



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ante el consumo
problemático
de drogas

PRÓLOGO

Prologar este libro significa una gran satisfacción –narcisista dirían los psicoanalistas pero es mucho más. Es una gran alegría después de muchos años de lucha constante, de marchas y contramarchas, de esperanzas y frustraciones, de creer que se encontraban algunas ideas, algunas herramientas útiles,... Y al momento siguiente notar la indiferencia o el aislamiento de los pequeños grupos preocupados por el problema del avance de las adicciones, de la pérdida de muchísimos jóvenes, “nuestro futuro como nación” y como persona que vivimos en una comunidad que amamos.

El poder leer esta producción de los equipos de Salud Mental y del Plan Provincial de Adicciones, me ha hecho ver que todos estos años de lucha de mucha gente, y aparentemente con escasos resultados, no han sido vanos y que vamos “por el buen camino”. Que es posible poder llegar a instrumentar políticas públicas que atiendan esta parte de la salud que hasta acá ha permanecido muy negada por la mayoría de la población y por el Estado en particular.

La negación es un mecanismo de defensa inconsciente que ejercen las personas para no sufrir. Es la técnica del avestruz que hunde su cabeza en la tierra para no angustiarse con el peligro que se avecina. Con las drogas, que existen desde el comienzo de la humanidad pero cuyo consumo ha avanzado de forma muy alarmante en la última mitad de siglo, ha pasado lo mismo. Miramos para otro lado para no tomar responsabilidades ante lo que podemos llegar a saber. Esto es un fenómeno mundial, si bien otros países han propuesto debates, leyes y campañas más avanzadas sobre todo en prevención.

La parte dañina de los sentimientos humanos se ha ensañado con el dolor y la falta de ilusiones sobre todo de los jóvenes, diezmados por guerras crueles en donde la droga llegó a ser un arma de guerra para debilitar a los soldados enemigos y que luego quedó constituida en el rubro más importante en cuanto a provecho monetario en el comercio mundial, en forma mafiosa y muy incrustada en los poderes políticos.

Una vez recuperado el gobierno institucional en nuestro país, luego de la negra noche de los gobiernos militares donde el sólo hecho de ser adicto podía ser razón suficiente para desaparecer, se creó la SEDRONAR (año 1989) que dependió, en un principio, directamente de la Presidencia de la Nación. Previamente en el año 1984 se nombró director de Salud Mental al doctor Vicente Galli, eminente psiquiatra psicoanalista, que reunió en Córdoba a todos los flamantes directores y coordinadores de Salud Mental de las Provincias en dos cursos memorables sobre Planeamiento y Administración de Servicios de Salud Mental para expandir como política de salud la atención primaria de la Salud Mental en la República Argentina.

De allí surgieron las primeras Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental en las provincias (las RISAM), de las cuales la del Hospital Carlos Pereyra de Mendoza fue una de las primeras en constituirse. La inclinación y currículos estaban destinados a formar profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.) especializados en atención primaria de la salud. Ya existía desde años atrás en el Hospital El Sauce residencias para la formación de psiquiatras que después tomó la modalidad interdisciplinaria.

La RISAM realizó varias acciones interesantes como la atención primaria de los damnificados del sismo de enero de 1985, pasantías en hospitales generales de la Provincia de Mendoza y en hospitales especializados de otras provincias y empezó con la atención del público de salas de espera. Todas acciones novedosas para la época.

En 2003 se crea en Mendoza el Plan Provincial de Adicciones y luego en 2005 la Dirección de Salud Mental que reemplaza lo que hasta entonces había sido Departamento. Esto facilitó los contactos interinstitucionales entre lo público y los grupos privados que ya estaban constituidos como Alcohólicos Anónimos, Viaje de Vuelta, Cable a Tierra, Conexión, AEA, Hallar, Narcóticos Anónimos, Accionar, etc. y otros que se fueron formando después.

La labor entre la Dirección de Salud Mental y el Plan Provincial ha sido especialmente fecunda en los últimos años extendiendo su accionar a todo el territorio provincial.

He creído necesario hacer esta pequeña reseña porque mucha gente puso su esfuerzo en cada una de estas acciones y en estos grupos, algunos de los cuales desaparecieron, en un intento de hacer frente a esta grave problemática bio-psico-social. Por eso mi alegría de ver concretado de forma tan eficiente, sencilla, rica, actualizada y bien escrita esta Guía de Atención Primaria en Salud Ante el Consumo Problemático de Drogas.

Además de una buena guía de consulta para cualquier interesado en el tema, es la elaboración conjunta e interdisciplinaria de ideas, métodos y avances científicos de mucha otra gente preocupada por este aspecto de la salud. Y de muchos años en que parecía que se progresaba y otros momentos que se inmovilizaban las acciones en este arduo tema.

Por ello felicitaciones a todos los que han intervenido en su redacción, a los que urdieron el proyecto y a las Direcciones Ejecutivas que permitieron su concreción. Como habitante de Mendoza *"muchas gracias a todos"*.

Dra. Nilda Astorga

Médica Psiquiatra

Presidenta "Cooperativa Cable a Tierra"

Ex-Directora del Hospital "Carlos Pereyra".

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
ANTE EL CONSUMO
PROBLEMÁTICO
DE DROGAS**

Autoridades

Gobernador de la Provincia de Mendoza

CPN Celso Alejandro Jaque

Ministro de Salud

Dr. Juan Carlos Behler

Subsecretario de Planificación y Control

Dr. Ricardo Landete

Subsecretario de Gestión en Salud

Dr. Enrique Quesada

Director General de Salud Mental

Dr. Alberto Navarro

Director Coordinador Plan Provincial de Adicciones

Lic. Mauricio Vezzoni

Autores y Compiladores

Dr. Alberto Navarro. Médico Psiquiatra. Director General de Salud Mental

Prof. Lic. Mauricio Vezzoni. Psicólogo. Director Plan Provincial de Adicciones

Prof. Mg. Dr. Aldo Sergio Saracco. Médico Tóxicólogo. Jefe del Dpto de Toxicología

Prof. Lic. Marcelo Bríccola. Psicólogo. Jefe del Dpto de Asistencia, Plan Provincial de Adicciones

Prof. Lic. Emiliano Barrera. Psicólogo. Jefe del Dto de Prevención y Capacitación, Plan Provincial de Adicciones

Tec. Javier Segura. Jefe del Dpto. de Estadística Observatorio Mendocino de Drogas

Lic. Andrea Mercado. Psicóloga. Dpto. de Capacitación, Plan Provincial de Adicciones

Colaboradores:

Lic. Gustavo Moreno. Psicólogo. Coordinador Centro Preventivo Asistencial de Adicciones y Centro de Día Tejada Gómez, Plan Provincial de Adicciones.

Lic. Carina Sthelick. Trabajadora Social. Coordinadora Centro Preventivo Asistencial de Adicciones Godoy Cruz, Plan Provincial de Adicciones.

Dra. Marina Álvarez. Médica Psiquiatra. Centro Preventivo Asistencial de Adicciones Godoy Cruz.

Sr. Maximiliano Coria. Estudiante Avanzado de Psicología. Dpto. Asistencia, Plan Provincial de Adicciones.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO I Diagnóstico Epidemiológico Nacional y Provincial: prevalencia, patrones de consumo y perfil socio- demográfico de pacientes en centros de tratamiento	23
CAPÍTULO II Pensando políticas públicas en el abordaje de las adicciones	35
CAPÍTULO III Adicción: factores protectores y de riesgo. Modelos de intervención	51
CAPÍTULO IV Modelo de cambio de la conducta adictiva	63
CAPÍTULO V Intervención en atención primaria en salud	79
CAPÍTULO VI Aspectos preventivos ante el consumo de drogas	103
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS:	129
Sustancias	131
Cuestionario Audit	163
Cuestionario Biopsicosocial	170
Formulario de Derivación de Pacientes a los CPAA	171
Red Asistencial de Adicciones	175

INTRODUCCIÓN

Existe una proporción significativa de personas que acuden a los establecimientos de salud que usan bebidas alcohólicas o consumen otras drogas psicoactivas. Una fracción de éstas presenta un consumo abusivo de las sustancias antes mencionadas. En algunos casos, no advierten que tienen un problema de consumo; en otros, no lo referencian como un problema o bien lo ocultan por temor a ser discriminados o sancionados socialmente. En muchos casos el consumo abusivo de sustancias psicoactivas tampoco es reconocido por los equipos de salud porque el motivo de consulta específico puede o no estar asociado al mismo (la demanda puede ser por problemas gastrointestinales, cardíacos, etc).

Otra porción de la población no se acerca al sistema de salud. Ésta debe ser detectada precozmente dentro de los ambientes de la vida cotidiana de los afectados tales como la escuela, el club, lugares de trabajo, cultos y en especial su grupo familiar.

Esta guía propone orientaciones prácticas para que en los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) se pueda realizar una eficaz labor en la detección e intervención precoz y resolutive sobre el uso, consumo riesgoso, consumo problema y la dependencia a sustancias psicoactivas.

Por otro lado, tiene por fin ofrecer herramientas prácticas para que desde otros ámbitos no relacionados con la asistencia en salud, tales como escuelas, clubes, lugares de trabajo, también se pueda realizar una detección e intervención adecuadas.

Es decir, es una propuesta que tiene por fin involucrar y comprometer a la comunidad en general con el abordaje de la problemática de las adicciones. En tal sentido entendemos a éstas como un fenómeno multicausal, cuya solución será más eficaz mientras se involucren y comprometan más actores y ámbitos de la comunidad.

La APS representa una estrategia propicia para influir en forma eficaz, oportuna, preventiva de menor costo y más efectiva sobre el proceso evolutivo que afecta al usuario inmoderado de sustancias psicoactivas y a sus familias.

La APS propone alternativas previas de atención que permitan evitar la aparición de complicaciones de mayor severidad y gravedad, que terminarán por determinar una tasa baja en recuperación, así como una percepción errada y pesimista de los profesionales de la salud y en la población acerca de la efectividad de los tratamientos.

Esta guía práctica en salud tiene como objetivo principal, por un lado, poder discriminar quién necesita ser derivado a un centro especializado en adicciones y quién no; y por otro, que la persona que realmente necesite tratamiento específico llegue motivado al tratamiento y esta motivación, previamente trabajada en APS, o en ámbitos de escuela, clubes, iglesias, sea una pieza clave en la efectividad del tratamiento.

Esta guía es una compilación de diversas investigaciones, libros, documentos y experiencias realizadas en otros países y en Argentina, adaptada a la realidad de nuestra provincia.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz.

A continuación se presentan una serie de hechos históricos relevantes para las políticas instaladas en la provincia de Mendoza:

- En la década de los noventa comenzó con un hecho histórico para la salud mental en las Américas: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada en noviembre de 1990. En la Declaración de Caracas se hacía hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.
- En 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados que la componen a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera.
- En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó a la salud mental el Informe sobre la salud en el mundo e impulsó las actividades destinadas a colocar este tema en el programa político mundial, y tanto la OPS como la mayoría de los Estados miembros participaron en estos esfuerzos. La “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” (Brasilia, noviembre del 2005) evaluó el camino recorrido y estableció nuevas direcciones para el trabajo.
- Los países de la región aprobaron la Agenda de salud para las Américas 2008-2017 con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población. En éste se definen áreas de acción en las que figura la salud mental de forma explícita e implícita.
- El Consejo Directivo de la OPS (2008) aprobó el Plan Estratégico 2008-2012. El objetivo del plan se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos.
- La OPS/OMS en Panamá (2010), en la Conferencia Regional de Salud Mental: 20 años después de la Declaración de Caracas denominada “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”, lanzó formalmente el Plan de Acción Global en Salud Mental (mgGAP) para reducir las brechas existentes en la atención a los trastornos mentales, neurológicos y aquellos relacionados con el abuso de sustancias. La estrategia se refiere a la aplicación de paquetes básicos de intervención en los servicios de salud basados en la Atención Primaria.

Estos antecedentes de los que se hace referencia han sido muy importantes para entender el contexto en el que actualmente nos movemos. El desarrollo de los sistemas de salud van en una dirección clara y concreta: extender los servicios a toda la población, favorecer los espacios de prevención y promoción, y mejorar la calidad de vida de las personas. En nuestra provincia, por caso, se ha trabajado muy fuertemente en lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, logrando un acercamiento a la población.

La problemática de las adicciones ha ido complejizándose en el tiempo y las acciones preventivas y terapéuticas han debido ir acorde a estas demandas. Se ha avanzado en lo que respecta a la descentralización de servicios creándose redes asistenciales acordes a la problemática (ver anexo Red asistencial). El objetivo de las políticas públicas se centra en establecer circuitos de abordaje en todos sus niveles. Para ello es importante formar a los agentes involucrados.

Este documento de Atención Primaria en Salud intenta sumar al abordaje de las adicciones preparando y formalizando la complejidad de la problemática a los diferentes efectores de salud de la provincia, miembros vitales en la promoción, prevención y abordaje de las adicciones.

Todos los actores en salud que tengan un rol protagónico deben asumir su compromiso con las adicciones y con la salud mental, delimitando el rol del agente sanitario desde los diferentes niveles. Se debe destacar que en cada nivel de atención en salud hay diferentes roles y responsabilidades. Esta guía pretende aportar y enriquecer estos aspectos, y pretende reducir las brechas existentes entre las personas consumidoras de sustancias y la atención que las mismas se merecen en su ámbito comunitario.

¿Qué pretendemos con esta guía?

Tratamos de que lleve a una reflexión a los profesionales que trabajan en Atención Primaria en Salud sobre lo que se puede y se debe hacer desde aquellas consultas que nos llegan al centro de salud o al Centro Integrador Comunitario, en relación al consumo riesgoso, consumo problema y dependencia de sustancias psicoactivas, y su relación con los problemas de salud derivados del mismo.

Por otro lado, pretendemos dar algunas herramientas para la consejería e intervención breve en esta problemática así como claves para continuar profundizando en un estudio más amplio de la problemática adictiva.

Y por último, nuestra idea es que los profesionales de APS puedan figurarse los distintos niveles de atención socio-sanitaria de las conductas de consumo desde una mirada abarcativa y a su vez puedan determinar sus competencias e incumbencias en el primer nivel de atención de la salud.

¿Por qué debemos actuar en Atención Primaria en Salud ante las personas con consumo de sustancias psicoactivas y los problemas de salud asociados a éste?

-La AP cuenta con un **equipo multidisciplinario** (médicos de familia, comunitarios, pediatras, psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, entre otros), que conocen a las personas que atienden en su vida comunitaria y familiar, a lo largo de su historia vital. Esto se debe a la **accesibilidad al servicio** de atención primaria y a la posibilidad de **continuidad de la atención** que éste otorga.

-Se adopta un enfoque integral de la salud en todas las esferas de la persona: biológica, psicológica y socio-contextual, prestando además una atención integrada en las fases de salud/enfermedad (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación) y en coordinación con otros niveles de atención (centros de adicciones especializados, hospitales generales y monovalentes, unidades de salud mental, entre otros).

- Además de conocer las características de la propia comunidad en la que se trabaja, se tiene la posibilidad de abordarla desde distintos talleres o foros (mesas de gestión local, consejos de salud, talleres para padres, talleres de prevención en escuelas, etc.), pudiendo intervenir de forma activa y no sólo a demanda por los diferentes problemas de salud. Que las intervenciones habiliten la prevención, favorezcan la promoción de hábitos de vida saludables y la participación integral de los diferentes actores de la comunidad.

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL Y PROVINCIAL:

"Prevalencia, patrones de consumo
y perfil sociodemográfico
de pacientes en centros
de tratamiento"

Para el logro de un cuadro de situación nacional y provincial en referencia a la problemática de las adicciones, se estudian indicadores indirectos que permiten inferir el estado situacional llevado a cabo por diferentes organismos públicos provinciales, nacionales e internacionales.

El presente capítulo pretende ser un breve y general compendio de éstos, que nos permita tener un diagnóstico de nuestra provincia y que sirva de disparador para que aquellos interesados en profundizar los mismos, recurran a estudios epidemiológicos y/o investigaciones citados

¿Cuál es el perfil de los pacientes que llegan a centros de tratamiento?

Para definir este perfil debemos recurrir a la investigación realizada en aquella población asistida por la problemática de las adicciones: el **“Registro continuo de pacientes en centros de tratamiento”**.

Estos informes se refieren a una población específica afectada por la problemática de las adicciones y brindan muy valiosos indicadores indirectos sobre los niveles de consumo de sustancias.

Asimismo permiten describir patrones de consumo asociados a determinadas sustancias psicoactivas y a perfiles sociodemográficos; identificar las principales drogas de inicio y establecer su importancia en el consumo de los pacientes, la edad de inicio en el consumo, las principales drogas consumidas, la droga de mayor daño, la droga que motiva tratamiento, la patología física o mental asociada al consumo de sustancias psicoactivas; así como identificar las sustancias que caracterizan el policonsumo y el perfil del paciente asociado

Se analizan los pacientes que ingresan a tratamiento en todos los centros preventivos asistenciales en adicciones públicos de la provincia y en algunas instituciones privadas desde 2007 a la fecha. Esta investigación se lleva a cabo en todo el país por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR, y en conjunto en la provincia de Mendoza con el Plan Provincial de Adicciones.

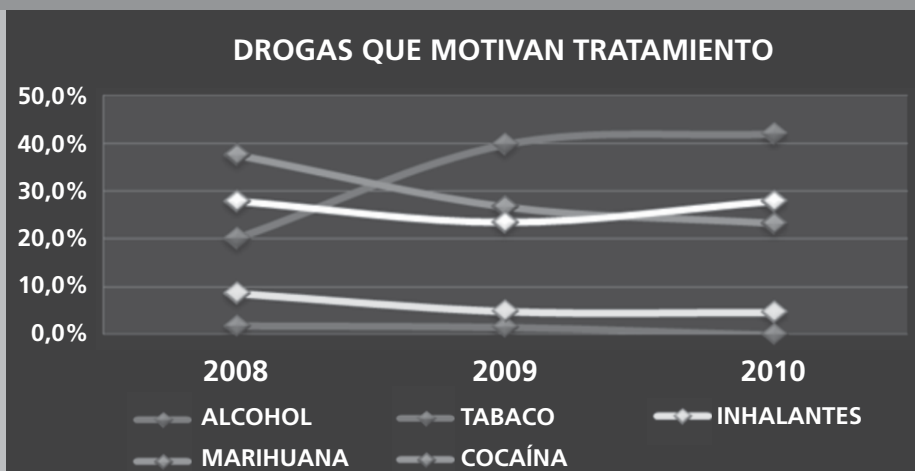
REGISTRO CONTINUO DE PACIENTES EN CENTROS DE TRATAMIENTO. MENDOZA. AÑOS 2008 – 2009 – 2010.

Pacientes según sustancias psicoactivas consumidas.

- 10% > pacientes que consumen marihuana con respecto a la media nacional.
- 10% > pacientes que consumen cocaína con respecto a la media nacional.
- 3 veces < pacientes que consumen pasta base con respecto a la media nacional.
- 2 veces < pacientes que consumen tranquilizantes con respecto a la media nacional.

	MENDOZA	ARGENTINA
ALCOHOL	79.8%	76.9%
TABACO	44.2%	47.4%
INHALANTES	22.1%	18.5%
MARIHUANA	72.1%	62.6%
COCAÍNA	55.2%	45.9%
PASTA BASE	2.7%	9.0%
TRANQUILIZANTES	13.2%	28.4%
ALUCINÓGENOS	7.9%	5.2%
OPIÁCEOS	0.8%	1.4%
ESTIMULANTES	2.1%	1.7%
ÉXTASIS	2.1%	3.6%

PROVINCIA DE MENDOZA, REGISTRO CONTINUO DE PACIENTES EN CENTROS DE TRATAMIENTO. PERIODOS 2008 – 2009 – 2010:



Sobre una cantidad de más de 500 pacientes distintos atendidos en los Centros Preventivos Asistenciales Públicos de Mendoza e instituciones privadas, se observa que la droga que motiva la demanda de tratamiento se ha ido modificando entre 2008 y 2010.

El alcohol se traslada desde el tercer lugar, en 2008, hasta el primero, en 2009 y 2010 motivando algo más del 40% de los tratamientos a nivel provincial; la marihuana se retrasa como droga que motiva tratamiento desde el primer al tercer lugar en estos años; la cocaína, de manera sostenida, es la droga que motiva aproximadamente el 30% de los tratamientos por adicciones durante 2008, 2009 y 2010.

En términos generales podemos resumir que los pacientes que llegaron a los centros de tratamientos públicos y privados son jóvenes, predominantemente masculinos, solteros, sin hijos a cargo, con un bajo nivel educativo y con una baja inclusión laboral. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se dio antes de los 16 años y las drogas de inicio en primer término alcohol, seguida de tabaco y por último marihuana y cocaína.

Observamos que los pacientes acudieron a tratamiento predominantemente de manera voluntaria, seguido de aquellos que lo hicieron por presión de familiares o amigos, y por último los que llegaron por una indicación legal. Sólo un pequeño porcentaje lo hizo por indicación médica, académica o laboral. Cerca de la mitad de los pacientes que llegaron a los centros de tratamiento ya habían tenido al menos un tratamiento durante los últimos 12 meses.

¿Cómo es el perfil de las personas que llegan a la sala de guardia de un hospital?

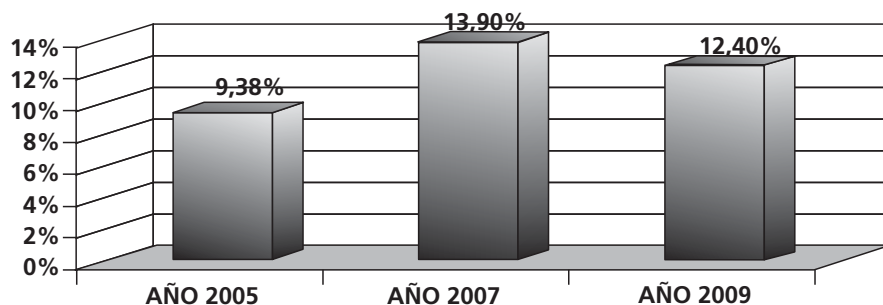
La investigación denominada **“El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia”** se lleva a cabo en las salas de guardia de los hospitales públicos que representan un lugar donde las intoxicaciones con sustancias psicoactivas se dan cita y demandan tratamiento, es por ello, que estudios en este ambiente significan valiosos indicadores indirectos acerca de los niveles de consumo de sustancias.

La posibilidad de contar con estudios epidemiológicos que den cuenta de la relación entre el consumo de drogas y en este caso la consulta de emergencia, habilita y abre un espectro aún desconocido de los riesgos y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas mostrando la necesidad de extender y profundizar la capacitación específica a profesionales médicos y de las áreas de salud para que puedan conocer y abordar la problemática.

Mediante una ventana epidemiológica de una semana completa, se registran todos los ingresos a la sala de guardia del Hospital Central y se analiza la relación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, se describe el perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresan al servicio, qué cantidad de ingresos están relacionados con el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, qué tipo de sustancias, el motivo de ingreso a emergencia, etc.

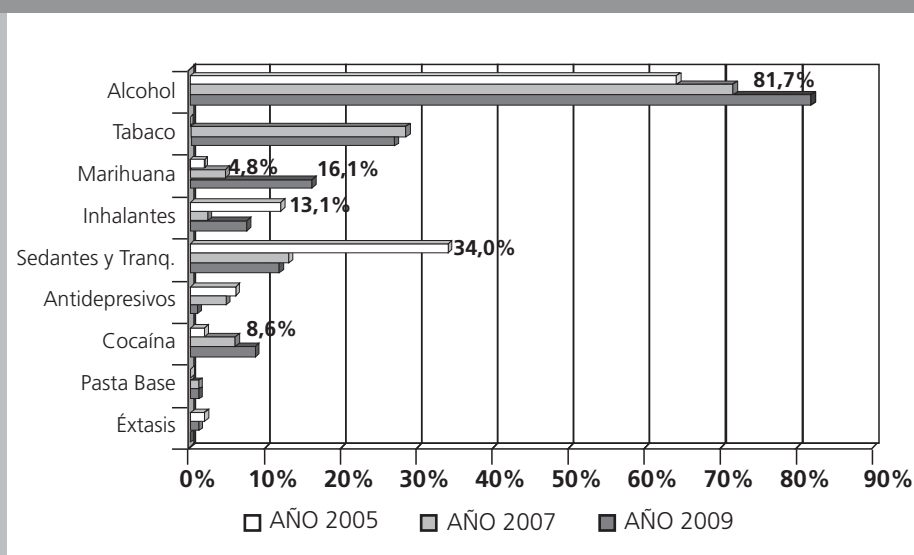
Dicha investigación se lleva a cabo desde el 2003 a la fecha, por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR en todo el país, y en Mendoza, en conjunto con el Plan Provincial de Adicciones.

INGRESOS A SALA DE GUARDIA RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.MENDOZA. AÑOS 2005 – 2007 – 2009



Analizando los ingresos a sala de guardia del Hospital Central, tomando como muestra una ventana epidemiológica de una semana típica, durante 2005, 2007 y 2009 observamos que sobre el total de los pacientes que acuden a la sala de emergencia en 2005 el 9,38% sus ingresos están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (1 de cada 10); este valor asciende al 13,9% en 2007 y durante 2009 los ingresos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas representan el 12,4% del total de pacientes que acuden a la sala de guardia del Hospital Central.

INGRESO POR TIPO DE SUSTANCIA



Las principales sustancias que se presentan en los ingresos relacionados con consumo, mayoritariamente intoxicaciones agudas, son alcohol, de manera sobresaliente, luego siguen drogas que acompañan la intoxicación como tabaco y marihuana; sedantes, tranquilizantes, cocaína e inhalantes también muestran valores con significación.

¿Cuál es el consumo que se da en estudiantes secundarios?

La siguiente investigación se lleva a cabo en escuelas de nivel medio o secundarias y se trata de ver las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en población de riesgo, determinar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas de la población escolarizada de 13, 15 y 17 años según sexo, tramos de edad, año de cursado

Este sondeo también permite describir algunos factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en población escolar; conocer las percepciones que los estudiantes tienen sobre sus niveles de información, recepción de cursos de prevención y su relación con el consumo de drogas.

El objetivo central del estudio es indagar sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y su prevalencia en la población de referencia desde una perspectiva sociocultural, intentando, a su vez, distinguir, la frecuencia, las modalidades y las situaciones que facilitan o incentivan conductas adictivas.

Desde un enfoque exploratorio, el estudio se propone determinar los factores de riesgo o contextuales asociados al consumo de sustancias; de allí que informa sobre la magnitud del consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos usados sin prescripción médica (tranquilizantes y estimulantes), solventes o inhalables, marihuana, cocaínas (clorhidrato y pasta base), heroína y otras drogas ilegales, información que se constituye en un avance en el conocimiento de esta problemática, útil para el diseño de políticas de prevención y asistencia necesarias.

En este informe se presentan datos de consumo de vida, de último año y del último mes o consumo actual de las sustancias legales e ilegales analizadas, por sexo, grupos de edad, etc. Respecto del consumo de alcohol, y debido a la importancia que este consumo presenta, se profundiza el análisis en la identificación de grupos de estudiantes, información necesaria al momento de diseñar políticas preventivas específicas en esta población.

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES SECUNDARIOS, 13; 15 Y 17 AÑOS. MENDOZA. AÑOS 2005 – 2007 – 2009

Sustancias	2005	2007	2009
Tabaco	43,3	43,3	43,7
Alcohol	58,7	62,4	66,4
Tranquilizantes sin pm	5,4	5,7	3,2
Estimulantes sin pm	3,1	3,3	2,8
Solventes/inhalantes	3,2	2,4	2,5
Marihuana	7,2	7,5	9,8

Prevalencia de vida

Sustancias	2005	2007	2009
Pasta base – Paco	2	1,3	1,5
Cocaína	2,8	3,2	3,9
Éxtasis	0,7	0,8	1,7

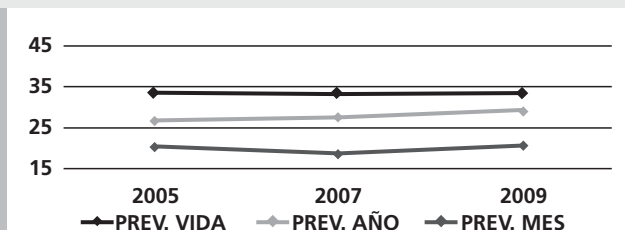
Sustancias	2005	2007	2009
Tabaco	26,4	27,6	29,1
Alcohol	47,3	57,5	54,5
Tranquilizantes sin pm	3	2,7	1,8
Estimulantes sin pm	2,3	1,3	1,9
Solventes/inhalantes	1,5	1,3	1,1
Marihuana	4	5,6	6,7
Pasta base – Paco	1,2	0,8	0,8
Cocaína	1,6	2	2,2

Prevalencia de año

Sustancias	2005	2007	2009
Tabaco	20	18,6	20,5
Alcohol	39,2	53	43,5
Tranquilizantes sin pm	1,7	1,3	1,2
Estimulantes sin pm	1,3	0,8	1,2
Solventes/inhalantes	1	0,9	0,6
Marihuana	2,4	3,1	3,3
Pasta base – Paco	0,8	0,5	0,4
Cocaína	1,2	1,2	1,1

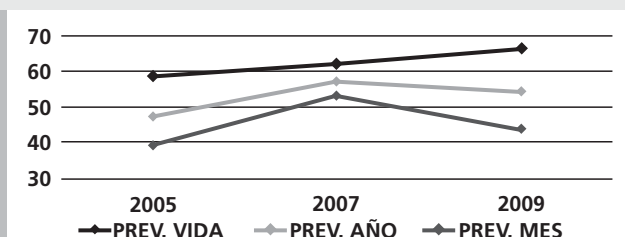
Prevalencia de mes

TABACO



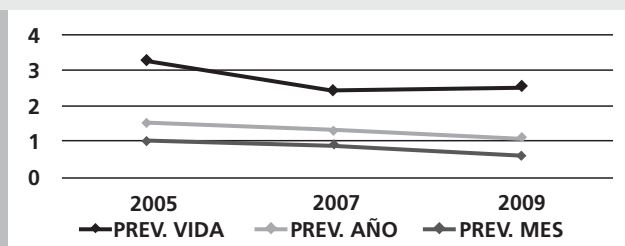
Durante 2005, 2007 y 2009 la cantidad de estudiantes secundarios entre 13 y 17 años de la provincia de Mendoza que habían consumido alguna vez en la vida tabaco se mantuvo estable en un valor cercano al 43%, los que han fumado tabaco en el último año, ascienden de 26,4% a 29,1% entre 2005 y 2009. Y los consumidores actuales, es decir, estudiantes que han fumado tabaco en el último mes, también presentan valores sostenidos cercanos al 20% entre 2005 y 2009.

ALCOHOL



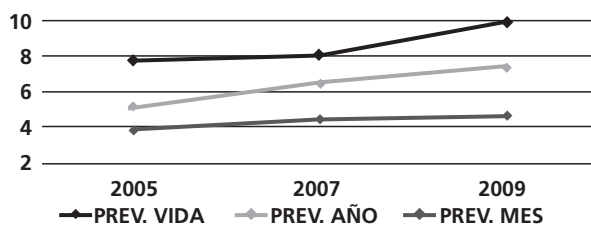
Los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida pasan de representar el 58,7% en 2005 al 66,4% en 2009 (prevalencia de vida); los estudiantes que se infieren como consumidores actuales de bebidas alcohólicas en el año 2005 representaban el 39,2% del total, en 2007 el valor se incrementó muy significativamente hasta el 53% de los alumnos, decayendo en 2009 al 43,5%.

INHALANTES



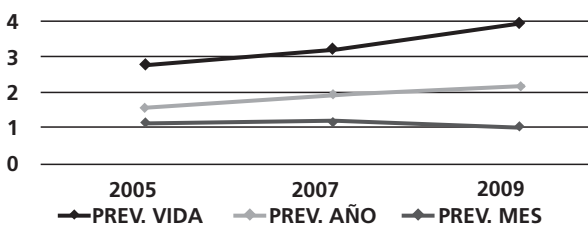
En 2005 los estudiantes secundarios que manifestaban haber consumido sustancias inhalantes alguna vez en su vida representaban algo más del 3% del total de la población, este valor ha ido descendiendo hasta llegar al 2,5%. Los valores sobre estudiantes que han consumido estas sustancias alguna vez en el último año o alguna vez en el último mes también se muestran de manera descendente.

MARIHUANA



La marihuana muestra un incremento de su consumo en los estudiantes secundarios de la provincia de Mendoza entre 2005 y 2009, tanto en los porcentajes de alumnos que han consumido alguna vez en la vida (7,2% - 9,8%); alguna vez en el último año (4,0% - 6,7%) y alguna vez en el último mes (2,4% - 3,3%).

COCAÍNA



El consumo de cocaína en estudiantes secundarios de la provincia de Mendoza muestra valores que van incrementándose desde 2005 a 2009 en lo referido a los que han consumido alguna vez en la vida crece del 2,8% al 3,9%; los que manifiestan consumo de cocaína en el último año, del 1,6% al 2,2%; y en el caso de consumidores recientes el valor se mantiene sostenido en algo más del 1%.

¿Qué nos dicen otras investigaciones nacionales e internacionales?

-Se estima, según **Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (2009)**, que en Argentina la población adulta de 15 años o más que presenta abuso o dependencia de alcohol es de 1.700.308 y de abuso o dependencia de otras drogas de 182.176, siendo la problemática de abuso de sustancias psicoactivas la más prevalente (30% aproximadamente) en los trastornos mentales.

-Según la **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2005)**, en tanto, se estima que en el país el 37% de los accidentes de tránsito y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al uso de bebidas alcohólicas.

-De acuerdo a la **Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (INDEC, 2008)** el alcohol constituye el mayor problema y que provoca mayor morbi-mortalidad, y es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población general. Prevalencia de consumo durante el último mes 49,9%.

**PENSANDO
POLÍTICAS PÚBLICAS
EN EL ABORDAJE DE
LAS ADICCIONES**

El Gobierno de Mendoza tiene como lineamiento general de su política de Estado: “la integración orgánica, a nivel conceptual y práctico de aportes, de las distintas áreas ministeriales y municipales para implementar y operativizar territorialmente acciones para el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos”.

Dentro de las temáticas sociales que la provincia jerarquiza como prioritaria están “las adicciones”, que deben abordarse integralmente desde la “prevención”, “capacitación” y “asistencia” de distintos sectores sociales, poblacionales y de acuerdo al perfil del usuario delineado en los últimos años.

Hoy la sociedad se caracteriza por ser una sociedad de consumo con un alto nivel de individualismo, cambio de valores, diferentes estilos de vida y con ellos nuevas formas de relacionarse. Las instituciones que antes conformaban un lugar seguro dejan de tener valor transformándose constantemente sin una permanencia temporal. Sumado a este modelo común se han sucedido una serie de crisis económicas en nuestro país que forjaron el fenómeno denominado “La nueva cuestión social”, anclada en la expulsión del mercado laboral, la falta de oportunidades para los más jóvenes, el empobrecimiento de la clase media, la disgregación familiar y los nuevos modelos de familias. En este marco, las instituciones han perdido credibilidad y con ello, soporte para las relaciones.

Este contexto ha favorecido el incremento de los problemas de adicción a sustancias legales e ilegales, psicofármacos, alcohol, tabaco, alimentos, juegos, Internet y también al trabajo. Todas ellas como respuestas conductuales vinculadas a la problemática social en la cual se promueven factores de riesgo agravados por la inexistencia de proyectos de vida, la discriminación, el exceso de tiempo dedicado al ocio o la falta de estímulo para la actividad física. Se puede sumar, además, las dificultades para ingresar en el mercado laboral, el cual es cada vez más especializado y exigente.

Las conductas adictivas se evidencian en todas las clases sociales, sin distinción de credos, razas, sexo ni grupos etarios. Sin embargo, los grupos de mayor vulnerabilidad sufren consecuencias más graves ya que el tipo de sustancias tóxicas que consumen están condicionadas por el poder adquisitivo.

El aumento de las adicciones requiere de una política adecuada tendiente a garantizar el derecho a la salud “Bien Jurídico Social”, consagrado por pactos y tratados internacionales. Además, la Organización de los Estados Americanos (OEA), en el informe sobre Evaluación del Progreso de control de Drogas 2005 – 2006, recomienda a la República Argentina lo siguiente:

- Aumentar la cobertura de los programas de prevención y asistencia existentes.
- Actualizar el registro de Instituciones que prestan servicios de intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Pensar en políticas públicas en la temática de adicciones es pensar en la complejidad de epistemologías y concepciones reinantes, desde aquellos que la entienden como una enfermedad, pasando por la asociación a lo ilícito y delictivo, o como un problema asociado a la pobreza y vulnerabilidad, y porque no, como un problema psico-social y familiar.

Pero también debemos pensar en la oferta y la demanda, en la rentabilidad que provoca y en los grupos de poder asociados a la misma. Cuando hablamos de complejidad, no sólo hacemos referencia a concepciones, prácticas o historia, sino a la multiplicidad de factores políticos, económicos, culturales, sociales, familiares e individuales que entran en juego. Como en todos los grandes temas sociales y de salud no hay un modelo único y universal para abordar esta problemática, que se instala en amplios sectores de la sociedad, y nos obliga a buscar alternativas desde el consenso de las distintas miradas y particularidades.

Es por esta multicausalidad que se hace necesario un abordaje de carácter interministerial, interdisciplinario, multidisciplinario, intersectorial, pluripartidario y a nivel local con los municipios, para trabajar desde la familia hasta la concientización comunitaria, buscando soluciones de carácter preventivo y promocional para evitar la iniciación en el consumo de drogas y realizando acciones del tipo asistencial y de rehabilitación cuando el daño en la salud ya se ha producido.

Ante todo lo descripto, la labor del Estado no sólo es de crear y dar respuesta desde distintos formatos de tratamientos ambulatorios, centros de día, desintoxicación, rehabilitación, con diversos enfoques profesionales, ex adictos, religiosos, o la combinación de ellos; sino, además, dirigir tareas de promoción y prevención tanto a nivel provincial como local.

En este marco de reflexión, estudio y acciones conjuntas, queremos ofrecer una herramienta concreta en el trabajo de la Atención Primaria en Salud. La salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de salud. Hay numerosas experiencias exitosas, así como lecciones aprendidas en el desarrollo de modelos comunitarios de salud mental.

Disponer de políticas y planes apropiados permite tener una visión amplia y estratégica de la salud mental integrada en las políticas públicas del sector de la salud y facilita la organización de los servicios sobre la base de un modelo comunitario. La ejecución de las políticas y planes provinciales de salud mental es un desafío que requiere de asociaciones eficaces, del refuerzo de los compromisos existentes y del logro de nuevos aliados; en este sentido, el papel de las organizaciones de usuarios y familiares es de especial pertinencia.

Es nuestro objetivo seguir creciendo en la creación y fortalecimiento de las alianzas del sector de la salud con todos los actores involucrados a fin de ofrecer a nuestra comunidad mayores y mejores servicios vinculados a la integración, inclusión y participación activa.

Por todo ello, es necesario tener en cuenta que el abordaje de las adicciones precisa de políticas públicas socio-sanitarias con un marco conceptual amplio e integrador que pueda incluir los diferentes saberes vinculados a la problemática, que permita contar con un diseño

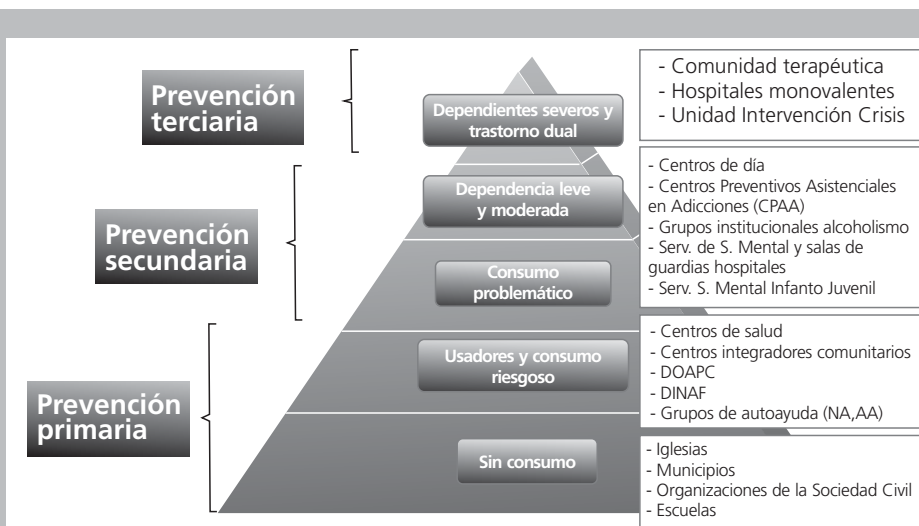
estratégico de servicios descentralizados, participativos, integrales, continuos, preventivos y basados en la comunidad. Que estas políticas públicas sean inclusivas y enmarcadas en los derechos basados en estándares consagrados en instrumento internacional de Derechos Humanos (DDHH) y en normativa nacional.

El objetivo de este apartado es conocer algunas bases importantes en lo que respecta a prevención y asistencia a partir de un plan estratégico claro y ordenado.

¿Cómo podemos pensar la Atención Primaria en Salud en la problemática de las adicciones en Mendoza?

Resulta importante señalar que en la atención de las adicciones es tanto más eficaz cuanto antes se detecta la situación de consumo de drogas, y por lo tanto, el primer profesional de la salud que puede entrar en contacto con la persona afectada es el profesional de la atención primaria. Por ello es fundamental que los profesionales tomen conciencia del relevante papel que pueden desempeñar al detectar precozmente un consumo riesgoso, problemático o dependiente de sustancias psicoactivas, para evaluar los problemas médicos y/o en salud mental en general, llevar a cabo las intervenciones pertinentes o realizar las derivaciones oportunas a su red de referencia y contrarreferencia de acuerdo al nivel de especialidad que se requiera.

El gráfico siguiente muestra los diferentes niveles de atención en salud de acuerdo a que se trate de un uso sin riesgo, consumo riesgoso, problemático o dependiente, y ayuda a delimitar acerca de lo que se puede y debe hacer desde el ámbito de trabajo vinculado al consumo de drogas y los problemas asociados al mismo. Y en los capítulos siguientes se desarrollarán y profundizarán algunos lineamientos de lo expuesto como de estrategias para intervenir de forma breve y eficaz en este tema.



¿Qué entendemos por uso o consumo sin riesgo?

Es la utilización ocasional y esporádica de una sustancia, generalmente en encuentros sociales. No implica problema alguno, sin embargo puede estar asociado a dos aspectos preocupantes: a) el no poder prever la forma en que el sujeto reaccione ante la droga utilizada, y b) si la persona hace un uso indebido de la sustancia pudiendo sobrevenir la intoxicación aunque la haya utilizado de forma ocasional.

¿Qué es un consumo en riesgo o riesgoso?

Se trata de un patrón de consumo de sustancias, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de derivar en un consumo problema, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) o de otro tipo de consecuencias negativas. Es una condición previa al consumo problema.

Intervenir en esta etapa en forma efectiva se logrará una meta importante en el sistema de salud y es el de evitar que una persona sana llegue a contraer un daño evitable.

¿A qué hace referencia el consumo problema o problemático?

Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familiar, laboral, escolar, seguridad personal y funcionamiento social.

Se trata entonces de un concepto abarcativo socio-sanitario que incluye tanto a las personas en quienes se diagnostica una enfermedad física, un trastorno mental o conductual, asociados al consumo, como aquellas que, sin tener una condición mórbida, sí presentan problemas, tales como, menor rendimiento y cumplimiento escolar, académico o laboral, según sea el caso, problemas policiales o judiciales, alteraciones de la armonía familiar, violencia y otras circunstancias similares.

El consumo de drogas se detecta a partir de una consulta espontánea de una persona afectada o la entrevista con familiares, amigos o mediante la derivación de un tercero (médico, profesor, juez, etc).

El criterio operacional para plantear la hipótesis de un probable consumo problema de drogas se basa en la detección de uno o varios de los siguientes indicadores:

- a) Cambio en la trayectoria del rendimiento habitual (escolar, laboral).
- b) Cambios en el comportamiento habitual (nuevos grupos de amistades o, por el contrario, tendencia al aislamiento social o sólo de los familiares, descuido en la higiene personal).
- c) Cambios o alteración de los patrones de sueño y alimentación.

d) Repetida presencia de enfermedades de transmisión sexual.

e) Presencia de variaciones bruscas del ánimo.

El que la persona reconozca abiertamente el consumo de drogas será un signo confirmatorio, pero hay otros indicadores indirectos que obligan a una decidida búsqueda de atención: estados depresivos, ideación suicida, estados confusionales breves o de contenidos paranoides o alucinatorios, etc.

¿Cuándo hablamos de dependencia?

Lo determinante para el diagnóstico es el cambio fisiológico:

- Aumento de la tolerancia: necesidad de consumir cantidades crecientes de la sustancia para lograr los efectos deseados.
- Aparición de síntomas físicos cuando se suspende el consumo (síndrome de abstinencia), y la necesidad de consumir la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Consumo compulsivo (craving): deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Todas las consecuencias que se aprecian en el consumo problema se encuentran también presentes en la dependencia. Si hay dependencia, la dedicación de tiempo al consumo (buscar y obtener la sustancia, períodos de consumo y de recuperación de los efectos) será mayor, también los efectos sobre el individuo (descuido o abandono de responsabilidades propias, disminución de peso, pérdida de amistades y de la credibilidad), enfermedades somáticas y/o síntomas o trastornos mentales más frecuentemente transitorios.

¿Qué son los Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones?

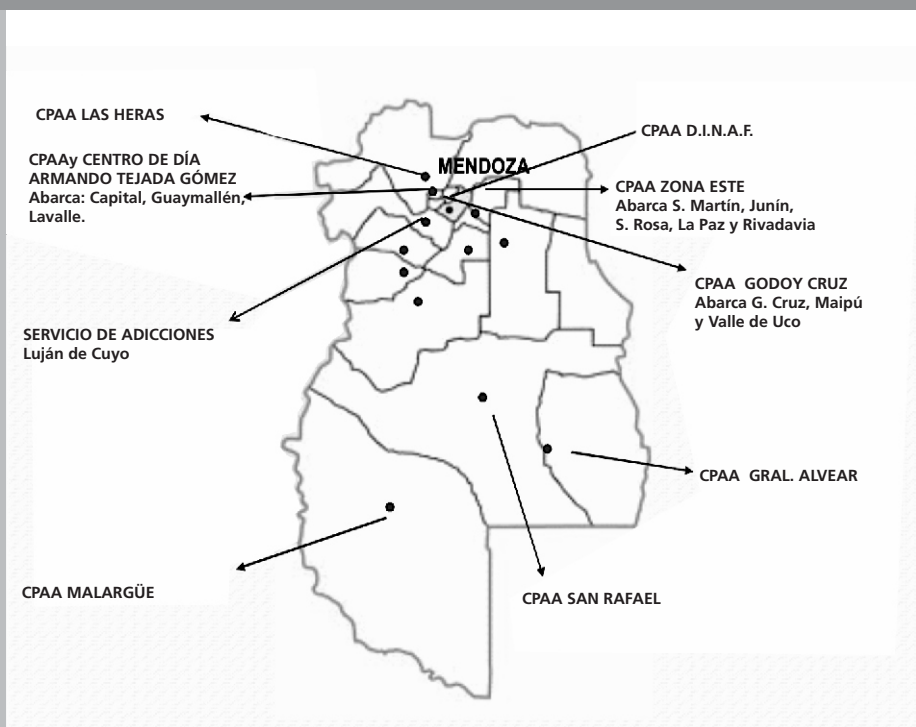
El Centro Preventivo Asistencial de Adicciones (CPAA) es un dispositivo de asistencia a las personas que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en régimen ambulatorio y/o centro de día, intercalado en un programa de tratamiento integral, y preventivo, enfocado desde lo específico e inespecífico, con abordaje comunitario e intersectorial. Es un recurso con un objetivo estrictamente preventivo y terapéutico, donde se aborda un problema socio-sanitario, la adicción, debiendo estar dirigida por profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros) y diversos actores de la comunidad.

Concebimos al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual y entendemos que la problemática de las adicciones es multicausal. En este sentido, nos planteamos como

objetivos fundamentales: garantizar la atención integral y accesibilidad de toda persona que presente conducta adictiva dentro del territorio provincial; promover el abordaje terapéutico de forma interdisciplinaria y propiciar la participación intersectorial en la problemática, mediante la articulación con diferentes efectores asistenciales de la esfera privada y/o estatal.

El Plan Provincial de Adicciones perteneciente a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuenta actualmente con centros propios distribuidos en el territorio provincial: 9 Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA); 8 con modalidad ambulatoria y 1 cuenta, además, con centro de día (ver mapa). Se busca optimizar los recursos provinciales referidos a la problemática de las adicciones mediante la distribución de los mismos en el territorio de la provincia y, además, se articula con instituciones dedicadas a la rehabilitación de las adicciones en la esfera privada: OSC, obras sociales, prepagas. También se han establecido convenios de gestión asociada en la esfera provincial y nacional, implementándose un sistema de becas para aquellos sin cobertura social que requieren tratamientos en comunidades terapéuticas (internación).

CENTROS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES EN ADICCIONES (CPAA)



nexo con aquellos efectores del 3° nivel de atención (comunidad terapéutica, hospital monovalente) cuando el diagnóstico interdisciplinario manifiesta una dependencia severa o trastorno dual.

Los criterios de admisión a los CPAA son los siguientes:

- Personas de ambos sexos desde 14 años en adelante.
- Con abuso (consumo problema) o dependencia (leve o moderada) de sustancias psicoactivas.
- Con posibilidad de establecer demanda de tratamiento y que en lo posible cuenten con red social de contención y apoyo.
- Que cumplieren consentimiento por escrito, para la implementación de las medidas terapéuticas que correspondan en cada situación particular.

No serán admitidos:

Personas que presenten abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, con las siguientes especificaciones:

- Pacientes psicóticos productivos.
- Pacientes que presentan intoxicación aguda al momento de la evaluación.
- Pacientes con trastornos graves de personalidad descompensados al momento de la evaluación.
- Pacientes privados de libertad (deberán ser atendidos en los lugares de encierro correspondientes).

¿Cuáles son las etapas del proceso terapéutico en un CPAA?

El CPAA tiene su tratamiento dividido en tres etapas o distintos momentos, a través de los cuales las personas con conductas adictivas deben transitar. Estas fases llevan diferentes denominaciones pero en todos los casos encontramos: una etapa inicial (admisión), una intermedia (tratamiento propiamente dicho) y la inclusión social.

¿En qué consiste la admisión?

Este es el momento de los primeros contactos con la institución. La persona puede llegar por propia voluntad o presionado por factores externos (instituciones, familia, situaciones, entre otras). También, este es el momento del primer encuentro del CPAA con la familia.

Se realiza el diagnóstico interdisciplinario (psicológico, psiquiátrico y social) para determinar si reúne el perfil requerido según los criterios de selección establecidos por la CPAA. Luego que la persona es admitida se trabaja la motivación al cambio. Así, ella será quien deba manifestar su decisión y compromiso de darle continuidad al tratamiento. La duración de las admisiones es muy variable y depende de los diferentes factores personales, familiares y contextuales, pero puede ser desde unas semanas hasta varios meses, dependiendo de cada caso particular.

Posteriormente, se le presentan a la persona consumidora de sustancias psicoactivas y a su familia las pautas básicas que se respetan dentro del tratamiento, y se firma un contrato en donde el futuro paciente, un representante de la institución y otro de la familia, se comprometen a desempeñar de la mejor manera posible su tarea.

Una vez que la persona ha dado muestras de estar consustanciado con la modalidad de la institución presentada y dispuesto a ingresar, se lo incluye en el tratamiento propiamente dicho.

Objetivos:

- Diagnóstico interdisciplinario individual, familiar y social
- Generar motivación al cambio, conciencia de enfermedad, reducción del consumo y/o daño y/o posibilidades de abstinencia.

¿En qué consiste el tratamiento propiamente dicho?

El paciente inicia la etapa de cambio. Toda la estructura terapéutica está puesta a su servicio, por lo tanto será su decisión continuar y profundizar o abandonar.

Objetivos:

- Apuntar hacia el cambio de la conducta adictiva (reducción de daño, reducción del consumo y/o abstinencia).
- Favorecer un modo de vivir independiente del consumo de drogas, o de cualquier otra conducta autodestructiva. Provocar un cambio y mantenimiento del mismo a nivel cognitivo, afectivo, conductual y social.

- Posibilitar un cambio en el estilo de vida que enseñe a la persona a enfrentarse a: sí mismo, al crecimiento, al estrés de modo positivo y al dolor que implica el cambio. Además, que transforme su autoconcepto, y establezca relaciones sociales sanas, profundas y duraderas.

¿Con qué tipos de tratamientos cuenta el CPAA?

a) AMBULATORIO: en esta modalidad se asiste al CPAA para recibir terapia individual, grupal, familiar, talleres para padres, etc. Para que la persona sea admitida en esta modalidad de intervención tiene que tener condiciones tales como:

- Capacidad para desarrollar conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento,
- Un contexto social y familiar medianamente contenedor, y/o actividades llevadas con cierta regularidad que no sean favorables suspender como trabajo y/o estudio,
- Recursos personales suficientes como para recibir este tipo de ayuda y residir en algún lugar que no le dificulte el acceso a la institución.

b) CENTRO DE DÍA: se asiste de lunes a viernes, con horarios más flexibles, en casos excepcionales. En general, concurren desde las 8.30hs. a 17.00hs. y se comparten diversas actividades deportivas, recreativas, culturales, grupales, cine-debate, labor terapia, entre otras. El centro de día es para casos en donde hay una mayor severidad y/o complejidad del caso y requieren de un formato de tratamiento de mayor intensidad.

¿Qué entendemos por inclusión social?

La inclusión social se debe entender como “un proceso desde el inicio del tratamiento a partir de una construcción conjunta con el sujeto que durante un período de tiempo ha visto vulnerado determinados derechos que han limitado sus oportunidades en la dinámica social tendiente a la reconstrucción de espacios sociales” (Sthelick, Delavia, Llanes, 2008. Programa de Inclusión Social, Plan Provincial de Adicciones).

El objetivo de la inclusión social es que las personas en tratamiento y los de su entorno puedan llevar una vida saludable y socialmente adaptada, y además participen activamente en la comunidad en la que viven. Todo esto exige el desarrollo de estrategias educativas, sanitarias y sociales dirigidas hacia los consumidores, su familia y comunidad.

Se busca que, con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios se articule una red de participación en la que colaboren los diversos colectivos sociales.

Esta etapa es un proceso que aparece configurado por las siguientes características:

- Es central, por lo tanto recorre toda la intervención.
- Se resuelve en un marco ecológico y comunitario concreto.
- Es plural, por lo que se puede resolver de diferentes formas.
- Es incierta debido a las vivencias personales, los contactos socio-culturales y las oportunidades sociales.

Esta adaptación implica ajustar las expectativas a las dificultades y posibilidades reales del entorno y tener en cuenta las características y recursos que este ofrece.

Esta etapa tiene que encarar temas prácticos cotidianos como la familia, el trabajo, la vivienda, los estudios, la capacitación y el manejo del dinero.

En la inclusión suelen definirse 5 áreas y objetivos:

- a) **Relacional:** el establecimiento de relaciones con la familia, amigos y las personas que no tienen ni han tenido contactos con las drogas. Poder iniciar, mantener y profundizar relaciones estables.
- b) **Laboral:** capacitación para la obtención y mantenimiento de un empleo remunerado y formal, entrenamiento en habilidades sociales que faciliten entrevistas laborales. Por ejemplo: adquisición de conocimientos y habilidades en algún oficio específico.
- c) **Educativa:** inserción en el nivel educativo formal y enriquecimiento de su bagaje cultural. Por ejemplo: inicio o reanudación de los estudios o fomento de interés para determinadas expresiones culturales.
- d) **Salud:** desarrollo de una forma de vida saludable. Por ejemplo: prácticas deportivas, adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios.
- e) **Lúdico – recreativo:** desarrollo de actividades y capacidades de juego que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

¿Cuáles son los derechos de las personas que acceden a los servicios de atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas?

Este es un extracto tomado de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación (2010). Los presentes derechos están basados en estándares consagrados en instrumento internacional de Derechos Humanos (DDHH) y en normativa nacional. Especialmente se consideran los **Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental** (Asamblea General de la ONU, Resolución 46/119, diciembre de 1991); la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, diciembre de 2006) y la ley Nacional N° 26529, sancionada el 21 de octubre de 2009 y promulgada el 19 de diciembre del 2009, que se refiere a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Asimismo resultan importantes los pronunciamientos de la Corte Suprema de la Nación respecto de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, a través de los casos “Tufano” (2005); “RMJ” (2008) y “Arriola” (2009) y el caso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos “Ximenes López vs Brasil” (julio 2006).

La nómina de derechos que se expone a continuación no es exhaustiva. No excluye otros derechos consagrados en otros instrumentos internacionales o normas nacionales:

- **Derecho a ser informado sobre el tratamiento:** todas las personas tienen derecho a ser informados por los integrantes de los equipos de atención. Deben transmitirse adecuadamente los posibles dolores o molestias, y los riesgos del tratamiento propuesto. La información debe proporcionarse en un lenguaje y de manera que resulten comprensibles.

- **Derechos a la autodeterminación:** las personas tienen el derecho de aceptar, rechazar e interrumpir tratamientos, con o sin expresión de causa, y a revocar posteriormente su manifestación de voluntad.

- **Derecho al consentimiento libre e informado:** es la condición para la prestación de asistencia en el uso problemático de sustancias psicoactivas. Todos los operadores de los servicios de atención deben respetar la presunción de que todas las personas tienen discernimiento y deben agotar los esfuerzos para apoyar y posibilitar la aceptación voluntaria de tratamiento.

- **Derecho a participar en la elaboración del plan de tratamiento:** los equipos interdisciplinarios brindarán un tratamiento basado en un plan prescripto individualmente elaborado junto con la persona usuaria, su familia y/o grupo afectivo continente, el que será revisado periódicamente. Las opiniones, deseos y decisiones de la persona usuaria son fundamentales en su elaboración.

- **Derecho a formular directivas anticipadas:** todas las personas pueden formular instrucciones o directivas anticipadas en las que plasmen sus decisiones relativas a su salud y a los tratamientos que prefieran o no deseen recibir.

- **Derecho a la mejor atención y al tratamiento apropiado y menos restrictivo disponible, según normas técnicas y éticas:** derecho acceder sin discriminación a la atención y tratamiento de mejor calidad y efectividad que corresponda a sus necesidades de salud, preservando su dignidad y estimulando su autonomía. La atención en el consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas debe ser lo menos restrictivo de los derechos y libertades de las personas usuarias y adecuarse a sus antecedentes culturales, favoreciendo siempre su autonomía personal.

- **Derecho a la terapia farmacológica adecuada:** la prescripción de medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud de la persona y sólo se administrará con fines terapéutico, nunca como castigo, conveniencia de terceros o supliendo acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Toda persona tiene el derecho a acceder en todos los niveles de atención a medicación psiquiátrica de calidad y adecuada a su situación de salud.

- **Derecho a un registro preciso del proceso terapéutico en la historia clínica y a acceder a tal registro:** este derecho sólo puede ser restringido en forma temporaria y estrictamente excepcional cuando afecta la salud de la persona o puede interferir en su tratamiento (restricción sujeta a revisión judicial).

- Derecho a la confidencialidad del tratamiento.

- Limitación del tratamiento: toda persona tiene el derecho a no ser objeto de pruebas clínicas o tratamientos experimentales o tratamientos irreversibles.

- Derecho a la asistencia en la comunidad: toda persona tiene el derecho a ser tratado en la comunidad en la que vive y en dispositivos cercanos a su hogar, el de su familia o amigos.

- Derechos al recurso judicial y a la presentación de quejas ante la afectación de derechos: toda persona usuaria, sus familiares y amigos, tendrán derecho a recurrir ante un juez por toda acción u omisión de integrantes de la red de abordaje del uso problemático de sustancias que consideren vulnera o restrinja indebidamente los derechos de las personas asistidas. Este derecho implica la garantía de igualdad y no discriminación.

¿Cuáles son los derechos vinculados a las internaciones por el consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas?

- Límites a la procedencia de la internación: la internación es una herramienta terapéutica que procederá como último recurso. Se limitarán al menor tiempo posible sin que puedan mantenerse por razones sociales o de vivienda. La internación en ningún modo puede afectar la dignidad de la persona consumidora y deben ser lo menos restrictiva de los derechos y libertades de las personas internadas.

- Carácter estrictamente restrictivo de las internaciones involuntarias: los estándares jurídicos vigentes limitan estrictamente y regulan la posibilidad de disposición de tratamientos e internaciones involuntarias. Los equipos de atención sólo podrán disponer tratamientos sin contar con el consentimiento de la persona, cuando situaciones de afectación a la salud imposibiliten el otorgamiento de consentimiento libre e informado y mediaren situaciones de riesgo grave de daño inmediato e inminente para sí o para terceros, con fundamento en razones estrictamente terapéuticas y cuando otras alternativas de tratamiento no sean eficaces.

Todos los casos de tratamientos e internaciones involuntarias, deben ser comunicados por los equipos de atención, en forma inmediata al juez competente.

Aún cuando el tratamiento sea sin consentimiento los equipos intervinientes deben hacer saber al paciente la naturaleza del tratamiento o cualquier otro tratamiento posible, favoreciendo la participación de la persona en la aplicación del plan de tratamiento.

- Derecho a ser tratado en los dispositivos de atención o internación con el respeto debido a su condición de persona: toda persona internada tendrá el derecho a ser respetada en cuanto a su:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley.
- b) Intimidad.
- c) Libertad de comunicación.

d) Libertad de religión o creencia.

Ninguna persona internada podrá ser sometida a trabajos forzados o explotación laboral.

- **Derecho a la internación en condiciones ambientales gratas:** el ambiente y las condiciones de vida durante la internación, deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida cotidiana de las personas de edad similar, e incluirán en particular:

- a) actividades de recreo y esparcimiento;
- b) actividades educativas;
- c) instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
- d) ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales, promoviendo su pronta inserción en la comunidad.

- **Derecho al egreso:** toda internación debe durar el tiempo mínimo preciso. Debe procurarse el retorno a la comunidad e inclusión social, inmediatamente cesen las causas terapéuticas que determinaron la internación tiene el derecho al inmediato egreso.

- **Derechos al reconocimiento y garantía de ejercicio de la capacidad jurídica:** las personas con consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas poseen capacidad jurídica en igualdad de condiciones como las demás en todos los aspectos de sus vidas.

- **Derecho a la integridad psico-física y a la indemnidad:** todas las personas tienen derecho a la protección contra el maltrato físico, psíquico o de otra índole, el trato degradante, la explotación económica, sexual o de otra índole. Esto incluye la preservación de la indebida administración de medicamentos, los malos tratos del personal de las instituciones o de otras personas que se encuentren internadas.

- **Reparación por internación o retención institucional innecesarias o arbitrarias:** toda persona tiene derechos a un proceso adecuado de internación psiquiátrica y que los órganos judiciales protejan sus derechos. Ello implica:

- a) Derecho a designar un abogado defensor.
- b) Control judicial sobre las disposiciones de tratamiento e internación involuntaria.
- c) Control judicial de los fundamentos de mantenimiento de las internaciones y de las condiciones de la internación.
- d) Derecho a solicitar una audiencia con el juez autorizante de la internación.

**ADICCIÓN:
FACTORES PROTECTORES
Y DE RIESGO. MODELOS
DE INTERVENCIÓN**

En este primer capítulo se pautará el punto de partida de esta guía. Para ir introduciendo en el tema de las adicciones se explicarán a continuación algunos puntos básicos que no deben pasarse por alto. Éstos tienen la propiedad de ser esenciales a la hora de entender la problemática.

En primera medida se desarrollará el concepto de adicción y luego se introducirá en la etiología de las adicciones. La misma parte de una visión ecológica, es decir, la combinación de variables internas y variables contextuales van produciendo un funcionamiento patológico o sano.

Poder comprender desde esta visión la problemática de las adicciones abre las puertas para diseñar infinidad de estrategias preventivas y asistenciales:

¿Qué entendemos por adicción?

Para entender el concepto de adicción es importante tomar un referente histórico. En la época de los romanos las personas se dividían en por lo menos dos clases: los ciudadanos y los esclavos. Los ciudadanos eran aquellas personas que, básicamente, tenían la posibilidad de elegir y decidir sobre sus vidas y sus cosas. Por el contrario, los esclavos eran aquellos que dependían de otros para satisfacer sus necesidades para quienes trabajaban sacrificadamente. Cuando un ciudadano contraía una deuda con alguien, perdía tal condición y se convertía en esclavo de su acreedor. Por lo tanto, adjudicaban a la palabra adicto el sentido de que la persona está esclavizada por una deuda contraída, es decir, perdía su condición de hombre libre para depender de otro quien lo hacía trabajar sacrificadamente.

Con esta impronta, al hablar “hoy” de adicciones, estamos diciendo que las drogas se obtienen sin necesidad de prestaciones, avales, certificados y/o garantías, esto significa una cadena de retenciones, de “esclavitudes” inconscientes y concientes a las que se va atando de a poco el individuo, esto es lo que no se ve; lo que se ve y funciona como atractivo es que esta mercancía es una de las más fáciles de obtener y comerciar.

De aquí, entendemos por **adicción** a:

Relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad

Ahora bien, detengámonos un poco en esta definición. Cuando hablamos de “**relación**” y “**objeto**” es importante tener en cuenta que no es cualquier relación y que cualquier objeto no da lo mismo.

En efecto, al hablar de “relación”, se hace referencia a una relación patológica, enfermiza, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto que se necesita para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Es decir, a diario y permanentemente las personas se relacionan con diversos objetos, consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades (comida, diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.) pero no por consumir, una persona es adicta; salvo que consumir un determinado objeto, que es exclusivo, se convierta en el eje de su existencia, en el centro de su vida y todo lo que haga gire en torno a ese objeto.

A su vez, al hablar de “objeto” es importante aclarar que si bien cualquier objeto es pasible de convertirse en el destinatario de una adicción, no es lo mismo cualquier objeto en función del daño que el mismo puede ocasionar. Con esto no estamos diciendo que una adicción es mejor que otra, sino que, hay adicciones, o más precisamente objetos que son más dañinos que otros.

Por otro lado, **adicción** es un término acuñado a inicios del siglo XIX, aunque no fue aceptado en el vocabulario médico y científico hasta principios del siglo XX. Es un término que sustituyó al de “embriaguez”, que se había venido usando para designar, de manera poco específica, los efectos conductuales que producía el uso continuado no solamente de alcohol, sino también de opio, morfina, cloroformo, éter y otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Durante el transcurso del siglo XX, el término **adicción**, al igual que el de “toxicomanía”, ha ido incorporando a su significado científico una serie de connotaciones morales y legales que ha hecho aconsejable el reemplazarlo por el de “dependencia”. En la actualidad se impone progresivamente el sustantivo “drogodependiente” para designar a la persona que anteriormente se denominaba toxicómano o drogadicto.

Así mismo, la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término **adicción**, dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de **conductas adictivas**.

En estos últimos años se han podido delimitar nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente dañinas para la persona que las padece (ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc.) que se denominan adicciones comportamentales y que se caracterizan por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan.

En la actualidad se considera que podrían existir un amplio grupo de conductas adictivas con unos mecanismos etiopatogénicos comunes que se transformarían en conductas adictivas a sustancias tóxicas o conductas adictivas comportamentales, en función de la idiosincrasia de la persona que las padece o de condicionantes medioambientales; por lo que, es posible que

una persona pueda pasar de un tipo de trastorno adictivo a otro, tanto químico como comportamental, si las circunstancias personales y medioambientales varían.

¿Por qué es necesario detenerse en la MULTICAUSALIDAD de las adicciones?

La problemática de las adicciones constituye un problema multicausal; su abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles. Por lo cual se incluye una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de la misma. Si bien cada uno de ellos no actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo. Entre ellos se destacan:

Factores psicológicos

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Otros factores son la baja tolerancia a la frustración; la dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; así como la imposibilidad de sostener proyectos, expectativas y metas propias.

Factores familiares

Si bien las configuraciones familiares predisponentes de adicciones pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobreprotectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos de adultos propuestos, en lugar de ser previsible, firmes, coherentes aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes.

Otros factores dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de droga.

Factores sociales

Las sociedades actuales, sometidas a cambios vertiginosos, tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de acomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y así no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

La fuerza que tiene el grupo puede “arrastrar”, a sus miembros, sobre todo a los más débiles al consumo de sustancias.

Ante la situación socio-económica, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos y esto lleva a que tampoco aparezcan como modelos definidos y atractivos.

Factores culturales

La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres, y entre éstos y los objetos. En nuestro medio, por ejemplo, se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que propone una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

Factores económicos-políticos

La burocratización conduce al aislamiento progresivo y al desarraigo afectivo-ideológico, todas formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.

Si bien no se puede establecer una relación directa de causa-efecto, el fuerte aumento en la producción y promoción de, por ejemplo, la cerveza en nuestro país en los últimos diez años, se ha correspondido con aumentos muy significativos en el consumo, especialmente en la franja joven de la población.

Esto contribuye a que las adicciones se posicionen como salida frente a los modelos económico-políticos que sobreestiman determinados valores de consumo por un lado y, por otro, reducen al máximo su posibilidad de alcanzarlos. Aparecen como respuesta una serie de soluciones mágicas, instantáneas, que no postergan la satisfacción como las tarjetas de crédito, la compra telefónica, los aprendizajes a medida, la competencia laboral en pos de la eficacia y el éxito que no mide medios ni fines. La reflexión y la palabra ceden lugar a la inmediatez de la imagen y a la acción sin reflexión previa.

¿Qué es un factor de riesgo y de protección?

La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores riesgos nos muestran el camino conveniente a seguir y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con qué lo haremos.

A- Factores de riesgo

Son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable. Por ejemplo: a mayor velocidad, mayor posibilidad de tener un accidente de tránsito.

B- Factores protectores

Definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención.

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Factores Individuales	Factores Individuales	Factores familiares e interpersonales	Factores familiares e interpersonales
- Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia) - Tener buena capacidad para comunicarse. -Tener proyectos personales y sociales. - Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida. - Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones. - Dar un lugar al placer en la vida cotidiana.	- Baja autoestima. - Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera. - Dificultades de comunicación. - Falta de proyectos de vida. - Sensación de vacío e intrascendencia. - Bajo rendimiento escolar - Uso precoz de sustancias adictivas. - Personalidad dependiente. - Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad. - Actitud permisiva hacia el consumo.	- Grupo familiar estable, contenedor, que tiene capacidad para resolver los conflictos que se presentan. - Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia. - La disciplina familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo. - Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo. - Protagonismo y compromiso social. - Existencia de una red social de apoyo. - Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, culturales, etc.) - Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua.	- Inestabilidad. Desintegración familiar. - Maltrato físico y/o sexual. - Violencia en el grupo familiar. - Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos. - Disciplina laxa o muy autoritaria, inconsistente. - Actitud de sobreprotección o de abandono. - Presencia de conductas de abuso o adicción a sustancias en algún integrante de la familia. - Falta de normas y límites. - Dificultades de integración al grupo de pares. - Grupo de amigos consumidores. - Capacidad recreativa generada a partir del consumo.

¿Cuál es la condición psíquica del sujeto que consume?

Las conductas que favorecen el desarrollo personal no ofrecen dudas acerca de la motivación que las sostiene; sin embargo hay conductas cuyas consecuencias hacen padecer a quien las realiza. Estas últimas también están motivadas, aunque sus motivos no sean sencillos de comprender.

Sobre la base de las diferencias individuales, se encuentran componentes comunes que intervienen en el mantenimiento de la conducta adictiva. La O.M.S. sostiene que el inicio y el mantenimiento del consumo se producen, según cada caso, por uno o por la combinación de varios de los siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre la droga.
- Adquirir la sensación de pertenencia a un grupo.
- Expresar independencia, hostilidad y rebeldía.
- Experimentar situaciones emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora.
- Conseguir sensación de bienestar y tranquilidad.
- Necesidad de evasión o escape.

¿Qué factores pueden influir en la respuesta a una droga?

Los efectos y reacciones que produce a un individuo el consumo indebido de drogas están relacionados con:

- El estado físico y psicológico del usuario.
- La experiencia previa con todas las drogas de abuso.
- Las circunstancias en las cuales las consume.
- La frecuencia de consumo y la dosis.

¿Qué patrones comportamentales pueden determinar un riesgo en la persona?

A continuación presentaremos pautas de personalidad posibles de observar en las acciones cotidianas, que podrían ubicar a la persona en una posición de vulnerabilidad respecto al fenómeno de las adicciones.

- CONDUCTUALES

- Cambios conductuales desadaptativos.
- Comportamiento impulsivo o agresivo.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Síndrome de déficit de actividad (astenia, indiferencia, disminución o irrupción de actividad motora, disminución o pérdida de las capacidades cognitivas, pasividad, apatía, aislamiento, abulia).

- Deterioro de la capacidad laboral: disminución del rendimiento, ausentismo, accidentes individuales hacia terceros.
- Reacciones antisociales: el sujeto vive por y para la droga y hará lo imposible para conseguirla.
- Cambios de horarios.

- PSICOLÓGICOS

- La droga forma parte del arsenal defensivo del sujeto (sentimientos de ira, tedio, angustia, soledad y depresión).
- Cambios de carácter.
- Inseguridad y baja autoestima.
- Vivencias de tedio, aburrimiento.
- Deficiente sentido de uno mismo, dificultad para alcanzar la identidad propia.
- Tendencias autodestructivas.
- Egocentrismo.
- Incapacidad de futurizar.

- INTERACCIONALES

- Labilidad afectiva.
- Inmadurez psicoafectiva.
- Dificultad para expresar y reconocer los afectos.
- Deterioro progresivo de la convivencia familiar.
- Temor al abandono.
- Fallas en el establecimiento de relaciones interpersonales.
- Habilidades sociales deficientes (retraimiento).

Cuando hablamos de adicción, ¿ podemos hablar de conductas adictivas?

Algunos autores como Donovan (1988) considera a la adicción como una pauta de conducta compleja (consumo de sustancias psicoactivas, juego patológico, comer en forma excesiva, etc.) que se caracteriza por una serie de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales. Para este autor, lo que hace que el individuo lleve a cabo este tipo de conductas es la implicación patológica, la compulsión subjetiva a continuar realizándola y una disminución de la habilidad para ejercer un control personal sobre ella, de forma que la conducta se sigue realizando a pesar del impacto negativo en su funcionamiento físico, psicológico y social y de tener disponibles otras fuentes alternativas positivas.

¿Qué modelos de intervención en adicciones se encuentran interactuando en nuestra sociedad?

Antes de desarrollar cada modelo de intervención es importante conceptualizar lo que significa el término **modelo**: “designa un esquema sintético y abstracto que ordena los elementos de la realidad. Es una determinada visión del mundo”.

a) Modelo ético-jurídico: Construye el “problema droga” desde la perspectiva de la defensa social, lo define como transgresión al orden y privilegia la intervención de los agentes de control social “duro”. La droga es pensada como sujeto, como elemento activo: **“la droga te atrapa”**.

Este modelo reconoce dos grandes grupos de sustancias: lícitas e ilícitas, y designa a estas últimas como el agente causal del “problema droga”.

Este discurso presenta al consumidor como un “vicioso” y declara ilegal aquellas conductas que se asocian con los estupefacientes, por lo tanto el consumidor de drogas viola la ley, y se lo caracteriza como transgresor.

Desde este modelo la persona es víctima de esa sustancia poderosa con capacidad de atraer y producir situaciones por sí misma, se considera al que consume drogas como delincuente y víctima, simultáneamente.

Caracterizado así el problema, las acciones se orientan a controlar el agente que lo causa. La legislación penal (ley 23737, actualmente en discusión y reformulación) constituye el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas.

La **prevención** entonces se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y morales). La prevención se asimila al control. El discurso preventivo pone énfasis en que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

b) Modelo médico-sanitario: Este modelo define a las sustancias como el agente causal de las adicciones, por lo tanto considera al consumidor como enfermo. Al señalar al usuario como “enfermo” y a la droga como “virus”, “epidemia” o “plaga”, se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa: **“¿se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?”**.

Este discurso pone énfasis en la toxicidad o potencial adictivo de las sustancias.

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas. El temor es considerado un instrumento eficaz.

El mensaje preventivo desde este modelo privilegia una exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo y recalca la información acerca de las propias sustancias:

color, olor, forma de presentación. Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un agente infeccioso si pudiera identificarlo.

Este modelo incorpora la noción de tratamiento en tanto utiliza la categoría de enfermedad. Este se refiere a la eliminación de la droga mediante la desintoxicación o deshabituación.

c) Modelo psico-social: desde este modelo el eje de interpretación es desplazado de las drogas a la persona, el protagonista es el sujeto. El interés de este modelo reside en el tipo de vínculo que una persona establece con una sustancia, cualquiera sea su status legal o farmacológico.

En este enfoque el consumo va asociado a un problema de comportamiento humano en contextos sociales y culturales tan complejos como variables. El contexto es considerado en una dimensión microsocial, pone énfasis en la familia y el grupo de pares. Así este modelo introduce la categoría de síntoma, señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que produce el consumo de sustancias.

La **estrategia privilegiada de prevención** para este modelo se da a través de la educación para la salud entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje, ético, dinámico, participativo, interdisciplinario e intersectorial. La información debe estar relacionada con las actitudes, valores y hábitos de un individuo o grupo, si se desea que influya en el comportamiento.

Aparece aquí la noción de prevención inespecífica como aquellas acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

d) Modelo socio-cultural: El eje de análisis para este modelo se sitúa en el contexto. Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causas de uso de drogas. Toma en cuenta las características de la estructura social y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos.

Las **acciones preventivas** apuntan a disminuir los efectos de estas condiciones socio-económicas sobre los individuos. Es la presión de estos factores sobre los individuos lo que conduciría al consumo de sustancias: **“la droga como evasión de la realidad”**.

Se considera el uso de drogas como síntoma social que manifiesta las “disfunciones” del sistema. A partir de este enfoque se comienza a asociar el consumo de sustancias con poblaciones marginales.

Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, desempleo, industrialización, etc.) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida.

e) Modelo ético-social: Este modelo incluye elementos de los anteriores, reconociendo limitaciones en cada uno. Postula la existencia de un problema ético, ya que hoy es necesario aclarar la visión, la ética construida acerca de las sustancias, a veces la perspectiva de quienes

trabajan en prevención difiere de la que tiene el consumidor, y cada uno se para sobre ella desde el lugar de la "verdad", generando imposiciones entre sí. Admite nuevas construcciones culturales con un compromiso activo de todos los interesados, también de los consumidores. Este modelo está basado en un enfoque de derechos acorde con la actual Ley Nacional de Salud Mental N°26657.

MODELO DE CAMBIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA

¿Cuáles son las bases teóricas y presupuestos básicos del modelo transteórico?

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Prochaska y DiClemente han desarrollado el modelo Transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982), y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983).

El modelo transteórico en su versión más reciente (Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que los autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta. Esto sugiere un tema importante y, para algunos, sorprendente: muchas personas que cambian sus conductas adictivas, tales como el fumar o el beber o el uso ilícito de drogas, lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal.

Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos.

¿Qué entendemos por motivación desde este modelo?

La motivación no se debe entender como un problema de personalidad o como un rasgo que una persona lleva consigo mismo. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores.

¿Qué son los Estadios de Cambio?

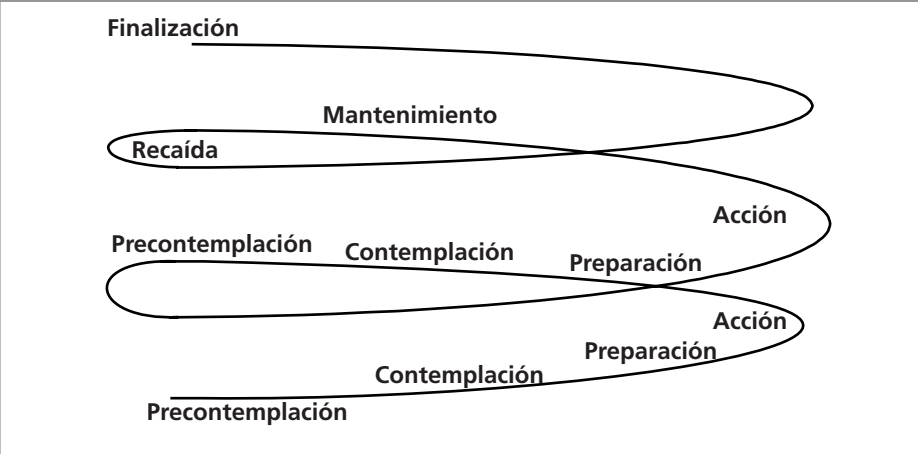
Los siguientes estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

No obstante y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaídas (Casas y Gossop, 1993; Hunt, Barnett y Branch, 1971; Marlatt y Gordon, 1985), el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios

de cambio. En este sentido, y a título de ejemplo, destacan los resultados de un estudio de seguimiento a dos años de una muestra de fumadores situados inicialmente en el estadio de contemplación (Prochaska, DiClemente, Velicer, Rossi, y Guadagnoli, 1991), que muestran como sólo 9 de los 180 adictos (5 por 100) progresaban, sin recaer, hasta el estadio de mantenimiento a lo largo del período de dos años, resultados consistentes con la conclusión de otro estudio de los mismos autores (Prochaska y DiClemente, 1986a) relativa al hecho de que la mayoría de fumadores siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el de mantenimiento.

La figura 1.1 presenta un modelo en espiral que refleja, con mayor fidelidad que un modelo lineal, el proceso de cambio en el campo de las conductas adictivas.

Figura 1.1 – Un modelo en espiral de los estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).



En el libro "La entrevista motivacional" (Miller y Rollnick, 1999) plantean los estadios del cambio a la manera de una "Rueda del cambio". Esta rueda del cambio que surge del modelo de Prochaska – DiClemente admite el dibujo de cinco etapas de la figura 1.2, con una sexta etapa (precontemplación) que se sitúa fuera de la rueda.

En primer lugar, el hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable.

En sus primeras investigaciones con fumadores, por ejemplo, Prochaska y DiClemente encontraron que los fumadores giraban alrededor de la rueda entre tres y siete veces (con una media de cuatro veces) antes de abandonar el consumo de la forma deseable. Esta rueda considera también la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio.

Esto no significa que se estimule a la persona a recaer, sino que es una perspectiva realista para evitar que se desmoralicen, desmotiven o derrumben cuando se produzca una recaída.

Este modelo también considera que un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre (Davidson, Rollnick y MacEwan, 1991). Se cree que los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentran “no motivados” o se resistan surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente

Figura 1.2. Las seis etapas del cambio de Prochaska y DiClemente



¿En qué consiste el Estadío de Precontemplación?

El punto de entrada del proceso de cambio es la etapa de precontemplación. Antes de la primera vez que la persona empiece a girar alrededor de la espiral, ésta aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más sorprendida que defensiva.

Está demás decir que las personas precontempladoras raramente acuden por sí mismas a un tratamiento. Pueden acudir bajo coacción (familia, presiones legales, etc.) y, con el objetivo de conseguir que la presión legal disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo. El uso correcto del término precontemplador implica que alguien tiene un problema aunque no es consciente de él.

Es decir, que las personas con consumo problemático situadas en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. Como afirman Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), no se trata de que no pueden hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Los precontempladores suelen ser individuos no informados acerca de su consumo problemático o dependiente, o personas que se resisten activamente a ser informadas.

El *estado precontemplativo* de un paciente es determinante importante del pronóstico. Cuanto más avanzado esté en las etapas del cambio al comienzo de la terapia, más rápido puede predecirse el progreso.

¿Qué entendemos por Estadío de Contemplación?

Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un período caracterizado por la ambivalencia. La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez, discurre entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. Esta es una etapa del cambio normal y característica, aunque en ocasiones sus manifestaciones quizá se atribuyan erróneamente a rasgos patológicos de personalidad o a ciertos mecanismos de defensa. Habría una oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera.

Es la etapa en que la gente está conciente de que el problema existe y está pensando seriamente en superarlo pero todavía no han hecho un compromiso para tomar acción. La contemplación se trata de saber a dónde se quiere ir pero no estar listo para ir allí. Para moverse en el ciclo de cambio deben evitar la trampa de pensamientos constantes y dubitativos por años o la "contemplación crónica", y tomar una firme decisión de ingresar a la etapa de acción.

Así, durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su consumo problemático o adictivo, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

¿Cómo se da el Estadío de Preparación?

Se considera la **etapa de preparación** como una ventana para una oportunidad, que abre la entrada a un nuevo período de tiempo. Si durante ese tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa. Si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación.

Ésta es el estado que combina intención con criterio conductual. Los sujetos en la etapa de preparación están intentando tomar acción inmediatamente y reportan algunos pequeños cambios de conducta. Aunque han hecho pequeños cambios (disminuir la dosis de la droga), no han alcanzado un criterio de cambio efectivo (abstinencia total de la misma); están intentando, sin embargo, tomar acción en un futuro cercano. Necesitan ponerse metas y prioridades, necesitan dedicarse ellos mismos al plan específico de acción que eligen. Muy a menudo ya están comprometidos con el proceso de cambio que aumentaría su autorregulación e iniciaría cambios de conducta.

La relevancia de los criterios tanto intencionales como conductuales en la definición del estadio de preparación queda suficientemente reflejada en los dos hechos siguientes: a) inicialmente, dicho estadio se denominaba estadio de determinación o de toma de decisión (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1982) y en algunos trabajos más recientes aún se mantiene dicha denominación (DiClemente, McConaughy, Norcross y Prochaska, 1986; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989); b) tal como señalan Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), algunos investigadores prefieren conceptualizar el estadio de preparación como los balbuceos o, incluso, las primeras palabras del estadio de acción.

Es importante que los pacientes actúen desde un sentido de liberación personal para prepararse para la etapa de acción. Deben creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave. La autoliberación en parte está basada en el sentido de autoeficacia, la creencia de que los propios esfuerzos juegan un rol crítico en salir exitoso en situaciones difíciles

¿En qué consiste el Estadio de Acción?

En la **etapa de acción** la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver. Es decir, es el estado en que los individuos modifican su conducta, experiencia y/o ambiente para resolver sus problemas, involucra los cambios de conducta más manifiestos y requiere considerable compromiso y energía. Los individuos son clasificados como en estado de acción cuando exitosamente están alertados del problema de conducta por un período desde un día hasta seis meses, y alertados exitosamente significa que han alcanzado criterios específicos como la abstinencia.

La gente en este estado requiere la habilidad de usar la acción orientada del proceso de cambio, tales como contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de contingencias, para interrumpir patrones habituales de conducta y adoptar patrones más productivos. Ellos se vuelven concientes de las trampas que pueden socavar la acción continua, ya sean estas cognitivas (expectativas de violación de abstinencia), emocionales (exacerbación de estrés o depresión) o ambientales (falta de refuerzo o soporte afectivo). De esta manera adoptarían estrategias efectivas para prevenir una completa recaída.

Estos cambios del estadio de acción (abstinencia), al ser más visibles para las personas cercanas al consumidor de sustancias psicoactivas, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

¿Cómo se da el Estadio de Mantenimiento?

La intención de cambiar, sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Obviamente, la experiencia humana está llena de buenas intenciones y de intentos de cambiar, seguida de pequeños (tropezones) o de grandes (recaídas) pasos hacia atrás.

La **etapa de mantenimiento** es el estado final en donde el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y el de prevenir la recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Es decir, la estabilización del cambio y la evitación de recaídas son el sello del mantenimiento. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Este estadio no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

¿Qué entendemos por recaída?

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión concientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993).

Como en problemas como las conductas adictivas, la recaída es la regla más que la excepción resulta necesario un cambio de la conceptualización de una progresión lineal a través de etapas. En vez de ello, se puede ilustrar en la forma de una espiral cómo los sujetos se mueven a través del cambio, donde pueden haber recaídas durante las cuales regresan a estadios anteriores (estadios de preacción, precontemplación, contemplación, preparación). Las investigaciones demuestran cada vez que los que han recaído reinician el ciclo de cambio, potencialmente aprenden de sus errores y pueden tratar algo diferente la próxima vez.

¿Desde este modelo qué se entiende por finalización de la conducta adictiva?

La **finalización del problema** ocurre cuando la persona no experimenta más la tentación de volver a la conducta problema y no debe hacer más esfuerzos por evitar la recaída. Es decir, que implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo "extra" de tiempo o

energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio de la persona ex – consumidora de sustancias psicoactivas.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza y seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%. Según estos criterios, ambos autores consideran que, en el caso de dependencia de nicotina, el estadio de finalización se situaría alrededor de los 5 años de abstinencia mantenida, reconociendo que algunos fumadores no conseguirán nunca cumplir con los criterios citados aunque mantengan la abstinencia más allá de dicho período de tiempo. La extrapolación de estos resultados a otras conductas adictivas (heroína, cocaína, marihuana, etc.) no debe realizarse de forma automática ya que no existen, por el momento, datos al respecto.

¿Qué son los procesos de cambio?

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales, los procesos de cambio posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Los **procesos de cambio** consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

A continuación se presentan brevemente los diez procesos básicos de cambio identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982, 1984) por un lado; y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas, por otro (DiClemente y Prochaska, 1982, 1985; Prochaska y DiClemente, 1983, 1985).

Los procesos de cambio son las actividades ocultas o manifiestas que la persona emprende en la afección perturbadora, pensamientos, conductas o pautas de relación, relacionadas con problemas particulares o patrones de vida.

Los siguientes diez procesos de cambio han recibido el más importante soporte empírico hasta la fecha:

1. Aumento de conciencia: consiste en una intensificación, por parte de la persona con conducta adictiva, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso esencialmente cognitivo

2. Catarsis / alivio dramático: consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencia respecto a los aspectos negativos (esencialmente las consecuencias sobre la salud) asociados a la conducta adictiva.

3. Autoreevaluación: consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte de la persona con conducta adictiva, del impacto de la misma sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar dicha conducta.

4. Reevaluación ambiental: consiste tanto en una valoración por parte de la persona con conducta adictiva del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto que la misma tiene sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio consumidor, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto de dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

5. Autoliberación: representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de su conducta de consumo problemática o dependiente, ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

6. Liberación social: representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la adicción o del consumo problemático como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas. Consiste en creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave.

7. Neutralización de condicionamiento o contracondicionamiento: consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente, es esencialmente conductual.

8. Control de estímulos: consiste en manejar la presencia o ausencia de situaciones o señales que pueden provocar problemas. Reside básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la modificación del ambiente para disminuir los estímulos que puedan favorecer la aparición de la conducta adictiva.

9. Manejo de contingencias: es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad que ocurra una determinada conducta (no consumir cocaína, por ejemplo) vinculada al cambio conductual deseado. Consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de dicha conducta (premiar las acciones que tienden a mantenerse abstinentes)

10. Relaciones de ayuda: representa la existencia del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo: abrirse y confiar en alguna persona allegada.

Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava (1988) señalan que estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la conciencia, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, control de estímulos y contracondicionamiento). Esta estructura jerárquica ha sido confirmada igualmente en el caso de la adicción a opiáceos, cocaína y alcohol (Rossi, 1992; Rossi, Marcus, Rossi, Snow, Velicer y Prochaska, 1991; Tejero, Roca, Trujols y Camping, 1993).

¿Cómo integrar los estadios y procesos de cambio?

Uno de los resultados más importantes que se desprenden de los trabajos de Prochaska y DiClemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio (DiClemente y Prochaska, 1985; Prochaska y DiClemente, 1983, 1984, 1986a; 1986b; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993).

Durante el estadio de precontemplación, las personas con consumo problemático o dependiente usan significativamente menos procesos de cambio que en cualquier otra etapa. Se encontró que procesan menos información acerca de sus problemas, gastan menos tiempo y energía reevaluándose ellos mismos, experimentan menos reacciones emocionales hacia los aspectos negativos de sus problemas, son menos abiertos con las personas significativas acerca de sus problemas y hacen poco para cambiar su atención o ambiente en la dirección necesaria para resolver sus problemas. En tratamiento estos pacientes son etiquetados como resistentes o defensivos.

Los pacientes en la etapa contemplativa son más abiertos para elevar la conciencia y son más libres para reevaluarse ellos mismos afectiva y cognitivamente. Mientras más cercanos sean sus problemas de conducta a sus valores centrales, más la reevaluación envolverá cambios en su sentido de sí mismo. El movimiento a través de la etapa contemplativa implica un uso creciente de procesos de cambios cognitivos, afectivos y evaluativos. Es decir, en este estadio hay un aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental.

Al ser un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la autoreevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación.

Los procesos relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia de cambio.

Para resumir, el cambio de conducta eficiente depende de hacer las cosas correctas (procesos) en el tiempo correcto (etapa), como lo muestra la tabla 1.1.

Tabla – Integración de los estadios y procesos de cambio.
(Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

ETAPAS DE CAMBIO				
Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Elevación de consciencia Alivio dramático Reevaluación ambiental Autoreevaluación Autoliberación Manejo de contingencias Contracondicionamiento Control de estímulos Relaciones de ayuda				

¿Qué es la entrevista motivacional?

Según Miller y Rollnik las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos y conductas sanas dando prioridad a los puntos de vista del paciente y a su libertad de escoger y decidir.

No es posible motivar a nadie a llevar un cambio adelante en su vida sino ve muy claro que va a sacar un beneficio de él y sino tiene confianza en sus capacidades que podrá llevarlo a cabo.

¿Por qué resulta útil este modelo en Atención Primaria en Salud?

- Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias para cada estadio, al momento concreto que está transitando la persona con su conducta adictiva.
- Plantea una ayuda continuada con intervenciones breves y pequeños avances, alejada de categorías de todo o nada que utilizamos habitualmente.
- La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Y se debe tener en cuenta que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

¿Cuáles son los principios generales de la entrevista motivacional?

a) Expresar empatía: significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Se intenta comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos "¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias?", "¿Cómo le transmito que lo comprendo?".

b) Crear discrepancia: lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto a la conducta o hábito a modificar. Argumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes en su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio.

c) Evitar la discusión: los argumentos directos y los intentos de convencer al paciente tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el profesional de la salud más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción que su capacidad de elección está limitada, y en general, cuando la sensación de libertad se coarta.

d) Fomentar la autoeficacia: trabajar la creencia que el paciente cuenta con las capacidades para conseguir el cambio y mantenerlo. De hecho, detectar los resultados previos satisfactorios en su vida y analizar esos resultados ("¿Cómo hiciste para conseguirlo?"), potenciando la confianza en sus habilidades.

e) Reconvertir las resistencias: plantear implícita o explícitamente que la relación de ayuda que establecemos implica un espacio para él, y para lograr un cambio en su vida.

ESTADIOS	DEFINICIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO
PRECONTEMPLACIÓN	El paciente no ve el problema y no es consciente de que su conducta es problemática y no se plantea.	Generar dudas, haciendo ver la posible relación existente entre su conducta y las consecuencias. Trabajar la ambivalencia y aumentar la motivación y confianza en las propias capacidades para lograr el cambio.
CONTEMPLACIÓN	El paciente ve el problema pero con muchas dudas. Es consciente de la existencia de un problema y comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio.	Facilitar el análisis de los pro y los contras de su conducta adictiva y aumentar las contradicciones entre lo que se hace y lo que se desea.
PREPARACIÓN	El paciente está dispuesto y toma la decisión de cambiar.	Asesorar y ayudar a elegir la mejor estrategia para el cambio. Desarrollar un plan de actuación conjunto.
ACCIÓN	Ha iniciado el cambio de su conducta adictiva.	Apoyar para que el cambio sea efectivo. Aumentar la confianza en sus propias capacidades. Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito.
MANTENIMIENTO	El paciente está activo en continuar consolidando su cambio y prevenir la recaída.	Identificar en forma conjunta con el paciente las situaciones de riesgo y elaborar las estrategias para afrontarlas. Trabajar prevención de recaídas.
RECAÍDA	Más que un fracaso supone un paso previo a la acción y una oportunidad de aprender de los errores.	La recaída supone una posibilidad de obtener conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje. Trabajar la motivación y la confianza en las propias.

¿Podemos realizar intervenciones breves desde APS? ¿Estas intervenciones son efectivas?

El marco en el que se desarrollan las intervenciones breves puede incluir:

- a) Dar retroalimentación (feedback)** o hacer una observación al paciente sobre el hecho que su patrón de consumo se halla sólo en el marco de consumo de riesgo;
- b) proporcionarle información** acerca de los daños que conlleva el consumo continuado de alcohol u otras drogas en niveles de riesgo;
- c) facilitar el establecimiento de metas** para que el paciente cambie su hábito de consumo;
- d) brindar consejos sobre los límites** para reducir el consumo semanal de alcohol y/o drogas;
- e) alentar** la idea de que los consumidores de riesgo no son dependientes y que por ello pueden cambiar sus hábitos de consumo.

La estructura para una intervención breve puede incluir:

- (1) **Consejos breves**, basados en lo expuesto anteriormente.
- (2) **Evaluar y adecuar el consejo a la etapa del cambio**, reconociendo que si el paciente se halla en una etapa de *precontemplación*, el consejo debería centrarse más en la retroalimentación para motivar al paciente a pasar a la acción.

Si el paciente ya ha pensado en emprender alguna acción (etapa de contemplación), el énfasis debería entonces ponerse en los beneficios de hacerlo, los riesgos de retrasarlo y cómo dar los primeros pasos.

Si el paciente ya está preparado para entrar en acción, entonces el énfasis debería ponerse en establecer metas y en asegurar un compromiso por parte del paciente para reducir el consumo de alcohol;

- (3) Proporcionar un **seguimiento** a través del cual el profesional de la salud que aplica la intervención breve debe continuar brindando ayuda, retroalimentación y apoyo para establecer, alcanzar y mantener metas reales. Se deberá tener en cuenta que si el paciente continúa presentando dificultades para alcanzar y mantener su meta de consumo durante varios meses, se tendrá que considerar la conveniencia de pasar al paciente al siguiente nivel de intervención y su derivación a un tratamiento ampliado, si estuviera disponible.

Las intervenciones breves son eficaces en centros de atención primaria de la salud para reducir los problemas de consumo de sustancias psicoactivas en consumidores en riesgo, pero no dependientes.

Uno de cada 8 pacientes tratados (OPS, 2008) se benefician con este tipo de intervenciones. Nada indica que las intervenciones más extensas resultan más eficaces que los tratamientos breves. Ciertamente, el efecto se mantiene por lo menos durante un año e incluso puede perdurar hasta cuatro años. Las intervenciones breves parecen ser igual de efectivas en

varones y mujeres así como en jóvenes y en personas mayores. Parecen ser más eficaces cuando se trata de situaciones menos problemáticas.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de atención primaria deben ofrecer cuanto menos una intervención muy breve o consejería a todos los pacientes identificados con consumo de riesgo o problemático de sustancias psicoactivas.

2. Las intervenciones efectivas para reducir el consumo de riesgo y problemático consisten en brindar al consumidor no más de un consejo simple y breve, pero estructurado. Las intervenciones breves algo más intensivas incluyen una sesión inicial de orientación, retroalimentación o feedback, consejos y fijación de metas. La mayoría de estas intervenciones también incluyen asistencia adicional y seguimiento.

Se pueden describir dentro del marco de los cinco pasos para la intervención:

- Evaluar el consumo de drogas con una herramienta de identificación breve, seguido de una evaluación clínica, si fuera necesario.
- Aconsejar a los pacientes que reduzcan el consumo a niveles moderados.
- Acordar metas individuales para que reduzcan el consumo de la sustancias psicoactivas o inicien la abstinencia (si estuviera indicado).
- Asistir a los pacientes para que adquieran las motivaciones, capacidades de autoayuda o apoyos necesarios para cambiar el comportamiento.
- Coordinar un sistema de seguimiento, apoyo y orientación continua, incluyendo la derivación de los consumidores dependientes a tratamiento especializado.

INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

¿Cuál es la población que deberemos atender?

Serán todos aquellos consultantes en atención primaria que:

- a) Se encuentran en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, o problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- b) Solicitan espontáneamente atención por problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.
- c) Son familiares alarmados por uno de sus miembros que consume sustancias psicoactivas, pero quien no está dispuesto a consultar directamente.
- d) Son derivados por otros profesionales del centro de salud, Centro Integrador Comunitario, u otra institución de la zona (escuela, municipio, organización de la sociedad civil, etc.)

¿Cuál es el rol determinante en APS?

- Promocionar hábitos de vida saludables, evitar el inicio o retardar la edad de comienzo en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Intervenir de manera eficaz para que la persona con **consumo riesgoso** disminuya el consumo o riesgos y/o daños asociados al mismo, o suspenda el mismo evitando una escalada hacia un consumo problemático o dependiente (con las consecuencias mórbidas o psicosociales concomitantes).
- Intervenir en aquellas personas con **consumo problema o dependiente** logrando motivar al proceso de cambio de la conducta adictiva, derivando oportunamente y evitando complicaciones mayores en problemas de salud asociados al mismo.

Por otra parte, la atención efectiva del paciente con consumo problema y la dependencia a drogas, al igual que todo problema de salud, requiere de:

- Una **red de atención** progresiva, que responda simultáneamente a las diversas necesidades.
- Una **atención en red**, que contemple la suficiente fluidez para la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en las diversas etapas de su proceso de tratamiento.

Los consultorios de APS deberán participar en el funcionamiento de esa red y, si es necesario, requerir las mejoras necesarias para su funcionamiento dinámico y evaluado según indicadores como:

- Acceso oportuno a planes de tratamiento ambulatorio básico o intensivo, según se requiera, en los establecimientos en los que se desarrollen.
- Funcionamiento regular de una instancia de coordinación de los establecimientos que

participan de la red de atención a consumidores de sustancias psicoactivas en un determinado territorio.

- Existencia, en el nivel secundario de atención, de equipos de salud mental comunitaria con competencias para prestar atención y consultorías al “Programa de Atención Primaria de Salud en el consumo problemático de sustancias psicoactivas”.

- Disponibilidad y realización de consultorías de salud mental, para los consultantes por alcohol y drogas.

- Referencias y contrarreferencias a y desde el nivel secundario de atención.

¿Cuáles son las etapas e Intervenciones que deberemos llevar a cabo?

Podemos destacar cuatro etapas:

- 1) Detección y evaluación diagnóstica
- 2) Intervención breve y resolutive en APS
- 3) Derivación oportuna
- 4) Seguimiento

1- DETECCIÓN PRECOZ Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: HISTORIA CLÍNICA EN EL CONSUMOS DE DROGAS

¿En qué consiste una detección inicial?

La detección inicial se realiza mediante distintos procedimientos:

- Entrevista con el paciente identificado.
- Entrevista con familiares o personas cercanas motivadas a lograr un cambio en el consumidor de sustancias psicoactivas.
- Cuestionarios, escalas: cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT); escala de compromiso biopsicosocial (Anexos)
- Examen clínico y pruebas complementarias

Cabe destacar que esta detección inicial se puede complementar con una evaluación diagnóstica, consistente en una o más consultas en salud mental.

Todos estos procedimientos e instrumentos nos va a permitir tener una historia clínica abarcativa de la situación de la persona con consumo riesgoso, problemático o dependiente.

¿Cuál es el objetivo de la detección inicial y evaluación diagnóstica?

- a) Conformar una historia y diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de

sustancias, salud física, salud mental, etc.

- b) Evaluar el grado de compromiso biopsicosocial, incluyendo factores protectores y de riesgos o daños presentes a nivel individual, familiar y social, y la apreciación sobre el grado de apoyo que provee al paciente.
- c) Evaluar e intervenir en el nivel de motivación personal, estadios y procesos de cambio.
- d) Brindar información objetiva sobre diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir por la persona consumidora de sustancias psicoactivas.
- e) Explicar al paciente el plan de intervenciones desde la Atención Primaria en Salud y sobre la derivación al nivel de especialidad que requiere.
- f) Concluir en una referencia, sea a una de las intervenciones resolutivas disponibles en el establecimiento de atención primaria o al nivel de especialidad.

¿Para qué realizar una historia clínica de drogas?

La **historia clínica** es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. Antes de preguntar, es importante plantearse los objetivos de la intervención: **qué vamos a explorar, cómo** y, sobre todo, **para qué**.

Nuestro objetivo como profesionales sanitarios es ayudar a la población a disfrutar del mayor grado de salud posible y, en este contexto, es importante conocer en toda historia clínica los posibles consumos de drogas para:

- a) Informar y asesorar a las personas sobre los posibles efectos y riesgos del consumo.
- b) Valorar y diagnosticar precozmente posibles consumos de riesgo, problemático o dependiente para asesorar con alternativas válidas de disminución de éste o la derivación oportuna a un centro especializado.
- c) Explorar posibles comportamientos y/o problemas asociados con el consumo de drogas y actuar en consecuencia: violencia intrafamiliar, prácticas sexuales de riesgo, intoxicaciones agudas, accidentes de tránsito, enfermedades asociadas (infectocontagiosas, cardiorrespiratorias, comorbilidad psiquiátrica, etc.)

¿Qué hay que investigar?

- Si la persona consume, ha consumido o incluso si se plantea un futuro consumo de drogas (tipo de droga, frecuencia del consumo, vías de administración, edad de inicio en el consumo, etc)
- Antecedentes personales de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Existencia de factores de riesgo para posibles consumos problemáticos.
- Qué conocimientos tiene sobre las diferentes drogas y el policonsumo: efectos buscados (el efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos y/o posibles consecuencias sobre la salud, tanto a corto como a medio y largo plazo.
- Explorar las situaciones de consumo y contextos: consumo en compañía (en pareja, con amigos); consumo solitario; ante eventos positivos (salidas, días festivos, antes o después de

una relación sexual, etc.); para evitar momentos displacenteros (ante discusiones, momentos disfóricos, duelos, etc.).

- Estadio del cambio en el que se encuentra respecto a un consumo determinado (Prochaska y DiClemente). Estado motivacional y procesos de cambio que está poniendo en juego o deberá activar.

Intentos previos de abandono o disminución del consumo, analizando las diferentes situaciones.

En caso de no consumo, se dará una información general y un refuerzo en la abstinencia o hacia un uso de la sustancia.

¿Cómo tenemos que realizar la entrevista?

- Crear un **clima empático** que permita profundizar en la historia de consumo de drogas.
- Establecer una **relación de confianza** y de escucha activa.
- Cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.
- Abordar el consumo de drogas desde una **perspectiva estrictamente sanitaria y no moral**. Es fundamental evitar los juicios de valor y huir de los estereotipos ("Todos los consumidores de drogas son unos drogadictos", "Los consumidores de drogas no se preocupan por su salud", "Las personas que usan drogas tienen un problema de valores", "Todos los consumidores de drogas son delincuentes", etc.).
- Debemos cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la **confidencialidad**, el **secreto profesional** y la **autonomía del paciente** a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud aún cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios. Y esto debe ser así independientemente del sexo, la raza, la clase social e incluso la edad del paciente (adolescentes).

Para muchas personas, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo, más aún si se trata de situaciones de consumo de drogas ilegales, por lo que debemos ser extremadamente cuidadosos al respecto.

¿Cómo preguntar?

De forma general, se recomienda realizar **preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras**, que den la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia comenzando por aspectos de la vida cotidiana ("Contame acerca de tu familia", "Contame de tu trabajo", "Hablame de tus estudios "¿Qué hacés en tu tiempo libre?", "¿Pensás que

tenés algún problema?", "¿Cómo reaccionás ante los enojos?" "¿En qué te puedo ayudar?", etc.)

Una vez que se ha explicitado la situación de consumo se puede continuar:

- Algunas frases de entrada a la entrevista motivacional:

- Me gustaría repasar con vos acerca de este aspecto de salud que también es importante tener en cuenta...
- Veo que este tema de consumo te está preocupando...
- ¿Alguna vez has pensado en dejarlo?

- Relación de la persona con la conducta problema o adictiva:

- ¿Pensás que esta situación de consumo puede perjudicarte?
- ¿Te preocupa por alguna otra razón?
- ¿Cómo afecta este hábito a tu vida diaria?
- ¿Qué opina tu familia o amigos sobre tu consumo?
- ¿En qué momento creés que te dan más ganas de consumir?, etc.

- Profundidad en el nivel de motivación:

- Contame los motivos que tenés para continuar consumiendo.
- ¿Te habías planteado alguna vez en dejarlo? ¿Por qué? (lo hizo / no lo hizo).
- Si lo intentaste alguna vez, ¿qué aspectos positivos notaste? ¿Estás dispuesto a que las cosas sigan como están?
- ¿Has pensado en las ventajas de dejarlo?
- ¿Por qué o por qué no lo harías?
- ¿Lo ves difícil? ¿Por qué?
- ¿Te sentís capaz para cambiar? ¿Por qué motivos?, etc.

¿Cómo no preguntar?

Evitar preguntas directas ("¿Consumís o no consumís?"), que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta ("Drogas no, ¿verdad?", "¡No consumís drogas!", "De drogas nada, ¿verdad?", etc.); o preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no ("¿Consumís drogas?", etc.). Por lo general, son percibidas como un interrogatorio, dificultan la obtención de información y generan en la persona una mayor resistencia y no sentirse comprendida.

¿Cuándo preguntar?

Cuando se abre una historia clínica nueva.

Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.

De forma oportunista, es decir, cuando consulten por otro tema de salud y queramos saber por sospechas de un posible consumo riesgoso o problemático. Por ejemplo con los adolescentes.

De forma periódica, para la detección y consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas.

Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (separación, fracaso escolar, despido, duelos, etc.).

¿Qué debemos buscar en la exploración clínica?

- Una exploración clínica dirigida puede ofrecer información complementaria de mucha utilidad para valorar el consumo. Nuevamente, conviene no dejarse engañar por estereotipos sobre el aspecto físico del paciente, su nivel socioeconómico o cultural.
- También es importante resaltar que ningún hallazgo exploratorio es patognomónico de ningún consumo, por lo que los resultados de la exploración deben ser considerados como un complemento de las entrevistas.
- Algunos signos pueden indicar consumo reciente: fotorreacción, hiperemia conjuntival (típica del cannabis), midriasis (estimulantes), signos de venopunción en la piel, alteraciones en el lenguaje o el comportamiento, etc. La existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local podrían estar relacionados con el uso intranasal de sustancias.
- En otras ocasiones podemos encontrar signos patológicos evidentes (arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, etc.). Estos hallazgos suelen indicar deterioro orgánico y con frecuencia están relacionados con complicaciones infecciosas en personas que utilizan (o han utilizado) drogas por vía intravenosa.
- Existen diferentes cuestionarios que nos pueden ayudar a valorar la existencia o no de un consumo problemático o de dependencias a unas y otras sustancias, pero éstos serán elementos de ayuda que no deben sustituir sino complementar una correcta historia clínica.

¿Cuáles son los tipos de consumo?

- Un primer factor que considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiendo entre consumos episódicos (experimentales u ocasionales) y consumos sistemáticos (habituales o compulsivos). Es importante distinguir entre los consumos recreativos (asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los instrumentales (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar el síndrome de abstinencia, etc.). También es

importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el policonsumo de distintas sustancias, que suele aumentar considerablemente las consecuencias negativas.

- Cómo se explicara anteriormente, esto puede desencadenar en un consumo riesgoso, problemático o en una dependencia.

¿Qué factores hay que valorar en relación con la sustancia consumida?

- Existen **características** inherentes a cada una de las distintas drogas que condicionan los efectos y los riesgos.

- **Tipo de sustancia:** una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas **estimulantes** del sistema nervioso central (cafeína, cocaína, metanfetamina, etc.), **depresoras** (alcohol, benzodiazepinas, etc.) y **distorsionantes o alucinógenas** (LSD, ketamina, marihuana, etc.).

- **Dosis:** la **dosis mínima eficaz** (DME) es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La **dosis mínima tóxica** (DMT) es aquella a partir de la cual se inician los efectos tóxicos.

- **Vía de administración:** las drogas pueden alcanzar el sistema nervioso central tras haber sido administradas por vía **oral**, **inyectada** (intramuscular o intravenosa), **intranasal** (esnifada), **pulmonar** (fumada o inhalada) o **transmucosa**, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la intensidad y rapidez de los efectos, así como a algunas de las posibles complicaciones: la práctica de compartir jeringuillas se asocia con transmisión de patógenos como el VIH sida o virus hepatotropos (virus de la hepatitis B [VHB], y C [VHC], etc.); el consumo intranasal puede ser causa de ulceraciones en la mucosa nasal, etc.

- **Asociación a otras sustancias:** el consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de éstas son similares (por ejemplo, alcohol y benzodiazepinas) los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis. Si, por el contrario, los efectos son antagónicos, pueden disminuir los efectos buscados, aunque en algún caso los usuarios los utilizan para conseguir este antagonismo, como en el consumo de algún depresor (alcohol, benzodiazepinas, etc.) para compensar el consumo de un estimulante (cocaína) y viceversa.

- **Valoración social:** las drogas legales o institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodiazepinas, etc.) tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor que la de las drogas ilegales, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo que se debe tener en cuenta.

- **Potencial de abuso y dependencia:** las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de **dependencia física** ante consumos continuados durante largo tiempo. Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiazepinas, etc.) dan lugar a la aparición de un **síndrome de abstinencia** al suspender su administración.

¿Qué es necesario valorar en cuanto a la persona?

Existen características propias de cada persona que son necesarias tener en cuenta al evaluar el consumo de drogas:

- **Sexo:** existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Éstas tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA), necesitando menores cantidades para alcanzar los mismos efectos. El **embarazo** y la **lactancia** son dos circunstancias en la vida de la mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.

- **Edad:** según las investigaciones en Mendoza “Registro continuo de pacientes en centros de tratamiento” los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suele producirse entre los 15 y 16 años de edad. **El riesgo de desarrollar un consumo riesgoso, problemático o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella.** Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

- **Pauta de consumo:** según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de **tolerancia farmacológica** (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.

- **Concurrencia de patología:** es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente, los riesgos se incrementan. Se denomina **patología dual** (comorbilidad psiquiátrica) a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas (por ejemplo: cannabis y esquizofrenia). El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y oscurece el pronóstico.

¿Cuáles son los factores importantes en cuanto al entorno?

Es importante hacer una valoración de los factores protectores y de riesgo tanto individuales, como familiares y sociales. El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno

dinámico, en constante evolución y social. En el entorno del sujeto podemos valorar qué factores familiares y sociales (escuela, trabajo, grupo de amigos) predisponen o protegen del consumo de drogas. Asimismo, no debemos desconocer la influencia que tienen sobre la persona los patrones generales de la cultura, valores, sistema social, legislación, etc.

¿Qué pruebas complementarias están indicadas?

Como en cualquier otro acto médico, la necesidad de solicitar pruebas complementarias vendrá dada por el resultado de las entrevistas y la exploración clínica. El patrón de consumo de la o las sustancias, la vía de administración, las características toxicológicas y epidemiológicas, etc. determinarán la necesidad de solicitar pruebas complementarias. Podemos ver varios ejemplos:

a) Un consumo ocasional o esporádico de cannabis o drogas de síntesis en una persona sana no precisa, en principio, de ninguna prueba complementaria.

b) En un paciente con consumo abusivo de alcohol, la determinación de parámetros bioquímicos (ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas) y hematológicos (volumen corpuscular medio) permiten objetivar los efectos sobre la salud del consumo.

c) En un paciente que utiliza o ha utilizado drogas inyectadas o que tiene relaciones sexuales no seguras o bajo los efectos de las sustancias es importante descartar complicaciones infecciosas (prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc.). Según el resultado de la historia clínica y la exploración, podrán estar indicadas otras exploraciones (radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc.)

2) INTERVENCIÓN BREVE Y RESOLUTIVA EN APS

¿Qué tipo de intervenciones podemos llevar a cabo desde APS?

Podemos pensar en distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la situación del paciente que nos llega:

- a) Intervención terapéutica breve y consejería
- b) Desintoxicación de forma ambulatoria.

A. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA BREVE Y CONSEJERÍA

¿Qué dicen las investigaciones en intervención terapéutica de adicciones?

El NIDA (National Institute on Drug Abuse) estableció un catálogo en 2004 que recoge los principios para el tratamiento de las adicciones basados en las investigaciones más relevantes y que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

1. No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente en todo momento (accesibilidad).
3. El tratamiento debe abarcar las múltiples necesidades de las personas, no solamente el uso de drogas (multicausalidad).
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapia de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo de la adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos forman un elemento importante para el tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica sólo es la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesariamente tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/sida, Hepatitis B y C, otras enfermedades médicas asociadas al consumo.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples momentos de tratamiento.

¿Cuáles son los objetivos de un tratamiento de adicciones?

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003, pág. 29), “todas las formas de tratamiento de la toxicomanía orientadas a la rehabilitación tienen los mismos cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate. Éstos son:

1. Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación.
2. Propiciar y mantener la reducción de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total).
3. Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud y la seguridad públicas.
4. Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

Según algunos autores como Hugo Hirsch (Sistemas Familiares, Noviembre 1998) la efectividad se mide hoy según cuatro parámetros:

- 1) Desaparición - disminución de la intensidad de los síntomas o problemas que provocaron motivo de consulta.
- 2) Disminución del gasto médico asociado.
- 3) Disminución de las recaídas.
- 4) Mejora global en la calidad de vida del paciente.

También es necesario tener en cuenta el punto de vista desde el cual se evalúa la mejoría: pacientes, familiares y profesionales suelen discrepar sobre si hubo o no, y en qué consiste.

¿En qué consiste una intervención terapéutica breve y consejería?

Consiste en un conjunto ordenado de actividades educativas y terapéuticas orientadas a:

- a) Disminuir los riesgos o daños asociados al consumo.
- b) Disminuir la cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia psicoactiva.
- c) Lograr la supresión o abstinencia de la droga.
- d) Mejorar las condiciones generales de salud física o mental.

- e) Lograr un mayor grado de ajuste psicosocial.
- f) Lograr un mayor nivel de motivación al cambio de la conducta adictiva y promover una toma de decisión de las estrategias terapéuticas a continuar en los próximos meses en el centro de salud o centro especializado.
- g) Derivar oportunamente al paciente al nivel de atención en salud que se adecue a sus necesidades (de acuerdo a la complejidad y/o severidad del caso).

¿Cuáles son los componentes de una intervención terapéutica breve y consejería?

- 1) Proveer de un espacio adecuado en donde el paciente pueda encontrar:
 - a. Información objetiva sobre los pro y contras de su conducta adictiva (los efectos que provoca el consumo de sustancias sobre su proyecto de vida, sus relaciones interpersonales, manera de ser, valores, etc.) sin una connotación moralista.
 - b. Apoyo emocional para los esfuerzos en el camino de cambio de su adicción.
 - c. Aceptación y tolerancia ante las recaídas durante el proceso terapéutico.
- 2) Informar, orientar, acompañar y motivar al paciente y/o familia en su proceso de cambio para que puedan emprender su recuperación protagónicamente, y para que evalúen objetivamente los logros y dificultades.
- 3) Disponer de un procedimiento de seguimiento activo y de recaptación de aquellos tendientes al abandono.
- 4) Proveer a los familiares acogida a sus preocupaciones respecto del paciente. Entregar información y favorecer habilidades para que concurren sinérgicamente al proceso terapéutico.
- 5) Vincular al paciente y a la familia desde una etapa temprana de la intervención a grupos de autoayuda y/o instituciones especializadas, de acuerdo a sus necesidades y evaluación diagnóstica.

¿Cuál es el tiempo aproximado que demandaría una intervención breve y consejería?

El tiempo es variable en función del diagnóstico inicial de la situación del paciente en cuanto a:

- a) Ajuste psico-social e inclusión social: factores protectores y de riesgo individual, familiar y socio-contextual.
- b) Patrón de consumo: tipo de droga, frecuencia, vía de administración, etc.
- c) Tipo de consumo: uso, en riesgo, problemático o dependiente.

- d) Motivación en el cambio de la conducta adictiva: precontemplador, contemplador, preparación, acción, mantenimiento.
- e) Compromiso físico y mental: comorbilidad psiquiátrica y problemas de salud asociados.

Sin embargo, se estima una duración entre uno y cuatro meses, entre cuatro y treinta encuentros con profesionales de distintas disciplinas, tiempo definido por las investigaciones en donde se logra el mayor cambio y la adherencia al tratamiento. Por ello se considera oportuno acordar durante este período una mayor intensidad de las intervenciones (individual, grupal, familiar, social) y estudios médicos complementarios.

¿Cuáles son las características del profesional sanitario que se relacionan con una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria?

- Creer firmemente en la importancia de trabajar temas de prevención y promoción de la salud.
- Transmitir interés en ayudar a las personas a mejorar su salud.
- Valorar la disponibilidad para el cambio y reconocer que estar más dispuesto a cambiar es una señal de progreso.
- Individualizar el consejo y la educación basándose en los factores de riesgo y protección más importantes de cada persona: personalizar riesgos y beneficios.
- Buscar objetivos conductuales que se puedan conseguir y que progresivamente puedan llevar a un cambio permanente e importante.
- No sobrecargar al individuo con muchas tareas/informaciones.
- Registrar los temas de educación y consejo que se han tratado y los que se planean tratar en próximas visitas.
- Comunicar a la persona que puede acudir a su profesional sanitario/centro cuando esté interesado en recibir más información o ayuda para hacer un cambio relacionado con su salud
- Apoyar y reforzar cualquier cambio, aunque sea pequeño, reconociendo que los cambios de conducta son difíciles.

B. DESINTOXICACIÓN DE FORMA AMBULATORIA

¿Qué hacemos ante un cuadro clínico que nos haga sospechar una intoxicación aguda?

Cada una de las posibles intoxicaciones representa un cuadro específico que debe abordarse con las condiciones de atención urgente. En la mayoría de los casos el tratamiento suele ser sintomático y de soporte (ver anexo de sustancias)

La tarea fundamental es aliviar los síntomas de privación que presionan hacia el consumo y que aparecen minutos después de dejar de consumir (cocaína y pasta base), horas (alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas) u horas a días (marihuana).

La mayoría de las veces, los consumidores de alcohol y/o sustancias ilícitas superan los síntomas de privación por sí solos y suprimen el consumo sin ayuda sanitaria alguna.

Muchas personas llegan a la primera consulta:

a) *Habiendo cesado el consumo*, y ello puede indicar una mayor motivación al cambio y una mayor autoeficacia por la confianza en la propia capacidad para lograr metas personales.

b) *Con un consumo activo o intoxicadas*. En tal situación es importante trabajar con mensajes claros y breves, de contención y precauciones para reducir riesgos o daños asociados. Se debe trabajar con familiares o allegados y evaluar indicación de medicación.

c) *En estado de extrema gravedad por sobredosis o por otros motivos médicos*. Es importante acudir a un servicio de internación en un hospital general o monovalente.

d) *No aceptando suspender el consumo*: esto no es infrecuente por lo que se puede elaborar una estrategia de disminución de riesgo o daño, o de disminución gradual del consumo. Para ello es importante trabajar a nivel de consejería, asegurando el apoyo familiar, grupos de autoayuda, y eventualmente indicando medicamentos con controles periódicos (en general ansiolíticos).

¿Qué podemos hacer ante un cuadro de abstinencia?

La abstinencia es un estado transitorio y autolimitado que, aunque no supone riesgo vital para el paciente (excepto en el caso del alcohol), presenta un cuadro de gravedad variable y ciertamente grave para él.

Aparte de los síntomas y signos específicos de la abstinencia de cada sustancia, que se corresponden, aproximadamente, con los opuestos a la intoxicación, existe un cuadro

común compuesto por síntomas y signos relacionados con un cuadro de ansiedad habitual en clínica, con intensos componentes de expectativa negativa en los pacientes que ya han vivenciado un cuadro de abstinencia. En los meses posteriores (de dos a seis) al inicio de la abstinencia podemos esperar un cuadro de ansiedad generalizada más o menos intenso, con alteraciones del sueño y elementos de anhedonia y astenia compatibles con un cuadro depresivo. El tratamiento es el habitual, con ansiolíticos, hipnóticos si se precisan y valorando el uso de antidepresivos.

¿Cuáles son los objetivos de una desintoxicación?

1. Liberar al organismo de la dependencia fisiológica asociada al consumo de la sustancia.
2. Disminuir o eliminar el dolor y el malestar.
3. Proporcionar un tratamiento seguro y humanizado para superar el obstáculo inicial para conseguir la abstinencia y/o derivación oportuna a un tratamiento especializado.
4. Proporcionar una situación que conduzca a un compromiso más amplio de tratamiento y hacer las derivaciones adecuadas.
5. Tratar los problemas médicos que puedan detectarse.
6. Empezar el proceso de educación del paciente en las cuestiones de salud, prevención de recaídas y explorar las cuestiones familiares, laborales y legales.
7. Una desintoxicación correcta aumenta la confianza en intervenciones posteriores y mejora la relación paciente-terapeuta.

¿Dónde se deben realizar las desintoxicaciones?

El primer criterio es donde sea más eficaz y menos agresivo para la vida diaria del paciente, apuntando y favoreciendo la inclusión social. Tanto él como su familia son importantes a la hora de decidir la forma en que se realizará la desintoxicación.

Sólo el consumo de alcohol, cocaína y heroína con una intoxicación aguda pueden precisar ingreso en hospitales.

Existen varias posibilidades, dependiendo de la sustancia y de la dosis de consumo, de la comorbilidad orgánica o mental y de la situación social-contextual. La desintoxicación se puede realizar:

- a) De forma ambulatoria (intoxicaciones leves y no agudas): centro de salud, Centros Integradores Comunitarios, servicios de salud mental de hospitales, Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (CPAA).

b) Unidad de desintoxicación hospitalaria (intoxicaciones agudas y de gravedad): en régimen hospitalario (hospitales generales y monovalentes, Pereyra y Sauce), y Unidad de Intervención en crisis (UIC).

¿Podemos realizar una desintoxicación en el centro de salud?

En principio, los síndromes de abstinencia que suponen un problema clínico específico son los de alcohol, heroína y cocaína. En cuanto al resto de sustancias, el tratamiento es genérico y principalmente de los componentes ansiosos del síndrome.

Conviene recordar que las benzodiazepinas son el tratamiento de elección, a corto plazo, para cualquier trastorno de ansiedad. A largo plazo, para tratamientos superiores a un mes, en cuadros que puedan superar esta duración, han demostrado mayor eficacia los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Ambas familias farmacológicas son de uso habitual en la consulta diaria de cualquier médico de familia y su manejo en este campo no se distingue del realizado en otras patologías.

¿Qué hacemos luego de la desintoxicación?

Tras una desintoxicación y estabilización clínica en caso de consumo dependiente (ocasionalmente problemático) el paciente inicia el proceso de terapéutico para lograr un cambio en su conducta adictiva en un centro de referencia especializado (CPAA). Es importante mantener un contacto fluido con los profesionales del segundo nivel de atención para un adecuado seguimiento del paciente.

3) DERIVACIÓN OPORTUNA

¿Cómo debemos derivar?

Una derivación adecuada asegura que la atención en el próximo nivel sea lograda y que las personas consumidoras de sustancias con consumo problemático o dependiente lleguen al centro especializado y no que se pierdan en el camino. Para ello, es importante que el centro de salud o el Centro Integrador Comunitario organice un procedimiento de contacto con aquellos centros de tratamiento (ver en anexo Red Asistencial de Adicciones) que serán los receptores más probables de las derivaciones.

Se utilizarán dos vías:

- Contacto telefónico entre el centro que refiere y el que debe recibir la derivación; contacto telefónico con el paciente o la familia; reuniones de red en la zona de referencia y contrarreferencia, y monitoreo de la derivación realizada.

- Hoja de interconsulta o derivación (ver en anexo).

Además, el equipo encargado de la derivación brindará información objetiva, clara y precisa al paciente y/o familia de los motivos por los cuales se le indica la derivación y, si corresponde, las características del plan de tratamiento al que se le envía para continuar el proceso de cambio de su conducta adictiva.

Es importante que toda derivación sea previamente acompañada de una intervención breve o consejería, con el objetivo de motivar el proceso de cambio de su conducta adictiva y generar adherencia al tratamiento. Para ello debemos utilizar los datos clínicos y estudios complementarios médicos, y los datos obtenidos en la entrevista diagnóstica inicial para evaluar con el paciente y/o familia los pro y contras de su consumo problemático o dependiente.

¿A dónde derivar?

- Nivel de especialidad. Cuando se presenta un consumo problemático o dependiente leve y moderado:

- Centro Preventivo Asistenciales en Adicciones: Desde 14 años en adelante. Estos equipos evaluarán la derivación al próximo nivel de atención (comunidades terapéuticas y hospitales monovalentes)
- Servicios de Salud Mental Infanto Juvenil: Hasta 14 años.

- Servicios de urgencia. Cuando hay riesgo vital o necesidad de internación de urgencia no voluntaria:

- Hospitales generales con y sin servicios de salud mental
- Servicios de emergencias coordinados

- Unidades de corta estadía. si hay comorbilidad psiquiátrica severa o necesidad de desintoxicación ante síndrome de abstinencia severo o de difícil manejo para APS:

- Unidad de intervención en Crisis: para niños/as y adolescentes hasta 17 años y 11 meses.
- Hospitales monovalentes: hospital Carlos Pereyra y hospital El Sauce.

El apoyo de intervención terapéutica breve y consejería, como de intervenciones de salud mental, será de gran valor, no sólo para potenciar la efectividad de los tratamientos sino además, para garantizar la accesibilidad, pertinencia, oportunidad, efectividad de la derivación al destino que corresponda.

4) SEGUIMIENTO

¿A qué hacemos referencia?

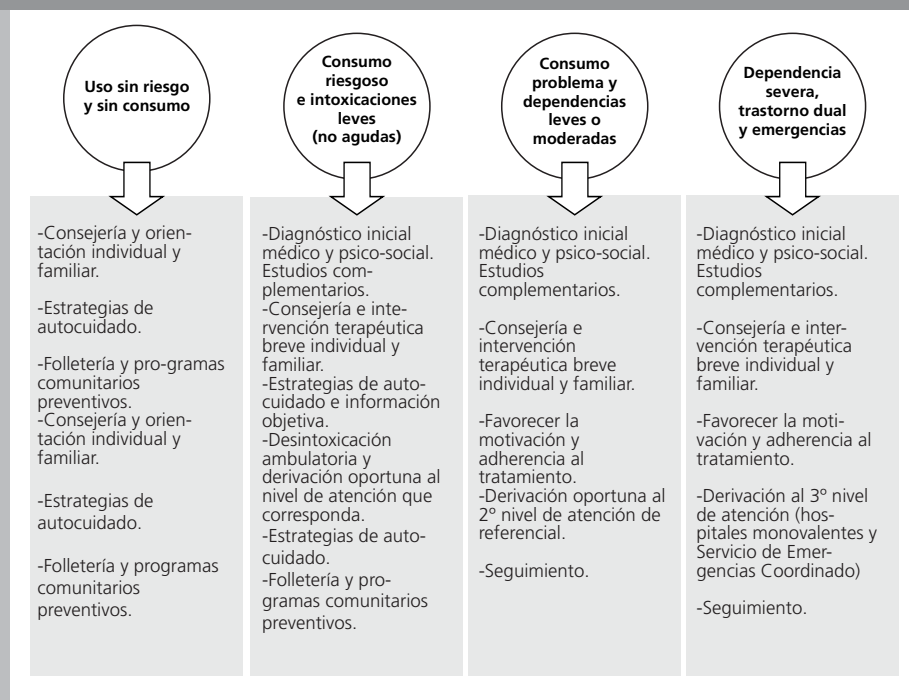
El seguimiento incluye:

- Seguimiento y re-captación de pacientes: se pone en ejecución cuando se ha acordado con un paciente dos o más actividades acordadas o indicadas o cuando se trata de una situación de riesgo mayor (violencia intrafamiliar, autoagresión, recaídas luego de haber logrado la abstinencia, etc.).

El equipo de salud buscará activamente el reingreso del paciente a la intervención terapéutica a través de contacto telefónico, visitas domiciliarias, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de inclusión y contención.

- Seguimiento post alta: el alta constituye el paso final de una intervención terapéutica breve o consejería. Se acuerda con el paciente que puede volver a consultar de nuevo si así lo requiere. Se informa y acuerda seguimiento telefónico o directo luego de 3 meses aproximadamente. Esta intervención es importante para prevenir recaídas o agravamiento hacia un consumo problemático o dependiente.

¿CÓMO INTEGRAMOS LOS CONCEPTOS Y LAS INTERVENCIONES VISTAS HASTA AQUÍ?



¿CUÁLES SON LAS COMPETENCIAS DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES DE ACUERDO A LAS INTERVENCIONES?

Actividad o prestación	Profesionales	Resultados esperados
Consulta médica	-Médicos de familia -Pediatras -Médicos comunitarios	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente. Evaluación del estado de salud general y tratamiento si corresponde. Información objetiva, educativa y orientadora Motivación al cambio y adherencia al tratamiento Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos, si corresponde Acompañamiento en intoxicaciones leves o moderadas de manera ambulatoria
Consulta de salud mental	-Médico psiquiatra -Psicólogo -Trabajador social -Lic. en Minoridad y familia	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente. Evaluación de nivel de compromiso bio-psico-social (salud mental, ajuste psicosocial e inclusión, factores protectores y de riesgo) Información objetiva, educativa y orientadora. Intervención terapéutica breve y refuerzo de vínculos familiares. Motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Abordaje de intoxicaciones leves o moderadas de manera ambulatoria. Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos, si corresponde.
Intervención comunitaria y consejería	-Enfermeros - Agentes sanitarios	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente. Información objetiva, educativa y orientadora al individuo, familia y/o comunidad. Motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Solicitud de interconsulta con médicos, servicios de salud mental y/o derivación a especialidad o centros específicos, si

Seguimiento, visita domiciliaria y red comunitaria

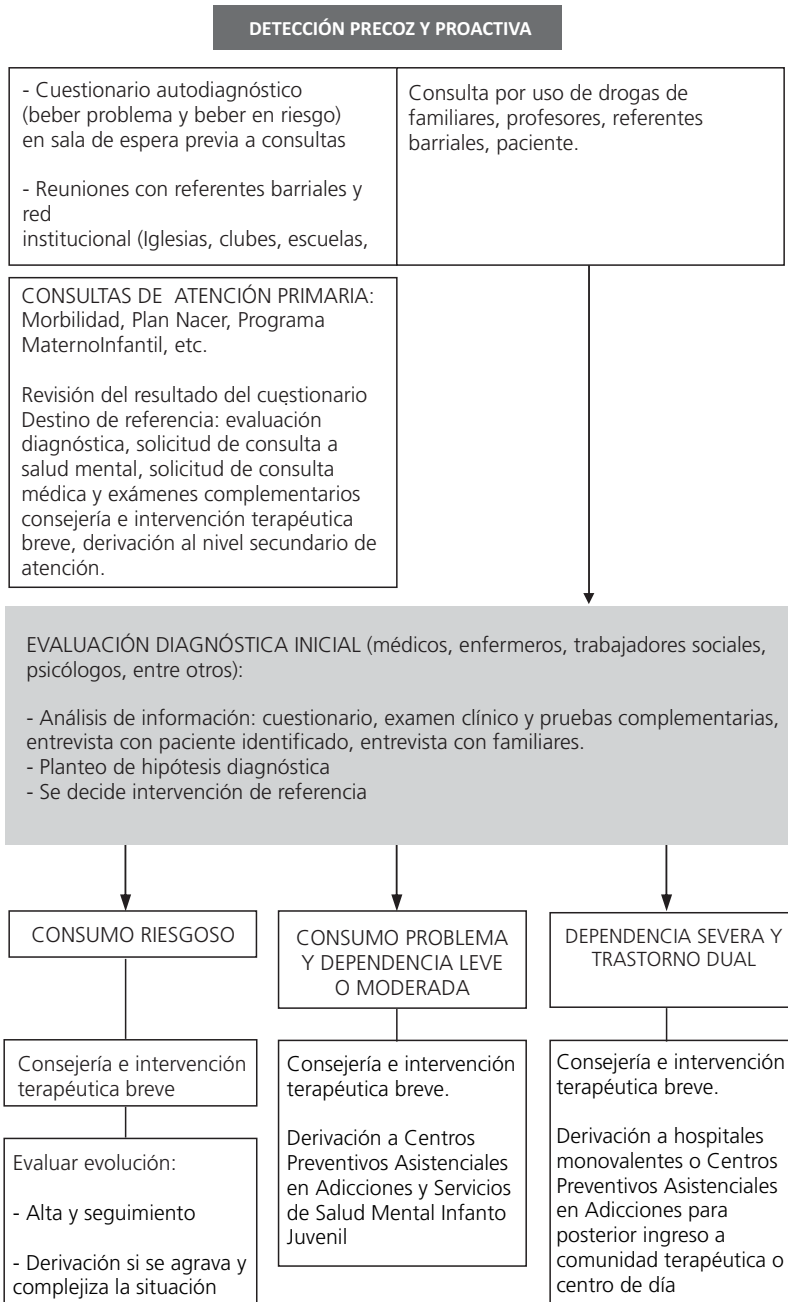
-Trabajador social
-Lic. en Minoridad y Familia
-Agentes sanitarios
-Enfermeros

Evaluación del estado de soporte familiar.
Información a la familia sobre el tratamiento, sus etapas y plazos, y sobre los riesgos y recaídas.

Re-captación de pacientes que abandonaron el tratamiento.

Facilitación de la inclusión social y la red de apoyo comunitaria.
Seguimiento.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



ASPECTOS PREVENTIVOS EN EL CONSUMO DE DROGAS

El modelo preventivo es útil siempre y cuando se lo entienda como proceso. Se debe disponer de fases diagnósticas, de evaluación de proceso y resultados. Las intervenciones más indicadas en diferentes materiales bibliográficos especializados son las estrategias en prevención primaria y secundaria.

Asimismo las intervenciones pueden focalizarse en la prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

Una buena intervención preventiva debe ser diseñada con el propósito de ser monitoreada, es decir, las intervenciones deben ser “evaluables”. A partir de este diseño, se podrá determinar el impacto de las mismas en la comunidad. En otros términos, si la intervención es útil y en qué medida lo es.

Este documento pretende organizar las actividades preventivas que se puedan implementar desde APS en la provincia de Mendoza. Abordar la problemática bajo un mismo eje y en forma coordinada permitirá generar mayor impacto de las intervenciones en la comunidad.

¿Hacia dónde debe estar orientada la prevención?

De acuerdo a lo que se plantea en este documento, la prevención debe focalizarse fundamentalmente en la reducción de la demanda, es decir en generar recursos en la comunidad para que la necesidad de consumo o el interés de consumo se pueda ir reduciendo gradualmente. Esta política está instalada en países como Alemania, Canadá, Estados Unidos, Ecuador, Bolivia, Venezuela, Bélgica, Dinamarca y Finlandia, entre otros.

Las estrategias básicas para implementar proyectos preventivos en reducción de demanda se basan “generar espacios para el fortalecimiento de factores protectores que reduzcan los comportamientos riesgosos en la problemática de adicciones.”

En estas estrategias se deben tener presentes fundamentalmente el trabajo con **factores protectores**. Estos factores se definen como variables de índole individual, familiar y social (contexto global político económico) que pueden favorecer el funcionamiento adaptativo de las personas, disminuyendo significativamente la vulnerabilidad ante los riesgos de consumo. Estos factores no deben tomarse individualmente estableciendo relaciones de causa-efecto directas. Más bien lo que se recomienda es abordar los factores en una multicausalidad que pueden generar efectos positivos. Antagónicamente existen los **factores de riesgo**, los cuales también son de índole individual, familiar o social aunque el efecto de los mismos es aumentar el nivel de vulnerabilidad ante los riesgos de consumo. Durante muchos años se ha trabajado exclusivamente sobre los factores de riesgo. Actualmente las políticas internacionales se inclinan hacia el desarrollo de factores protectores. Las razones son obvias y tienen que ver fundamentalmente con la posibilidad de crear cambios autopetpetuadores de instancias positivas y superadoras en la comunidad.

Si por el contrario las intervenciones se reducen a disminuir factores de riesgo, será cuestión de tiempo para que aparezca otro factor de riesgo y la vulnerabilidad siempre estará

presente. No ocurre esto con los factores protectores, por ejemplo, habilidades sociales de expresión de sentimientos: las personas ante diferentes circunstancias negativas sabrán expresar adecuadamente lo que les hace daño y buscar alternativas para resolverlos.

El hecho de operar con los factores protectores y no tanto en los de riesgo no implica que no deban ser estudiados y mensurados. Conocerlos indica información diagnóstica esencial para implementar las estrategias adecuadas.

¿Cuáles son las metas del trabajo preventivo?

En nuestro medio, se acepta como definición de prevención de adicciones la siguiente afirmación de Martín (1995): *“Un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”*.

La prevención de los problemas relacionados con las drogas pretende conseguir varios objetivos y, de una manera u otra, casi siempre uno o varios de ellos están implicados en las actividades de prevención:

- Promover hábitos de vida y ambientes saludables, y favorecer que las personas busquen alternativas de vida positivas evitando el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Intervenir en las condiciones del entorno familiar, social y cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.
- Promover el desarrollo de habilidades para la vida: habilidades cognitivas, afectivas y sociales para la resolución de problemas.
- Retardar la edad de inicio en el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco, e ilegales.
- Limitar el número de sustancias consumidas.
- Evitar la transición entre el consumo experimental u ocasional, al consumo en riesgo, problemático o dependencia.
- Disminuir las consecuencias negativas, riesgos y/o daños asociados (salud, laboral, educativa, etc) al consumo de drogas en los individuos, tengan o no dependencia de éstas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas.
- Hacer preventivas las instancias de socialización para el desarrollo saludable de sus miembros: las personas, familias, escuela y comunidad.

- Sensibilizar a los potenciales aliados de la labor preventiva, tales como los medios de comunicación social, las empresas, municipios y organizaciones de la sociedad civil.
- Motivar a que las personas con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas inicien su proceso terapéutico y logren una inclusión social.
- Lograr que se retire o disminuya la disponibilidad (oferta) de drogas, y que se articulen acciones con las comisarías o áreas de seguridad municipal y/o provincial.
- Propiciar la autosustentabilidad de los programas de prevención dirigidos al ámbito educativo, familiar y/o comunitario.
- Favorecer mesas de gestión local que permita debatir la problemática adictiva rompiendo estigmatizaciones, rotulaciones y facilitando la inclusión social.

Pero para conseguir los objetivos definidos anteriormente, se necesita *“diseñar un conjunto de acciones con el objetivo específico de impedir el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas como disminuir los riesgos o daños asociados en los consumidores o que continúen en una escalada hacia un consumo problemático o dependiente”*. En el caso de las adicciones, los programas pueden ser para toda la comunidad o para grupos específicos, diferenciados por edad, género, ámbito, etc.

En atención primaria algunos autores diferencian dos grandes grupos relevantes de programas preventivos: a) programas dirigidos a la población infantil y adolescente, con una orientación fundamentalmente comunitaria, que puede complementarse con actuaciones desde la consulta (favorecer hábitos de vida saludables; evitar el inicio en el consumo de sustancias o retardar el mismo), b) programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas en la población adulta, orientados fundamentalmente a intervenciones en la consulta, pero que pueden complementarse con intervenciones comunitarias (evitar la escalada hacia un consumo en riesgo, problemático o dependiente; disminución de riesgos y/o daños en la salud asociados al consumo de drogas; motivar y realizar una derivación efectiva hacia el próximo nivel de atención).

¿Cuáles son las actividades necesarias que debemos llevar a cabo en la prevención?

Es muy importante incluir dentro de las actividades a todos los actores propios del sistema donde se intenta promover políticas preventivas. De esta manera se recomienda establecer una serie de encuentros. Entre ellos se pueden indicar los siguientes:

- Convocatoria de los actores comunitarios.
- Establecimiento de mesas de gestión local.
- Determinación de las metas a tener en cuenta.

Asimismo, deberían ser temas a incorporarse en el debate y/o en actividades de capacitación y prevención:

- Los aspectos relativos a la percepción del problema del uso indebido de las drogas legales e ilegales.
- Mitos y realidades del consumo de drogas.
- Rol del capacitador y del agente de salud.
- Factores protectores y factores de riesgo.
- Participación y estrategias metodológicas apropiadas y pertinentes a la comunidad y a cada segmento poblacional involucrado.
- Proyecto de vida, de familia.
- Desarrollo de habilidades para la vida (resolución de problemas, toma de decisiones, presión de grupos, comunicación, expresión de afectos y sentimientos, autoestima, entre otros).
- Diseño de acciones preventivas que incorporen técnicas y metodologías participativas.

¿Qué intervenciones se pueden emprender desde un centro de salud?

El consumo de drogas tiene un importante impacto en la salud de la mayoría de los grupos de edad. Desde la adolescencia hasta la vejez, las drogas, en sus distintas clases, pueden actuar como factores de riesgo para la salud. Por ello, si los profesionales de salud quieren realizar una intervención integral sobre la salud de la población atendida, deben incorporar actuaciones de prevención.

A continuación se presenta una relación de las actividades más indicadas desde atención primaria:

- Actividades de prevención de carácter **individual**: son realizadas en la consulta, y generalmente orientadas a adolescentes y pacientes jóvenes. Están encaminadas a conocer las conductas en salud del paciente y las posibles prácticas de riesgo, mediante el establecimiento de un diálogo sobre las necesidades en salud y utilizando herramientas de escucha activa y consejo (counselling) como estrategia de orientación ante una posible presencia de comportamientos de riesgo.
- Actividades de prevención de carácter **comunitario**: están dirigidas a la infancia y adolescencia y realizadas en colaboración con sus mediadores habituales y mediante la aplicación de programas para la prevención del consumo de drogas. Estos programas se desarrollan, generalmente, con la colaboración de las escuelas y la participación de docentes, con organizaciones de la sociedad civil, así como la posible participación de los padres, familiares, y por qué no, consumidores (y sus familiares).
- Actividades en la consulta para **orientar a los padres** sobre los temores, sospechas o realidades de sus hijos ante el consumo de drogas.
- Actividades para la **detección de factores de riesgo en las familias y en el entorno social**, que puedan influir en los niños y adolescentes a que adopten conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.

- Actividades en la consulta para la **detección precoz en los adultos con consumos de drogas**, normalmente legales como el alcohol y el tabaco, aunque también ilegales, como la marihuana y la cocaína, en situaciones de riesgo potencial o real para su salud.
- Actividades de prevención dirigidas a las **enfermedades de mayor prevalencia en morbilidad y mortalidad** atendidas en los centros de salud, como son las patologías cardiovasculares y las respiratorias, y que están claramente relacionadas con el consumo de ciertas drogas (especialmente tabaco y alcohol).
- Actividades orientadas a la **disminución de daños** y el control de factores de riesgo para la salud en consumidores habituales de drogas, que pueden o no estar atendidos por otros dispositivos asistenciales.
- Actividades de refuerzo y fortalecimiento de aquellas conductas que **favorecen estilos de vida saludables** relacionados con las drogas.

¿Cuáles son los factores que intervienen en los programas de prevención que ofrecen mejores resultados?

Se han identificado ocho factores que inciden de forma clara en la selección y aplicación de los programas de prevención en la población infantil y adolescente:

1. Incorporar intervenciones que consigan modificar el comportamiento. Los programas de prevención deben centrarse en modelar las actitudes y en facilitar las habilidades de comportamiento saludable, utilizando para ello las técnicas de la teoría del aprendizaje y el modelado social, entre otras. Es importante insistir en que la información es un recurso necesario en prevención, pero claramente insuficiente.

2. Atender siempre a la etapa del desarrollo. Los programas preventivos han de adaptarse a la edad y el período del desarrollo de la población diana, seleccionando actividades de aprendizaje que resulten atractivas para cada grupo. Además, es preciso adecuar las intervenciones al estadio de cambio o evolutivo en el que se encuentra la conducta de riesgo, siguiendo el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente.

3. Incorporar intervenciones dirigidas a los padres. Las conductas de riesgo de los adolescentes están en permanente interrelación con la influencia que los padres tienen sobre sus hijos. Por lo tanto, deben incluir intervenciones con los padres o, al menos, contemplar las interacciones que existirán entre ellos.

4. Analizar las influencias sociales. Los comportamientos de los adolescentes están mediados por factores como la presión de grupo y los contextos socio-culturales en los que se desenvuelven de manera cotidiana.

5. Considerar la presión de los medios de comunicación. La televisión, Internet y los medios audiovisuales influyen sobre las conductas de los jóvenes. Por ello, se han

considerado un elemento esencial para incluir en los programas de prevención del consumo de drogas.

6. El ámbito educativo. La escuela es el agente primario de socialización y se ha considerado el medio idóneo para la implantación de programas de prevención de drogas. La mayoría de las evaluaciones de programas indican que los mediadores fundamentales en la prevención han de ser los profesores y los interlocutores habituales de los niños y adolescentes. Sin embargo, cada vez parece más relevante la participación de los profesionales sanitarios, en colaboración con los docentes, como agentes de apoyo y refuerzo de los mensajes en salud.

7. El mantenimiento de los efectos de los programas. La prevención ha de considerarse como una actividad mantenida en el tiempo, a largo plazo y que debe ser evaluada con cierta periodicidad para identificar si se alcanzan los objetivos. La intensidad en la aplicación de los programas puede disminuir con el paso del tiempo, manteniendo sesiones de recuerdo.

8. La perspectiva de la actuación. Los programas pueden ser actuaciones limitadas que van evolucionando con el paso del tiempo. El papel potencial de atención primaria es muy atractivo al poder trabajar en dos escenarios complementarios: por un lado, en la consulta y el centro de salud; y por otro, de manera complementaria, con intervenciones comunitarias, dirigiéndose a medios de comunicación, asociaciones, colegios, etc.

¿Cómo han evolucionado los programas de prevención de drogas?, ¿de cuántos tipos de prevención podemos hablar?

En el campo de la prevención de las adicciones cada vez tiene menor relevancia la clasificación realizada por Caplan (1980), que diferencia entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención **primaria** se define como la prevención de una enfermedad antes de que ocurra y también como la reducción de su incidencia. Es aquella que interviene para evitar el consumo de drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección. En el contexto del consumo de sustancias, la prevención primaria se define como cualquier intervención diseñada con el objetivo de prevenir el consumo riesgoso, problemático o dependencia antes de que este ocurra.

La prevención **secundaria** compromete intervenciones que detectan enfermedades en etapas tempranas antes de que se manifiesten síntomas o signos clínicos, con el objetivo de revertir o reducir la severidad de la enfermedad o proveer una cura. El propósito es obtener un diagnóstico inicial y un tratamiento para las personas, comenzando de forma temprana eficaz y eficientemente con la prevención de la salud y los programas de control. Tiene como objetivo identificar con la mayor celeridad los consumos iniciales e intervenir para evitar sus consecuencias, disminuir los daños y/o riesgos asociados, y evitar una escalada hacia un consumo dependiente.

La prevención **terciaria** se centra en el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia de drogas. Su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.

En los últimos años se ha impuesto una nueva terminología, que diferencia la prevención en tres tipos (Gordon, 1987): la universal, la selectiva y la indicada. La **universal** es aquella que va dirigida a todo un grupo objetivo (diana) sin distinción, trabaja fomentando valores y habilidades. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas, por ejemplo programas preventivos en el ámbito educativo que trabajan habilidades para la vida. Las estrategias de prevención universal alcanzan a la población completa (nacional, local, comunitaria, escolar, barrial) con mensajes y programas pensados para prevenir o retrasar el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. Esta misión de la prevención universal es retrasar el inicio del consumo a través de proveer a todos los individuos información y habilidades necesarias para prevenir el problema. Los programas de prevención universal se hacen llegar a grandes grupos sin ningún filtro previo en cuanto al riesgo de abuso de sustancias.

La prevención **selectiva** es aquella que se dirige a subgrupos más específicos que tienen un mayor riesgo de consumo; es de mayor intensidad y duración. En tiempos recientes, se ha prestado cada vez más atención a las intervenciones de prevención complementaria que se centran en grupos o contextos especiales de forma más selectiva. Por ejemplo, en contextos recreacionales.

La prevención **indicada** va dirigida a subgrupos, pero que suelen ser de consumidores o con problemas del comportamiento. Este tipo de prevención es más intensiva y costosa y busca cambios en el comportamiento más duraderos. Este tipo de prevención intenta identificar individuos que estén exhibiendo signos tempranos de abuso de sustancias y otros problemas de conducta para alcanzarlos con intervenciones especiales. Indicadores de un aumento individual de riesgo puede ser: caída de las notas escolares, consumo de alcohol y otras drogas, desórdenes de conducta así como alineación de los padres, la escuela y los grupos positivos de pares.

Por último, cabe indicar la existencia de otra modalidad de clasificación de la prevención, ya en desuso, y que diferencia entre prevención específica e inespecífica. Calafat (1995) definió la prevención específica como aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Por el contrario, la inespecífica es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones con baja conexión con el consumo de drogas. La inespecífica se orienta a actividades no directamente relacionadas con las drogas, como la ocupación del tiempo libre, fomentar las actividades deportivas, culturales o artísticas, promover asociaciones juveniles, el desarrollo de habilidades personales, etc.

¿Encontramos otros conceptos en prevención?

Estos conceptos son relevantes también en lo que respecta a la prevención de adicciones:

Intervención temprana: Es una estrategia terapéutica que combina la detección temprana

del uso peligroso o dañino de alcohol y el tratamiento de aquellos involucrados. El tratamiento es ofrecido o proveído antes de que los pacientes presenten la volición de querer hacerlo o de que tomen conciencia de que el consumo de la droga les causa un problema. Está dirigido particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o complicaciones psicosociales mayores.

Promoción de la salud y educación: La promoción de la salud es la provisión de información y/o educación a individuos, familias y comunidades para promover la unidad familiar, el compromiso comunitario y espiritualidad tradicional, todos contribuyen al estado de salud de los individuos que contribuyen de manera positiva. La promoción de la salud incluye la provisión de información disponible de estilos de vida saludables y cómo hacer el mejor uso de los servicios de salud con la intención de permitir a la gente, realizar opciones de salud racionales.

Educación para la salud: Compromete constructos concientes de oportunidades para aprender comprendiendo algún tipo de comunicación diseñada para mejorar el conocimiento sobre la salud. Promover conocimientos y desarrollar habilidades de vida que conduzcan hacia la salud.

Reducción de riesgos y/o daños: Permite hacer el tránsito de la sustancia (droga) a la conducta del sujeto que la consume y posibilita la consideración de diferentes objetivos para el usuario de drogas en un continuum que va desde el consumo de menor riesgo o daño hasta la abstinencia. El concepto de reducción de daños empezó a utilizarse a finales de los años '80 en la provincia de Merseyside (Inglaterra), en respuesta a dos factores principales:

1. El problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables (UdIs).
2. La sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no habían mejorado la situación, y en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado de aumentar los daños asociados al uso de drogas.

La reducción de daños se orienta a disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. Los programas de reducción de daños no pretenden la abstinencia en el consumo de drogas, sino que tratan de reducir las consecuencias que éste provoca, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo. No procuran reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

¿Cuáles son las estrategias de intervención que se desprenden de una política de reducción de daños?

- Ampliar el abanico de la oferta de atención, estableciendo objetivos múltiples e intermedios.

- Adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y a sus trayectorias individuales.
- Establecer una relación profesional-usuario de drogas más flexible y participativa en la toma de decisiones.
- Aceptar la ayuda para lograr el consumo controlado como un objetivo posible. Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones, que pueden ser implementadas conjunta o separadamente, de acuerdo a las realidades de cada comunidad. Entre las más habituales, pueden señalarse:
 - Acciones orientadas a disminuir situaciones de riesgo, dirigidas a proporcionar educación sanitaria; suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo.
 - Acciones preventivas orientadas a promover prácticas sexuales seguras, que proporcionan educación sobre sexualidad y favorecen el acceso a preservativos.
 - Acciones orientadas a brindar cuidados mínimos, que ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria.
 - Acciones orientadas a reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas. Incluyen los programas de mantenimiento con metadona o los programas de dispensación controlada de heroína (aplicable en países europeos).
 - Acciones orientadas a promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas, que propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.
 - Aunque en la mayoría de los países, los programas de reducción de daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daños.

¿Hay otro tipo de clasificación en prevención de adicciones?

Otra modalidad de clasificación de la prevención está relacionada con el lugar donde se aplica. De esta forma, se diferencia entre prevención escolar, familiar, comunitaria y otras, como militar, penitenciaria, en los medios de comunicación, etc.

¿En qué consiste la prevención escolar?

Este tipo de prevención permite llegar a los niños y jóvenes que se encuentran escolarizados, en la edad de mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de sustancias. Recordemos

que en nuestra provincia la edad de inicio promedio se encuentra entre los 15 y 16 años de edad (Plan Provincial de Adicciones, Observatorio Mendocino de Drogas, 2010) y que con algunos tipos de sustancias como solventes e inhalantes se comienza a consumir a edades más tempranas de desarrollo (entre los 10 y 12 años de edad). Por lo tanto, es considerado de gran relevancia la aplicación de programas preventivos en el ámbito escolar ya que tenemos acceso a toda la población diana que nos interesa abordar. Pero además de trabajar con los niños y adolescentes debemos involucrar a toda la comunidad escolar que se constituye en alumnos, profesores y directivos y padres.

Este tipo de prevención tiene por objetivo que los alumnos no se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas y/o retardar la edad de inicio en el mismo, como detectar precozmente aquellos alumnos con uso o consumo riesgoso y articular acciones con el ámbito de la salud (servicios de salud mental infanto-juvenil, centros de salud, centros integradores comunitarios).

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

- Porque la escuela es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y grupo de pares, y es en ésta en donde se continúa el proceso de socialización iniciado por la familia.
- Porque actúa sobre las personas en una etapa de su desarrollo en la cual la intervención del adulto tiene gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que los coloca en situación de vulnerabilidad.
- Porque la obligatoriedad de la escolarización implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de su desarrollo psico-social.
- Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos, como modelador de conductas y a su función educadora.

¿En qué consiste la prevención familiar?

La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia con una estructura consolidada, una dinámica familiar adecuada, con roles y límites claros, apoyo emocional, comunicación fluida, con capacidad de resolución de conflictos, entre otros, facilita mejor las etapas del ciclo vital familiar y el desarrollo psico-social de sus miembros.

Por lo tanto, estos programas preventivos dirigidos a las familias fomentan habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementando el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas, y los hacen tomar conciencia de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

Pero el mayor problema que tienen estos programas es la escasa participación de los padres, e incluso cuando participan, sólo acuden las madres y son quienes menos problemas tienen sus hijos con el consumo de sustancias psicoactivas.

Ante lo expuesto, una intervención importante es aquella orientada a familias problemáticas donde los padres y/o hijos consumen drogas o tienen muy alto riesgo de consumir, combinándolo con otras intervenciones de tipo comunitarias.

¿En qué consiste la prevención comunitaria?

El objetivo de este tipo de prevención es la participación y movilización de las distintas instituciones (centros de salud, CIC, escuelas, municipio, policía, entre otros), organizaciones de la sociedad civil (clubes, iglesias, uniones vecinales, radios comunitarias, entre otros), colectivos, grupos y personas de la comunidad, tendientes a:

- Generar hábitos de vida saludables.
- Evitar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Disminuir los riesgos o daños asociados en los consumidores en riesgo, problema o dependientes,
- Favorecer la inclusión social.
- Evitar la rotulación y estigmatización de las personas consumidoras.

Habitualmente un programa comunitario incluye otros programas que a su vez funcionan independientemente (prevención escolar, familiar, laboral, etc) pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario pueden funcionar sinérgicamente todos entre sí. De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problemas con el consumo de drogas.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA COMUNITARIO

- Análisis de necesidades e identificación de poblaciones de riesgo:
 - Nivel del consumo de drogas (análisis epidemiológico).
 - Grupos con mayores problemas de consumo de drogas y/o grupos vulnerables.
 - Zonas en donde se consumen drogas o se venden.
 - Nivel de participación ciudadana en otras actividades.
 - Nivel de apoyo de otros actores claves (iglesias, uniones vecinales, policía, municipio, escuelas, etc.).
 - Apoyo de los medios de comunicación (Por ej: radios comunitarias) y de personas claves de la comunidad (empresarios, periodistas, políticos, referentes barriales, sacerdotes, pastores, etc.).
 - Establecimiento de la población diana (objetivo) a la cual va dirigido el programa.
- Establecimiento de metas de la prevención.
- Establecimiento de los objetivos.
- Planificación y estrategias de cambio.
- Identificación de recursos comunitarios y fuera de la comunidad.
- Adecuación de recursos – necesidades (entre lo que se tiene y necesita en función de metas y objetivos concretos).
- Establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas.
- Implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos.

¿Cuáles son las bases teóricas de los programas de prevención de drogas?

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en la etiología del consumo de drogas. Se apoya en dos ejes: 1) diferentes variables socioculturales, biológicas y psicológicas modulan el inicio, el mantenimiento y la progresión, o no, en el consumo de drogas; 2) hay una progresión del consumo de drogas legales e ilegales, estabilizándose los consumos de riesgo.

En 2004, el NIDA (National Institute on Drug Abuse, EEUU) estableció un catálogo que recoge los principios para la prevención de drogas, basados en las investigaciones más relevantes y que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

1. Los programas de prevención deben ser diseñados para realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.
2. Los programas tienen que incluir todas las formas de consumo y sustancias.
3. Deben abarcar estrategias para reforzar las actitudes contra el consumo, incrementar la competencia social y mejorar las habilidades sociales.
4. Los programas para adolescentes tienen que basarse en actividades con interacción entre ellos.
5. Es conveniente incluir actividades dirigidas a los padres y educadores como mediadores principales de los adolescentes.
6. Los programas preventivos deben diseñarse con actividades a largo plazo, aunque con diferente intensidad.
7. Los programas que incluyen actividades con las familias tienen mayor impacto.
8. Los programas comunitarios, dirigidos a medios de comunicación, aumentan su impacto si se integran con intervenciones en la familia y en la escuela.
9. La regulación y la aplicación de normas pueden reforzar la acción de los programas comunitarios.
10. La escuela es un medio favorable e indispensable para los programas de prevención y para seleccionar a subpoblaciones con mayor riesgo de consumo.
11. Cuanto mayor sea la conducta de riesgo, mayor ha de ser la intensidad de los programas de prevención.
12. El éxito de los programas de prevención aumenta cuando experimentan adaptaciones a las condiciones de cada contexto comunitario.
13. Los programas preventivos deben adecuarse a la edad de la población diana (objetivo).
14. Por cada peso invertido en prevención del consumo de drogas se puede ahorrar entre 4 o 5 veces más en costes de tratamiento.
15. La evaluación de los resultados ha de incluirse en los programas como estrategia de mejora continua.

¿Qué programas de prevención encontramos en ejecución en la provincia?

Programa Quiero Ser: se realiza en co-gestión entre SEDRONAR (Presidencia de la Nación), Plan Provincial de Adicciones (Dirección Gral. Salud Mental, Ministerio de Salud), Dirección de Educación Primaria (Dirección General de Escuelas). El programa busca fortalecer los factores protectores de los niños/as entre los 10 y 14 años de edad (5° a 7° grado), de la familia y del ámbito educativo. Para ello se capacita a los docentes de todas las escuelas primarias públicas de la provincia, quienes aplican el programa con sus alumnos, padres y compañeros de escuela. Se cuenta con un manual para la escuela y el docente, y manuales para cada uno de los alumnos en donde se trabajan las habilidades para la vida y riesgos asociados al consumo de drogas.

Programa redes “Prevención de Adicciones en Iglesias”: se orienta al trabajo con los líderes religiosos (sacerdotes, pastores, comunidad pastoral, entre otros) en donde:

- Se debate la problemática de las adicciones desde una mirada bio-psico-social y espiritual del ser humano.
- Se socializan experiencias de prevención en adicciones y se generan espacios de formación.
- Se brinda asesoramiento y acompañamiento, y se implementan programas de prevención desde las iglesias. Así es como se han llevado cabo actividades como: “Proyecto tu sueño”, “Talento sin drogas”, “Grupos de autoayuda”, “Rock & Vida”, entre otros.

Programa consultoría escolar: desde este programa se captan las demandas del ámbito educativo y se diseña en forma conjunta con el establecimiento escolar un diagnóstico participativo e intervenciones orientadas a la prevención, capacitación y/o derivación a la red asistencial.

Programa de participación juvenil: se lleva a cabo con las Asesorías de Juventud de los municipios y la Dirección de los Centros de Estudiantes de las escuelas secundarias. Tiene por objetivo la formación de líderes juveniles como agentes multiplicadores, que lleven a cabo actividades de prevención entre sus pares partiendo de los intereses, gustos e idiosincrasia de los jóvenes.

Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones: se busca formar, sensibilizar y concientizar a la comunidad en general, ofreciendo contenidos teóricos y científicos en el abordaje preventivo de las adicciones. Asimismo se pretende formar agentes multiplicadores para que diseñen e implementen proyectos preventivos en sus ámbitos institucionales y comunitarios.

Programa Prevenir: se trabaja en co-gestión entre SEDRONAR, el Plan Provincial de Adicciones y municipios. Estos últimos presentan proyectos de prevención que son financiados por SEDRONAR. Actualmente hay dos municipios (Guaymallén y Luján) que se encuentran bajo la órbita del mismo. Se espera el financiamiento para los municipios restantes que han presentado proyectos.

Campaña "Esta noche la manejo yo": es una campaña de difusión tendiente a disminuir los riesgos asociados (accidentes de tránsito, relaciones sexuales no seguras, intoxicaciones alcohólicas agudas, previas) al consumo abusivo de alcohol. Esta campaña tiene 4 componentes:

- a) Conductor designado o responsable que no consuma alcohol cuando maneja y lleve a sus amigos en forma segura a casa.
- b) Cómo evitar un consumo abusivo de alcohol e intoxicaciones alcohólicas agudas, y cómo intervenir cuando un amigo se encuentra ante tales situaciones,
- c) Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades de transmisión sexual,
- d) Concientización de padres de hijos adolescentes y jóvenes ante las previas, consumo abusivo de alcohol y conducción bajo los efectos del alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña Iglesias E. (2002). "Bases Científicas de Prevención de la Drogodependencias" Ministerio del Interior. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. Madrid.
- Calabrese. A. "Aspectos Sociales de la Drogadicción"(2007). FAT, publicación técnica N° 26, Buenos Aires.
- Calabrese. A. "Una visión actual sobre los modelos preventivos" .(2007) FAT, publicaciones técnicas del fondo de ayuda toxicológica. Buenos Aires.
- Casado. V; Arauzo Palacios. D. (2004). "Intervención de drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas" Adicciones. Vol. 16 num. 3 (225-234).
- Curci, O. (1994). "Toxicología" Buenos Aires, Argentina, 2ª Ed. López Libreros Editores.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2009). "Guía para la Detección y Tratamiento de Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas" Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación AUAPSI - MSAL". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Camas Disponibles destinadas a la Atención en Salud Mental y Egresos Hospitalarios del Sector Público en Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2011). "Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha frente al consumo excesivo de Alcohol". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2011). "Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.
- Donghi. A; Vázquez. L. (2000). "Adicciones: una clínica de la cultura y su malestar" Buenos Aires. Ed. JVE.
- DSM IV. (1995). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Masson S.A.
- Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra. (2001). "Manual para operadores Terapéuticos en Adicciones". Argentina. Ediciones del Canto Rodado.

- Graña Gómez. J. (1994). "Conductas Adictivas: teoría, evaluación y tratamiento" (1994). Madrid. Ed. Debate.
- Goldfrank L., Flomenbaum N., Lewin N. (1994). "Toxicologic Emergencies". Connecticut, U.S.A., 5ª Ed. Appleton & Lange.
- López Sarmiento C., Crapanzano G., Talamoni M. (2004). "Guía de diagnóstico y tratamiento en toxicología". Buenos Aires, Argentina, 1ª Ed. Eudeba.
- Mateu Sancho J. (1994). "Toxicología Médica". Barcelona, España, Ed. Doyma.
- Miller, William; Rollnick, Stephen. (1999). "Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de las conductas adictivas". Buenos Aires. Editorial Paidós S.A.
- Monteiro, Maristela G. (2008). "Alcohol y Atención Primaria en Salud. Informaciones Clínicas Básicas para la Identificación y el Manejo de Riesgos y Problemas". Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- National Institute on Drug Abuse. (2004). "Los Principios de la Prevención". EEUU. www.drugabuse.gov
- National Institute on Drug Abuse. (2004). "Principios del Tratamiento Efectivo". EEUU. www.drugabuse.gov
- Nogué S. (2000). "Intoxicaciones Agudas Protocolo de Tratamiento". Área de Vigilancia Intensiva Unidad de Toxicología Clínica - Servicio de Urgencias Hospital Clínic. 3ª Ed. Barcelona, España.
- Norcross, J. (2002). "Psychotherapy Relationships that Work". New York. Oxford Press.
- Norcross, J; Goldfried, M. (1992). "Handbook of Psychotherapy Integration" New York. Basic Books.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2004). "El Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos. Prueba Piloto en Comisarías". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráfica Letras.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2007). "Aspectos Cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína/Paco". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2007). "El Tráfico de Estupefacientes en la Argentina. Un estudio sobre sus condicionantes estructurales y coyunturales". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. GUTTENPRESS.

- Observatorio Argentino de Droga. (2007) "Diagnóstico de la Problemática del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas en Argentina". SEDRONAR. Presidencia de la Nación.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2009) "Cuarta Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento" SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2009) "El Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.
- Observatorio de Drogas de Buenos Aires. (2010). "Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). "Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina". Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). "Principios de Brasilia.Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas". Brasil.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). "Estrategias y Plan de Acción en Salud Mental". Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). "Conferencia Regional de Salud Mental, 20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios". Panamá.
- Pemjean. G. (2009). "Detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y drogas en la atención primaria". Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). "Guía sobre Drogas". Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Avenida Gráfica.
- Plan Provincial de Adicciones. (2008). "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones- (2009). "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones. (2010) "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones. (2008) "Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

- Plan Provincial de Adicciones. (2011) "Efectividad en la Etapa de Admisión en los Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones en función a estadios y procesos de cambio y perfil sociodemográfico". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Prochaska, J; Norcross, J. (1999). "Systems of Psychotherapy". New York. Brooks.
- Prochaska, J; Norcross, J; Diclemente, C. (1994). "Changing for Good". New York. Avon Books.
- Repetto Jiménez, M., Repetto Kuhn, G. (2009). "Toxicología Fundamental". Madrid, España, 4ª Ed. Díaz de Santos.
- Rodríguez Matos. A. (2002). "Efectividad de las técnicas de consejo breve" Adicciones, Vol. 14, suplemento 1.
- Seligman, Martín. (1995). "What you can Change". New York. Ballantini Books.
- Seligman, Martín. (1995) "The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study". American Psychologist 50, 965 – 974.
- Seligman, Martín. (1998). "Learned Optimism". New York, Pocket Books.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2007). "El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas". Barcelona. SEMFYC Ediciones.
- Talamoni, M. (1992). "Intoxicaciones más Frecuentes en Pediatría". Buenos Aires, Argentina, Ed. H. Macchi.
- Touze. G. (2010). "Prevención del consumo Problemático de Drogas". Buenos Aires. Ed Troquel.
- Viccellio, P. (1993). "Handbook of Medical Toxicology". Massachusetts, United States of America, Litter, Brown and Co.

ENLACES DE INTERÉS:

[www.facebook.com/Plan Provincial Adicciones Mendoza](https://www.facebook.com/PlanProvincialAdiccionesMendoza)

www.indec.gov.ar (Instituto Nacional de Estadística y Censos)

www.msal.gov.ar (Ministerio de Salud de la Nación)

www.nida.com (NIDA)

www.observatorio.gov.ar (Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR)

www.ops.org.ar (Organización Panamericana de la Salud en Argentina)

www.paho.org (Organización Panamericana de la Salud)

www.salud.mendoza.gov.ar (Ministerio de Salud Gobierno de Mendoza)

www.sedronar.gov.ar (SEDRONAR)

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El abuso de drogas ilícitas o bien de otras sustancias lícitas, se puede definir como el uso de un producto químico para conseguir un efecto farmacológico deseado en una forma impropia (efectos psíquicos, enteogénico, dependencia, intentos de suicidio), estableciendo a su vez un patrón patológico de uso, deterioro de la actividad social o laboral y una duración mínima del trastorno de, por lo menos, un mes.

El uso compulsivo de estas drogas de abuso produce dependencia psicológica (satisfacción y deseo vehemente de consumir), dependencia física (síntomas de privación) y tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos deseados).

La intoxicación por drogas, sea una forma aguda o crónica, produce problemas físicos y psíquicos que pueden conducir a la muerte o bien a secuelas permanentes (médico-sociales, laborales, etc.). Es uno de los problemas más acuciantes del país, no sólo por sus costos sanitarios y asistenciales, sino también con su asociación con los problemas de seguridad ciudadana (crímenes y robos), violencia familiar, abuso de menores, delincuencia infantil y juvenil, abandono de la escuela, mendicidad, disminución de la competitividad, pérdida de horas de trabajo, inseguridad vial, accidentes laborales etc., llevando a una importante carga económica para el individuo y la sociedad en su conjunto.

ALCOHOL ETÍLICO

Generalidades

Al igual que el consumo de otras drogas, el alcohol puede dar lugar a trastornos somáticos (corporales), mentales y sociales. Los problemas de salud mental se agrupan según las dos grandes clasificaciones actuales: la CIE-10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), bajo el nombre de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas; y la DMS-IV elaborada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995) como trastornos relacionados con sustancias.

El etanol es un compuesto hidrófilo y liposoluble, aunque se disuelve más en agua que en lípidos, hecho que le permite ser absorbido con facilidad por cualquier vía, y distribuirse rápidamente tanto en los compartimientos acuosos como en los lipídicos.

Debido a su hidrosolubilidad es distribuido disuelto en el plasma sanguíneo, siendo la concentración de alcohol en sangre o alcoholemia el factor decisivo para la impregnación tisular y los efectos consecuentes en el sistema nervioso central (SNC). El etanol es un

depresor del sistema nervioso central (SNC), que actúa aumentando la inhibición mediada por los receptores GABAA, inhibiendo canales de calcio tipo L y aumentando la adenosina a nivel extracelular.

Tras una toma aislada, la alcoholemia va aumentando hasta alcanzar un máximo que se consigue entre los 15-30 minutos cuando el estómago está vacío y puede tardar 90 minutos si el estómago contenía alimentos sólidos y grasos, aceptándose que el valor de la alcoholemia disminuye cada hora un valor medio de 0,15 g/l. Consecuentemente, un individuo que posea una alcoholemia de 1,5 g/l, tardará 10 horas en eliminar todo su alcohol.

La eliminación del alcohol se realiza fundamentalmente (el 90%) por biotransformación excretándose, sin cambios, por la orina tan sólo el 5% y otro 5% por los pulmones y las heces. La curva de eliminación urinaria está retrasada con respecto a la alcoholemia y no guarda relación alguna con ella, por lo que no es útil a efectos de investigación de la impregnación alcohólica, por el contrario, el aire espirado, que tiene su máximo de alcohol a los pocos minutos de ingerido éste, resultando muy útil a efectos analíticos.

Se ha mencionado que el 90% del alcohol absorbido se elimina mediante biotransformación, por tres sistemas enzimáticos que operan dentro del hepatocito:

- Se transforma en acetaldehído por la enzima dehidrogenasa alcohólica y éste en ácido acético, por el aldehído dehidrogenasa, utilizando NAD como cofactor.
- El segundo camino es la catalasa de los peroxisomas.
- El tercer camino es el sistema microsomal etanol-oxidasa, que puede metabolizar hasta el 10% del etanol, a niveles séricos elevados.
- Se excreta por pulmones, orina, sudor y leche materna. Atraviesa la placenta.

El alcohol etílico es un potente irritante gastrointestinal, produce vasodilatación, disminución de la neoglucogénesis, de la hormona antidiurética y de la resorción tubular de agua. La hipotermia se debe a pérdida de calor e inhibición del centro termorregulador.

En el paciente adulto, hay que tener en cuenta, que puede tratarse de un alcoholista crónico, con todas las manifestaciones patológicas que ello ocasiona.

La determinación de alcohol etílico en sangre (alcoholemia) es de gran utilidad médico-legal en accidentes de tránsito; para efectuar diagnósticos diferenciales, sobre todo en niños con ingestas involuntarias y adolescentes con tentativa suicidas, que nieguen la ingesta de alcohol; así también como para evaluar la gravedad de la intoxicación.

Intoxicación en pediatría. Los niños se intoxican a través de paños de alcohol colocados sobre el abdomen o por la ingesta accidental de productos que lo contienen.

Fuentes

Bebidas alcohólicas, alcohol medicinal, perfumes, lociones de afeitar, disolventes, etc.

Signos y síntomas

Neurológicos: Somnolencia, disartria, ataxia, obnubilación, nistagmus, convulsiones, coma, hiporreflexia y depresión respiratoria.

Oftalmológicos: Miosis. Midriasis transitoria por aumento de catecolaminas.

Temperatura: Sensación de calor (con sudoración), hipotermia.

Digestivos: Náuseas, vómitos, gastritis erosivas y pancreatitis.

Cardiológicos: Taquicardia, vasodilatación cutánea, vasoconstricción en cerebro y corazón. Depresión cardiovascular. Muy raramente: fibrilación auricular y ventricular, por hipotermia prolongada.

Metabólicos: Hipoglucemia: más común en niños. Hiperglucemia transitoria por aumento de catecolaminas, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis láctica.

Aumentan las lipoproteínas de alta densidad.

Renales: Aumento de la diuresis.

Si el paciente es un alcoholista crónico, se pueden agregar las manifestaciones clínicas descritas a continuación:

Digestivos: Hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis, úlceras gástrica y duodenal y pancreatitis crónica.

Cardiovasculares: Cardiomiopatía, hipertensión, arritmias.

Neurológicos: Encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakoff, atrofia cerebral, demencia, degeneración cerebelosa, polineuropatía.

Respiratorios: Alteraciones ciliares, infecciones.

Nutricionales: Hipoproteinemia, hipovitaminosis.

Metabólicos: Hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia.

Endocrinológicos: Disminución de la testosterona.

Psiquiátricos: Cambios en la personalidad y en la conducta, ansiedad, conductas suicidas, síndrome depresivo, enfermedad bipolar, demencia.

Hematológicos: Anemia macrocítica, leucopenia y trombocitopenia.

Diagnósticos diferenciales

Ingestión de psicofármacos, ingestión de otro tipo de alcoholes y traumatismo de cráneo.

Exámenes complementarios

Toxicológico: Alcoholemia: extraer 5 cm³ de sangre en jeringa heparinizada (no limpiar la zona con alcohol, usar povidona yodo ó agua y jabón). Tapar con tapón de goma la aguja, sin burbuja de aire.

Otros: Hemograma, hematocrito, urea, creatinina, ácido úrico, glucemia, calcemia, ionograma, estado ácido - base, ácido láctico, osmolaridad, hepatograma, amilasemia, radiografía de tórax, electrocardiograma y, eventualmente, tomografía axial computada.

Las manifestaciones clínicas de intoxicación dependen de la concentración del alcohol en sangre, siendo su acción farmacológica: Depresión del Sistema Nervioso Central, fundamentalmente del sistema reticular ascendente siguiendo la Ley de Jackson, actuando desde la corteza hacia los centros nerviosos inferiores. Por ello, a bajas dosis y al principio de sus efectos actúa como excitante, al inhibir los centros corticales normalmente inhibidores, produce la liberación de los inferiores con la consiguiente euforia, (desinhibición de las funciones psíquicas).

Tras una ingestión de bebida alcohólica, y dependiendo de la dosis y la progresión del tiempo, como consecuencia de la acción sobre el SNC, se puede experimentar:

- Síndrome excitatorio: excitación, euforia.
- Síndrome confusional: confusión o embotamiento mental.
- Síndrome cerebeloso: anestesia, hipnosis (somnia); desequilibrio y ataxia (andar dificultoso)
- Síndrome comatoso: progresiva disminución de la consciencia, coma y paro respiratorio.

Horas después de la toma aparece la llamada “resaca”, con enrojecimiento facial, cefalea, torpeza mental, sed, déficit de vitamina B, etc. motivada por el metabolismo del alcohol y la acción vasodilatadora del acetaldehído.

Relación entre alcoholemia y síntomas clínicos

Alcoholemia		Síntomas
Adultos	0,20 a 1,50 g/l	Las pruebas psicométricas muestran una prolongación en los tiempos de respuesta al estímulo y a la posibilidad de accidentes. Según la susceptibilidad individual, se observa un discreto estado de excitación acompañada de leves alteraciones sensoriales y disminución de la concentración psíquica con alteración de la asociación de ideas.
	0,50 a 1,50 g/l	Alteración del juicio, la atención, la comprensión y la memoria. Desinhibición, euforia, verborrea y excitación psicomotriz. Alteración de los movimientos reflejos automáticos y de áreas sensoriales que distorsionan las percepciones auditivas y visuales, disminuyen los reflejos y el campo visual. Es frecuente la producción de sueño.
	1,50 a 2,50 g/l	Excitación, confusión, agresividad, alteraciones de la percepción y pérdida de control. Disartria, marcha atáxica, diplopía y nistagmo. Hipotensión arterial, taquicardia, hipoglucemia e hipotermia. Depresión del SNC, con alteración de los movimientos reflejos rápidos.
	2,50 a 3,50 g/l	Depresión de SNC, sueño profundo, estupor y coma. Hipotensión arterial, bradipnea, hipotermia, hiporreflexia, hipoalgesia y amnesia temporal.
	Mayor a 3,50 g/l	Coma, broncoaspiración, marcada bradicardia, hipotensión, arreflexia y analgesia superficial y profunda. Depresión respiratoria, cardiovascular. Con niveles mayores a 3.5 g/l hay riesgo de muerte por paro cardiorrespiratorio.
Niños	0,50 a 1,00 g/l	Síntomas moderados a severos.

Tratamiento de la intoxicación aguda

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas. Colocar sonda nasogástrica y rescatar contenido gástrico. Hidratación endovenosa con dextrosa al 5% y reposición de electrolitos, previa toma de muestra para determinación de glucemia.

- Hipoglucemia: Depende de las horas de ayuno transcurridas. En la mayoría de los casos, se corrige con solución endovenosa de dextrosa al 10% o 25%.

- Hipotermia: En general son hipotermias leves: 35 - 32 °C o moderadas: 32 - 29,5 °C. Se debe abrigar al paciente y mantenerlo en un ambiente templado. Oxígeno humidificado entubiado, solución fisiológica endovenosa a 38° y lavado gástrico o vesical con soluciones entibiadas. Aunque no es lo habitual, en casos extremos se puede efectuar hemodiálisis con calentamiento de la sangre, en forma extracorpórea (hipotermia severa con menos de 29,5°). Monitoreo cardiológico, en todos los casos.

- Excitación psicomotriz. En los casos moderados o severos, a pesar de que el alcohol es un depresor del SNC y las benzodiazepinas pueden potenciar ese efecto, se pueden utilizar con precaución (lorazepam o diazepam).

- Convulsiones. Diazepam endovenoso, hasta que ceda el episodio agudo, luego continuar con diazepam o lorazepam, por vía oral.

- Corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y la acidosis.

Pacientes alcohólicos crónicos o que han ingerido gran cantidad

- **Tiamina** (vitamina B1). Administrar 300 mg como dosis de carga y luego 100 mg/día como dosis de mantenimiento, en forma endovenosa, disuelta en solución fisiológica, previamente a la administración de dextrosa.

Precauciones: no administrar con soluciones alcalinas, barbitúricos ni eritromicina, porque le otorgan inestabilidad a la molécula. La glucosa la utiliza como cofactor para su metabolismo, por lo tanto la agota y se puede agravar una encefalopatía si se administra dextrosa previa.

Todos los pacientes tienen que ser evaluados por riesgo de suicidio y por su situación social, deben tener un seguimiento médico organizado y ser motivados para tratamiento psicoterapéutico.

ALCOHOLISMO CRÓNICO – CUADROS AGUDOS

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

El etanol produce tolerancia y dependencia física. La tolerancia al etanol tiene lugar por tres mecanismos:

- La tasa metabólica puede estar aumentada significativamente, debido al aumento del metabolismo por el sistema microsomal hepático.

- Tolerancia celular, por adaptaciones neuroquímicas de las membranas neuronales.
- Tolerancia del comportamiento.

La adicción tiene lugar, después de la adaptación celular, cuando se requiere etanol para una óptima función neuronal. El síndrome de abstinencia aparece de 6 a 48 horas después de la reducción y/o suspensión de la ingesta de etanol, y dura de 2 a 7 días sin tratamiento.

Signos y síntomas

Neurológicos: Insomnio, irritabilidad, temblor, desorientación, ansiedad, anorexia, hiperreflexia, hipertermia, delirio onírico, alucinaciones auditivas, cenestésicas y visuales, convulsiones.

Cardiológicos: Hipertensión, taquicardia.

Otros: Sudoración.

Exámenes complementarios

Hemograma, hematocrito, ionograma, urea, creatinina, glucemia, coagulograma, calcemia, fosfatemia, magnesemia, estado ácido - base, hepatograma y amilasemia.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Benzodiazepinas (BDZ). Se utilizan como medicación de reemplazo. Las BZD ejercen efecto cruzado con el alcohol, ocupando los receptores. Administrar lorazepam, por vía sublingual o endovenosa, 1 mg cada 30 minutos hasta controlar los signos de abstinencia. No pasar de una dosis total de 6 a 8 mg diarios. Diazepam, por vía endovenosa, 10 mg dosis hasta la sedación del paciente. No pasar de 40 mg diarios.

Tiamina. Se indica en forma endovenosa, 300 mg/día, diluida en solución fisiológica, como dosis de carga y 100 mg/día como dosis de mantenimiento. Administrar previo a la infusión con dextrosa. Ver precauciones en intoxicación aguda por etanol.

Hidratación oral o parenteral, con solución dextrosada al 5% y reposición de electrolitos.

Monitoreo cardiovascular.

Alucinaciones. Haloperidol, 2.5 a 5 mg por día por vía endovenosa o intramuscular.

Convulsiones. Diazepam endovenoso. Si las convulsiones no ceden, utilizar fenobarbital.

Debe motivarse al paciente para realizar tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico.

DELIRIUM TREMENS

También llamado síndrome de abstinencia mayor, aunque no siempre se desencadena por una suspensión o reducción del consumo de alcohol; puede desencadenarlo una injuria metabólica o infecciosa.

Se caracteriza por:

- Delirio onírico con desorientación temporo-espacial.
- Temblor generalizado.
- Alteraciones metabólicas: sudoración, deshidratación, hiponatremia.

Exámenes complementarios

Hemograma, hematocrito, ionograma, urea, creatinina, glucemia, coagulograma, calcemia, fosfatemia, magnesemia, estado ácido - base, hepatograma y amilasemia.

Tratamiento

Hidratación parenteral.

Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico.

Benzodiazepinas (BDZ). Se utilizan como medicación de reemplazo. Las BZD ejercen efecto cruzado con el alcohol, ocupando los receptores. Administrar: lorazepam, por vía sublingual o endovenosa, 1 mg cada 30 minutos hasta controlar los signos de abstinencia. No pasar de una dosis total de 6 a 8 mg diarios. Diazepam, por vía endovenosa, 10 mg hasta la sedación del paciente. No pasar de 40 mg diarios.

Oxígeno humidificado.

Tiamina. Se indican 300 mg endovenoso diluida en solución fisiológica, como dosis de carga y 100 mg/día como dosis de mantenimiento. Administrar previo a la infusión con dextrosa. Ver precauciones en intoxicación aguda por etanol.

Alucinaciones. Haloperidol, 2.5 a 5 mg por día por vía endovenosa o intramuscular.

Convulsiones. Diazepam endovenoso. Si las convulsiones no ceden, utilizar fenobarbital.

Corrección de patología concomitante si existiese.

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

Se produce por el déficit agudo de tiamina (Vitamina B1). Puede evolucionar a psicosis de Korsakoff. Se caracteriza por:

- Desorientación temporo-espacial.
- Somnolencia y ataxia.
- Oftalmoplejía: nistagmus bilateral, parálisis del VI par craneal (motor ocular externo), miosis.
- Disartria, temblores y rigidez

Tratamiento

Tiamina, 300 mg EV, continuar con 100 mg/día. Hidratación parenteral. Control clínico. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Puede ser aguda, subaguda y crónica. El paciente se encuentra vigil y compensado metabólicamente.

Signos y síntomas

Alucinaciones auditivas (de voces acusadoras), delirio de persecución.

Tratamiento

Tratamiento de deshabitación. Complejo B. Neurolépticos (haloperidol, 5 a 10 mg EV ó IM).

BENZODIAZEPINAS

Generalidades

Las benzodiazepinas son drogas depresoras selectivas del sistema nervioso central. Actúan potenciando los efectos del ácido gama amino butírico, debido a su unión al receptor GABAA, aumentando la frecuencia de descargas de apertura de los canales de cloro. De esta manera se potencia la inhibición gabaérgica.

Usos

Sedantes. Hipnóticos. Miorrelajantes. Ansiolíticos. Anticonvulsivantes.

Clasificación según su vida media de eliminación

Ultracorta	Midazolam Triazolam	1.3 a 2.5 horas 2 a 4 horas
Corta	Alprazolam. Lorazepam.	10 a 14 horas 10 a 20 horas
Intermedia	Clonazepam Bromazepam	20 a 40 horas 20 a 32 horas
Larga	Diazepam	33 a 53 horas

Signos y síntomas

Oftalmológicos: Miosis, nistagmo

Cardiovascular: Depresión cardiovascular (en grandes sobredosis)

Neurológicos: Marcha atáxica, disartria, mareos, somnolencia, estupor, obnubilación, coma

Muscular: Hipotonía.

Respiratorio: Depresión respiratoria

Síndrome paradójal: Gran excitación psicomotriz, alternando con períodos de depresión del sensorio, alucinaciones. Más frecuente en niños y ancianos

Exámenes complementarios

Toxicológico: determinación de benzodiazepinas en suero u orina.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Vía oral. Lavado gástrico y carbón activado.

- Antídoto: **Flumazenil**. Revierte los síntomas producidos por benzodiazepinas. En el

paciente intoxicado se utiliza si aparece sueño profundo o coma; se busca superficializar al paciente y no despertarlo bruscamente, ya que podría desencadenar un síndrome de abstinencia. En el síndrome paradójico puede utilizarse con cuidado.

Dosis. Adultos: 0,2 a 0.5 mg/dosis EV, aplicada en 15 a 30 segundos; esta dosis puede ser repetida hasta 4 veces con intervalos de 20 minutos. En casos graves puede colocarse en infusión EV continua a dosis de 0.25 a 0.5 mg/hora según necesidad.

Ancianos: se comienza con 0,1 mg/dosis.

Niños: 0,01 mg/Kg/dosis.

Efectos adversos: cefalea, mareos, arritmias cardíacas, síndrome de abstinencia a las benzodiazepinas. En sobredosis han sido relatadas convulsiones.

Contraindicaciones: arritmias cardíacas, convulsiones ó antecedentes convulsivos, hipotensión severa, ingesta concomitante de antidepresivos tricíclicos u otras drogas convulsivantes, hipoxia.

Presentación: ampollas de 5 ml con 0,5 mg (0.1 mg/ml).

Tolerancia y Síndrome de abstinencia

Las benzodiazepinas inducen tolerancia con rapidez. La supresión brusca después del uso habitual puede dar lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia (irritabilidad, agresividad, convulsiones, etc.). El grado de dependencia y la gravedad del síndrome de abstinencia está en relación con la cantidad total consumida y la duración de la sustancia (las benzodiazepinas de duración corta producen dependencia con mayor rapidez).

Desintoxicación/deshabitación: la sustitución de benzodiazepinas de duración corta por otras de duración larga y la reducción progresiva de la dosis es la base del tratamiento farmacológico. La deshabitación está centrada en un abordaje de tipo psicoterapéutico.

OPIACEOS

Generalidades

Opioides son todos los compuestos naturales, sintéticos y peptídicos, que entran en interacción con los receptores estereoespecíficos de los sistemas nervioso central y periféricos.

Estos receptores están relacionados con las tres familias conocidas de péptidos endógenos: encefalinas, endorfinas y dinorfinas.

La amapola, *Papaver somniferum*, es la fuente de opio natural, que contiene más de 20

alcaloides, entre ellos la morfina y la codeína. Tienen diferencias farmacológicas importantes, que derivan de sus interacciones complejas con receptores múltiples del sistema nervioso central (SNC). Se fijan en receptores específicos, en especial mu, delta y kappa, produciendo analgesia a niveles suprarraquídeo, raquídeo y periférico, con efecto depresor sobre el SNC, desarrollando tolerancia y dependencia física.

La tolerancia se caracteriza porque, con la administración repetida, se requieren dosis cada vez mayores para producir el mismo efecto. Se desarrolla tolerancia a ritmos diferentes, para los diversos efectos de los opioides. Por ejemplo, se desarrolla tolerancia a la depresión respiratoria con rapidez, en contraste con la lenta, si es que la hay, a los efectos astringentes. A pesar que un paciente adicto se haya hecho tolerante al efecto de depresión respiratoria, puede ocurrir que desarrolle depresión respiratoria con una dosis mayor a la que estaba acostumbrado

Usos

Analgesia. Supresión de la tos. Control de la diarrea.

Clasificación

- **Agonistas:** morfina, heroína, codeína, metadona, meperidina, propoxifeno, fentanilo. Usadas para el alivio del dolor, con excepción de la heroína.
- **Antagonistas:** naloxona y naltrexona, no tienen efectos analgésicos.
- **Agonistas y antagonistas mixtos:** pentazocina y nalbufina, que producen analgesia.
- **Agonistas parciales:** buprenorfina.

Signos y síntomas

Respiratorios: Bradipnea, depresión respiratoria, apnea, edema pulmonar.

Cardiovasculares: Bradicardia, hipotensión (taquicardia compensatoria).

Digestivos: Náuseas, vómitos, constipación.

Urinarios: Retención urinaria.

Cutáneos: Prurito.

Oftalmológicos: Miosis puntiforme.

Musculares: Rigidez muscular (fentanilo).

Neurológicos: Sedación, confusión, depresión del sensorio, convulsiones y coma.

Psiquiátricos: Disforia, alucinaciones.

Exámenes complementarios

- Toxicológicos. Determinación de opiáceos en orina.
- Otros. Estado ácido - base. Hemograma. Ionograma. CPK. Radiografía de tórax.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Lavado gástrico, carbón activado.

Antídoto: Naloxona. Se utiliza en caso de depresión respiratoria, convulsiones o depresión del sensorio.

Dosis: adultos: 0.4 a 2 mg. Niños: 0,01 mg/kg a 0,1 mg/kg. Se puede repetir a intervalos de dos a tres minutos. Como la vida media de la naloxona es menor que la de los agonistas, puede requerir infusión endovenosa continua (50% de la dosis en bolo/hora).

Efectos adversos: arritmias cardíacas, hiper o hipotensión, hepatotoxicidad, aumento del KPTT, edema de pulmón y abstinencia a opiáceos.

Presentación: Narcan ampollas de 1 ml con 0,4 mg, y de 2 ml con 0,02 mg/ml.

Paciente en tratamiento por dolor o consumidor crónico. Corrección de la sedación y depresión respiratoria sin producir síndrome de supresión completo con exacerbación aguda del dolor. Se diluye una ampolla de naloxona (0.4mg) a la proporción 1/10, y se titula por vía IV controlando la frecuencia respiratoria y el estado de alerta, para quitar la abstinencia aguda.

Meperidina: en forma continuada, durante varios días de tratamiento, puede producir excitación, fasciculaciones y más raramente convulsiones. Este síndrome debe tratarse en una unidad de cuidados intensivos y reemplazarse la meperidina por otro opiáceo.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS

Generalidades

Todas las drogas que actúan sobre receptores a opiáceos ocasionan un síndrome de abstinencia una vez discontinuadas. La aparición en tiempo de los síntomas, varía según la vida media de la sustancia en particular.

Clasificación de opiáceos según su vida media

Vida media corta: morfina, codeína, heroína, nalbufina, fentanilo, propoxifeno, meperidina.

Vida media mediana: buprenorfina.

Vida media larga: metadona.

Tiempo de aparición de síntomas de abstinencia

Vida media corta: 12 a 36 hs.

Vida media mediana: 18 a 48 hs.

Vida media larga: 18 a 72 hs.

En todo paciente dependiente a drogas, con problema clínico agudo, se debe obtener en detalle una historia actual y pasada sobre las sustancias consumidas, dado que es frecuente que desarrollen múltiples formas de abstinencia.

Signos y síntomas

Neurológicos: Ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, insomnio, temblor, midriasis.

Cardiovasculares: Hipertensión, taquicardia.

Gastrointestinales: Náuseas - vómitos – diarrea.

Respiratorios: Hiperventilación, taquipnea.

Otros: Bostezos, lagrimeo, rinorrea, piloerección, diaforesis, dolores musculares, hipertermia

Voluntarios: Ruegos y demandas del paciente por la medicación, imitación y exageración de los síntomas de abstinencia.

Tratamiento

En personas que se hicieron adictas por razones médicas, por ejemplo durante tratamiento del dolor, es conveniente reducir la dosis un 10% cada 24 a 48 horas.

Si se debe proseguir con el tratamiento del dolor, hay que elegir un fármaco de vida media más larga. La morfina por vía oral es menos adictiva que los opiáceos que se usan por vía parenteral.

En personas adictas a drogas de abuso, si el paciente está dispuesto a dejar de consumir, se puede usar clonidina, agonista α_2 adrenérgico, que bloquea eficazmente gran parte del malestar sintomático que acompaña a la abstinencia a opiáceos, al suprimir la actividad noradrenérgica en las regiones del encéfalo inervadas por el locus coeruleus. La dosis es de 10 a 17 $\mu\text{g/kg}$ de peso corporal, según el siguiente esquema:

Días 1, 2 y 3: 10 a 17 $\mu\text{g/kg/día}$ divididos cada 6 horas vía oral o EV, con control de signos vitales, estando alerta a la aparición de efectos adversos: hipotensión ortostática.

Días 4 y 5: 75 % de la dosis total, dividida cada 8 horas.

Días 6, 7 y 8: 50 % de la dosis total, dividida cada 12 horas.

Días 9 y 10: 25 % de la dosis total y día 11, suspender.

Insomnio y ansiedad. Diazepam, 5 mg cada 8 horas por vía oral. Se puede agregar levomepromazina, 25 mg/día en caso de ansiedad y/o excitación.

El paciente debe estar internado, con control estricto de signos vitales. Este esquema de deshabituación debe estar acompañado de asistencia psicoterapéutica.

En muchos países se utiliza la sustitución por opiáceos de larga vida media, administrados por vía oral, como la metadona o el LAAM (L-acetil- metadol). De esta forma, se logra una transición más leve hasta el estado libre del opiáceo. Este programa se usa en Europa y USA, países donde es frecuente la heroína y el uso endovenoso (no siendo así en nuestro medio) y en pacientes muy crónicos. De todas maneras, es difícil llegar al estado libre de opiáceos, con una terapéutica de tipo sustitutivo.

Una vez deshabituado el paciente, puede ser que persista el craving (deseo compulsivo de la droga), en estos casos, además del tratamiento psicoterapéutico, se aconseja el uso de naltrexona, antagonista opiáceo de vida media larga, que se usa por vía oral, 50 mg, una vez al día, todos los días o tres veces por semana. El fundamento, es el bloqueo del circuito de la recompensa, que está mediado por receptores opioides.

Para indicar el uso de naltrexona el médico debe estar seguro que el paciente esté completamente deshabituado.

COCAÍNA

Generalidades

La cocaína (benzoilmetilecgonina) es el principal alcaloide de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*. La planta puede ser silvestre o cultivada en América del Sur y Central.

Antiguamente se utilizaba el alcaloide como anestésico local; hoy, en cambio la cocaína se comercializa mundialmente en forma ilegal. Es un potente estimulante cardíaco y del sistema nervioso central, con propiedades vasoconstrictoras. Se absorbe por vía nasal, oral e intravenosa.

El pico plasmático es de 20 a 30 minutos, por vía nasal y 60 a 90 minutos por vía oral. Se metaboliza en hígado por intermedio de varias enzimas, entre ellas colinesterasas. El 80% se excreta por orina como metabolitos: benzoilmetilecgonina.

Mecanismo de acción

Su acción se debe al aumento de la liberación de catecolaminas y bloqueo de su recaptación, al bloqueo de la recaptación de dopamina y serotonina, y a estimulación de aminoácidos excitatorios (aspartato y glutamato). Bloquea además canales de sodio y posee un efecto directo sobre el hipotálamo en la producción de hipertermia.

La vida media es de 90 minutos, sus metabolitos se determinan en orina, hasta 3 días después de una única dosis y desde 7 hasta 21 días después de la última dosis, en abusadores crónicos.

Formas de presentación

Clorhidrato de cocaína: 89 % de su forma de uso, polvo cristalino blanco, soluble en agua, no se puede fumar porque se descompone antes de llegar al punto de ebullición.

Base libre de cocaína (crack): se produce por la ebullición del clorhidrato de cocaína, en una solución de bicarbonato de sodio, seguido de la extracción con un solvente que se evapora, obteniéndose cristales.

Body packers: forma de contrabando de drogas, utilizando a personas como medio de transporte de la misma, que ingieren paquetes rellenos de droga, envueltos en preservativos, dedos de guantes de látex o tizas (cilindros de papel films); su principal complicación es la ruptura de uno de los paquetes o la obstrucción intestinal.

El clorhidrato de cocaína es la forma más frecuente de consumo en Mendoza, éste es adulterado usualmente con distintos agentes: azúcares, lidocaína, dipirone, bicarbonato de sodio, almidón y otros.

Signos y síntomas

Cardiovasculares: Hipertensión arterial, crisis hipertensiva, arritmias cardíacas, taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, angor, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, miocarditis, shock, muerte súbita.

Neurológicos: Agitación, excitación psicomotriz, paranoia, psicosis, temblores generalizados, convulsiones, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, hemorragia subaracnoidea, coma.

Pupilas: Midriasis.

Respiratorios: Edema agudo de pulmón, neumotórax, neumomediastino (fumada), paro respiratorio.

Otros: Hipertermia, diaforesis, insuficiencia renal aguda, rabdomiólisis, hepatitis, isquemia intestinal o mesentérica, perforación del tabique nasal.

Exámenes complementarios

- Toxicológico. Determinación de metabolitos de cocaína en orina.
- Otros. Electrocardiograma. Hemograma. Urea. Creatinina. Estado ácido base. Ionograma. Hepatograma. CPK total y CPK MB. Radiografía de tórax y radiografía de abdomen, si se sospecha "body packers". Determinación de otras drogas de abuso en orina. Sedimento fresco de orina y labstix. Eventual TAC de cerebro.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas. No hay un tratamiento específico: el tratamiento es de soporte.

Ansiedad y excitación psicomotriz: diazepam o lorazepam. NO USAR NEUROLÉPTICOS.

Convulsiones: diazepam, fenobarbital y eventualmente anestesia general.

Hipertermia: medios físicos.

Hipertensión arterial: diazepam, nitritos, nitroprusiato de sodio.

Angor: oxígeno, diazepam. De elección: esmolol, - bloqueantes: labetalol.

NO USAR - BLOQUEANTES (propranolol o atenolol).

Arritmias ventriculares: bicarbonato, lidocaína (puede incrementar las convulsiones producidas por cocaína).

Arritmias auriculares: bloqueantes cálcicos (diltiazem).

Body packers: lavado intestinal con polietilenglicol (PEG). Si los paquetes se encuentran en estómago, hay que extraerlos quirúrgicamente.

ANFETAMINAS

Generalidades

Pertenecen a la familia de las feniletilaminas y tienen propiedades euforizantes, estimulantes y anorexígenas. Pueden prescribirse legalmente para la narcolepsia, el trastorno del déficit de atención e hiperquinesia. Se utilizan comúnmente en los preparados magistrales para adelgazar (mazindol).

Como droga de abuso se utilizan en la actualidad el éxtasis (metilen-dioxi-metanfetamina: MDMA) y la metilen-dioxi-anfetamina (MDA). Produciendo ambas tolerancia y dependencia física.

Mecanismo de acción

Aumentan la liberación e inhiben la recaptación de las catecolaminas en la biofase y tienen efectos directos en sus receptores. A altas dosis pueden liberar serotonina y tienen débil actividad como inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). El incremento de la noradrenalina (NA) en el locus ceruleus ejerce efectos anorexígenos, de alerta y estimulantes psicomotores.

El incremento en la dopamina central (caudado y putamen) ejerce conducta estereotipada. Los efectos sobre la serotonina y dopamina en el mesolímbico alteran la percepción, y causan conductas psicóticas variadas.

Dosis Letal: 500 mg.

Las anfetaminas producen una depleción de NA en la neurona y esto explicaría el síndrome de abstinencia y el estado depresivo que acontece cuando se suspende su ingesta.

Vida media: 7 a 30 horas. La acidificación del pH urinario incrementa la excreción renal, pero no disminuye la toxicidad, al contrario puede incrementarse el compromiso renal consecuencia de la rhabdomiolisis.

Signos y síntomas

Son similares a los de cocaína, pero con una duración mayor.

Cardiovasculares: Hipertensión, taquicardia, arritmias, isquemia de miocardio, miocardiopatía, vasoespasmo coronario y periférico.

Neurológicos: Convulsiones, hemorragia intracerebral, cefalea, euforia, hiperreflexia, agitación psicomotriz, movimientos coreoatetósicos, paranoia.

Sistema Nervioso Autónomo: Hipertermia, sudoración.

Otros: Vasculitis (por la inyección). Anorexia, bruxismo.

Cuando un abusador de anfetaminas experimenta psicosis, es más probable que haya una recurrencia, incluso después de abstinencias prolongadas y esto se debe al fenómeno de kindling.

Durante el período de abstinencia los sujetos pueden dormir por períodos prolongados y sentirse hambrientos y deprimidos cuando se despiertan. También presentan craving (deseo compulsivo de la droga).

¿Qué se puede encontrar en los preparados callejeros?

Cafeína, fenilpropanolamina, efedrina, lidocaína, fenciclidina, maltosa, talco, estricnina, quinina y acetato de plomo, entre otras. Las anfetaminas de diseño, MDA y MDMA, poseen diferencias en sus efectos, pero en sobredosis, tienen la misma toxicidad.

La muerte se produce por arritmias, hipertermia maligna o convulsiones.

Diagnósticos diferenciales

Anfetaminas	Anticolinérgicos	Abstinencia a etanol	Alucinógenos
Sudoración Midriasis Taquicardia Hipertensión Excitación Hipertermia	Piel seca Midriasis Taquicardia Hipertensión leve Excitación Hipertermia Alucinaciones Retención urinaria	Sudoración Midriasis Taquicardia Hipertensión leve Excitación Hipertermia Temblor Náuseas y vómitos	Sudoración Midriasis Taquicardia Hipertensión leve Excitación Hipertermia Alucinaciones visuales Náuseas y vómitos

Exámenes complementarios

Toxicológico. Anfetaminas en orina.

Otros exámenes. Hemograma. Urea. Creatinina. Glucemia. CPK. Ionograma. Estado ácido – base. Electrocardiograma.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén.

- Medidas específicas.

Lavado gástrico, carbón activado.

Monitoreo cardiovascular. Plan de hidratación parenteral.

Alucinaciones: haloperidol 2,5 mg IM.

Convulsiones: diazepam. Si son convulsiones refractarias, se indica fenobarbital.

Excitación psicomotriz: se puede utilizar diazepam o lorazepam y eventualmente haloperidol.

MARIHUANA

Generalidades.

Se extrae de la planta *Cannabis sativa*, la cual contiene el principio activo delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).

Cada cigarrillo contiene entre 0,5 a 1 gramo de la planta, y la concentración promedio de THC es de 10 mg (hasta 100 mg). El efecto aparece en pocos minutos, el pico se produce a los 30 minutos y la duración de acción es de 2 a 4 horas. El THC y sus metabolitos son muy liposolubles, lo que quiere decir que hay un secuestro rápido y una liberación lenta por parte de la fracción lipídica en tejidos corporales (importante a nivel de SNC).

El metabolismo es hepático, siendo el principal metabolito el 11-hidroxi-THC el cual se detecta en sangre y tejidos varios días después.

Mecanismo de acción

Existe un receptor específico para cannabinoides asociado a la proteína Gi, ya que se ha encontrado un ligando endógeno -Anandamida- con similares efectos a los producidos por el THC. Así, los cannabinoides endógenos actúan en la modulación del dolor. También afectan neuronas monoaminérgicas y GABAérgicas.

Signos y síntomas

Son similares a los de la intoxicación alcohólica aguda moderada.

Produce estado de euforia y relajación, disartria, vértigo, vómitos, taquicardia e inyección conjuntival. Ilusiones (distorsión) en la percepción del tamaño de objetos y las distancias, en el sentido del tiempo, en la discriminación de colores, en la detección precisa de cualquier estímulo luminoso en la periferia visual. Y deterioro de la coordinación motora.

Puede ocasionar alucinaciones, delirio, "malos viajes". Episodio agudo de pánico.

Trastornos psiquiátricos: ansiedad, despersonalización, disociación, y en sujetos con patología pre-existente aumentaría el riesgo de descompensación, especialmente paranoia y trastornos afectivos.

Produce dependencia y tolerancia. No produce síndrome de abstinencia específico (DSM-IV).

Exámenes complementarios

- Toxicológico. Determinación de metabolitos de THC en orina (se pueden encontrar, hasta 7 días posterior al consumo).
- Otros. Electrocardiograma.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas.

Reposo en lugar tranquilo y con mínimos estímulos. Hidratación. Control clínico.

Agitación psicomotriz.

Díazepam. Dosis. Adultos: 5 a 10 mg vía oral o EV. Niños: 0.2 a 0.5 mg/Kg EV

Lorazepam. Dosis. Adultos: 4 a 8 mg oral, IM/EV. Niños: 0.05 a 0.1 mg/Kg/día.

INHALANTES

Son un grupo muy heterogéneo de sustancias químicas que se caracterizan por ser gaseosos o evaporizarse a temperatura ambiente.

Clasificación química y formas de consumo

La mayoría son derivados hidrocarbonados que pertenecen a diferentes grupos. Se encuentran ampliamente distribuidos: gas natural, derivados del petróleo (butano, propano), nafta, kerosén, como solventes de grasas, pegamentos y pinturas. Como propelentes de aerosoles, extintores, etc. Con lacas, barnices, tintes, quitamanchas, cementos, aceites, plásticos y resinas.

Los usuarios suelen ser niños o adolescentes con problemas escolares, familiares o de nivel socioeconómico bajo, generalmente viviendo en barrios marginales en las grandes ciudades. Suelen utilizar diferentes tipos de productos esfingándolos o bien inhalándolos en bolsas, cajas o trapos impregnados de ellos.

Sniffing: inhalación de vapores directamente de un recipiente abierto o de una superficie recientemente impregnada.

Huffing: inhalación de vapores desde una tela recientemente impregnada que se coloca cubriendo boca y nariz

Bagging: inspiración y espiración dentro de una bolsa de papel o plástico en la que se ha colocado la sustancia

La mayoría de estos productos son altamente lipofílicos (afinidad por las grasas) por lo que difunden rápidamente en el SNC (sistema nervioso central). Tienen después de la absorción pulmonar, unos niveles pico en 15 o 30 minutos dependiendo de la concentración, de la función cardíaca y del volumen respiratorio, haciéndose notar sus efectos en pocos minutos y pueden durar horas. La eliminación suele ser pulmonar, renal y por metabolismo hepático en menor o mayor medida.

Intoxicación por sustancias volátiles

Al inicio, producen hiperactividad y euforia posteriormente son depresores del SNC hasta llegar a la anestesia profunda. Generalmente producen alteraciones del estado mental con excitación, euforia, alucinaciones visuales y auditivas, hiperactividad, paranoia, conducta extraña y agresiva, y pueden llegar al coma con depresión respiratoria, hipotensión y convulsiones.

Otras manifestaciones son ataxia, confusión, visión borrosa, diplopia, cefalea,

incoordinación, letargia, midriasis, nistagmo, habla confusa y tinnitus. Pueden tener molestias gastrointestinales, como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. También pueden tener una historia crónica de tos, estornudos, disnea, palpitaciones, y dolor torácico.

Se utilizan por las propiedades euforizantes de sus vapores.

Peligros para la salud

Encefalopatía crónica: ataxia, temblor, labilidad emocional, pérdida de la atención, disminución del cociente intelectual, trastornos de memoria, cefaleas recurrentes, psicosis, ataxia cerebelar permanente, disminución de la velocidad psicomotriz, alteración de la habilidad visuoespacial. Afección de la sustancia blanca cerebral y axonal.

Síndrome neurasténico: insomnio, fatiga, ansiedad, aislamiento, trastornos del conocimiento, inestabilidad emocional, disminución de la destreza motora.

Polineuropatía: sensitivo-motora a predominio motora.

Su inhalación puede producir diferentes grados de hipoxemia (falta de oxígeno en la sangre) por disminución de la FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) y también neumonitis al ser fuertemente irritantes, presentándose con síntomas respiratorios como roncus, sibilancias y cianosis. La cianosis (color azul de las mucosas) es debida a asfixia, neumonitis, fallo cardíaco o metahemoglobinemia.

En algunos casos síncope por hipoxemia, arritmias, hipotensión, intoxicación por CO o metahemoglobinemia. Algunos pueden ser arritmogénicos y producir efectos depresores cardiocirculatorios.

Se puede producir la muerte después de un estado de coma por depresión respiratoria o aspiración de vómitos y obstrucción de la vía aérea, así como por arritmias, depresión cardiovascular y traumas.

En los expuestos es frecuente encontrar inyección conjuntival (ojos rojos) y al ser potentes irritantes cutáneos y de las mucosas evidenciar marcas y manchas cutáneas en la cara, alrededor de boca y nariz, así mismo halitosis (aliento) característica al solvente.

La intoxicación por tolueno produce debilidad generalizada incluso tetraparesia (parálisis leve que consiste en la debilidad de las contracciones musculares en los cuatro miembros), náuseas, vómitos, dolor abdominal y hematemesis (vómitos con sangre) por gastritis irritativa, moderada acidosis metabólica, hipopotasemia e hipofosforemia, elevación de CPK, proteinuria, hematuria, piuria y acidosis renal tubular distal.

Producen dependencia psíquica y tolerancia.

El síndrome de abstinencia consta de cefaleas, vómitos, contracciones musculares y

calambres.

La utilización crónica acarrea manifestaciones neuropsiquiátricas como ataxia, confusión, ilusiones, alucinaciones, afectación de la memoria, paranoia, movimientos incontrolados, trastornos visuales, demencia y neuropatía periférica sensitivo-motora.

Trastornos gastrointestinales en forma de dolor abdominal, hematemesis por gastritis crónica, depresión medular, disfunciones hepática, renal, cardíaca y rabiomielosis.

Exámenes complementarios

Otros. Electrocardiograma. Hemograma Completo. Hepatograma

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas.

Reposo en lugar tranquilo. Hidratación. Control clínico.

Control y tratamiento sintomático de arritmias cardíacas

Agitación psicomotriz

Diazepam. Dosis: adultos: 5 a 10 mg vía oral o EV; niños: 0.2 a 0.5 mg/Kg EV

Lorazepam. Dosis: adultos: 4 a 8 mg oral, IM/EV; niños: 0.05 a 0.1 mg/Kg/día.

Complicaciones del abuso de inhalables

Otros efectos irreversibles causados por la inhalación de disolventes específicos son los siguientes:

- Pérdida de la audición: tolueno (pintura en aerosol, sustancias adhesivas y removedores de cera) y tricloroetileno (líquidos de limpieza y de corrección).
- Neuropatía periférica o espasmos de las extremidades: hexano (sustancias adhesivas y gasolina) y óxido nítrico (crema batida en aerosol y cilindros de gas).
- Lesiones del sistema nervioso central o del cerebro: tolueno (pintura en aerosol, sustancias adhesivas y removedores de cera).
- Daño a la médula ósea: benceno (gasolina). Alteraciones fetales: la exposición al tolueno ocasiona alteraciones en el embrión, la llamada 'embriopatía toluénica'.

Entre los efectos graves pero posiblemente reversibles cabe citar:

- Lesiones hepáticas y renales: sustancias que contienen tolueno e hidrocarburos clorados (líquidos de corrección y de lavado en seco).
- Agotamiento del oxígeno de la sangre: nitritos orgánicos (conocidos popularmente en los Estados Unidos con los nombres de "poppers", "bold" y "rush") y cloruro de metileno (quita barnices y disolventes de pintura).
- Muerte por inhalantes suele ser causada por una concentración de vapores muy elevada. La inhalación deliberada a partir de un papel pegado o una bolsa plástica o en un espacio cerrado aumenta mucho las posibilidades de asfixia. Aún cuando los productos volátiles o en aerosol se usen con fines legítimos (como pintura y limpieza), conviene hacerlo en lugares bien ventilados o al aire libre.

ALUCINÓGENOS

Generalidades

Los alucinógenos son aquellas sustancias que producen distorsión subjetiva de la realidad que resulta en la percepción de cosas que realmente no existen. También se usan sinónimos como psicodélicos, psicodislépticos o ilusógenos, ya que en realidad lo que producen es una distorsión perceptiva y marcada alteración del proceso del pensamiento.

Clasificación

Sintéticos	Plantas	Hongos
LSD Extasis (MDMA) Mescalina Ketamina Fenciclidina (PCP) Antiparkinsonianos: (Biperideno-Trihexifenidilo)	Floripondio <i>(Datura stramonium)</i> Belladona <i>(Atropa belladona)</i> Marihuana <i>(Cannabis sattiva)</i> Nuez moscada <i>(Myristica fragans)</i> Dama de noche <i>(Ipomoea violacea)</i> Peyote – Cactus	<i>Amanita muscaria</i> <i>Amanita panterina</i> <i>Psilocybe</i> <i>Inocybe fastigiata</i>

ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)

Derivado sintético del alcaloide ácido lisérgico producido por el hongo *claviceps purpúrea* que parasita el centeno (cornezuelo del centeno). Es el más potente de los alucinógenos se comenzó a usar en la década de los años 60, con la expectativa de explorar el “espacio interno” y obtener una “realidad alternativa”.

Actúa como agonista de receptores serotoninérgicos 5HT-2, 5HT-1a, 1c, 1d y agonista de receptores dopaminérgicos DA-1, DA-2.

La vía de ingreso puede ser oral, inhalatoria, EV, SC ó conjuntival (LSD líquido).

Vida media: 8 a 12 horas.

Dosis callejera: 100-200 µg.

Signos y síntomas

Inicialmente puede haber náuseas, taquicardia, hipertensión, temblores. A partir de los 30 a 60 minutos aparecen:

Ilusiones visuales: colores intensos y brillantes, imágenes caleidoscópicas.

Sinestesias: escuchar los colores, ver los sonidos.

Distorsión temporal: lentificación del tiempo, movimiento en paso de imágenes.

Distorsión en la percepción de la autoimagen corporal: envejecimiento rápido, “derretimiento” de la persona (como vela), estiramiento grotesco.

Labilidad afectiva, ambivalencia.

Psicosis inducida por LSD.

“Mal viaje”: ansiedad grave, ataques de pánico, depresión extrema.

Flash-back: relampagueos de escenas retrospectivas de lo sentido y vivido bajo el efecto de la droga, que se presentan meses o años después del último consumo. Son espontáneas y recurrentes, duran segundos o minutos, ocurren del 15-77% de los pacientes. Pueden desencadenarse por intoxicación con alcohol, marihuana u otro alucinógeno; o por salida a un ambiente oscuro y no familiar.

No produce dependencia física. Desarrolla rápida tolerancia. No produce síndrome de abstinencia.

Exámenes complementarios

Toxicológico. Determinación del metabolito, 2-oxo-LSD en orina (se puede encontrar hasta 24 horas post-consumo).

Tratamiento

- Medidas generales de sostén

- Medidas específicas

Agitación y alucinaciones

Diazepam. Dosis: adultos: 5 a 10 mg EV/oral; niños: 0.1 mg/kg EV.

Lorazepam. Dosis: adultos: 2 a 4 mg IM/EV. 0.05 a 0.1 mg/kg (Niños)

Si no hay respuesta a las benzodiazepinas, se puede administrar haloperidol, 5 a 10 mg IM/EV/vía oral. NO USAR clorpromazina.

Reposo en lugar tranquilo, silencioso, con baja luz, y mínimos estímulos.

ÉXTASIS (MDMA)

Es una anfetamina metoxilada, cuya sigla MDMA significa metilen-dioxi-met-anfetamina.

Dosis alucinógena: 50 a 150 mg.

Se han reportado muertes después de ingerir tan sólo una cápsula.

Actúa como agonista de receptores serotoninérgicos, específicamente 5HT-1a y como estimulante de los receptores simpáticos adrenérgicos y dopaminérgicos (liberación de NA, inhibición de su recaptación e inhibición de la MAO).

La vía de ingreso es oral, inhalatoria o anal.

Duración del efecto: 8 a 12 horas.

Vida media: 12 a 36 horas.

Signos y síntomas

Inicialmente hay un estado de empatía aumentada, luego alucinaciones, taquicardia, hipertensión, hipertermia, agitación psicomotriz, midriasis, trismus, diaforesis, rabdomiólisis. En sobredosis importantes puede aparecer coagulación vascular diseminada, arritmias, convulsiones, fallo renal agudo.

No produce dependencia, ni síndrome de abstinencia. Produce tolerancia con rapidez y el fenómeno de tolerancia crónica (es necesario administrar dosis crecientes para alcanzar los mismos efectos, pero este efecto no revierte con la abstinencia).

Las primeras experiencias suelen vivirse de forma especialmente intensa, pero en posteriores ocasiones es difícil alcanzar este efecto (fenómeno de «pérdida de la magia»).

Exámenes complementarios

CPK. Electrocardiograma.

Tratamiento

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Agitación y alucinaciones

Diazepam. Dosis: adultos: 5 a 10 mg EV/vía oral; niños: 0.1 mg/kg EV.

Lorazepam. Dosis: adultos: 2 a 4 mg IM/EV; niños: 0.05 a 0.1 mg/kg/día.

Repetir dosis de benzodiazepinas si es necesario.

Si no hay respuesta a las benzodiazepinas, se puede administrar haloperidol, 5 a 10 mg IM/EV/vía oral. NO USAR fenotiazinas.

Hidratación parenteral.

Rabdomiólisis. Mantener una buena hidratación y un buen ritmo diurético.

Reposo en lugar tranquilo, con baja luz y mínimos estímulos.

FENCICLIDINA (PCP ó Polvo de ángel)

Fue usado cómo anestésico, pero se suspendió su uso en el año 1963 por sus efectos adversos alucinógenos. Vida media 24 horas. Es agonista de los receptores opioides sigma (disforia) y antagoniza los receptores glutamatérgicos-NMDA (sedación).

Signos y síntomas

Nistagmus, hipertensión, alucinaciones, disforia, agitación, rigidez muscular, hipertermia, rabdomiólisis. Pueden presentarse combinación de síntomas de estimulación y depresión del SNC (hasta coma), efectos colinérgicos (miosis, diaforesis, sialorrea, broncoespasmo), y anticolinérgicos y adrenérgicos (midriasis, taquicardia, retención urinaria)

Tratamiento

Hidratación. Control clínico.

Sedación con benzodiazepinas si la agitación es marcada

Alucinaciones. Haloperidol en bajas dosis 5 a 10 mg EV/IM - Reposo en lugar tranquilo y con mínimos estímulos.

KETAMINA

Es un anestésico derivado de la fenciclidina. Es una droga popular entre jóvenes porque es la única que permite una combinación de efectos hipnótico, analgésico y amnésico, con limitada depresión respiratoria. La ketamina “callejera” difiere de la preparación farmacéutica en que el solvente ha sido evaporado. La dosis habitual es de 1 a 2 mg/kg EV o intranasal. Vida media: 2 a 4 horas. Su acción ilusógena es similar a la del LSD, mescalina y PCP.

Signos y síntomas

Alucinaciones, taquicardia, midriasis, nistagmus, ansiedad, hipertensión leve, disartria, confusión, vómitos, distonías. En altas dosis puede producir depresión respiratoria. Produce dependencia y desarrolla tolerancia.

Tratamiento

Hidratación. Sedación con benzodiazepinas si la agitación es marcada. Reposo en lugar tranquilo y con mínimos estímulos.

FLORIPONDIO (*Datura arborea*)

Toda la planta es tóxica. Se consumen las flores. Contiene en mayor proporción escopolamina.

Signos y síntomas

Alucinaciones, propiedades hipnóticas, efectos anticolinérgico (taquicardia, midriasis, sequedad de mucosas, rubicundez, excitación psicomotriz).

Tratamiento

Hidratación. Control clínico. Sedación con benzodiazepinas si es marcada la agitación.

ANTIPARKINSONIANOS TRIHEXIFENIDILO (Artane) – BIPERIDENO (Akinetón)

Se usan en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. El trihexifenidilo tiene una vida media de 4 horas y el biperideno de 18 a 24 horas. Producen efecto anticolinérgico a nivel del sistema nervioso central y periférico.

Signos y síntomas

Alucinaciones, taquicardia, hipertensión, midriasis, sequedad de mucosas, rubicundez, excitación psicomotriz, retención urinaria.

Tratamiento

Hidratación. Sedación con benzodiazepinas si la agitación es marcada. Control clínico. Reposo en lugar tranquilo y con mínimos estímulos.

Generalidades

Principio activo: nicotina.

Mecanismo de acción: interacción con receptores nicotínicos.

Duración de los efectos: 3-60 minutos.

Detección en orina y otros: la cotinina (1-metil-5-(3-piridil)-2-pirrolidina) es un metabolito de la nicotina. Aunque no es un marcador de uso habitual, su cuantificación se puede utilizar como indicador de consumo de tabaco y de abstinencia. La medición de monóxido de carbono en aire espirado se ha utilizado, además, como medio de refuerzo positivo a la hora de dejar de fumar, puesto que ya en los primeros días se produce una normalización de los valores obtenidos y esto ayuda a las personas que están intentando dejar de fumar.

Interacciones: algunos fármacos de uso habitual (teofilina, heparina, haloperidol, risperidona, betabloqueantes, etc.) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa en personas fumadoras. La asociación de tabaquismo y anticoncepción oral aumenta el riesgo de infarto de miocardio o enfermedad tromboembólica en la mujer.

Formas y vías de administración

La más habitual es la fumada (cigarrillos, puros, pipa, etc.), menos frecuente es el uso intranasal (rapé) u oral.

Efectos

- Buscados: estimulación/depresión leve del sistema nervioso central. Efecto euforizante/ansiolítico.
- Adversos:
 - Agudos: incremento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, tos, faringitis, cefalea.
 - Crónicos: cefalea, disnea, incremento de la susceptibilidad a infecciones respiratorias, aumento del riesgo cardiovascular, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neoplasias en pulmón, boca, laringe, vejiga, páncreas y esófago y mama en mujeres.

Tolerancia y síndrome de abstinencia

El consumo habitual de tabaco lleva al desarrollo de tolerancia y dependencia. La cesación brusca del consumo da lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia característico (insomnio, irritabilidad, ansiedad, incremento del apetito, etc.). Algunos de estos síntomas pueden prolongarse durante varias semanas tras la cesación del hábito.

Alternativas terapéuticas

La terapia sustitutiva con nicotina (habitualmente en forma de chicles, aunque también disponible en parches o spray) busca reducir los síntomas de abstinencia que se producen al dejar de fumar.

El bupropión también ha demostrado eficacia a largo plazo en la deshabituación tabáquica. Es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de la dopamina y noradrenalina. Se presenta en comprimidos de 150 mg. La posología recomendada es de 150 mg/24 h durante los primeros seis días seguido de 150 mg dos veces al día (con al menos ocho horas de separación).

El rimonabant, antagonista selectivo de los receptores CB1 del sistema cannabinoide endógeno, es un fármaco también indicado en la deshabituación tabáquica.

AUDIT

Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol

Las siguientes preguntas se le formulan para que usted conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia, pasa desapercibido. Se trata del consumo de alcohol. Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol.

Hoy existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, su vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá. Lo puede mostrar hoy o más adelante, según estime conveniente. Si sus respuestas muestran que usted se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre, más una sesión de "consejería" de buena salud en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

- a) Confirmar que usted bebe alcohol con responsabilidad.
- b) Incorporarse al **"Programa de prevención de riesgos"**.
- c) Incorporarse a un programa de tratamiento.
- c) Incorporarse a la interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente:

Coloque una X en el casillero que corresponda a su respuesta.
Luego, el profesional que lo atenderá sumará los puntos y se lo comunicará.

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:

1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc)

1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.)

1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.

- Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "curado", "pasado".

TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 o 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día típico en el que ha bebido?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

Puntuación: se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993; 88: 791-804. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

De 0 a 7: ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: definitivamente Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Usted ha sido franco con sí mismo. Ahora puede decidir presentar o no, sus respuestas al profesional que lo atenderá.

Instrucciones para el uso del Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos con Uso de Alcohol

a) Administración

A objeto de aprovechar al máximo los tiempos de los consultantes, pacientes y de los equipos de atención, se utilizará un cuestionario breve, de comprensión fácil, que puede ser llenado durante el período de espera de la consulta. Se ofrecerá el formulario del cuestionario a todo consultante, hombre o mujer, adolescente, adulto y adulto mayor, que demande atención por cualquier motivo de consulta.

Se le solicitará que lo lea, medite y llene en su totalidad, en forma personal y se le proporcionará ayuda si la requiere. Los datos que llene serán estrictamente personales y sólo el profesional que lo atenderá le solicitará examinarlo en conjunto y en forma voluntaria. En algunos casos será necesario ayudar a su correcta comprensión, llenado y/o cómputo. En todo caso, es importante que éste último, sea comprobado por el profesional tratante.

Si el consultante lo prefiere o el profesional que lo atiende lo estima necesario, el cuestionario puede ser administrado durante la consulta.

Siempre se aconsejará que las respuestas sean presentadas al profesional tratante, durante la atención. Sin embargo, se respetará la voluntad del consultante respecto a ello.

El cuestionario está construido para que sea llevado por el consultante a su domicilio, si lo prefiere, de modo de constituirse en un instrumento educativo más amplio. En este caso, el puntaje obtenido deberá ser registrado en la historia clínica.

Nota práctica: se requiere de una provisión fluida de los cuestionarios correspondientes (una sola hoja), facilitar lápices a quienes no lo tienen, favorecer un ambiente de cierta privacidad que permita la reflexión necesaria y un registro individual.

b) Orientaciones para el análisis conjunto de los resultados del cuestionario.

Durante la consulta de morbilidad o de control, la atención del paciente se enriquece con la consideración que el profesional tratante hace al Cuestionario de Autodiagnóstico que aquel ha respondido.

Un primer aspecto se juega en la estructura del diálogo que el profesional establece. Habitualmente, la consulta de APS utiliza un diálogo directo, conciso y dirigido a metas (diagnóstico e indicación de tratamiento o conducta a seguir). En este caso y en esta sección de la consulta de APS, en la que se evalúa el resultado del cuestionario, el diálogo debe ser más bien abierto e invitante, pues el objetivo primordial es la detección del riesgo inicial, que no requerirá de una intervención propiamente terapéutica, sino más bien preventiva.

- El profesional pregunta si ha podido responder el Cuestionario de Autodiagnóstico.
- Ofrece revisar el puntaje obtenido y analizar en conjunto los resultados.
- Realiza o revisa el cómputo obtenido e informa de sus resultados al paciente, poniendo especial énfasis en que se trata de una información para que él decida.
- Si a partir del cuestionario y, en particular, de la atención de salud que el profesional realiza, se concluye que existe un trastorno por consumo, una complicación médica o psiquiátrica, se informa igualmente y en este caso, se indican los exámenes, tratamientos y referencias que corresponda.

El cuestionario tiene una estructura que permite apreciar tres niveles de puntaje y de significación para el tamizaje o screening.

Puntuaciones:

De 0 a 7: Orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

De 8 a 15: Orienta hacia consumo en riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención breve o consejería.

De 16 a 19: orienta a un beber problema. De acuerdo a hallazgos de la entrevista y examen médico se debe discriminar si corresponde indicar intervención breve y consejería y ver evolución (si disminuye su consumo o suprime) o derivar a centro especializado de segundo nivel.

20 y más: orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso o severidad o de dependencia. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de la entrevista y examen médico si corresponde indicar intervención breve y consejería y ver evolución (si disminuye su consumo o suprime) o derivar a centro especializado de segundo nivel.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinante en el cuestionario:

- Preguntas 2 o 3: Puntajes iguales y en particular mayores que 1, indican consumo en nivel de riesgo.
- Preguntas 4 a 6: Puntajes de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.
- Preguntas 7 a 10: Indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.
- Preguntas 9 y 10: Pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año). Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.
- Luego el profesional conduce la entrevista inicial y el examen físico, de modo de apreciar el estado de salud física, en relación con el motivo de consulta y de las consecuencias potenciales del consumo de la sustancia psicoactiva de que se trate.
- Alcanzará asimismo, una primera impresión del estado de salud mental del consultante, a partir del diálogo y la observación de su comportamiento, apariencia y lenguaje.
- Si lo anterior no resulta claro o suficiente, para que el profesional tratante llegue a una conclusión, puede citar al consultante nuevamente y/o solicitar interconsulta con profesional de salud mental o especialista, y/o derivar a profesional de salud mental.

Información referencial sobre el cuestionario

Nombre: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Publicación oficial: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias// Generalitat Valenciana Conselleria de Bienestar Social. Autores: Thomas F. Babor; John C. Higgins-Biddle; John B. Saunders; Maristela G. Monteiro. WHO/MSB/01.6 a 2001.

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad, y las diferentes culturas”.

Se trata de un “test de screening” diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la Atención Primaria, que presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: validado en pacientes de atención primaria en seis países. Es el único test de screening validado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo en riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
- Breve, rápido y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Consistente con las definiciones de la CIE – 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los ítems de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU).

La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítems fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8.

Luego de su publicación primera en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas. Luego de estudios sobre confiabilidad interna que demostraron una alta consistencia interna, el AUDIT ha sido utilizado con éxito para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y general.

ESCALA DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL

VARIABLES BIOPSICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL		
	Leve	Moderado	Severo
Tipo de sustancia, vía de administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - Vía oral o respiratoria	-2 o más sustancias -Semanal o fin de semana -Vía oral y/o respiratoria	- 2 o más sustancias - Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - Se agrega vía inyectable
Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias
Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
Percepción molestias físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por demanda judicial
Motivación al cambio	Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa pre contemplativa)
Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3	Más de tres
Intentos de abstinencia sin tratamiento	6 o más meses en los últimos 3 años	1 a 5 meses en los últimos 3 años	Sin ningún periodo de abstinencia
Percepción de auto eficacia	Auto percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Auto percepción: bajo control del medio y conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
Actividades laborales o académicas	Mantiene su trabajo o estudio	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos o abandono de actividades, interrupción de estudios
Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
Problemas judiciales asociados	Sin detenciones o demandas	Detenciones por porte de sustancias	Detenciones por porte, consumo más actos delictuales
Red de apoyo familiar y social	Presencia red de apoyo	Precariedad red de apoyo, dispuestas con reparo	Ausente con gran conflicto relacional
Red de apoyo familiar y social	Presencia red de apoyo	Precariedad red de apoyo, dispuestas con reparo	Ausente con gran conflicto relacional

Esta tabla ha sido utilizada en clínica extensamente y su utilidad es satisfactoria, sin embargo, no ha sido sometida a una evaluación y validación formal. La sugerencia para su ponderación es que si existe una proporción igual o mayor que el 50 % de las variables presentes (6 o más) en una determinada categoría (columna), concluir que ese es el nivel de compromiso bio-psico-social del consultante.

**FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES
A LOS CENTROS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES EN ADICCIONES (CPAA)**

INSTITUCIÓN Y/O PROFESIONAL QUE DERIVA:

FECHA DE DERIVACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:

Fecha de Nacimiento... ..

EdadD.N.I.:

Domicilio:.....

Tel.....Móvil.....

Obra .Social.: NO ☐ SI ☐

¿Cuál?.....

- En caso de contar con Obra Social, por ley Nacional 24455 de obras sociales, corresponde derivación a la misma para que asuma el tratamiento.

MOTIVO DE CONSULTA Y/O DERIVACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

TIPO DE SUSTANCIAS (Marque con una X) **FRECUENCIA** (Valor numérico según consumo)

	SUSTANCIA	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
	ALCOHOL			
	MARIHUANA			
	COCAÍNA			
	PSICOFÁRMACOS			
	INHALANTES			
	OTRAS			

DIAGNÓSTICO DE CONSUMO (Marque con una cruz)

☐ EXPERIMENTADOR (consumió una vez una sustancia)

☐ USO (consumo de una sustancia sin efectos médicos, sociales o familiares)

- En estos dos primeros casos no corresponde derivación a CPAA, sino que corresponde a efectores de Salud Mental en Gral. (Infanto Juveniles, Centros de Salud, Hospitales).

☐ ABUSO (consumo recurrente con incumplimiento de obligaciones: trabajo, escuela, problemas familiares, problemas legales)

☐ DEPENDENCIA (consumo de una sustancia con un deterioro expresados en: tolerancia, abstinencia, deseo persistente, actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, reducción de actividades sociales)

- Abuso y Dependencia: Derivación a CPAA georeferenciados en la provincia

MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN ADICIONAL (Opcional)

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS (Patología de base - medicación) **INCLUSIÓN SOCIAL**

ACOMPañANTES DURANTE EL PROCESO

NOMBRE Y APELLIDO	VíNCULO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

INCLUSIÓN SOCIAL

Escolaridad	Actividades recreativas y culturales
Trabajo	Otras

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS (Institucionales o legales)

OBSERVACIONES:

Firma y sello del Profesional Derivador

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

Director: Dr. Alberto Navarro
Tel: 4290164
Dirección: Morón 332 (Ciudad)

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES

Director: Lic. Mauricio Vezzoni
Dpto. Capacitación y Prevención:
Lic. Emiliano Barrera
Dpto. Asistencia: Lic. Marcelo Briccola

Observatorio Mendocino de Drogas:

Javier Segura
Tel: 4240653
Dirección: Tierra del Fuego 367 (Ciudad)
E-mail:
ppaasistenciasalud@mendoza.gov.ar

Organismo Público Nacional

SEDRONAR

Tel: 0800-222-1133 (24 horas)

Crisis Agudas

SERVICIO COORDINADO DE EMERGENCIAS

Crisis Agudas

Tel: 911

HOSPITAL PEREYRA

Perfil: jóvenes desde 17 años

Director: Dra. Emma Pous.
Referente: Dra. Graciela Villegas
Tel: 4129100 / 07
Dirección: Ituzaingó 2835

HOSPITAL EL SAUCE

Perfil: jóvenes desde 18 años
Excepción: jóvenes de 17 años en compañía de un adulto
Directora: Dra. Gorra
Referente: Dr. J. J. Vilapriño, Dr. M. Motuca
Tel: 4511417 / 4511151

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

Perfil: niños - adolescentes hasta 16 años
Tel: 4450045

TOXICOLOGÍA

Tel: 4282020

Instituciones Ministeriales Públicas de Tratamiento (Dependientes del Plan Provincial de Adicciones – Dir Gral Salud Mental)

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL GODOY CRUZ

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos.
Abordaje: tratamiento ambulatorio
Referente: Lic. Carina Stehlick
Tel: 4228633 / 0800 333 4884
Dirección: Salvador Arias 1072 (Godoy Cruz)

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL LAS HERAS

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio
Referente: Lic. Alicia Bataglia
Tel: 4486011
Dirección: Dorrego 63 (Las Heras)

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL MALARGÜE

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio
Referente: Lic. Verónica Bejarano
Tel: (02627) 470996

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL ZONA ESTE

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio
Referentes: Dra. Saiguen Del Canto
Tel: (02623) 428214/992 int. 230.
Cel. 15654829.
Dirección: Gutiérrez 42 (San Martín)

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES SAN RAFAEL

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio
Dirección: Saavedra 271. San Rafael

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL Y CENTRO DE DÍA

A. Tejada Gómez - CAPITAL
Perfil: ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio (de
14 años en adelante) - centro de día (de
16 a 21 años)
Referente: Lic. Gustavo Moreno
Tel: 4292081
Dirección: Pasaje P. Vargas 598 (Ciudad)

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL GRAL. ALVEAR

Perfil: ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio (de
14 años en adelante)
Referente: Lic. María Rosa Cabrera
Tel: (02625) 427500 (Desarrollo Social)
Dirección: Mitre 76 (G. Alvear).

SERVICIO DE ADICCIONES LUJÁN

Abordaje: ambulatorio
Atención: martes de 9:00 a 10:30 hs.
Referente: Dra. Graciela Parra
Dirección: Serpa 200 (Luján)

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES D.I.N.A.F.

Abordaje: ambulatorio. Solo medidas
excepcionales.
Referente: Dr. Eduardo Kotlik.
Tel: 4272000 int.217
Dirección: Armani 1800 (Godoy Cruz)

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

Áreas de Adicciones Municipales

ÁREA DE ADICCIONES - MUNICIPALIDAD DE GUAYMALLÉN

Abordaje: tratamiento ambulatorio
Referente: Dr. Julio Rojas. Estela Rosas
Atención: lunes a viernes de 8:00 a
14:00hs.
Tel. 4498288
Dirección: Libertad 720. (Guaymallén)

CENTRO DE SALUD MENTAL GODOY CRUZ

Abordaje: Ambulatorio
Perfil: Niños y Adolescentes
Director: Lic. Carlos Macció
Dirección: Mármol y Derqui – G. Cruz
Teléfono: 43133239
E-mail: saludmental@godoycruz.gov.ar

CENTRO DE SALUD MENTAL N° 17 (MAIPÚ)

Abordaje: ambulatorio
Atención: Lunes a Viernes 8:00 a
12:00hs
Perfil: niños y jóvenes hasta 17 años
Referente: Dr. Genco
Dirección: Parque Metropolitano

CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Perfil: Ambos sexos
Coordinador: Lic. Virginia Aizcorbe
Dirección: C.I.C. B° 25 de mayo (Rodeo
del Medio Maipú)

CENTROS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENILES (Dependientes de la Dirección Gral. de Salud Mental)

SERVICIO INFANTO JUVENIL DEL HOSPITAL EL SAUCE

Perfil: ambos sexos hasta 14 años
Coordinador: Dr. Jorge Barandica
Tel: 4511818 / 417 / 418 - fax 4511151
Dirección: Alfonso XIII s/n, Bermejo
(Guaymallén)

CENTRO INFANTO JUVENIL DE GODOY CRUZ N° 1

Perfil: ambos sexos, hasta 14 años.
Coordinador: Lic. Marcela Ojeda
Tel: 4220836 / 4224755
Dirección: Joaquín V. González 390
(Godoy Cruz)

CENTRO INFANTO JUVENIL DE CAPITAL N° 2

Perfil: ambos sexos hasta 14 años
Coordinador: Lic. Naly Durand
Tel: 4307424-4129142
Dirección: Itzaingó 2588 (Ciudad)
E-mail: hosp-pereyra@mendoza.gov.ar

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

CENTRO INFANTO JUVENIL DE MAIPÚ N° 3

Perfil: ambos sexos hasta los 14 años
Coordinador: Lic. Adriana Dolengiewich
Tel: 4952666
Dirección: Ruta Provincial 50 N°4786
(Rodeo del Medio - Maipú)

CENTRO INFANTO JUVENIL DE TUNUYÁN N° 4

Perfil: ambos sexos hasta los 14 años
Coordinador: Lic. Víctor Guzmán
Tel: (02622) 422935
Dirección: Godoy Cruz 1290 (Tunuyán)

CENTRO INFANTO JUVENIL DEL ESTE N° 5

Perfil: ambos sexos hasta los 14 años
Coordinador: Lic. Laura Mocayar
Tel: (02623) 428214 / 428992 int.231
Dirección: Gutiérrez 42 (San Martín)

CENTRO INFANTO JUVENIL DE LAVALLE. N° 6

Perfil: ambos sexos, hasta 14 años.
Abordaje: ambulatorio
Referente: Lic. Gastón Cotino
Tel: 156-898116
Dirección: Guardia s/n. (Costa de Araujo.
Lavalle)

CENTRO INFANTO JUVENIL DE SAN

RAFAEL N° 7

Perfil: ambos sexos, hasta 14 años.
Abordaje: ambulatorio
Referente: Lic. Silvina Roca
Teléfono: 156883791

Abordaje del Alcoholismo

Grupos Institucionales de Alcoholismo
(GIA)
Abordaje grupal a la problemática de
alcoholismo (Profesionalizado)
www.gia.org.ar

Godoy Cruz

Hospital Lencinas

Abordaje: ambulatorio
Referente: Dra. Cristina Padilla
Atención: viernes de 12:30 a 16:00 hs.
Tel. 4272600 Fax 4272557
Dirección: Talcahuano s/n

Capital

Hospital Pereyra

Abordaje: ambulatorio
Referente: Lic. Gabriel Vázquez
Atención: jueves a las 16:00 hs.
Tel: 4129100
Dirección: Ituzaingó 2835

Hospital Lagomaggiore Abordaje: ambulatorio

Referentes: Lic. Carolina Jara, Dra. Iris
Agüero y Victoria Correa

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

Atención: miércoles de 15:00 a 17:00
hs.

Tel: 4259700 / 4134718

Dirección: Timoteo Gordillo s/n

San Rafael

Hospital Schestakow

Abordaje: ambulatorio

Atención: lunes y jueves de 17:30 a
19:00 hs. Sábados de 10:30 a 12:00 hs.

Referentes: Dr. Rafael Ruiz Luque,
Graciela Bavaresco

Tel. (02627) 422580 / 425497 / 424290
int. 234

Dirección: Comandante Torres 170

Maipú

Hospital Diego Paroissien

Abordaje: ambulatorio

Referentes: Dr. A. Romani y Lic. G.
Indovino

Atención: lunes 18:30 a 20:30 hs. y
jueves 10:30 a 12:30 hs.

Tel: 4972277 / 278 / 459 / 4977983

Dirección: Presidente Sarmiento y
Godoy Cruz

San Martín

Hospital Perrupato

Abordaje: ambulatorio

Referente: Ana María Díaz

Atención: lunes y miércoles de 20:00 a
21:30 hs.

Tel: (02623) 422195 / 420158 /

15565879

Dirección: Almirante Brown s/n

Rivadavia

Hospital Saporiti

Abordaje: ambulatorio

Referente: Dra. De la Motta

Atención: jueves de 19:30 a 21:00 hs.

Tel: (02623) 442150 int. 345 / 442253

Dirección: Lamadrid 629

La Paz

Hospital Arturo Illia

Abordaje: ambulatorio

Referente: Dra. Elsa Sosa

Atención: miércoles 16:00 a 17:30 hs.

Tel: (02626) 421079

Dirección: Caligniana s/n

Luján

Centro de Salud N° 31

Abordaje: Ambulatorio

Atención: Martes de 9:00 a 10:30 hs.

Referentes: Dra. Maria Cristina

Corvalán, Lic. María Laura García y Dra.
Parra

Tel: 4-980709

Dirección: Serpa y Rep. Del Libano

Centro de Salud N° 34

Ugarteche

Abordaje: ambulatorio

Referente: Gladys Develi

Tel: 156529243

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

Tupungato

Hospital General Las Heras

Abordaje: ambulatorio

Referentes: Dra. Alejandra Castrillejo,
Lic.

Ana Romagnoli

Atención: lunes 19:00 a 21:00 hs.

Tel: (02622) 488537

Santa Rosa

Hospital Santa Rosa

Abordaje: ambulatorio

Referente: Viviana Cabello

Tel: (02623) 495003

Dirección: Julio A. Roca 239

ALCOHOLICOS ANÓNIMOS

Pag. Oficial: www.aa.org.ar

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS GRUPO FRATERNIDAD

Abordaje: ambulatorio

Perfil: grupo de autoayuda

Atención: de 18:00 a 20:00 hs.

Tel: 4202867

Dirección: Chile 851 (Ciudad)

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS GRUPO UNIDAD

Perfil: grupo de autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Atención: de 20:30 a 22:00 hs.

Tel: 4202867

Dirección: Chile 851 (Ciudad)

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS GRUPO CAPITAL

Perfil: grupo de autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Atención: martes, miércoles y Jueves
20:30Hs

Dirección: 9 de julio 500. Concejo

Deliberante. Subsuelo.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS GODOY CRUZ

Abordaje: ambulatorio

Perfil: grupo de autoayuda

Atención: lunes a sábado 20:30 hs.

Dirección: San Martín y Carrodilla
(Iglesia La Carrodilla)

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS GRUPO SANTA CRUZ

Perfil: grupo de autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Atención: martes, miércoles y jueves
20:30 hs.

Dirección: Pquia. N.S de Lourdes.
Aguado 160- Ciudad.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS CEFERINO

Perfil: grupo de Autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Atención: lunes a viernes 20:30 hs.,
sábado y domingo 19:30 hs.

Dirección: San Miguel 550 – Las Heras

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS RODEO DE LA CRUZ

Perfil: grupo de autoayuda
Abordaje: ambulatorio
Atención: martes, jueves y sábado
20:30 hs.
Dirección: Bandera de los Andes 9491

Instituciones Privadas de Prevención y Asistencia en Adicciones. (Convenio con Plan Provincial de Adicciones)

CONEXIÓN

Perfil: jóvenes y adultos, ambos sexos
Abordaje: tratamiento ambulatorio y
centro de día
Referente: Lic. Juan Carlos Mussuto
Tel: 4306478
Dirección: Sargento Cabral 1259 (Las
Heras)

CABLE A TIERRA

Perfil: jóvenes y adultos, ambos sexos en
ambulatorio y centro de día. Internación
para varones, jóvenes y adultos
Abordaje: tratamiento ambulatorio -
centro de día - internación
Presidente: Dra. Nilda Astorga
Referente: Lic. Diana Calderón
Tel. Internación y Centro de Día:
4965523
Dirección Internación y Centro de Día:
San Martín 6919, Carrodilla (Luján)
Tel. Ambulatorio: 4298894

Dirección Ambulatorio: Cayetano Silva
2690 (Capital)

(Sin convenio con el Plan Provincial de Adicciones)

AEA

Abordaje: tratamiento ambulatorio, 11
años en adelante
Referente: Lic. Gustavo Bioriza
Tel: 4247615
Dirección: 25 de Mayo 38. Cdad.

FAyPAD (Padres preventores)

Referente: Carlos Trujillo
Personería Jurídica 1.548
Tel: 156213633

Tratamiento de Ludopatía

PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE

Abordaje: línea de ayuda para personas
con problemáticas de juego
Atención: viernes de 13:00 a 17:00 hs.
(en las instalaciones del C.P.A.A. Tejada
Gómez)
Tel: 0800-222-2481

JUGADORES ANÓNIMOS

Perfil: grupos de autoayuda
Abordaje: ambulatorio
Atención: lunes, miércoles y viernes de
20:30 a 22:30 hs.

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza**

Línea Vida: 156675425

Dirección: Peltier 611 "Auditorio Ángel Bustelo"

E-mail: ja-mza@hotmail.com

PROGRAMAS ANTITABÁQUICO

PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DAMSU

Abordaje: ambulatorio

Referente: Roxana Jalef.

Atención: lunes a viernes 8:00 a 13:00 hs.

Tel: 4135000 int. 3202

Universidad Nacional de Cuyo

CENTRO DE CESACIÓN TABÁQUICA HOSPITAL LENCINAS

Abordaje: ambulatorio

Referente: Ramón Alchapar

Atención: 14:00 a 20:00 hs.

Tel: 0800-222-4270

PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR OSEP

Abordaje: ambulatorio

Referente: M. Eugenia Lertula.

Tel: 0810-333-1033 opción 2

Tel. Gran Mendoza: 4417827

Tel. Zona Sur: (02627) 425197 / 431269

CENTRO DE APOYO PARA JÓVENES

PUEBLO NUEVO

Perfil: niños y adolescentes (5 a15

años).

Presidente: José Luis Bitar

Coordinadora: Gabriela Fernández

Atención: sábado de 15:30 a 18:30 hs.

Tel: 4274858

Dirección: Cayetano Silva 1331. B°

Centro Empleado de Comercio (Godoy Cruz)

PROGRAMAS EN IGLESIAS

REMAR

Perfil: jóvenes (desde 16 años) y adultos

Abordaje: internación

Referente: Ariel Lazare

Tel: 4281241

Dirección: Paso de los Andes 1265 (Godoy Cruz)

FUNDACIÓN "HÁLITO DE VIDA"

Perfil: grupo de autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Referente: Daniel Orozco

Atención: jueves de 15 a 21 hs.

Tel: 4310475

Dirección: Dorrego 372, Dorrego (Guaymallén)

GRUPO BUEN SAMARITANO

Perfil: grupo de autoayuda

Abordaje: ambulatorio

Referente: Lucas Gómez

Atención: Miérc. 19.00 y Sáb. 18.30 hs

PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud
Gobierno de Mendoza**

Tel: 4257905

Dirección: Iglesia La Merced –
Montecaseros 1645 Cdad.

IGLESIA El Camino hacia Dios

Programa Talento Sin Droga

Abordaje: Grupo Autoayuda

Referente: Pastor Esteban Morales

Dirección: Ozamis 655 – Maipú

Estebanmorales777@yahoo.com.ar

OSEP

Área de Adicciones

Dir. Rioja 519. Cdad.

Referente: Lic. Sandra Burgos

Tel: 4340037-4340047

FONODROGA

Perfil: Denuncia anónima por venta de
sustancias

Tel: 4233233



www.unaonline.com.ar

Plan Provincial de Adicciones



Dirección General de
Salud Mental
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE MENDOZA