficientemente documentados desde un punto de vista científico.
- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** En ambientes recreativos la forma de administración más frecuente es el uso intranasal de pequeñas dosis (10-40 mg). También es posible el uso intramuscular o intravenoso. Es conocido como K, Special K o Kit-Kat.



LSD

- **¿Qué tipo de droga es?** Alucinógena
- **¿Cuánto duran sus efectos?** 6-14 horas.
- **¿Qué características tiene?** El LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es una droga alucinógena. Las drogas alucinógenas cambian la forma en que la gente experimenta el mundo que le rodea. El LSD es inodoro, incoloro e insípido. Se puede dividir en cuadraditos de papel que la gente chupa o traga.
- **¿Cómo se detecta?** Detectable en test de orina hasta 2-3 días después de su consumo.
- **¿Qué efectos tiene?**

Ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. Modificación del estado de consciencia.

Adversos agudos: "Mal viaje" produciendo un cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas con contenido intensamente desagradable y terrorífico. Puede alterar la capacidad de juicio y el comportamiento de la persona, sus consumidores se pueden encontrar a sí mismos en situaciones peligrosas. Entre los cambios físicos que puede causar esta droga, se incluye la subida de la tensión arterial y el aumento de la frecuencia cardíaca, los temblores y las sacudidas musculares, la dilatación de las pupilas, los sudores, el insomnio y la pérdida del apetito.

- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** La LSD es el psicoactivo sintético de mayor potencia. Es activo en el rango de los microgramos. La dosis habitual oscila entre los 50-150 µgr. La forma de presentación más habitual consiste en pequeños papeles secantes que contienen disuelta la sustancia (tripis, ácidos, ajos), aunque ocasionalmente puede encontrarse en forma de micropuntos o gelatinas.

HONGOS ALUCINÓGENOS

- **¿Qué tipo de droga es?** Alucinógena
- **¿Cuánto duran sus efectos?** Los primeros efectos suelen empezar a percibirse a los 30 minutos. Los efectos máximos suelen instaurarse entre los 60 y los 90 minutos después de la ingesta, y se prolongan durante alrededor de dos horas antes de empezar a disminuir. La duración total de la experiencia es de alrededor de 4 a 6 horas, en función de la dosis.
- **¿Qué características tiene?** Las distintas variedades de hongos psicoactivos, conocidos también como hongos mágicos, que contienen alcaloides psicoactivos como la psilocina, la psilocibina y la baeocistina, pertenecen a las familias Strophariaceae e Hymenogastraceae de hongos basidiomicetos, del orden de los Agaricales. Los géneros más habituales y conocidos que producen especies que contienen estos alcaloides son el *Psilocybe* y el *Panaeolus*. Las dosis de hongos varían en función de la especie, su estado de conservación, si son hongos frescos o secos y otros factores.
- **¿Cómo se detecta?** No detectable a través de los test de orina habituales.
- **¿Qué efectos tiene?**

Ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. Modificación del estado de consciencia. Alteraciones de las percepciones sensoriales, así como cambios profundos en la consciencia y la cognición. Alteraciones visuales en forma de visiones caleidoscópicas coloridas con los ojos cerrados, intensificación de los colores, distorsión en las formas de los objetos; alteraciones auditivas, como una apreciación incrementada de la música y los sonidos; experiencias sinestésicas, en las que estímulos correspondientes a un determinado campo sensorial son percibidos y procesados por otro sentido (por ejemplo, sonidos que se perciben como visiones). Incremento en la sensibilidad táctil, sensaciones de frío o calor, hormigueo o sensación de energía recorriendo el cuerpo, así como parestesias.



Adversos agudos. “Mal viaje”: cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas con contenido intensamente desagradable y terrorífico. Se han descrito casos aislados de hepatopatía con hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia asociados al consumo de hongos. También se produce dilatación de las pupilas, incrementos leves en la presión arterial y el ritmo cardíaco (en especial con dosis altas). La variación en la presión arterial parece más relacionada con la experiencia subjetiva que con los efectos fisiológicos de la psilocibina, en particular si aparece ansiedad. En ocasiones puede presentarse náusea (sobre todo cuando se ingieren hongos, más que con la psilocibina pura), y más raramente vómitos o diarrea. Pueden aparecer temblores, malestar muscular y también mareo.

- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** Los hongos psilocibios (pertenecientes a las familias *Psilocybesp* y *Strophoria sp.*) crecen de forma espontánea en la mayoría de los climas (setas, monguis). En algunos países europeos su venta es legal. Pueden encontrarse como setas frescas, secas o congeladas. Se consumen por vía oral o en infusión.

POPPER

- **¿Qué tipo de droga es?** Efecto mixto, estimulante o depresor del SNC alucinógeno.
- **¿Cuánto duran sus efectos?** 1-2 minutos.
- **¿Qué características tiene?** El tipo más común de popper es el que contiene nitrito de amilo, que a menudo se confunde con nitrato de amilo que se usa como aditivo en el combustible diesel, donde actúa para mejorar el encendido gracias a la aceleración de la ignición del combustible. Ahora bien, el popper también puede contener nitrito de isopropilo, el 2-propil nitrito, nitrito de isobutilo, nitrito de butilo y nitrito de alquilo. Como sustancia recreacional, el popper produce estimulación y vasodilatación de manera muy rápida al ser inhalado, así como una sensación de euforia y deseo sexual. Al mismo tiempo provoca una relajación de esfínteres, y por eso es conocida como droga sexual.
- **¿Cómo se detecta?** No detectable a través de los test de orina habituales.
- **¿Con qué otras sustancias interactúa?** El uso simultáneo de fármacos para el tratamiento de la impotencia (sildenafil, tadalafil, vardenafil) o nitratos puede producir cuadros de hipotensión grave y síncope.
- **¿Qué efectos tiene?**

Rubefacción, mareo. Intensificador del orgasmo y dilatador de músculo liso (se utiliza para facilitar la penetración anal). Produce un subidón rápido al ser inhalado, en el que se pierde el foco de atención y el control del cuerpo. La libido se incrementa. Relaja esfínteres y favorece la erección en los hombres.

Adversos agudos: Rubefacción facial, cefalea, náuseas y vómitos, taquicardia con hipotensión ortostática. Lenguaje poco consistente y lentitud en el tiempo de reacción.

- **¿Qué formas y vías de administración tiene?** La vía de administración más habitual es la inhalada.

¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol y estupefacientes en el contexto laboral en general?

ALCOHOL:

Existen actividades laborales que, dado el nivel de precisión, no admiten ningún consumo por mínimo que sea; por ejemplo, el manejo de grúas, el transporte de pasajeros, la reparación de medios de transportes donde viajan cientos de pasajeros, la aviación comercial, la cirugía médica, la anestesia, etc.



Una cantidad mínima de alcohol puede comprometer la capacidad de conducir un automóvil. Algunas habilidades, como girar el volante al mismo tiempo que se presta atención al tránsito, están comprometidas con una concentración de alcohol (CAS) de 0,2 g en sangre.

La mayoría de los accidentes de tránsito se registran con niveles de alcoholemia inferiores al 0,5 g/l.

TABACO:

La Ley 26.687 en vigor (responsable de regular la publicidad, promoción y el consumo de los productos elaborados con tabaco), desde el 1 de junio 2011, prohíbe fumar en los lugares de trabajo, sean estos públicos o privados; a pesar de esta medida, el consumo de tabaco sigue generando riesgos en el ámbito laboral.

El impacto de su consumo en el ámbito laboral puede relacionarse con la falta de concentración, motivada por el estado de ansiedad que genera la ausencia de nicotina en el organismo y el ausentismo del puesto de trabajo cada vez que la persona se desplaza a las zonas habilitadas para fumar. Aunque no es nula, en menor medida, se encuentran riesgos de accidentes laborales causados por incendios, explosiones o accidentes de tráfico.

CANNABIS/MARIHUANA:

El consumo de cannabis antes o durante la jornada laboral puede reducir la productividad; disminuir la concentración, la atención y la capacidad de reacción; alterar los reflejos y enlentecer nuestro funcionamiento.

La alteración de la percepción y la pérdida de memoria son efectos que influyen de manera directa en la capacidad para desarrollar la tarea diaria: control de normas de seguridad, recuerdo de órdenes y mandatos de superiores.

También incide de forma directa en la conducción de vehículos y manejo de maquinaria aumentando las posibilidades de sufrir accidentes laborales.

BENZODIAZEPINAS Y OPIÁCEOS:

El consumo de psicofármacos puede afectar la conducción de vehículos y maquinarias, aumentando los riesgos de accidentes laborales. También limita la realización de tareas complejas que requieren mayor concentración.

Por ello, si tengo un trabajo relacionado con la conducción (de cualquier vehículo) o debo desarrollar tareas complejas, es muy importante avisarle a su médico tratante para que lo tenga en cuenta a la hora de recetar una medicación.

FACTORES DE PROTECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Muchos estudios han permitido identificar factores cuyo control o modificación contribuye a una disminución significativa de los problemas relacionados con las drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Calafat, 2007).

Factores de fortalecimiento o protección: son aquellas características y/o actitudes individuales, familiares, sociales y ambientales que inhiben y/o reducen la probabilidad de la aparición de una problemática, como por ejemplo, el inicio del consumo de drogas o el mantenimiento del mismo.

Se pueden mencionar algunas características que fomentan estos factores:



- **Personales:** autovaloración positiva, flexibilidad y capacidad de adaptación, percepción de autoeficacia, autonomía, control de los impulsos, expectativas positivas de sus propias metas, vínculos emocionales con instituciones pro-sociales (escuela, iglesias, clubes), habilidades sociales (comunicación, empatía, respeto, tolerancia social), interiorización de las normas resiliencia.

- **Micro-sociales:**

Familia, vínculo afectivo y emocional adecuado (atención a los intereses de los hijos, transmisión de reconocimiento y confianza, aceptación), implicación en las actividades de los hijos (escuela, aficiones), establecimiento de normas y límites.

Escuela, clima favorable (norma consistente y vínculos afectivos), desarrollo de programas de promoción de la salud.

Grupo de pares, implicación con grupos de iguales con actividades y normas positivas.

- **Macro-sociales:** disponibilidad de programas y recursos sociales, sanitarios y educativos de calidad; entornos seguros y libres de episodios de violencia, de criminalidad y de tráfico de drogas; políticas públicas de drogas coherentes, pertinentes e integrales.

Factores de riesgo o vulnerabilidad: se entiende por factores de vulnerabilidad o riesgo a las características y/o actitudes individuales, familiares, sociales y del contexto ambiental que incrementan la probabilidad de aparición de una situación problemática o dificultad.

A continuación, se indican características que pueden influir sobre estos factores:

- **Personales:** edad / etapas de transición, baja autoestima, elevada búsqueda de sensaciones, bajo rendimiento escolar, pocas habilidades sociales, conducta agresiva e impulsiva, baja percepción del riesgo, percepción positiva sobre el consumo, necesidad de aprobación social, dificultades en la toma de decisiones, percepción de aprobación del consumo en el entorno inmediato intrapersonal.

- **Micro-sociales:**

Familia: estilos de crianza contradictorios, falta de comunicación, clima afectivo inestable, tolerancia hacia el consumo.

Escuela: fracaso escolar, abandono, clima escolar, estilo educativo.

Grupo de pares: presión de grupo real o percibida.

- **Macro-sociales:** disponibilidad y accesibilidad a las drogas, tolerancia social, extrema pobreza y percepción de falta de oportunidades, actitudes discriminatorias hacia determinados grupos sociales, alternativas de ocio deficientes, ausencia de políticas públicas, ausencia de control social.

«Los factores de protección se potencian unos a otros, a mayor exposición a estos factores, mayor protección. Lo mismo ocurre con los factores de riesgo.»

Reconocer y notar los factores de riesgo y protección que se encuentran a nuestro alrededor nos pone en una mejor posición para elegir lo que queremos para nuestra vida y acercarnos cada día más a ser la persona que queremos ser direccionándonos hacia el sentido que queremos.



¿Qué factores de riesgo y de protección pueden presentarse en el contexto laboral?

Los factores de protección y riesgo en este caso, tienen que ver con el ambiente de trabajo que se genera dentro de la institución, así como con las condiciones de trabajo físicas, materiales y sociales, o sea las relaciones interpersonales y grupos de trabajo (OEA-CICAD, 2008). Es importante destacar que una conducta de riesgo no puede explicarse desde una mirada lineal (causa-efecto), sino que es el resultado de la interacción de múltiples causas y condiciones que se dan en los ámbitos biológico, psicológico y social. No hay causalidad directa entre los factores de riesgo y la presencia efectiva del consumo. Sin embargo, a mayor presencia de factores de riesgo mayor vulnerabilidad y predisposición al consumo.

• Factores de riesgo en el contexto laboral:

- Manejo de sustancias químicas adictivas sin las protecciones necesarias (pegamentos, aerosoles, inhalantes, etc).
- Sistemas de turnos que alteran constantemente el ciclo sueño-vigilia.
- Trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc).
- Fácil disponibilidad de alcohol (empresas productoras, distribuidoras, restaurantes, comercializadoras, etc).
- Fácil disponibilidad de drogas lícitas o ilícitas (laboratorios, centros de atención de salud, instituciones de control de drogas, etc).
- Inestabilidad en el empleo.
- Estrés laboral o ambiente estresante (orientado sólo a las metas).
- Traslados frecuentes de puesto de trabajo.
- Condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o calor).
- Contaminación y toxicidad ambiental.
- Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores.
- Estilos de supervisión o liderazgo inadecuados.
- Existencia de micro tráfico en el lugar de trabajo.
- Cultura organizacional que tolera el consumo.
- Exigencia de rendimiento demasiado alta o demasiado baja (falta de supervisión).
- Situaciones y contextos de angustia, estrés y violencia.
- Exposición a riesgos contra uno/a mismo/a o contra otros/as.

Para el desarrollo de una cultura institucional preventiva es fundamental detectar y fortalecer los factores de protección en el ambiente de trabajo que posibilitan un espacio laboral saludable. Esto es, considerar las condiciones ambientales, personales y sociales que inciden como factores de cuidado y protección en el trabajo.

• Factores de protección en el contexto laboral:

- Mantener una cultura institucional saludable y de no consumo de drogas.
- Comunicación fluida con los compañeros/as y jefaturas.
- Capacidad de trabajar en equipo.
- Reconocimiento y valoración explícita de las jefaturas, por el trabajo y esfuerzo realizado.
- Creación de actividades recreativas para compartir con compañeros/as y/o la familia.
- Diseño e implementación de una política de promoción de la salud dentro de la institución.
- Clima laboral cálido, seguro y estable.
- Condiciones ambientales satisfactorias, existencia de los recursos materiales, de seguridad y/o de condiciones laborales y remuneraciones adecuadas.
- Rotación en los turnos y/o cambios nocturnos previstos con suficiente antelación permitiendo que el trabajador pueda organizar su vida personal y familiar.
- Facilitar tiempos suficientes de descanso intentando respetar al máximo los ritmos de sueño.



- En las jornadas prolongadas de trabajo es importante establecer ritmos que puedan adaptarse a las necesidades individuales e introducir pausas durante el tiempo de trabajo.
- Promoción de un rendimiento adecuado en el trabajo.
- Mejorar el ajuste del individuo a la tarea y su satisfacción y crecimiento laboral. Para evitar la monotonía, facilitar la variación periódica en las tareas y establecer pequeñas pausas que rompan la uniformidad del ritmo.
- Beneficios de salud y otros, bienestar y otros con que cuenta la empresa en relación con las necesidades de los trabajadores y de la empresa en su conjunto.

¿Qué debemos tener en cuenta sobre las adicciones?

- El trastorno por consumo de sustancias puede evolucionar a un trastorno grave, progresivo y crónico del cerebro producto de una función neural alterada.
- Sin tratamiento adecuado, puede ser mortal.
- Es un trastorno que se caracteriza por la negación y la recaída.
- Se manifiesta por el uso repetitivo y compulsivo de sustancias (alcohol y drogas) o actividades (sexo, juego) a pesar del registro de las consecuencias adversas para la persona.
- Puede tener fuertes componentes genéticos.
- Requiere precauciones continuas, ejemplo: estrategias de prevención de recaídas, adaptaciones en cuanto a la tarea laboral mientras se encuentra el o la trabajadora en tratamiento, seguimiento.

Criterios diagnósticos para evaluar la presencia de trastorno adictivo

Según el DSM-5, para diagnosticar el trastorno por consumo de sustancias debe cumplirse dos criterios de los siguientes, durante 12 meses:

- Uso peligroso.
- Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo.
- Incumplimiento de los principales roles por su consumo.
- Síndrome de abstinencia (también para el cannabis).
- Tolerancia, uso de mayor cantidad de sustancia o más tiempo. O menos efectos con igual cantidad.
- Intentos repetidos de dejarlo o controlar el consumo.
- Emplear más tiempo del que se pensaba en actividades relacionadas con el consumo.
- Tener problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.



- Dejar de hacer otras actividades debido al consumo.

Se clasifica en tres grados de severidad, según el número de criterios que cumpla: leve (2-3), moderado (4-5) y grave (6 o más).

En la 5ª edición de la DSM se incluye dentro del mismo trastorno la conducta de abuso al juego, ya que estas conductas presentan características comportamentales y alteraciones de los sistemas de recompensa cerebrales similares a los del trastorno por consumo de sustancias.

Para Griffiths (1998) cualquier comportamiento que cumpla estos seis criterios será definido operacionalmente como trastorno por consumo de sustancias.

- **Saliencia:** Se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- **Modificación del humor:** Experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- **Tolerancia:** Proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
- **Síndrome de abstinencia:** Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
- **Conflicto:** Se refiere a los conflictos que se desarrollan entre la persona con un trastorno adictivo y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.
- **Recaída:** Es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la conducta adictiva tras muchos años de abstinencia o control.

Por lo tanto lo importante en un trastorno adictivo no es la actividad concreta que genera la dependencia, sino la relación que se establece con ella. Es una relación negativa, incluso destructiva que el sujeto se muestra incapaz de controlar.

Cabe aclarar que esto nos puede orientar para evaluar si una persona posee sintomatología de un trastorno adictivo, pero no podemos confirmarlo hasta que un profesional de la salud especializado en adicciones ratifique el diagnóstico en una consulta.

Sugerencias para invitar a comenzar tratamiento

Partiendo de la base que entendemos que el consumo de alcohol y estupefacientes está contemplado en la reglamentación del Sistema de Control Disciplinario de las Fuerzas de Seguridad Pública y Ciudadana mediante la prevención, investigación y eventual sanción de las faltas disciplinarias, a fin de resguardar el correcto e integral funcionamiento del servicio de seguridad pública, enmarcado en la Ley N° 10.731 y Decreto Reglamentario N° 1568/2021.

A continuación indicamos algunas pautas desde las que se abordan las adicciones cuando tenemos conocimiento de alguna persona que posee problemas asociados al consumo de sustancias:



Existe evidencia que indica que proponer y conversar sobre un comienzo de tratamiento han logrado que la mayoría de personas renuentes a tratarse, empiecen uno. Estos casos exitosos en los que se ha trabajado con el entorno incluye una amplia variedad de relaciones entre la familia y quien lo precisa, incluyendo cónyuges, padres, hermanos/as o hijos/as. Invitar a realizar tratamiento no requiere de una amplia experiencia en el campo del abuso de sustancias si se utilizan algunos aspectos básicos de estas orientaciones.

Para comprender el rol activo del contexto es necesario tomar un poco de distancia y considerar algunos aspectos globales relacionados a la conducta de consumo por parte de la persona. Para empezar, la conducta de consumir no es una conducta aislada, es decir, suele ser una conducta que sucede en respuesta a una o varias situaciones y que tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Por lo tanto, lo que ocurre antes y después de consumir cumple un rol muy importante en la continuidad de esa conducta. Además debe considerarse con completa responsabilidad si el consumo está implicando un riesgo para sí o para terceros para realizar este tipo de intervenciones y seguimientos.

La descripción que sigue incluye aspectos clínicos, teóricos y técnicos, sin embargo, el aspecto humano al momento de emprender la evaluación de las personas con supuesto consumo de sustancias, debe ser uno de los ejes primordiales para lograr el acercamiento y sinceramiento de la persona.

Conversación con foco en la motivación

Con este tipo de intervención se busca promover la motivación en la persona, animándola a explorar las razones y valores propios que justifican el mantenimiento y/o cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes (Becoña Iglesias y Cortez Tomás, 2011).

Se sugiere evitar las discusiones y desviar cualquier actitud defensiva haciendo declaraciones de apoyo, empatía o comprensión. Sobre todo, alejarse de la confrontación, la cual ha demostrado ser ineficaz en el campo del abuso de sustancias (Miller y Rollnick, 1991, 2013). El notable éxito de los procedimientos motivacionales dentro del campo del abuso de sustancias respalda aún más la adopción de un estilo motivacional.

A continuación se presenta el modelo de etapas que suele transitar una persona ante problemas asociados al consumo de sustancias, esto es útil a los fines de revisar las intervenciones y modos de generar la conversación con la persona según la posición que transita, siendo natural que esté en alguna de estas etapas. La recaída como verán es parte del proceso, lo esperable es lograr que atravesando cada etapa la persona pueda mantener la abstinencia finalmente luego del tratamiento.

Cuadro 1. Modelo transteórico del cambio según Prochazka y DiClemente

ETAPA FRENTE AL CONSUMO	ESPECIFICACIONES PARA EL ABORDAJE SEGÚN LA ETAPA
Precontemplación	Aumento de la duda: aumento de la percepción de la persona de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza: evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar, aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Preparación	Ayudar a la persona a determinar el mejor curso de acción a seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayudar a la persona a dar los pasos hacia el cambio.
Mantenimiento	Ayudar a la persona a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Ayudar a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.



Considerando estas etapas es importante detenernos en cuatro elementos claves interrelacionados para evitar el reflejo de corrección. A continuación se describen brevemente:

- **COLABORACIÓN:** Asociación para y con la persona. Parte de la idea de que las personas son expertas en sí mismas. Se intenta crear una atmósfera que conduzca al cambio no a la coerción. Esto implica explorar más que exhortar y apoyar más que persuadir.
- **ACEPTACIÓN:** Posición permeable en relación a lo que nos trae la persona. No significa estar de acuerdo con la conducta del otro, la aprobación personal de quien entrevista es irrelevante. Esta actitud consta de cuatro facetas:

Valor esencial: Habilidad de ver a la persona tal y como es, de ser consciente de su individualidad única.

Empatía precisa: Capacidad de entender el marco de referencia del otro.

Promover la autonomía: respeto por los derechos y la capacidad irrevocable del otro para decidir qué dirección tomar.

Afirmación: implica buscar y reconocer las fortalezas y los esfuerzos de la persona.

En conjunto, estas cuatro condiciones centradas en la persona transmiten lo que significa “aceptación”. Uno honra el valor absoluto de cada persona y su potencial como ser humano, reconoce y apoya la irrevocable autonomía para elegir su propio camino, busca mediante una empatía precisa comprender la perspectiva del otro y afirmar las fortalezas y esfuerzos.

- **COMPASIÓN:** Promoción activa del bienestar del otro y contemplación prioritaria de sus necesidades. No hace falta que «suframos con» para poder actuar con compasión. Esta contemplación activa del bienestar del otro, es lo que motiva a las personas a buscar ayuda profesional.
- **EVOCACIÓN:** Certeza de que el otro tiene sus propios recursos y motivaciones para resolver sus problemas, por lo que debemos centrarnos en las fortalezas, en lugar de indagar sobre las carencias. El mensaje implícito es “tienes lo que necesitas y juntos lo encontraremos”.

Importancia de la pausa

Permitir un poco de silencio les da a las personas tiempo para procesar y aumenta la probabilidad de que expresen una reflexión. Los usuarios difieren en cuanto tiempo necesitan para procesar antes de hablar. Se recomienda confiar en el proceso y dar tiempo para que las cosas decanten y para que las personas reflexionen sobre ellas. Una mente tranquila es una mente activa en este tipo de conversación.

Qué preguntas NO hacer

Aunque las siguientes son preguntas abiertas, no serían las que generalmente recomendamos:

- “¿Por qué no has cambiado?”
- “¿Qué te mantiene haciendo esto?”
- “¿Por qué tienes que fumar?”
- “¿En qué estabas pensando cuando te equivocaste?”



- “¿Por qué no te esfuerzas más?”
- “¿Qué es lo que te pasa?”
- “¿Por qué no puedes dejar de _____?”
- ¿Por qué estas preguntas pueden ser desacertadas desde una perspectiva motivacional?

Porque su respuesta lleva a una conversación de mantenimiento. Como pauta general, intente realizar preguntas abiertas que provoquen conversaciones de cambio, reconociendo que puede haber razones estratégicas para preguntar sobre lo contrario. La proporción de la conversación sobre el cambio es un predictor del mismo.

Directrices para habilidades de comunicación efectiva

- 1. Sea breve.
- 2. Sea positivo/a.
- 3. Referirse a comportamientos específicos.
- 4. Identifique sus sentimientos.
- 5. Ofrezca una muestra de comprensión.
- 7. Ofrezca ayuda.



Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba

¿Qué es la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba?

La Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC) es un sistema de atención único, integral, preventivo/asistencial y público para el abordaje de problemas asociados al consumo de sustancias, que ha puesto en marcha el Gobierno de la Provincia de Córdoba, bajo la órbita del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que se encuentra a cargo de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud.

El objetivo de la RAAC es establecer una asistencia racional y ordenada con los recursos que se disponen, considerando también aquellos con los que aún no se cuenta, en gestión conjunta con los gobiernos locales y otras organizaciones de la comunidad, en base al Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, para dar respuestas integrales a esta problemática.

Actualmente, la RAAC cuenta con más de 100 centros preventivos y asistenciales distribuidos en los distintos departamentos del territorio provincial. De esta forma se garantiza disponibilidad geográfica y accesibilidad, para que los usuarios que demanden servicios, puedan obtener una respuesta rápida.

Niveles de complejidad de la RAAC:

Para lograr el objetivo anteriormente propuesto es necesario trabajar articuladamente e intersectorialmente, ya que las adicciones resultan una problemática multicausal y demanda, como cualquier otra condición crónica de salud, de recursos humanos formados, tanto en competencias técnicas como habilidades personales. Además, cada intervención de la red es diseñada a partir de Diagnósticos Participativos, elaborados en conjunto con la comunidad.

La división de este espectro asistencial y preventivo se diferenció mediante números que identifican los recursos que se disponen en cada nivel, que va desde una baja complejidad -la Nivel 1 de la RAAC - a la máxima complejidad - Nivel 4 de la RAAC - con el objetivo de acompañar todas las fases de esta problemática. Es imprescindible destacar que los niveles de la RAAC no se constituyen en compartimentos estancos, ya que para su correcto funcionamiento es necesaria la permanente articulación entre los distintos niveles. Para ello, la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones procura un trabajo de formación constante que asegure un lenguaje y criterios en común, donde la prioridad siempre sea el usuario, los servicios continuos y la calidad de la atención. En este sentido, desde la Secretaría brinda una formación continua a través de canales múltiples, como el acompañamiento y la formación permanente de los equipos y, además, en 2019 y 2020 con la Educación Superior en Adicciones (en sus modalidades de Posgrado, Diplomatura y Curso), el Congreso RAAC, contando 4 ediciones a la fecha y el espacio de capacitación para la ciudadanía cordobesa Campus Córdoba desde el 2021.

¿Qué es Nivel 1 de la RAAC? Es la puesta en marcha de actividades sanitarias que apuntan a la promoción de la salud y a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, es decir, el “conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien, que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social”. La prevención, en términos generales, tiene como objetivo evitar las enfermedades, de modo que se detecten, controlen y reduzcan los factores de riesgo y etiológicos de las mismas. La promoción, por su parte, tiene como objetivo favorecer la salud y mejorar las condiciones de bienestar de cada individuo y de la comunidad. De esta forma, el nivel 1 de la RAAC se define por el trabajo en prevención selectiva e indicada en relación al consumo de sustancias, con-



tando con el Programa de Prevención Territorial (PPT) en Córdoba Capital, y con los Centros Preventivos y Asistenciales pertenecientes a la red en el interior provincial. Actualmente, la RAAC cuenta con más de 100 centros distribuidos en los distintos departamentos del territorio provincial. De esta forma se garantiza disponibilidad geográfica y accesibilidad, para que los usuarios que demanden servicios, puedan obtener una respuesta rápida, bajo supervisión, capacitación y seguimiento de equipos técnicos referenciales de la Secretaría. Por otro lado, el PPT en la ciudad de Córdoba, fortalece los factores de protección a través de más de 45 talleres deportivos, artísticos y socio-educativos todas las semanas en distintos barrios. También, este programa cuenta con más de 60 espacios de “primera escucha”, que son dispositivos de trabajo para el desarrollo de Atención Primaria en Salud, para asesorar y establecer un contacto inicial en relación a las problemáticas de consumo.

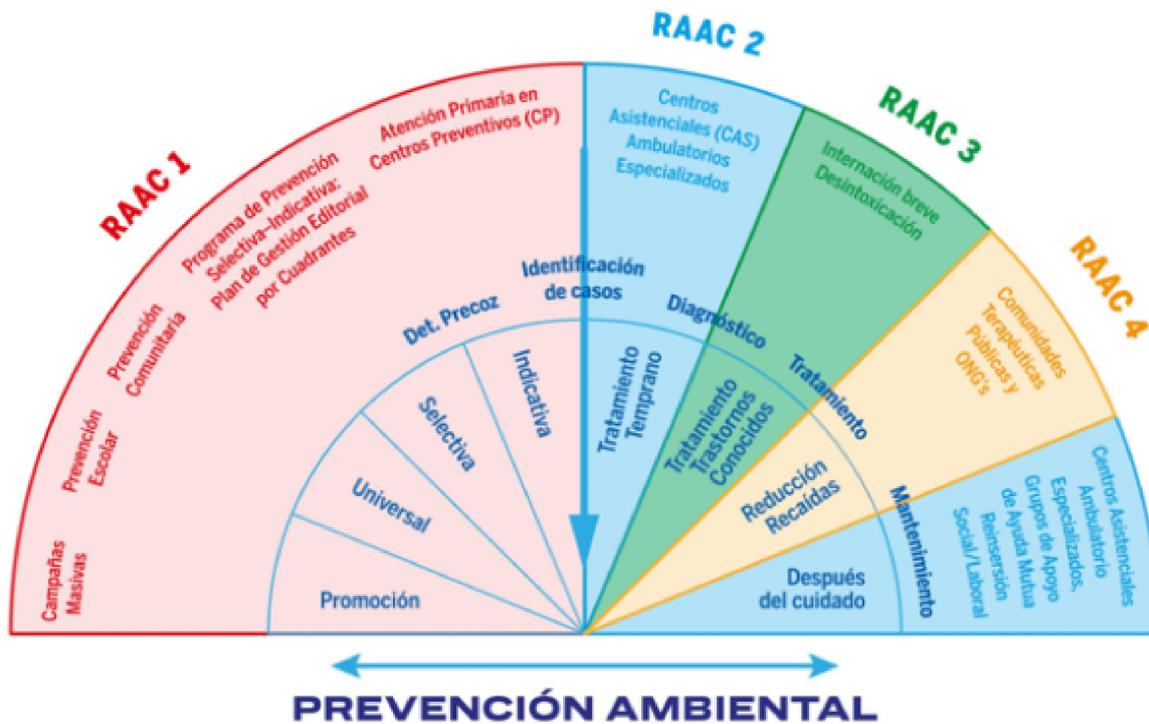
¿Qué es Nivel 2 de la RAAC? Es la puesta en marcha de actividades sanitarias que contemplan el tratamiento ambulatorio especializado, lo que se corresponde con el abordaje ambulatorio multinivel y multicomponente de las problemáticas asociadas al consumo de drogas, integradas en un mismo servicio garantizando la accesibilidad. Este aspecto de la red resulta primordial ya que, según la evidencia científica, mientras más componentes posibiliten el servicio, más probabilidad existe de que el usuario tenga una recuperación estable en el tiempo.

El nivel 2 de la RAAC está constituido por los denominados Centros Asistenciales (CAS). En ellos se espera que los usuarios puedan acceder a las siguientes prestaciones, según sean sus necesidades específicas: Terapia individual, Terapia familiar, Terapia grupal, Abordaje psicofarmacológico, Grupos de Ayuda Mutua (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, etc.) Dosajes, (reactivos para monitoreo del consumo).

¿Qué es el Nivel 3 de la RAAC? Es un nivel correspondiente al Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud Mental. Se define como el nivel de tratamiento más intensivo dentro del continuum del abordaje de las adicciones. Está representado por aquellos establecimientos que cuenten con todos los recursos de un hospital general de agudos o de un hospital especializado en psiquiatría. Tiene como objetivo principal corregir los desequilibrios físicos y/o emocionales de la persona vinculados al consumo de sustancias psicoactivas; con su correspondiente estabilización y preparación para su eventual ingreso en un programa de tratamiento bajo un encuadre menos intensivo, articulando con los otros niveles de la RAAC. El nivel 3 de la RAAC procura intervenir en el mejoramiento de la calidad de respuesta del sistema sanitario para que, en situaciones de urgencia que involucren consumo de sustancias, el usuario pueda acceder a un tratamiento. De este nivel se espera que se pueda efectuar una internación breve en pacientes con problemáticas agudas por el consumo de drogas, durante el período de tiempo más breve posible logrando la estabilización, para luego derivar a un tratamiento ambulatorio multicomponente (RAAC 2), así como en caso de que una persona atraviese múltiples internaciones en hospital y no cuente con recursos personales ni con un entorno propicio para su recuperación, sea derivada al nivel 4 de la RAAC luego de la evaluación profesional de criterios diagnósticos y voluntariedad de la persona para definir la posibilidad de la internación. En resumen, este nivel está indicado para personas que presentan: Trastornos médicos generales que requieren de los recursos disponibles en un hospital general de agudos o de un programa de internamiento con manejo médico. Intoxicación o síndrome de abstinencia. Trastornos mentales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

¿Qué es Nivel 4 de la RAAC? Es el nivel de máxima complejidad destinado a la rehabilitación y reinserción de las personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas. Este dispositivo alternativo a los servicios monovalentes brinda un tiempo promedio de tratamiento de uno a tres meses y se encuentra contemplado en el régimen de protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba (Ley N° 9.848). Está constituido por Comunidades Terapéuticas Públicas y por las Comunidades Terapéuticas de ONGs. La condición esencial para acceder a este nivel es la voluntariedad del paciente, ya que permanecerá bajo este encuadre asumiendo las siguientes instancias: Permanencia residencial sostenida, acompañado por un equipo técnico especializado y con un protocolo clínico definido. Recuperación temprana (etapa inicial donde se experimenta ambivalencia vinculada al tratamiento). Trabajo profundo sobre proyecto de vida, revisión de los vínculos y aprendizaje emocional. Reinserción social. En este nivel los pacientes permanecerán en un ambiente seguro que favorezca la recuperación. Las CTs disponibles que pertenecen a ONGs con las que se ha establecido convenio buscan favorecer la disponibilidad geográfica y de acceso a los usuarios de toda la provincia. Además de dos Comunidades Terapéuticas públicas inauguradas en los últimos años. Luego de atravesar el tratamiento con este encuadre de tipo residencial, los pacientes continúan tratamiento ambulatorio en los restantes niveles de la RAAC. A continuación se presenta el abanico de los niveles de la RAAC.





¿Cómo se organiza el Sistema Asistencial de las Adicciones?

El funcionamiento coordinado y complementario entre los diferentes componentes del tratamiento y con respecto a la red de servicios en general (el funcionamiento entre las distintas RAAC de la Provincia junto con hospitales, puestos sanitarios, por ejemplo) constituye el sistema de tratamiento.

Proceso terapéutico:

Es el conjunto de actividades que se realizan en un ámbito definido, programa o establecimiento, correspondiente a un nivel de atención, como parte del tratamiento y que están dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en el usuario. Los componentes, por lo general, consisten en combinaciones de dos tipos de intervenciones:

- **Farmacológicas:** se realiza bajo el control y responsabilidad del equipo médico, orientado a restablecer el equilibrio del consumidor mediante la utilización de fármacos.
- **Psicosociales:** diferentes intervenciones, coordinadas por un equipo multidisciplinario, que apuntan a abordar diferentes áreas del sujeto, en relación con el trastorno adictivo.

Componentes del Sistema de Tratamiento (áreas de Intervención)

- **Intervención temprana:** son una serie de servicios destinados a brindar atención oportuna para aquellas personas de alto riesgo o una fuerte vulnerabilidad para desarrollar un problema por consumo de drogas.
- **Manejo de intoxicación:** medidas terapéuticas que buscan restablecer el funcionamiento natural del sujeto, que ha sido alterado por el consumo de drogas. Esta intervención incluye, muchas veces, el uso de fármacos que buscan contrarrestar el efecto de la droga.



- **Manejo del Síndrome de Abstinencia:** son medidas terapéuticas que buscan trabajar sobre las alteraciones del funcionamiento normal y el malestar de la persona, que le genera el no consumir más la droga.
- **Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias:** son todas las acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento saludable del sujeto que consume sustancias psicoactivas y que pueden ser llevadas a cabo de manera más o menos intensiva, dependiendo de las necesidades de cada sujeto. Esto incluye tratamiento ambulatorio de diferente intensidad: desde intervención temprana orientadora, la atención por consulta externa ambulatoria, hasta intervenciones de tipo residencial, internación psiquiátrica y de reinserción social y comunitaria.
- **Manejo de la Comorbilidad (Diagnóstico Dual y Complicaciones):** son acciones de tratamiento que se destinan a los usuarios que presentan un trastorno por consumo de drogas junto con otro trastorno de salud, especialmente de salud mental, que son realizadas por establecimientos especializados, es decir, lugares y profesionales que tienen la capacidad y el conocimiento para manejar este tipo de caso.
- **Reinserción social:** son un conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el abuso de sustancias.

Cuadro 2. Datos relevantes de Centros RAAC, CAs Córdoba y RSM

RAAC	DATOS
<p>Mapa Centros RAAC: En el siguiente link podrás buscar por Departamento de la Provincia de Córdoba, los centros preventivos (CP) y asistenciales (CAs) que se encuentran en las localidades del interior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CP: Realizan primer contacto y prevención. • CAS: Tratamiento ambulatorio, o sea el tratamiento propiamente dicho. 	<p>Para buscar por Departamento información de los Centros RAAC:</p> <p>INGRESAR AQUÍ</p>
<p>Centro asistencial (CAs) Córdoba: En el siguiente link podrás acceder a Información relevante sobre la modalidad del tratamiento y contacto para comienzo de tratamiento para la persona que consume o familiares.</p> <p>Tratamiento Multicomponente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ambulatorio, voluntario y gratuito. • Primer turno: admisión para comienzo tratamiento. • Grupo es la terapia principal, una vez por semana durante 2 hs. • También, según el caso, se puede realizar: terapia individual, psiquiatría y grupos de ayuda mutua. • Además el o la familiar y/o referente afectivo de la persona puede realizar tratamiento en grupo familiar. 	<p>Para acceder a información del CAs Córdoba:</p> <p>INGRESAR AQUÍ</p> <p>Contactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Whatsapp: 3513810583 • Ubicación: Hospital San Roque Viejo, Rosario de Santa Fe N° 374 • Horario de Atención: 8 a 17 hs • Call Center: 0800 5554141 Opción 3
<p>Red prestacional de salud mental (RSM): En el siguiente link podrás encontrar información de los hospitales provinciales de capital e interior, los hospitales monovalentes en reconversión, dispositivos intermedios, dispositivos territoriales, programas provinciales de salud mental, todos en continua revisión y transformación.</p>	<p>Para acceder a información sobre la RSM:</p> <p>INGRESAR AQUÍ</p>



Herramientas saludables para prevenir el consumo de alcohol y estupefacientes

Sobre los comportamientos

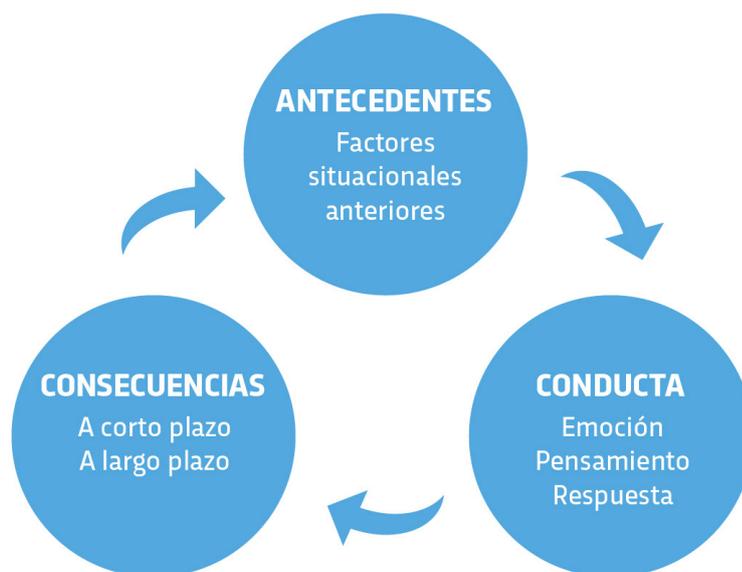
Un comportamiento o conducta implica cualquier respuesta presentada por un organismo vivo, sea está visible para el entorno social o privado. En los humanos, se clasifican en emociones, pensamientos y acciones, que se relacionan e influyen de manera recíproca. Las acciones se refieren a comportamientos visibles y observables, mientras que las cogniciones serían eventos privados, reconocibles por la propia persona que los experimenta, en forma de palabras, frases, imágenes, recuerdos, diálogos, entre otros (Gagliesi y Boggiano, 2018).

Sobre las emociones

Aún cuando las emociones se presentan de manera constante durante la vida de todas las personas, no ha sido tarea sencilla definir las (Chóliz, 2005) y muchos individuos carecen de habilidades para reconocer y describir estados emocionales propios y ajenos. En primer lugar, vale aclarar que las emociones son parte del desarrollo evolutivo en el ser humano, es decir, que los individuos nacen con el potencial (preparación psicológica) necesario para experimentar todas las emociones.

De acuerdo a la definición lograda por Chóliz (2005), las emociones son las experiencias subjetivas, valoradas en cierta medida como agradables o desagradables, y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo (lo que se piensa y siente), conductual-expresivo (lo que se hace y dice) y fisiológico-adaptativo (la reacción biológica). Independientemente de lo agradable o no agradable que sea la experiencia emocional en un individuo, se puede afirmar que todas las emociones tienen alguna función, valor o utilidad que impacta en las reacciones conductuales.

En el siguiente gráfico, podemos ver cómo están conformadas las emociones (Adaptado de Linehan, 2003)



Ejemplo: Si tengo una discusión con mi pareja pienso "otra vez lo mismo, no me escucha cuando le hablo", me siento triste, angustiada y comienzo a fumar.



Sobre los tipos de emociones y sus funciones

TRISTEZA: *ocurre ante una pérdida.*

Funciones: decidir si se puede recuperar lo perdido, permite tener ayuda de los demás.

ENOJO: *surge cuando hay obstáculos para alcanzar las metas.*

Funciones: decidir si se puede cambiar la situación, poner límites a las demás personas.

MIEDO: *surge cuando se presenta una amenaza.*

Funciones: actuar de manera cautelosa, recibir apoyo y comprensión, evitar peligros.

ALEGRÍA: *surge cuando la persona ha logrado algo importante para si mismo o por otra persona*

Funciones: motiva a buscar más logros, ayuda crear vínculos con las demás personas,

ASCO: *surge cuando algo/alguien nos provoca desagrado.*

Funciones: rechazo de todo aquello que supone una amenaza a los valores de la persona, impide intoxicación.

SORPRESA: *surge cuando aparece una novedad, un acontecimiento repentino e inesperado, externo (cuando nos felicitan con un regalo) o interno (cuando nos acordamos de un olvido que hemos tenido).*

Funciones: permite afrontar situaciones inesperadas, prestar atención al objeto o situación que nos genera sorpresa

Habilidades para regular las emociones en situaciones de crisis

Ante una crisis es posible observar una intensa activación emocional que se manifiesta ante una situación determinada. Se pueden describir estados de tensión, ineficacia e impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización. Pueden estar presentes síntomas físicos tales como cansancio, agotamiento, agitación, entre otros. Una característica diferencial de la crisis es su cualidad temporal, es decir, la ocurrencia en un momento determinado que implica un proceso. En relación a esto, una persona puede estar en situación de crisis sin que llegue a ser una urgencia; o atravesar una situación de urgencia prolongada puede constituirse en una situación de crisis.

Cuando se experimenta una situación difícil o de urgencia y la emoción está en un nivel de intensidad alto, puede ser complejo resolverla o actuar de manera efectiva, por lo que se sugieren las siguientes habilidades (Linehan, 1993)

Cambiar la temperatura:

Las emociones son reacciones automáticas ante eventos evaluados como placenteros o displacenteros, las mismas poseen un componente fisiológico por lo que al sentir una emoción en alta intensidad, seguramente tu cuerpo también responderá de diferentes maneras por ejemplo con una temperatura determinada, por ejemplo, en el caso del enojo solemos sentir el cuerpo caliente. El objetivo del trabajo sobre la temperatura es modificarla en un momento de crisis para bajar la intensidad de la emoción. Claramente estas habilidades no



buscan resolver la situación, para ello se utilizará la habilidad resolución de problemas. En este caso la urgencia es no empeorar el momento y luego en caso de ser necesario se buscará una solución efectiva.

Un ejemplo es darte una ducha, tomar un vaso con agua. También podés cambiar la temperatura de tu rostro con agua helada para calmar rápidamente, esto sería conteniendo tu respiración, pon tu cara en un recipiente de agua fría. Otra opción es sostener una bolsa de hielos sobre tus ojos y mejillas. O sino también salpica agua helada en tu rostro. Mantenerlo por 30 segundos.

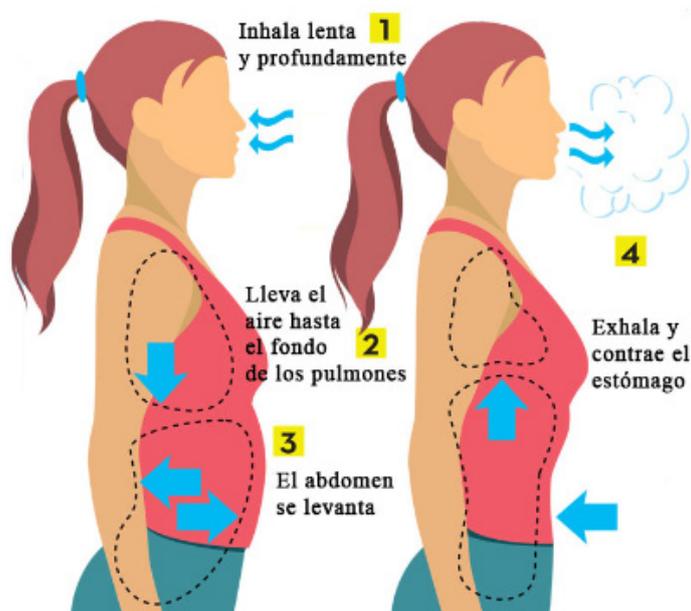
Respiración abdominal o diafragmática

Las investigaciones realizadas demuestran que la relajación y la respiración pueden tener muchos beneficios como el aumento de nuestra energía y vitalidad, disminuir la tensión muscular y la fatiga, mejorar el sueño, disminuir la presión sanguínea y el dolor

La respiración abdominal, lenta y profunda activa el sistema nervioso parasimpático mediante la estimulación del nervio vago que lleva fibras parasimpáticas a las proximidades de todas las vísceras abdominales cercanas al diafragma.

De esta manera se inhibe la activación del sistema nervioso simpático que es el que se encuentra activado durante el estado de stress

Pasos para la respiración Abdominal



¿Cómo hacerlo?

- Ponemos una mano en el abdomen y otra al costado
- Imaginamos que estamos inflando un globo.
- Con los ojos cerrados, tomamos aire por la nariz y lo llevamos al abdomen.
- Se tiene que mover la mano de la panza.
- Expulsamos el aire muy lentamente. Nos fijamos como sale lentamente el aire



Recomendaciones:

- Practicar con frecuencia: 2 veces al día, durante 5 minutos
- Mejor acostados con los ojos cerrados
- Con el tiempo, se hará en otras situaciones sin necesidad de estar acostados
- Nunca forzar la respiración, no más intenso.
- Es ideal para utilizar en situaciones que nos generan mucha ansiedad.
- Dirigir el aire hacia el abdomen, expulsarlo muy lentamente
- Autor registro de relajación posterior a cada ejercicio: anotar el día y el grado de bienestar alcanzado tras realizar la relajación

Resolución de problemas

La Resolución de Problemas es una habilidad y por ello requiere de práctica. Esta herramienta se estructura en 4 pasos:

- **Definir el problema:** Existen dos tipos de problemas: aquellos que tienen solución y los que no. Solamente los primeros son realmente problemas, el resto son situaciones que no podemos cambiar. Para ello, destinaremos nuestras energías a aquello que podemos resolver. En este primer paso, se tendrán en cuenta dos aspectos centrales:
 - Es útil formular preguntas que ayuden a definir el problema en los términos más claros y concretos posibles. Al describir de manera detallada un problema, podremos tener en cuenta la mayor cantidad de factores implicados y, por ende, podremos desarrollar estrategias más eficaces para su resolución.
 - Establecer metas realistas: Otro aspecto importante, al momento de delimitar un problema, es establecer hacia dónde queremos ir. Es importante señalar, que las metas funcionan como el horizonte hacia donde movernos y que es necesario que éstas sean realistas para poder alcanzarlas.
- **Búsqueda de alternativas de posibles soluciones:** Una vez definido el problema y las metas que queremos alcanzar, el siguiente paso, es pensar qué podemos hacer. La búsqueda de alternativas implica pensar creativamente en la mayor cantidad de posibles soluciones, sin enjuiciar si son buenas o malas. Utilizando distintas estrategias como la lluvia de ideas, se incrementa la probabilidad de definir soluciones más efectivas.

En resumen, estos son tres aspectos claves a tener en cuenta para este punto:

- Proponer alternativas: Lluvia de ideas.
 - Mayor cantidad y variedad de propuestas.
 - Aplazar el juicio: todas las ideas son válidas.
- **Elegir la alternativa que mejor resolvería el problema:** Podemos enumerar las alternativas anteriores de la mejor a la peor, y en este apartado anotamos la elegida. El objetivo de este paso es analizar las alternativas propuestas, indagar cuál o cuáles son viables, cuáles podrían resolver el problema y cuán probable es poner cada una de ellas en práctica.

A continuación, se evaluará el costo-beneficio (que pierdo y que gano) de las que cumplan los criterios anteriores, de manera tal de identificar la más efectiva y ponerla en acción.

En resumen, se presentan los aspectos a tener en cuenta para realizar la evaluación:

- ¿La alternativa es viable?
- ¿Podría resolver el problema?



- Analizar los costos y beneficios de esta alternativa.

- **Ejecución y verificación de la solución:** A través de la puesta en práctica de la estrategia elegida, para ello es necesario definirla en pasos o conductas específicas. Puede plantearse como ejemplo que aclare este modo de organización, los pasos que realiza una persona al momento de preparar una torta a través de una “receta”.

Los aspectos a trabajar en este paso podrían sintetizarse en los siguientes:

- Detallar los pasos o plan de acción para llevar a cabo la solución elegida.
- Evaluación de posibles obstáculos y posibles soluciones que pueden surgir en este procedimiento.
- Evaluación del resultado: ¿Se resolvió el problema? ¿Las metas son poco realistas? ¿Cuáles fueron los obstáculos?

Algunas estrategias de manejo del deseo intenso de consumir

- Comer frutas
- Ejercicio de respiración
- Darse una ducha
- Leer un libro
- Limpiar la casa
- Lavarse los dientes más seguido
- Utilizar enjuague bucal
- Dormir más tiempo
- Cambiar rutinas asociadas al fumar
- Cambiar mate o café por té o jugo de frutas
- Realizar actividades manuales
- Actividades de relajación
- Salir a caminar
- Jugar un juego con el teléfono
- Compartir a alguien como me siento
- Tomar agua

Después de consumir durante años el cambio de hábito y aprender a resolver algunas situaciones sin consumir puede requerir algún tiempo de adaptación.

Durante esta adaptación, que puede llevar desde solo unos pocos días hasta algunas semanas, conviene evitar aquellas situaciones en las que sabemos que usualmente tenemos ganas irrefrenables de fumar: fiestas, alcohol, peleas muy estresantes, bares en los que no haya zona no fumador, quizá trasnochar. Esto no es para siempre, es solo por dos o tres días, quizá dos o tres semanas, no es para siempre.

- Evita tomar café por algunos días: el café es un estimulante que puede producir ganas de fumar por ejemplo.
- Aprende a respirar: respira hondo, contén el aire y suéltalo despacio. Repite este ejercicio por uno o dos minutos.
- Mantente hidratado: toma mucha agua, jugos de fruta recién exprimidos y leche.
- No comas mucho: es más efectivo hacer 8 comidas livianas que una sola muy pesada.



- Camina: comienza a hacer alguna actividad física. Armarte un plan de ejercicios que te sea posible. Si el primer día pretendes correr la maratón, irás a un seguro fracaso pero es seguro que caminar algunos cientos de metros está a tu alcance.
- Toma duchas de agua fría o tibia: esto te ayudará a relajarte y te mantendrá ocupado en los peores momentos del síndrome de abstinencia.
- Evita las situaciones muy estresantes: puedes utilizar aromaterapia para ayudarte a relajarte. Utiliza • diferentes aromas en diferentes horas del día.
- Comparte tus temores, miedos, malestares y preocupaciones con gente que haya pasado por lo mismo

Recordá que la Provincia de Córdoba posee servicios gratuitos de atención terapéutica para la realización de tratamiento, es de utilidad contar con el espacio oportuno y destinado específicamente al abordaje de problemas asociados al consumo de drogas especializado para tener la contención y el seguimiento adecuado.



Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.
- APDH & INADI (2010). Discriminación: Un abordaje didáctico desde los derechos humanos [en línea]. <http://www.apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/discriminacion_2010.pdf>. 3a ed. Buenos Aires:
- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación –INADI. [Consulta: 4 de noviembre de 2017].

Asociación Internacional de la Seguridad Social (2011). El rendimiento de la prevención: Cálculo de los costos y beneficios de las inversiones en la seguridad y salud en el trabajo en las empresas. Resumen de los resultados. Ginebra: Asociación Internacional de la Seguridad Social.

- Australian Human Rights Commission (2010). Workers with Mental Illness: a Practical Guide for Managers
- Becoña Iglesias, E., & Cortez Tomás, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. Adicciones, 19, 217-224
- Canay, R. y Brasesco, V. (2014). La Argentina Estructural, Adicciones.
- Canadian Human Rights Commission (2017). Impaired at Work: a guide to accommodating substance dependence. Minister of Public Works and Government Services. Cat. No. HR4-40/2017E-PDF ISBN 978-0-660-07799-4

Chóliz, M. (2005). Psicología de la Emoción: el proceso emocional (pp. 1-33). España. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia. Extraído el 13 Junio, 2009, de www.uv.es/~cholz.

- Comisión Nacional contra las Adicciones Secretaría del Trabajo y Prevención Social (2015) Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano. Mundial sobre las Drogas. Resumen Ejecutivo. México: Oficina de las Naciones Unidas contra el Delito.
- CONACE (2007) Orientaciones Generales para la Detección Precoz. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. ATENAS.Gobierno de Chile.
- Constitución de la Nación Argentina (1994) [en línea] <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>>.
- Gigena-Parker, D. y Bonino, P. (2020). Comunidades terapéuticas. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Gigena-Parker, D. y Bonino, P. (2020). EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Gigena-Parker, D. y Bonino, P. (2020). Lineamientos RAAC. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.



- Gigena-Parker, D., Bonino, P. y Takaya, P. (2021). Prevención del consumo de drogas en el ámbito deportivo. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Gigena-Parker, D., Bonino, P. y Takaya, P. (2022). Habilidades para la prevención en educadores. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Gigena-Parker, D., Maiocco, F., Takaya, P., Lumello, A., Zamora, M. y Calvinho, S. (2022). Manual de recomendaciones para adultos referentes de crianza frente al consumo de alcohol y otras sustancias en niños, niñas y adolescentes. Secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Godinho Delgado, D. y P. Cappellin (2009). La perspectiva de género en la dimensión socio-laboral de los acuerdos de asociación [en línea], <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/06195.pdf>>. Uruguay: Fundación Friedrich Ebert.
- González, E. (2000). Manual sobre Prevención de las Adicciones en el Ámbito Laboral. Buenos Aires: Edit. CAPLA & UPCN.
- González, E. (2003). Adicciones en el ámbito laboral fundamentos y orientaciones para operadores laborales en prevención de adicciones.
- González, E. (2003), Trabajo sin Drogas. Buenos Aires: Edit. Gabas.
- González E. (2004). Legislación y Prevención del Alcoholismo y las Drogas en el Trabajo en Manual de Adiccionología. Tomo II Buenos Aires: Edit. Gabas.
- González, E. (2005). Guía Preventiva de Alcohol y Drogas en el Ámbito Laboral Las Adicciones y su impacto en el escenario laboral.
- González, E. (2009). ADICCIONES EN EL AMBITO LABORAL: Operadores Laborales en Prevención de Adicciones . GABAS Editorial . Centro Argentino de Prevención Laboral en Adicciones (CAPLA)
- González, E. (2017). Prevención de Drogas y Alcohol en el Trabajo. Erga Omnes Ediciones.
- González, E. (2018). Políticas, Programas y Procedimientos para la Prevención Laboral de Adicciones. Erga Omnes Ediciones
- González, E. (2022). "Cultura Preventiva Laboral de las Adicciones. Erga Omnes.
- Hawkins, D., Catalano, R., y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Psychological Bulletin 112(1), 64-105.
- Kliksberg Bernardo (2004). Más ética, más desarrollo; Buenos Aires: Temas Grupo Editorial Srl.
- Ley 10731. Control Disciplinario de las Fuerzas de Seguridad Pública y Ciudadana. CORDOBA, 23 de Diciembre de 2020. Boletín Oficial, 21 de Enero de 2021
- Ley 2318. Ley de Prevención y Asistencia- Consumos de Sustancias Psicoactivas y Otras. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. L <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/norma-pop09.php?id=99841>



- Ley Nacional 23.737 - Estupefacientes y sus normas complementarias y modificatorias. [en línea] <<http://www.iinfoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/textact.htm>> [Consulta:4 de noviembre de 2017].
- Ley Nacional 24.455 - Obras Sociales y prepagas. [en línea] <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/14919/norma.htm>>
- Ley Nacional 24.557 - Riesgos del Trabajo. [en línea] <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/textact.htm>>
- Ley Nacional 24.788 - Alcoholismo. [en línea] <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/150972/norma.htm>>
- Ley Nacional 26.485. Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Decreto Reglamentario 101½010. [en línea] <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>>.
- Ley Nacional No 26.657 Ley de Protección de la Salud Mental [en línea] <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>>.
- Ley Nacional No 26.743. Ley sobre el derecho a la identidad de género [en línea]. <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>>.
- Ley Nacional No 26.934/14. Ley de Consumo Problemático. (IACOP). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos [en línea]. <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=9C8EA69107E8A5283CDE83813CF57EA5?id=230505>>. [Consulta: 4 de noviembre de 2017].
- Linehan M. (1993). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorders. New York: Guilford Press. p. 35-40. 19.
- Linehan M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorders. New York: Guilford Press; p. 20-31.
- Mandil, J.; José Quintero, P. y Maero, F. (2017). ACT Terapia de aceptación y compromiso con adolescentes. Buenos Aires: Akadia.
- Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Publica Mex;55:67-73.
- Mesa de enlace para la prevención de las adicciones en el mundo del trabajo (2018). Recomendaciones para la prevención y asistencia de las adicciones en el ámbito laboral. Ministerio de Salud y Ministerio de trabajo de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Mesa de enlace para la prevención de las adicciones en el mundo del trabajo (2019). PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE TRABAJO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA PARA LA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES EN EL TRABAJO. Ministerio de Salud y Ministerio de trabajo de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Mesa de enlace para la prevención de las adicciones en el mundo del trabajo (2022). Recomendaciones para la prevención y asistencia de las adicciones en el ámbito laboral. Ministerio de Salud y Ministerio de trabajo de la Provincia de Córdoba, Argentina.



- Milanese, E. (2009). Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. México: Plaza y Valdés, CAFAC.
- Milanese, E. Merlo, R. Laffay, B. (2001). Prevención y cura de las farmacodependencias. Una propuesta comunitaria. México: Plaza y Valdés, CAFA.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991) Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors. Guilford Press, New York.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (applications of motivational interviewing). Guilford Press. Nueva York
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social - CoPreAd (2014). Capacitación de formadores. Prevención del consumo problemático de drogas con impacto en el mundo del trabajo [en línea]. <http://trabajo.gov.ar/downloads/difusion/150121_CoPreAd_PUBLI_Capacitando_Formadores.pdf>. Buenos Aires.
- OAD (2012). La situación epidemiológica en Argentina. Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico.
- OAD (2017). Estudio de Población General de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, SEDRONAR. Buenos Aires. Autor. [en línea] <<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016). Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- OEA/CICAD (2008) DÉCIMA REUNIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA, Del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2008, Santiago de Chile, Chile. Informe Final Borrador Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral. Pág. 19 a 21
- OIT (1987). Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (CIUTID) 17-26 de junio de 1987, Viena, Austria El papel de la OIT en la fiscalización del uso indebido de drogas. Ginebra. ISBN 92-2-306042-7.
- OIT (1996) Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra, Suiza..
- OIT (2008). Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia. Ginebra: OIT/Cinterfor/OIT. ISBN: 978-92-9088-235-2
- OIT (2010). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. Ginebra. ISBN 978-92-2-323342-6
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [en línea]. <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>>. Canadá.
- OMS (1946) Conferencia Sanitaria Internacional, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en Official Records of the World Health Organization, No 2, p. 100, New York [en línea] www.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-do-cuments-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7
- OMS 2004): Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.



- OMS (2010) Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS Contextualización, prácticas y literatura de apoyo [en línea]. <http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf>. [Consulta: 30 de octubre de 2017].
- Organización de las Naciones Unidas (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos [en línea] -<https://es.wikisource.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_Universal_de_los_Derechos_Humanos>. París:O-NU.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017). Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mh-GAP) – version 2.0. Organización Mundial de la Salud.
- PNUD (2014), Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2014: Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión [en línea], <http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD%20ARGENTINA%20Aportes_8.pdf>. R. A. Superintendencia de Riesgos del Trabajo Resolución 905/15
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *Transtheoretical approach*. New York: Dow Jones.
- REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol. 18, #12, Junio 2010 Machin, Juan. Modelo ECO2 : redes sociales, complejidad y sufrimiento social.
- Rodríguez, C. (2009). Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medioambiente de trabajo. Buenos Aires, Oficina de la OIT en Argentina, Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín-CIF.
- SEDRONAR (2016). Plan Nacional Reducción de la Demanda Nacional de Drogas 2016-2020. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina.
- SEDRONAR (2016). Orientaciones para el abordaje: de los lineamientos curriculares para la prevención de las adicciones. Coordinación de prevención en Ámbitos Educativos de la Dirección Nacional en Materia de Drogas de la SEDRONAR. [en línea] <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-orientacionparaelabordaje.pdf>>. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina.
- SEDRONAR (s. f.). Cuidados en juego. Nivel primario [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/nivel_primario_cuidados_en_juego.pdf>. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina.
- SEDRONAR (2016). Orientaciones para la intervención: Guía de orientación para la intervención en situaciones de consumo problemático de sustancias en la escuela. [en línea] <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-orientacionparalaintervencion.pdf>>. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina.
- SEDRONAR (2017). Promoviendo espacios laborales saludables. Recomendaciones para el ámbito laboral. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina.
- SENDA (2012). Trabajar con calidad de vida. Construyendo una cultura preventiva del consumo de drogas y alcohol en espacios laborales. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Gobierno de Chile.



- Tokatlian, Juan Gabriel (2017). Qué hacer con las drogas. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Unión General de Trabajadores, UGT (2011) Guía Prevención de las Drogodependencias en trabajadores/as de atención primaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España.
- UNDOC (2018). ANALYSIS OF DRUG MARKETS Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs. World Drug Report (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).
- U.S. Commission on Civil Rights (2000). Sharing the Dream: Is the ADA Accommodating All? Washington, DC 20425.
- Yennerich, Ana Caporalini; Velez, María Mas; González Ernesto Eduardo (2009) Manual de prevención de adicciones para el ámbito laboral. "Conocer y Prevenir". Buenos Aires: Editorial Gabas.





Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD

Ministerio de
**JUSTICIA Y
DERECHOS HUMANOS**



CÓRDOBA
entre todos