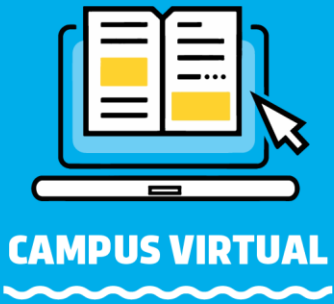


SUBDIRECCIÓN  
DE CAPACITACIÓN  
Y DESARROLLO

# PREVENCIÓN AL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO DEPORTIVO



Módulo 3:  
El ABC de las drogas y  
recursos institucionales  
para su abordaje

[capacitacionydesarrolloacd@gmail.com](mailto:capacitacionydesarrolloacd@gmail.com)



Agencia  
CÓRDOBA  
DEPORTES



### Objetivo específico del Módulo

- Adquirir nociones generales sobre los tipos de drogas, sus características, efectos en el organismo y efectos en el rendimiento físico.
- Obtener información sobre recursos institucionales disponibles para la prevención y asistencia de problemáticas asociadas al consumo de sustancias. Incorporar habilidades para la Resolución de Problemas.

### Temario

1. Consideraciones generales
2. Características, signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia, efectos en el rendimiento físico del consumo de sustancias
  - Alcohol
  - Tabaco
  - Marihuana
  - Cocaína
  - Anfetaminas
  - Opiáceos
  - Inhalantes
3. Recursos institucionales para el abordaje de problemáticas asociadas al consumo de drogas

### Planificación semanal recomendada

PLAN DE ACTIVIDADES									
TÍTULO	TIPO	DURACIÓN ESTIMADA	L	M	M	J	V	S	D
Actividad N° 1	Lectura material teórico	2 hs.	X	X	X	X			Descanso o recuperación de tareas pendientes
Actividad N° 2	Evaluación	1 hs.					X		

## CONSIDERACIONES GENERALES<sup>1</sup>

En los siguientes apartados se describirán las características, efectos y daños a la salud de algunas sustancias psicoactivas. Además, se presentará material relevante sobre los efectos de las drogas sobre el rendimiento físico.

Para eso es necesario que definamos qué entendemos por drogas. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) diremos que las drogas son «todas aquellas sustancias, químicas o naturales, que, introducidas en un organismo vivo, producen modificaciones en el sistema nervioso central». También se denominan Sustancias Psicoactivas.

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).

Podríamos subdividirlas, tal como plantea la Organización Mundial de la Salud, en subcategorías según sus efectos, es decir, según lo que genera en 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. Entran en este grupo el alcohol, heroína, Benzos y Disolventes.
- **Estimulantes:** aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad,

---

<sup>1</sup> El material de este curso ha sido elaborado por el Dr. Darío Gigena Parker, el Lic. Pablo Martín Bonino y la Lic. Paula Takaya - Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Forman parte de este grupo la cocaína, anfetaminas, De diseño y tabaco.

- **Alucinógenos/ psicodélicos:** producen distorsiones en las sensaciones y alteran marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Son parte de este grupo la marihuana, De diseño, LSD.

Al hablar del consumo de sustancias psicotrópicas en un contexto deportivo, generalmente hay mayor foco en los efectos inmediatos que tienen en el rendimiento y no en sus consecuencias a mediano plazo.

En el presente apartado se presentan características, efectos en el organismo y efectos específicos en el rendimiento deportivo el consumo de drogas. En general, lejos de ser útil para mejorar el rendimiento, el consumo de estas sustancias puede llegar a disminuirlo y entorpecerlo de alguna otra manera. 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 mucho entre sí. Salvo la anfetamina, que ha sido prohibida, ninguna de estas sustancias mejora el rendimiento.

De modo que la forma más adecuada de abordar su uso indebido es mostrar a los deportistas jóvenes que su consumo revela una falta de respeto a uno mismo, a los contrincantes y al juego en sí (la mejor forma de alcanzar este objetivo es utilizar un código de conducta).

## CARACTERÍSTICAS, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INTOXICACIÓN Y DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA, EFECTOS EN EL RENDIMIENTO FÍSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

### ALCOHOL

#### Características

El alcohol es un derivado del carbono vegetal que, al entrar en contacto con el organismo humano es tóxico. En nuestra sociedad está tan naturalizado el consumo de alcohol que nos cuesta considerarlo como una sustancia/droga. Sin embargo, es la sustancia psicoactiva más utilizada en el mundo.

De acuerdo a la clasificación que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), si tenemos en cuenta los efectos que produce la sustancia en el comportamiento de los consumidores, el alcohol entra en la categoría de sustancias depresoras ya que desaceleran el funcionamiento y la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, enlentecen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central (OMS, 2014).

El alcohol es una sustancia que determina la relajación y depresión de la actividad mental. Al tratarse de una sustancia psicoactiva de curso legal, suele considerarse erróneamente como menos nociva y de aceptación social muy amplia. Dado que nadie es igual ante una misma sustancia, los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, e incluso de las expectativas de quien las consume, su estado anímico y de otras características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades pre-existentes (Damin, 2019).

### **Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia**

En la última versión del Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-5, los conceptos de consumo perjudicial, abuso y dependencia se han unificado en un único diagnóstico, de trastorno por consumo de alcohol, que puede ser leve, moderado y grave, con los siguientes criterios diagnósticos:

#### **Criterios diagnósticos DSM-5**

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La gravedad viene definida por el número de criterios que se cumplen: leve (presencia de 2–3 síntomas), moderado (4–5 síntomas) y grave (6 o más síntomas).

El CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) organiza los diagnósticos en torno a dos trastornos:

### **Trastornos mentales por consumo de sustancias según CIE-10 consumo perjudicial**

Implica una forma de uso que afecta a la salud física (p.ej.: daño hepático) y/o psíquica (p. ej.: cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia.

### **Síndrome de dependencia**

Consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

## Efectos

Los efectos de la ingesta de alcohol dependen del sexo, la edad, la cantidad de alcohol que se ingiere y la frecuencia con la que se lo hace, y demás factores; es decir, la misma cantidad de alcohol no tiene los mismos efectos en todas las personas. Pero hay un punto importante a aclarar, si bien la afirmación anterior es cierta, hay formas de consumir alcohol (de tomar) que son muy riesgosas y más común de lo que nos imaginamos.

Consumir una botella de cerveza (de las grandes) y media, o una jarra de fernet en un mismo evento—cumpleaños—noche, fue un comportamiento que afirmó tener el 65% de jóvenes cordobeses. Tomar aproximadamente esa cantidad, más específicamente 54 gramos o más de alcohol para las mujeres y 70 gramos o más de alcohol para los hombres, es un consumo riesgoso que se conoce como Consumo Episódico Elevado (CEEA). Cuando esa misma cantidad es ingerida en un período menor o igual a dos horas es lo que se conoce como Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) y alrededor del 60% de jóvenes cordobeses ha reportado consumir de esa manera.

Ambos patrones de consumo (CEEA o BINGE) son particularmente riesgosos, porque al beber mucho y muy rápido la concentración de alcohol en sangre puede alcanzar valores que pongan en peligro la vida. El consumo de una cantidad elevada de alcohol en un período tan corto de tiempo se asocia a la aparición de una gran variedad de consecuencias negativas, entre las que se incluyen relaciones sexuales riesgosas y no planificadas, violencia física y verbal, alteraciones en las relaciones familiares, con compañeros y docentes, alteraciones en el orden público – como consecuencia del consumo de alcohol los adolescentes reportan haber tenido problemas con la policía, con los vecinos y haber estado involucrados en peleas callejeras -, conductas de alto riesgo, pérdida o alteración en la capacidad laboral, bajo rendimiento escolar, afecciones gastrointestinales, cánceres, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo esqueléticas, trastornos reproductivos, choques y otros problemas de tránsito, incremento de la impulsividad, e inclusive el desarrollo de dependencia y tolerancia a los efectos del alcohol.

Estos problemas varían en su severidad desde consecuencias «menores» (dolor de cabeza, resaca, acidez), hasta consecuencias más severas o incluso mortales. En definitiva, este tipo de consumo no implica riesgos o perjuicios sólo para la persona que bebe alcohol, sino también para terceros, grupos e instituciones; es decir, implica riesgos para toda la sociedad.

Hay un punto importante a tener en cuenta y es que las consecuencias negativas del alcohol no distinguen edades; es decir, podemos ver sus efectos desde el momento de la concepción (incluso antes) hasta edades adultas.

### **Efectos del alcohol en el rendimiento físico**

En relación con el rendimiento, el alcohol no lo potencia. Se ha demostrado en algunos estudios que de hecho afecta de varias formas: disminuye la capacidad de concentrarse en una tarea dada, adoptar decisiones rápidas y determinar peligros; disminuye la función mnemónica y lentifica el tiempo de reacción; perturba el equilibrio, la estabilidad y la motricidad; provoca comportamientos bullangueros; inhibe la facultad de discernimiento; causa resaca acompañada de un entorpecimiento de la coordinación óculo-manual y lentificación del tiempo de reacción. Se ha comprobado, por ejemplo, que puede inhibir la habilidad de los pilotos aún después de que la concentración de alcohol en la sangre haya vuelto al nivel “cero” (Coombs y McAndrews, 1994; Iven, 1998). Debe informarse de los riesgos del uso de drogas de forma veraz e imparcial.

## **TABACO**

### **Características**

La clasificación del tabaco de acuerdo a la OMS (2014), se ubicaría dentro de la categoría estimulante dado que acelera o estimula el funcionamiento del sistema nervioso central, mediante la liberación por parte de las células nerviosas de neurotransmisores estimulantes.

El tabaco es una planta que sus hojas se cultivan, secan y fermentan, para luego ser utilizada en varios productos. Contiene nicotina, un ingrediente que puede conducir a la adicción, lo que explica por qué muchas personas lo consumen (NIDA, 2018). En el humo de tabaco hay unos 4000 productos químicos conocidos, de los cuales se sabe que, como mínimo, 250 son nocivos, y más de 50 cancerígenos para el ser humano.

El tabaco se puede fumar, masticar o aspirar. Los productos para fumar incluyen cigarrillos, bidis (tabaco envuelto en una hoja proveniente de una planta nativa de Asia que se ata con un colorido hilo en ambas extremidades del cigarrillo) y cigarrillos de clavo (se importan desde Indonesia, contienen una mezcla que consiste en tabaco, clavos y otros aditivos). Algunas personas fuman hojas sueltas de tabaco en pipa o en



una pipa de agua llamada narguile. Estos últimos producen los mismos efectos nocivos que el cigarrillo (NIDA, 2016).

También existe el tabaco sin humo el cual, es un producto compuesto de tabaco que se mastica, inhala o saborea. Se presenta en tres formas: Tabaco para mascar (hojas sueltas, rollos o trenzados que deben masticarse para liberar la nicotina); Rapé (se presenta en sachets parecidos a las bolsitas de té que se colocan entre la mejilla y la encía o bien, puede inhalarse); Betel quid (es un producto disponible en India, África y Asia, consiste en una pasta seca que tiene tabaco, nueces de areca y otros aromatizantes que se coloca dentro de la boca, usualmente entre la encía y la mejilla y se saborea o masca suavemente) (Ministerio de Salud de la Nación, Censo Estadístico, 2017).

### **Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia**

Tanto el manual DSM-5 de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), como la clasificación CIE-10, incluyen los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias, igualándola con las drogas de abuso habituales: alcohol, heroína, cocaína...

### **En los trastornos relacionados con el tabaco, según el DSM-5, se incluyen**

- Trastorno por consumo de tabaco.
- Abstinencia de tabaco.
- Otros trastornos inducidos por el tabaco: trastorno relacionado con el tabaco no especificado.

### **Criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de tabaco**

Consumo que provoca un deterioro o malestar significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Consumo en cantidades superiores o por un tiempo más prolongado del previsto.
2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansia, deseo o necesidad de conseguir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco.
7. Abandono o reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Continuar consumo a pesar de saber que existe un problema físico o psicológico, posiblemente exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por:
  - a. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por uno de los hechos siguientes:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característicos del tabaco.
  - b. Se consume tabaco (o nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

### **Criterios diagnósticos de abstinencia de tabaco**

- A.** Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B.** Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro o más de los signos o síntomas siguientes: Irritabilidad, frustración o rabia, Ansiedad, Dificultad para concentrarse, Aumento del apetito, Intranquilidad, Estado de ánimo deprimido, Insomnio.
- C.** Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D.** No se pueden atribuir a ninguna otra afectación médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

### **Efectos**

Todos los riesgos que se muestran a continuación corresponden al consumo de cualquier producto que se fume y que contenga tabaco. Los problemas de salud asociados a su uso son: cáncer pulmonar, bronquitis crónica y enfisema; aumenta el riesgo de las enfermedades cardíacas, que pueden llevar a una embolia o un infarto; está asociado con cáncer de boca y de pulmón, otros tipos de cáncer, leucemia, cataratas y neumonía.

Por otra parte, los fumadores triplican sus probabilidades de desarrollar esclerosis múltiple respecto a los no fumadores; puede originar la aparición de gastritis y úlceras, o dificultar su tratamiento. Se asocia el consumo de tabaco con el desarrollo y progresión de enfermedades renales, en especial en los hombres. Puntualmente para el género masculino, el consumo de cigarrillos aumenta un 40% el riesgo de padecer disfunción eréctil.

A su vez, el consumo de tabaco está asociado a diferentes patologías psicológicas como por ejemplo el estrés, depresión, ansiedad y destacamos, cabe aclarar y desmitificar que, al ser estimulante no produce específicamente un efecto relajante que suelen indicar quienes lo consumen.

La nicotina es considerada el principal alcaloide responsable del efecto adictivo. El viaje de la nicotina al cerebro empieza cuando una persona enciende un cigarrillo y las hojas de tabaco son quemadas, sublimando (pasando del estado sólido al gaseoso) la nicotina, que ingresa a los pulmones junto con las partículas de humo (Dome y otros, 2010). Algunas enfermedades que puede producir el consumo de tabaco son Cáncer, Enfermedades Obstructivas del Pulmón (EPOC), Diabetes, Osteoporosis, Complicaciones odontológicas, entre otras. Es importante destacar que todo lo comentado no es exclusivo de grandes fumadores: también aplica a aquellos que fuman unos pocos cigarrillos al día, así como a fumadores pasivos (personas que no fuman, pero comparten algún entorno donde alguien lo hace).

### **Efectos del tabaco en el rendimiento físico**

Lejos de tener propiedades que potencien el rendimiento, el tabaco puede llegar a disminuirlo: fumar entorpece la ejecución de complejas tareas de índole física e intelectual; los fumadores sostienen que el tabaco los ayuda a pensar y concentrarse; sin embargo, esta sensación puede obedecer al hecho de que fumar contrarresta la carencia de nicotina provocada por la abstinencia; se ha comprobado que los fumadores en etapa de abstinencia tienen más problemas para concentrarse, en particular, al realizar tareas complejas; el tabaquismo disminuye considerablemente a largo plazo el rendimiento cardiovascular (Coombs y McAndrews, 1994; Iven, 1998).

## **MARIHUANA**

### **Características**

Las sustancias presentes en las plantas cannabináceas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. Están contenidos en la marihuana y el hachís. Todas poseen además propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares. La marihuana es una droga de uso extendido en la actualidad con una edad de inicio, en promedio, a los catorce años.

Su uso se ha masificado en los últimos años con una tendencia verdaderamente creciente sobre todo en adolescentes que la incorporan a los hábitos de consumo junto con el alcohol y el tabaco. La creencia de la inocuidad de la sustancia, el argumento sobre su falta de generación de adicción, las propiedades medicinales que se le otorga (considerando medicinal 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 (Damin, 2019).

La marihuana, es un término genérico utilizado para denominar a «Cannabis Sativa», especie herbácea con propiedades psicoactivas; tiene aproximadamente 489 componentes con más de 80 compuestos terpenofenólicos llamados cannabinoides.

Teniendo en cuenta la clasificación que realiza la Organización Mundial de la Salud, podemos clasificar a esta sustancia principalmente como alucinógena, dado que, entre otras cosas, distorsionan la percepción de la realidad, alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas.

A esta sustancia se la conoce desde hace varios siglos por sus propiedades medicinales y recreativas. Su uso se favorece y extiende por la creencia generalizada de que es menos dañina que otras drogas ilegales y que no produce daños severos como otros psicoestimulantes. Sin embargo, está plenamente demostrado que su consumo tiene diversas consecuencias negativas para la salud, tanto a nivel orgánico, como social y psicológico.

El NIDA (2015) sostiene que, si bien hay algunos estudios que están probando la marihuana como uso medicinal, por lo general la marihuana se fuma y al fumarla el humo va a los pulmones provocando daños en el sistema respiratorio (al menos). Aparte de esto, las cantidades de las sustancias que hay en la marihuana pueden variar entre planta y planta.

## **Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia**

### **Trastorno por uso de cannabis**

Hay que diferenciar la clínica de la intoxicación por cannabis, la abstinencia y el cuadro de dependencia.

## **Intoxicación**

Los efectos psicoactivos comienzan pocos minutos después de haberlo fumado y duran 1-2 horas, aunque el THC permanezca largo tiempo en el organismo. Los efectos agudos del cannabis son muy variables entre personas y dependen de la dosis, del contenido de THC, de la proporción THC/CBD, de la forma de administración, así como de la personalidad, las expectativas y experiencia previa del sujeto y del contexto en que se consume. El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico.

Tras una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción), le sigue una fase donde predomina la sedación (relajación, somnolencia). En algunos sujetos, especialmente en consumidores inexpertos o tras dosis elevadas, puede aparecer ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico, que habitualmente desaparecen de forma espontánea en pocas horas.

## **Abstinencia**

La abstinencia al cannabis ha sido una entidad discutida y no se encontraba recogida en el DSM hasta su última versión en que aparece dentro de los Trastornos relacionados con el cannabis, con el código 292.0 (F12.288 para la CIE-10)

### **Criterios diagnósticos de la abstinencia de cannabis DSM-5**

- A.** Cese brusco de un consumo de cannabis intenso y prolongado.
- B.** Aparición en el plazo de una semana tras el criterio A, de tres o más de los siguientes: Irritabilidad, rabia o agresividad, Nerviosismo o ansiedad, Dificultades para dormir, Pérdida de apetito o peso, Intranquilidad, Ánimo deprimido, Dolor abdominal, espasmos, temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas del funcionamiento del individuo.
- D.** Los síntomas no pueden ser atribuidos, o mejor explicados, por otra patología o la abstinencia a otra sustancia.

## **Dependencia**

La dependencia a una droga se caracteriza por la presencia de un deseo intenso de consumo, una pérdida de control sobre dicho consumo y un repertorio conductual destinado a la obtención y el consumo de la droga.

Aunque los criterios diagnósticos son iguales para todas las drogas puede haber diferencias entre ellas; así, la tolerancia es menos frecuente en el caso de los efectos

subjetivos del cannabis. Sin embargo, existe tolerancia para la mayoría de los efectos físicos del cannabis como taquicardia, descenso de temperatura de la piel, descenso de la presión intraocular, descenso del sueño REM y aumento de las ondas alfa del EEG.

### **Efectos**

La principal sustancia activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa muchos de los efectos conocidos de la droga. Con la inhalación del humo de marihuana se producen graves alteraciones del pensamiento y conducta. Estas alteraciones son muy complejas y guardan relación con la dosis recibida (dosis-dependiente), con la forma de administración, con la experiencia previa del usuario, con el ambiente que lo rodea y con sus expectativas. Al entrar el THC al cerebro hace que el usuario se sienta eufórico, porque actúa sobre el sistema cerebral de gratificación de la misma manera que lo hacen otras drogas.

Además de la euforia, los usuarios suelen reportar sentir un estado de relajación, aumento de la percepción sensorial, percepción alterada del tiempo, apetito, ansiedad, desconfianza, temor. Luego del período de euforia, las personas también reportan depresión.

Además, la marihuana (o el cannabinoide que es su componente activo) produce deficiencia en la memoria a corto plazo, en las habilidades matemáticas y en la expresión verbal; también genera deterioro en la capacidad para generar recuerdos. Entre sus efectos podemos ver, el entorpecimiento del equilibrio y de la coordinación, lo que altera la capacidad de hacer diferentes tareas como hacer deportes, aprender, conducir vehículos, etc. Por otra parte, sus efectos están asociados a la aparición de enfermedades como la psicosis o esquizofrenia.

### **Efectos de la marihuana en el rendimiento físico**

Lejos de tener propiedades que potencien el rendimiento, el cannabis puede llegar a disminuirlo entorpece la coordinación óculo-manual y lentifica el tiempo de reacción; disminuye la coordinación motriz, la capacidad de seguimiento ocular y la facultad de percibir; debilita el poder de concentración y altera la percepción temporal; el deterioro de las facultades puede llegar a durar hasta 24 ó 36 horas después de consumirla; los consumidores se cansan más rápido; malestar residual: la disminución del rendimiento se prolonga 24 horas después de consumirla; entre los efectos perniciosos para la salud a corto plazo figuran: problemas de memoria y aprendizaje; disminución del poder de concentración; percepciones visuales, auditivas, táctiles y temporales distorsionadas;

entorpecimiento de las facultades de pensar y resolver problemas; en algunos casos, desencadena accesos de angustia, incluidos ataques de pánico y trastornos paranoicos (Coams y McAndrews, 1994; Iven, 1998).

## COCAÍNA

### Características

La cocaína es una droga ilícita que pertenece al grupo de drogas simpaticomiméticas y estimulantes del Sistema Nervioso Central. En la búsqueda de euforia y agitación entre otros efectos, el consumo agudo puede producir daño en casi todos los órganos como consecuencia del vasoespasmo, hemorragias vasculares y alteraciones en la coagulación.

La ingesta crónica puede producir agitación psicomotriz, anorexia, pérdida de peso, miocardiopatías, insuficiencia renal, deterioro mental y alucinaciones. La suspensión abrupta puede desencadenar un síndrome de abstinencia psicológica y física (Damin, 2019).

El clorhidrato de cocaína (conocido popularmente como cocaína) es la droga ilegal que provoca mayor demanda por urgencias en centros asistenciales de Argentina, luego del alcohol y los medicamentos. Es un alcaloide de la hoja de coca, es decir, es el resultado de una serie de procesos químicos que sufre la planta una vez que es cosechada.

Existen varias formas de producir cocaína para sus diferentes formas de consumo; el proceso más frecuente consiste en producir pasta de coca a partir de las hojas, luego base de cocaína y finalmente clorhidrato de cocaína. El último paso, es decir la transformación de base de coca en clorhidrato de cocaína, es realizado por laboratorios clandestinos.

Las principales vías de administración de la cocaína son oral, nasal y pulmonar. La forma de administración nasal es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, de donde pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. Otra forma de consumir la sustancia es frotando el polvo en las encías provocando que la sustancia ingrese directamente al torrente sanguíneo.

Respecto a la conducta de fumar la cocaína, es importante aclarar que lo que se consume no es la sustancia sino destilados de la misma; el inhalar la sustancia hace que

el efecto sea rápido y a su vez 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. El crack es una variante de cocaína que se elabora habitualmente hirviendo juntos clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico, y que se comercializa en forma de piedra. Por su parte «paco» es un producto intermediario en la producción de clorhidrato de cocaína que se obtiene al disolver residuos en líquido y tratar la solución con kerosene o gasoil, para luego mezclarlo con sustancias alcalinas o ácidos como el sulfúrico. Se trata de un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante.

El consumo de cocaína puede ir desde su uso ocasional a un consumo repetido o compulsivo, con una variedad de patrones entre estos dos extremos. Es importante aclarar que no existe, de todas maneras, consumo seguro de esta sustancia dado que cualquier método de consumo puede causar la absorción de cantidades tóxicas de la droga, con la posibilidad de que ocurra una emergencia aguda de tipo cardiovascular o cerebrovascular y convulsiones, cualquiera de las cuales puede ocasionar la muerte súbita.

### **Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia**

#### **Síntomas más comunes en la intoxicación por cocaína**

Cuadros de agitación psicomotora, que puede llegar a ser extrema, con agresividad, irritabilidad y síntomas periféricos de estimulación adrenérgica.

- En altas dosis o población vulnerable puede provocar el desarrollo de una psicosis paranoide, a veces también con sintomatología sensorial, o un cuadro maníaco. En este contexto pueden aparecer conductas violentas (auto o heteroagresividad). La intensa excitabilidad muscular y los síntomas vegetativos orientan hacia el diagnóstico diferencial con un cuadro psicótico no relacionado con la intoxicación.

- Intervención: se recomienda priorizar el tratamiento con benzodiazepinas y evitar en lo posible los antipsicóticos. Su utilización en este contexto tiene un mayor riesgo de efectos extrapiramidales (hipersensibilidad de receptores dopaminérgicos), aumenta el craving y reduce el umbral convulsivo, por lo que se reserva para la presencia de sintomatología psicótica o maníaco. En estos casos se recomienda la utilización de antipsicóticos atípicos, salvo clozapina. A mayor componente de agitación psicomotora



existe un riesgo mayor de rhabdomiólisis. Su presencia obliga a medidas de hidratación y alcalinización de la orina.

- Arritmias cardíacas, isquemia miocárdica y cerebrovascular: es importante el control de la hipertensión arterial. Se recomienda el empleo de calcioantagonistas dihidropiridínicos, nitroprusiato o fentolamina, evitando betabloqueantes y la estrecha monitorización del ritmo cardíaco. Hipertermia maligna: el manejo consiste en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, medidas físicas de enfriamiento corporal y administración de Bromocriptina.

- Crisis convulsivas, que pueden complicarse con status epiléptico: se recomienda el tratamiento inicial con benzodiazepinas. En caso de repetición de las crisis y riesgo de status, se recomienda ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos.

- Hepatitis tóxica: están indicados precursores del glutatión tipo N-acetilcisteína o S adenosilmetionina, además de medidas de soporte.

### **Síndrome de abstinencia de cocaína**

Es por lo general un cuadro leve, tanto desde el punto de vista somático como psiquiátrico, que se desarrolla entre las 18 horas y los 7 días tras el cese o reducción del consumo prolongado e intenso de cocaína. En ausencia de complicaciones, no suele precisar de tratamiento farmacológico específico.

Se puede producir un periodo inicial de síntomas intensos (crash) que se inicia generalmente en las 6-12 horas del último consumo y que incluye irritabilidad, agitación, disforia, anorexia, mialgias y depresión, pudiendo presentar ideación suicida. Puede haber también una fase de abstinencia retardada que se inicia en torno al 7o día tras el consumo y que se caracteriza por anhedonia, anergia, ansiedad, disforia leve y craving creciente que puede hacerse intenso y provocar una recaída.

Sin embargo, la mayoría de los usuarios experimentan síntomas más leves que se resuelven en una o dos semanas sin tratamiento o con tratamiento sintomático.

### **Efectos**

La cocaína tiene efectos físicos como: anestesiar una zona del cuerpo, funciona como un energizante cerebral, genera insomnio, anorexia; aumento de pulso, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria; vaso constricción y dilatación pupilar. Se presentan múltiples síntomas físicos como ojos vidriosos, tos crónica, taquicardia, dilatación pupilar, pérdida de sueño, irritación y sangrado nasal, elevación de tensión arterial,

sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales y táctiles, gripas crónicas y pérdida del apetito.

Dentro de los efectos psicológicos que produce el consumo de cocaína podemos encontrar que, en principio, produce una sensación de euforia y de extrema seguridad en sí mismo, además de un estado de alerta intenso, seguido de depresión. Provoca actitudes agresivas y temerarias, así como estados de paranoia.

También pueden aparecer ideas de grandiosidad y alteración de la capacidad para ver la realidad. La sintomatología es más aguda y repentina si el consumo se realiza por vía endovenosa o fumada en forma de crack. Se pueden producir cambios conductuales desadaptativos como peleas, agitación psicomotora y sintomatología paranoide.

Algunas personas encuentran que la cocaína les ayuda a realizar tareas físicas y mentales simples más rápidamente, aunque otros experimentan el efecto opuesto. Cantidades grandes de cocaína puede llevar a comportamiento extraño, impredecible y violento. Los efectos de la cocaína aparecen casi inmediatamente y desaparecen entre unos minutos a una hora. La duración y la intensidad de los efectos dependen de la vía de administración. Cuando es inyectada o fumada produce un efecto más rápido y fuerte pero menos duradero comparada a cuando es inhalada.

Cuando la cocaína es inhalada el efecto puede durar entre 15 a 30 minutos. Cuando la cocaína es fumada el efecto puede durar entre 5 a 10 minutos. A medida que disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior.

Es de gran importancia mencionar que el consumo de cocaína en la adolescencia deja secuelas en varias funciones cerebrales, tales como la atención, la memoria, el aprendizaje y la impulsividad.

La mayoría de las personas que mueren por el consumo, son usuarios de larga data que utilizan grandes cantidades de la droga, por lo que el organismo (especialmente el corazón) suele estar bastante deteriorado. Sin embargo, la cocaína puede dañar y hasta producir la muerte de una persona sana sin historia de consumo previo.

Esto se da porque, la cocaína aumenta la presión arterial, la temperatura corporal produce deshidratación y estrecha los vasos sanguíneos, por lo que grandes dosis

pueden causar infartos al corazón, accidentes cerebrovasculares, falla orgánica, convulsión y muerte.

En este punto es necesario aclarar que el consumo de cocaína genera muertes producidas en accidentes automovilísticos donde se conducía bajo el efecto de la sustancia; a su vez, cuadriplica la probabilidad de sufrir aneurismas.

### **Efectos de la cocaína en el rendimiento físico**

Las propiedades de potenciar el rendimiento de la cocaína son muy limitadas; en realidad, tiene mayores posibilidades de disminuirlo: Según algunas investigaciones, los consumidores no se cansan tan rápido, registran un mayor poder de concentración y reaccionan con más celeridad ante los estímulos; no obstante, se ha señalado que estos fenómenos se han observado en la mayoría de los casos en personas con privación del sueño; Altera el sentido de realidad del consumidor; un deportista puede creer, por ejemplo, que está actuando mejor y no está tan cansado, aun cuando su rendimiento real haya bajado; Dificulta los procesos mentales complejos (o sea, las facultades de discernimiento y de adopción de decisiones); El aumento de la temperatura corporal sumado a una menor secreción de sudor dificulta la capacidad del cuerpo para regular su temperatura durante la actividad física; La actividad extenuante aumenta el estrés del corazón causado por la cocaína y puede inducir ritmos cardíacos anormales y ataques al corazón mortales, en particular en los fumadores; Malestar residual o síntomas de abstinencia: sus efectos en el estado de ánimo, la capacidad de concentración y las aptitudes psicomotrices pueden repercutir más negativamente en el rendimiento que la intoxicación (Coombs y McAndrews, 1994; Iven, 1998).

## **ANFETAMINAS**

### **Características**

Las anfetaminas son del tipo estimulante. Provocan que la comunicación entre el cerebro y el cuerpo se acelere. Pueden ingerirse vía oral, esnifarse o inyectarse. Su consumo habitual se produce en forma de pastillas o comprimidos, y a menudo son una de las sustancias con las que se cortan (mezclan) las drogas de síntesis.

El speed se presenta generalmente en forma de polvo y se consume por inhalación como la cocaína, con la que comparte los riesgos asociados a esta vía de administración (daños sobre la mucosa nasal).

## Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia DSM-5

### Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por anfetamina

- A. Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, tensión arterial aumentada o disminuida, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma .
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de anfetamina

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A: fatiga, sueños vividos, desagradables, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito, retraso o agitación psicomotores

### Efectos

Los efectos provocados por el consumo de anfetaminas son similares a los producidos por la cocaína. A nivel Psicológico: Agitación, Euforia, Sensación de autoestima aumentada, Verbosidad, Alerta y vigilancia constantes, Agresividad. A nivel fisiológico: Falta de apetito, Taquicardia, Insomnio, Sequedad de boca, Sudoración, Incremento de la tensión arterial, Contracción de la mandíbula.

### Efectos de las anfetaminas en el rendimiento físico

Producen un estado de alerta y físicamente activo. Algunas personas utilizan anfetaminas para mantenerse despiertas en el trabajo o para estudiar para un examen. Si bien las anfetaminas potencian el rendimiento, también tienen propiedades que pueden llegar a disminuirlo: Los efectos estimulantes de las anfetaminas se prolongan

bastante más que los de la cocaína; Provocan desvelo, vivacidad y euforia, aumentan la seguridad en uno mismo y disminuyen el apetito; inducen una sensación de menor fatiga, aunque no dan mayor energía física ni mental; Como alteran la percepción de la realidad del que las consume y disminuyen la facultad de discernimiento, pueden inducir a un deportista a competir lesionado, lo que puede suponer lesiones más graves y exponer a otras personas a situaciones de peligro; Entre los efectos nocivos inmediatos de las anfetaminas figuran el aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, la disminución del apetito y la pérdida de peso, el insomnio, los dolores de cabeza, las convulsiones, las alucinaciones y los trastornos paranoicos.

También pueden sobrevenir la muerte por ruptura de vasos sanguíneos en el cerebro, ataques cardíacos, irregularidades del ritmo cardíaco y termoplejía; Además de ser ilegal, el consumo de anfetaminas para potenciar el rendimiento deportivo constituye una forma de engaño (Coombs y McAndrews, 1994; Iven, 1998).

## OPIÁCEOS

### Características

Los opioides, a veces llamados narcóticos, son un tipo de medicamentos. Incluyen analgésicos fuertes recetados como la oxicodona, hidrocodona, fentanilo y tramadol. También es un opioide la heroína, una droga ilegal.

### Signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia DMS-5

#### Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos: somnolencia o coma, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria
- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de opiáceos**

**A.** alguna de las siguientes posibilidades:

1. interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos
2. administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos

**B.** Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A: humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre, insomnio

### **Efectos de los opiáceos en el rendimiento físico**

Lejos de tener propiedades que potencien el rendimiento, los opiáceos pueden llegar a disminuirlo: Opiáceos menos fuertes, como la codeína o el propoxifeno (Darvon), disminuyen el rendimiento en menor medida que opiáceos más potentes, como la heroína, Demerol o la morfina; Los opiáceos más potentes entorpecen las facultades de percepción y aprendizaje, la memoria y el raciocinio; Los pacientes que sustituyen los opiáceos con metadona sufren una ligera disminución de su rendimiento o ninguna.

## **INHALANTES**

### **Características**

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Existen tres tipos de inhalantes: solventes y combustibles, óxido nitroso y nitritos volátiles.

Los solventes son productos domésticos o industriales en líquido o aerosol, incluyendo pegantes y adhesivos, líquidos correctores, pinturas, marcadores con punta de fieltro, limpiadores de hornos y desinfectantes

### **Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por inhalantes DSM-5**

**A.** Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes: mareo, nistagmo, incoordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargia, disminución de los reflejos, retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía.

### **Efectos de los inhalantes en el rendimiento físico**

Lejos de tener propiedades que potencien el rendimiento, los inhalantes pueden llegar a disminuirlo: Los primeros síntomas de intoxicación son fatiga, atonía muscular, deficiencia de la memoria, bajo poder de concentración y disminución de la facultad de resolver problemas; Tras la euforia inicial sobrevienen sentimientos de confusión, desorientación, la visión se nubla y se experimentan falta de coordinación y disminución de los reflejos; Si bien al principio el consumidor se siente estimulado y pierde las inhibiciones, al seguir inhalando se le hace difícil articular las palabras y comienza a tambalearse al caminar, puede tener alucinaciones seguidas de somnolencia, le disminuye el ritmo respiratorio y puede llegar a perder el conocimiento; Pueden causar la muerte por asfixia o de resultados de comportamientos arriesgados.

## **RECURSOS DISPONIBLES PARA EL ABORDAJE DE PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS**

### **MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA - SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

A continuación, presentamos algunos aspectos relevantes de los recursos gratuitos disponibles que posee la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba:

#### **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 las adicciones, 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 123 centros, entre 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.

**Ingresando en el siguiente link podés acceder a un mapa con la ubicación de los Centros RAAC y sus respectivos contactos:**

<https://www.secretariadeadicciones.com/>

#### **Recursos disponibles en Córdoba Capital: Programa de Prevención Territorial (PPT): ¿Qué es y qué hace?**

Es una estrategia de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones que prevé la realización de tareas de prevención en los distintos barrios de la Ciudad de Córdoba, procurando llegar a aquellas zonas de mayor vulnerabilidad social.

Estas tareas de prevención se realizan de manera articulada con distintos actores de la sociedad, como escuelas, parroquias, centros vecinales, entre otros.

Desde el Programa de Prevención Territorial se trabaja activamente en las 6 zonas sanitarias de la ciudad. Basado en la intervención de abordaje integral con enfoque de derechos y propiciando la participación comunitaria, este programa posee equipos de intervención territorial que elaboran proyectos de intervención según las necesidades y demandas detectadas en cada zona.

En la actualidad se realizan más de 180 actividades por semana, teniendo en cuenta los espacios de primera escucha y los diversos talleres de prevención y promoción de la salud.



Los espacios de “Primera Escucha” 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. Mientras que los Talleres que se llevan a cabo surgen luego de la etapa diagnóstica que realiza cada equipo en territorio y se condice con la demanda de los vecinos.

Actualmente, y según el territorio, se cuenta con: 60 talleres culturales, 18 talleres socio-educativos y recreativos, 12 talleres de mujeres, 2 talleres de oficios y 24 talleres deportivos.

El mapa de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC) que abarca las localidades de la Provincia se encuentra en la página web.

En el mismo mapa verás además dónde se encuentran las ubicaciones, actividades y horarios disponibles en el Programa de Prevención Territorial:

<https://www.secretariadeadicciones.com/>

#### **Centro Asistencial Córdoba (CAS Córdoba)**

El Centro Asistencial Córdoba es uno de los más de 100 Centros RAAC que se encuentran en todo el territorio provincial.

Este dispositivo ofrece **atención integral a través de un tratamiento ambulatorio multicomponente** que comprende **diferentes dispositivos terapéuticos**: entrevista de primer contacto, terapia individual, terapia familiar, terapia grupal, abordaje psicofarmacológico

#### **¿Cómo es el tratamiento que se ofrece?**

- Es ambulatorio
- Los grupos son muy importantes
- Incluye a la familia
- Es voluntario y gratuito

### **Tres cosas ayudan al tratamiento:**

- Mientras más frecuente sea la asistencia al tratamiento, existen más posibilidades de recuperación.
- Es muy importante la participación de la familia o de los allegados de la persona en tratamiento.
- Participar de los grupos de ayuda mutua.

### **Preguntas Frecuentes**

#### **¿El tratamiento tiene costo?**

- No, el tratamiento es gratuito.

#### **Tengo obra social, ¿me puedo atender igual?**

- Sí, te podés atender igual.

#### **Tengo un ser querido que consume, pero no quiere hacer tratamiento, ¿qué puedo hacer?**

- Podes participar del programa familiar del CAs y comenzar a participar de los grupos de ayuda mutua.

#### **¿Cómo hago para solicitar una internación en una comunidad terapéutica?**

- Deberás solicitar una entrevista con el equipo del CAs, quienes harán la derivación si fuese necesario.

#### **¿Cómo hago para solicitar, modificar o cancelar un turno?**

- Para solicitar, modificar o cancelar un turno en el Centro Asistencial Córdoba deberás enviar un Whatsapp con tus datos al 3513810583.
- Nuestros horarios de atención son de lunes a viernes de 8 a 18 hs.

## DATOS DE INTERÉS

### Centro Asistencial Córdoba

Ubicación: Hospital San Roque Viejo

Calle Rosario de Santa Fe 374

Horario de Atención: 8 a 18 hs

Turnos para comenzar tratamiento presencial o virtual:



3513810583



Call Center: 0800 5554141 Opción 3

### Redes Sociales

Para enterarse de las actividades y propuesta que brinda la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones.



Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones



@adiccionescba

### Página web

Para encontrar información relevante sobre contacto y programas de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones



<https://www.secretariadeadicciones.com/>

## Referencias bibliográficas

### Alcohol

Agabio R., Preti A., Gessa G.L. (2013). Efficacy and tolerability of baclofen in substance use disorders: a systematic review. *Eur Addict Res.*; 19(6): 325–45.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

Blay, N., Calafat, A., Montse, J., Becoña, E., Mantecón, A., Ros, M. & Far, A. (2010) Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema*, 22, 3, 396-402.

Carr, C.N, Kennedy, S.R, Dimick, K.M., “Alcohol use among high school athletes: A comparison of alcohol use and intoxication in male and female high school athletes and non-athletes”, en *Prevention Research*, 3: págs. 1 a 3, 1996.

Chang de la Rosa, M. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50, 3, 425-426.

Coombs, R. y McAndrews, M. P. (1994). The effects of mood-altering substances on workplace performance

Damin, C. y Di Biasi, B. (2009). Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogadependencia: relaciones peligrosas. Universidad de Buenos Aires.

Damin, C. y Grau, G. (2015). *Acta bioquím. clín. latinoam. vol.49 no.1 La Plata mar. Toxicología. Acta bioquímica clínica latinoamericana versión impresa ISSN 0325-2957*

Iven, V. G. (1998). Recreational drugs .Publicado en *Clinics in Sport Medicine*

Lee, C. M., Geisner, I. M., Patrick, M. E. Y Neighbors, C. (2010). The Social Norms of Alcohol-Related Negative Consequences. *Psychological Addictive Behavior*, 24, 2, 342–348.

Lewis, M., Neighbors, C., Geisner, I. M., Lee, C. M., Kilmer, J. M. & Atkins, D. C. (2010). Examining the Associations among Severity of Injunctive Drinking Norms, Alcohol Consumption, and Alcohol Related Negative Consequences: The Moderating Roles of Alcohol Consumption and Identity. *Psycholigal Addictive Behavior*, 24, 2, 177–189.

Mendez-Ruiz, M. D., Alonso-Castillo, M. T., Alonso-Castillo, M.M., Uribe-Alvarado, J.I. & Armendáriz-García, N. A.(2015). *Revista electrónica de salud mental, alcohol y drogas*,11,161-7.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (2004). NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*, N° 3.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Global Health Risks: Mortality, (2015). Alcohol. Nota descriptiva N° 349. Ginebra: OMS.

Pilatti, A., Fernandez Calderón, F., Bonino, P., Ensínck Atienza, G., Rivarola Montejano, G., & Pautassi, R. M. (2015). Effect of age of drinking onset on patterns of alcohol, tobacco, marijuana, stimulants and hallucinogens use, during young adulthood. *Alcohol and Alcoholism*, 50(suppl 1), i51.

Pilatti, A., Godoy, J. C., Brussino, S. A. & Pautassi, R. M. (2013). Patterns of substance use among Argentinean adolescents and analysis of the effect of age at first alcohol use on substance use behaviors. *Addictive Behaviors*, 38, 2847–2850.

Pilatti, A., Read, J. P., & Caneto, F., (2015, August 24). Validation of the Spanish Version of the Young Adult Alcohol <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000140>

Pilatti, A; Brussino, S & Godoy, J.C (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path analysis prospectivo. *Revista de Psicología Chile*, 22(1), 22-36. doi:10.5354/0719-0581.2013.27716

Reboussin, B., Ip, E. & Wolfson, M., (2008). Locally dependent latent class models with covariates: an application to under-age drinking in the USA. *Journal of the Royal Statistical Society*, 171, 877–897.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.

### **Tabaco**

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

Asoc. Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Coombs, R. y McAndrews, M. P. (1994). The effects of mood-altering substances on workplace performance

Fiore M.C., Jaen C., Baker T., et al (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.

Iven, V. G. (1998). Recreational drugs. Publicado en *Clinics in Sport Medicine*

Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M., & Pichs García, L., & Miyar Pieiga, E. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44 (3)

Ministerio de Salud de la Nación (2006). *Primera encuesta Nacional sobre factores de riesgo para enfermedades No transmisibles*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2011). Segunda Encuesta Nacional sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles 2009. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2015). Tercera Encuesta Nacional sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles 2013. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2017). Tabaco sin humo. Retrieved February 25, 2018, from: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para->

NIDA (2016). Sustancias de abuso habituales. <https://doi.org/https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/sustancias-de-abuso-habituales>

NIDA. (2018). Cigarrillos y otros productos con tabaco.

Observatorio Argentino de Drogas. (2016). Informe epidemiológico sobre el consumo de tabaco en Argentina. Argentina.

Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina.

OEA, & CICAD. (2015). Informe sobre uso de drogas en las Américas. Washington.

OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.

OMS. (2015). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Ginebra.

OMS. (2017). El Tabaco es una amenaza para todos: protejamos la salud, reduzcamos la pobreza y promovamos el desarrollo. Ginebra. Retrieved from [www.who.int/tobacco/wntd/es/](http://www.who.int/tobacco/wntd/es/)

OMS. (2017). El Tabaco es una amenaza para todos: protejamos la salud, reduzcamos la pobreza y promovamos el desarrollo. Ginebra. Retrieved from [www.who.int/tobacco/wntd/es/](http://www.who.int/tobacco/wntd/es/)

OPS. (2016). Informe sobre control del tabaco en la región de las Américas: A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington. [profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/otros-productos-del-tabaco/tabaco-sin-humo](http://profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/otros-productos-del-tabaco/tabaco-sin-humo)

Rainey, C.J, McKeown, R.E. y colaboradores, Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising and non-athletic youth, en Journal of School Health, 66 (1): págs. 27 a 32, 1996. Rugby World, Fighting Back, 1999.

Silverman, M. H. y otros (2015). «Neural Networks Involved in Adolescent Reward Processing: An Activation Likelihood Estimation Meta-analysis of Functional Neuroimaging Studies». Neuroimage, 15(122): 427-439.

Vera, B., Pautassi, R. M, Pilatti, A. (2015). Prevalence of alcohol drinking and alcohol related problems in freshmen college students. 15th ESBRA Congress. Congreso llevado a cabo en Valencia, España.

Verra, F., Zabert, G., Ferrante, D., Morello, P., Virgolini, M. (2009). Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública, 25(3), 227–233

## **Marihuana**

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association.

Arias F., Madoz A. Cannabis. En: Gómez C. (2009). Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Socidrogalcohol ; 613-636.

Bobes J., Calafat A. (ed.). Monografía Cannabis. Adicciones. 2000; 12, s. 2.

Coombs, R. y McAndrews, M. P. (1994). The effects of mood-altering substances on workplace performance

Damin, C. y Di Biasi, B. (2009). Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogadependencia: relaciones peligrosas. Universidad de Buenos Aires.

Damin, C. y Grau, G. (2015). Acta bioquím. clín. latinoam. vol.49 no.1 La Plata mar. Toxicología. Acta bioquímica clínica latinoamericana versión impresa ISSN 0325-2957

Ewing, B.T., High school athletes and marijuana use, en Journal of Drug Education, 28(2): págs. 147 a 157, 1998.

Iven, V. G. (1998). Recreational drugs .Publicado en Clinics in Sport Medicine

Kendler, Kenneth S., Myers John., Damaj, M Imad. & Chen, Xiangning. (2013). Early Smoking Onset and Risk for Subsequent Nicotine Dependence: A Monozygotic Co-Twin Control Study. The American Journal of Psychiatry 170(4): 408–413.

NIDA. (2015, mayo 1). Hechos sobre la marihuana para adolescentes. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/hechos-sobre-la-marihuana-para-adolescentes> en 2018, March 6

Osorio, J.H. (2013). Implicaciones metabólicas y clínicas de algunas drogas de diseño. Biosalud;12(2): 110-117

Rodríguez Carranza, R. (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. Salud mental, 35(3), 247-256.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.

Thornton, L., Baker, A., Johnson, M. & Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. Addictive Behaviors 38: 2246-2251.

Tzirak, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*; 54 (12): 750-760

Vera, B. V., Pautassi, R. M., & Pilatti, A. (2015). Prevalence of alcohol drinking and alcohol related problems in freshmen college students. *Alcohol and Alcoholism*, 50(suppl 1), i51.

Volkow, N. D., Baler, R. D. y Compton, W. M. (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *N Engl J Med*;370:2219-27.

World Health Organization (2017). Cannabidiol (compuesto del cannabis)

Whiting, P. F.; Rober t F. Wolff, R. t. F.; De shpande, S. (2015). Cannabinoids for Medical Use A Systematic Review and Metaanalysis. *JAMA*;313(24):2456-2473

### **Otras sustancias psicoactivas**

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

Brettschneider, W. (1999). Psychological outcomes and social benefits of sport involvement and physical activity implications for physical education. *Cumbre Mundial sobre Educación Física*, Berlín.

Browne, G. y colaboradores (2000). Investments in Comprehensive Programming: Services for Children and Single-Parent Mothers on Welfare Pay for Themselves Within One Year. In *Our Children's Future: Child Care Policy in Canada*, capítulo 21, University of Toronto Press Inc., 334.

Bush, L., McHale, J. y colaboradores (1997). Functions of sport for urban middle school children. Comunicación presentada en la Asociación de Psicólogos de los Estados Unidos, San Francisco (California), agosto de 2001. Centro Canadiense para la Ética en el Deporte, *A guide to moral decision-making in sport*, Ottawa (Canadá).

Challier, B., Chau, N. y colaboradores (2000). Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents, en *European Journal of Epidemiology*, 16: págs. 33 a 42.

Chen, W., Cato, B., Travis, J., (1997) A comprehensive and interdisciplinary program to prevent drugs and crime among high-risk African American adolescents. *Consejo Internacional para Higiene, Educación Física, Recreación, Deporte y Danza*, 36 (1): págs. 60 a 62.

Coombs, R. y McAndrews, M. P. (1994). The effects of mood-altering substances on workplace performance

Crabb, T. (2000). A sporting chance?: Using sport to tackle drug use and crime, en *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(4): págs. 381 a 390.

Damin, C. y Di Biasi, B. (2009). Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogadependencia: relaciones peligrosas. *Universidad de Buenos Aires*.



Damin, C. y Grau, G. (2015). Acta bioquím. clín. latinoam. vol.49 no.1 La Plata mar. Toxicología. Acta bioquímica clínica latinoamericana versión impresa ISSN 0325-2957

Elliot, D. y colaboradores, Health promotion for young female athletes. Comunicación presentada en el Cuarto Congreso Mundial del Comité Olímpico Internacional dedicado a las ciencias del deporte, Principado de Mónaco, 1997.

Field, T. y colaboradores (2001). Exercise is positively related to adolescents relationships and academics, en Adolescence, 36 (141): págs. 105 a 110.

Goldberg, L., Mackinnon, D. y colaboradores (2000). The athletes training and learning to avoid steroids program, en Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 154: págs. 332 a 338.

Green, G. , Uryasz, F.D. y colaboradores (2001). NCAA study of substance use and abuse habits of college student-athletes, en Clinical Journal of Sport Medicine, 11: págs. 51 a 56.

Iven, V.G. (1998). Recreational drugs, en Clinics in Sport Medicine 17 (2): págs. 245 a 259. página 51

Lake, J., Patriksson, G. (1999). An investigation of physical activity and the frequency of alcohol consumption amongst 16- and 17-year-old students in England and Sweden, en International Sport Studies, 21 (2): págs. 65 a 73.

Leonard, W.M. (1998), The influence of physical activity and theoretically relevant variables in the use of drugs: the deterrence hypothesis revisited, en Journal of Sport Behaviour, 21(4): págs. 421 a 434.

Marcello y colaboradores (1989), An evaluation of strategies developed to prevent substance abuse among student-athletes, en The Sport Psychologist, 3: págs. 196 a 211

Melia, P. (1994), Sport for all! But is it suitable for children?, en International Journal of Drug Policy, 5 (1): págs. 34 a 39.

Monrozier, P. (2000), Actas del seminario sobre prácticas deportivas juveniles y comportamientos de riesgo, organizado por el Ministerio de la Juventud y el Deporte, París (Francia), 5 y 6 de diciembre.

Nelson, T.F., Wechsler, H. (2001). Alcohol and college athletes, en Medicine and Science in Sports and Exercise, 33 (1): págs. 43 a 47.

Okruhlica L., Kaco, J. y Klemova, D. (2001). Sports activities in the prevention of heroin dependency, en European Addiction Research, 7: págs. 83 a 86.

Page, R.M, Hammermeister, J. y colaboradores (1998). Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviours?, en Journal of Health Education, 29 (3): págs. 186 a 192.

Schwenk, T.L. (2000), Alcohol use in adolescents: the scope of the problem and strategies for intervention, en The Physician and Sports Medicine, 26 (6).

Shields, E.W. (1995). Sociodemographic analysis of drug use among adolescent athletes: Observations perceptions of athletic directors-coaches, en *Adolescence*, 30 (120): págs. 839 a 859.

Taylor, M. (2001). Sports and rural African American girls. Asociación de Psicólogos de los Estados Unidos, San Francisco (California), agosto.

Tricker, R., Connolly, D. (1996), Drug education and the college athlete: Evaluation of a decisionmaking model, en *Journal of Drug Education*, 26 (2): págs. 159 a 181.

Wenner, L. (1994). Drugs, sports and media influence: Can media inspire constructive attitude change?, en *Journal of Sport and Social Issues*, agosto.