

Dirección de Prevención y Asistencia en Adicciones - RAAC

Informe de cobertura anual - enero a diciembre 2020

A continuación, se detallan las actividades desarrolladas en el 2020 de promoción, prevención y capacitaciones; también se detallarán datos del servicio de asistencia, que incluye admisiones, dispositivos grupales y servicio de guardia, adjunto a un análisis cuantitativo y cualitativo de aquellas variables que lo permitan.

Se espera que de estos análisis puedan extraerse conclusiones objetivas respecto al funcionamiento del área, sobre la eficiencia y eficacia de los dispositivos en funcionamiento, y aspectos a mejorar. También ofrecer datos que puedan orientar sobre futuras intervenciones de promoción y prevención universal, específica e indicada, sobre las problemáticas actuales de consumo de la localidad.

Se ofrece como novedad, comparaciones de datos respecto a género, como una aproximación a las tendencias internacionales y nacionales en investigación, a los fines de observar, si al menos en esta muestra, aparecen diferencias que también puedan arrojar luz sobre la conformación de servicios más inclusivos que contemplen al género femenino en toda su integridad, ya que, los programas de asistencia en adicciones, han sido desarrollados históricamente para el género masculino.

Se sugiere prudencia en la lectura de cada dato, ya que las conclusiones descriptas son sólo sobre la muestra de personas que accedieron al servicio por distintos medios y motivos; no es representativa de la problemática de consumo local, sino sólo sobre la muestra de la que se tienen datos objetivos.

Referencia para lectura:

- 1. Actividades de promoción y prevención..... página 2
- 2. Capacitaciones..... página 6
- 3. Servicio de asistencia:
 - 3.1 Consultas por consumo problemático y adicciones..... página 8
 - 3.2 Dispositivos grupales..... página 25
 - 3.3 Dispositivo de guardia..... página 28
- 4. Conclusiones..... página 31

1. Actividades de Promoción de salud y Prevención de consumo

Entre el mes de enero a noviembre, se realizaron las siguientes actividades:

- Reunión en Salón de B° Castagnino junto a vecinos de B° Castagnino y 20 de junio; se llevaron a cabo actividades de prevención con niños de 5 a 12 años. Se coordinaron actividades a futuro; se pactó visitar el merendero del barrio con profesionales del área, y se convinieron talleres para familias. No pudo concretarse debido al ASPO decretado en marzo (enero).

- Reunión en el salón vecinal de B° Monte Grande con la comisión, personal de la dirección y otras áreas municipales, para iniciar diagnóstico de la problemática en el barrio. No pudo continuarse debido al ASPO (enero).

- Reunión con la comisión vecinal de B° Cerino, equipo de relaciones gubernamentales y vecinalismo; se acordó utilizar el salón comunitario para el desarrollo de juegos recreativos para niños y adolescentes, con finalidad preventiva planificada. No pudo concretarse debido al ASPO (enero).

- Reunión con la comisión vecinal de B° Escuela para pactar la realización de encuentros algunos sábados por la tarde del mes de abril, con formato de Kermés, con actividades preventivas planificadas. No pudo concretarse debido al ASPO (enero).

- Se realizó prevención de consumo de alcohol en plazas y vía pública céntrica, en conjunto con personal de seguridad de la municipalidad; se visitó diferentes boliches bailables de la ciudad hasta las 6am (enero).

- Se llevaron a cabo reuniones con el sindicato de Apros para coordinar acciones conjuntas para la prevención de adicciones, y con Oscar Gómez, Responsable de Espectáculos Públicos de la Dir. de Defensa Civil, para promover la actualización de las ordenanzas vigentes sobre espectáculos públicos y privados. No pudo continuarse debido al ASPO (enero).

- Se visitó el gimnasio del Club Casino de Río 3 que dirige el Sr. René Rodríguez, acordando trabajar en conjunto en la prevención de adicciones. En dicha reunión también estuvieron presentes alumnos de la escuela de Boxeo con quienes se realizó sensibilización sobre la temática. No pudo continuarse debido al ASPO (enero).

- Reunión con equipo de RAAC de Tancacha; se acordó continuar la dinámica de trabajo que sostenían con P.M.A. en cuanto a la derivación para asistencia; se estipuló que se trabaje en la retroalimentación para continuar el seguimiento local (enero).

- Se realizó reunión con las Trabajadoras Sociales de Nucleoeléctrica Embalse; plantearon que anteriormente trabajaban con equipo de P.M.A. para orientación y se acordaron criterios de continuidad (enero).

- Se participó del programa radial “Hoy como siempre” en la localidad de Alta Gracia, donde se concientizó sobre el trastorno adictivo (febrero).
- Se concurreó al Torneo de Fútbol de Verano "Copa Río Tercero Capital Nacional del Deportista", impulsando y alentando el deporte, y trabajando por la prevención de adicciones; en conjunto con la Secretaría de Deporte y personal de salud, se realizó screening (pruebas para la orientación, confirmación o exclusión de diagnóstico) en todos los partidos con fines preventivos, promoviendo el juego limpio y libre de consumo. Los resultados fueron totalmente confidenciales y entregados a las autoridades de cada uno de los clubes (febrero).
- Se desarrolló el primer taller dirigido a niños; ejecutó equipo de la Dirección y acompañaron jóvenes en proceso de rehabilitación y comisión vecinal de B° Castagnino (febrero).
- En el Anfiteatro Municipal Luis Amaya, el psiquiatra César A. Medina presentó, ante empleados y funcionarios municipales, la charla "Cerebro y sustancias psicoactivas" (febrero).
- Se realizó la entrega de folletería de sensibilización en “Río en Movimiento” los días domingo del mes de febrero.
- Se entregó folletería de sensibilización en Polideportivo Municipal, en el marco de la entrega de la “tarjeta alimentaria” (marzo).
- Debido al Decreto Municipal 193/2020, se dispuso que desde el área se trabaje durante el período de pandemia de la siguiente manera:
 - Asistencia, guardias y nuevos turnos a través de las siguientes vías de comunicación:
 - Línea móvil y whatsapp: 15622867
 - Facebook de la Dirección: Asistencia Prevención Adicciones
 - Mail del área: asistenciaenadicciones@gmail.com
 - Se continuaron los tratamientos terapéuticos psicológicos de forma virtual en los horarios de atención habitual, por medio de msn de Facebook, Videollamada y Skype, con apertura a utilizar lo que para cada paciente fuera más sencillo; en todos los casos se brindó la orientación necesaria para facilitar la conexión. Esta metodología de trabajo, se informó a otras áreas y se dispusieron carteles en la puerta de la oficina de Dirección y en la Sala Asistencia B° Belgrano.
- Publicación de spot con una frecuencia quincenal promocionando el número telefónico de la Dirección con videos de concientización sobre el consumo de drogas (marzo).

- Actividades desarrolladas de manera virtual para la semana del 22 al 29 de junio de 2020 en el marco de la Semana Provincial de la Prevención del Consumo de Drogas – Ley 2.610.

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
1	¿Sabías que...?	Toda la población con foco adolescentes Difusión Sensibilización Psicoeducación	Se generó una imagen en formato grilla; en cada cuadrante había información relativa a sustancias, riesgos asociados, etc. Cada persona, tomaba la imagen y tildaba aquellos cuadrantes cuya información conocía. Se subía a las redes bajo hashtag #noteconsumas
2	¡No te quedes con la duda!	Toda la población Psicoeducación Prevención	Se ofreció celular de la Dirección, para que por medio de mensajes de texto y WTP de forma impersonal, cualquier persona pudiera realizar preguntas relacionadas al uso y abuso de sustancias. Fueron respondidas por el equipo técnico de profesionales de la Dirección.
3	¡ENTERATE!	Toda la población Psicoeducación Prevención Sensibilización	Se difundieron 6 spots de 1 minuto con información sobre consumo y sustancias. El formato fue PREGUNTA – RESPUESTA con foco en mitos sobre el consumo que se recogieron durante el quehacer profesional. Se difundieron en redes oficiales.
4	Notas locales	Toda la población Sensibilización Difusión	Autoridades municipales y equipo dieron notas a medios locales a los fines de informar sobre la Semana de Prevención y las actividades a desarrollar.
5	Foto/Video+Cartel	Toda la población Sensibilización Difusión	Durante toda la semana, se recibieron saludos de personalidades locales y provinciales reconocidas, felicitando al municipio y haciendo referencia a la Semana de la Prevención. Se difundieron en redes oficiales.
6	Conversatorios	Sensibilización Difusión Prevención Promoción	Se ofrecieron dos conversatorios abiertos mediante Zoom. 1) Temática: Mitos y Verdades sobre las Adicciones 2) Internación: ¿la cura para la adicción?
7	En primera persona	Toda la población Sensibilización Prevención	Se invitó a residentes de la Comunidad Terapéutica Nuestra Señora del Luján, a escribir mensajes personales para video que se publicó el 26/06 – Día de la Lucha contra las Drogas.

- Curso de Albañilería Práctica: realizado en junio durante la Semana de la prevención de manera virtual con 56 inscriptos; dictado en 4 módulos mediante inscripción con Formulario Google (junio).

- Curso de Albañilería Práctica: dictado en agosto con 49 inscriptos; contó con certificación avalada por la Municipalidad de Río Tercero, UNC, SEU y UUPP.

- Se regresó a la atención presencial (noviembre).
- Se realizó encuentro virtual de Intervención de Cesación Tabáquica con profesionales de RAAC CBA, abierto al público, para prevención de tabaquismo y promoción de tratamiento brindado por equipo de RAAC de provincia (noviembre).
- Se generaron placas virtuales con consejos para prevenir recaídas en las fiestas de fin de año; se dio difusión en redes oficiales y se entregaron impresas a pacientes y familiares en tratamiento (diciembre).

- Se presentó y difundió el "Manual Municipal de Apoyo para familiares y amigos de pacientes en rehabilitación"; disponible online en la página web de la Municipalidad de Río Tercero (noviembre).
- Se firmó convenio con Vínculos en Red Asociación Civil de Villa María, para el compromiso de trabajo conjunto para la sensibilización, concientización y prevención dirigida a niños, niñas, adolescentes y familias, para evitar cualquier tipo de violencia de género, entre ellas la trata, el tráfico de personas y la explotación sexual infantoadolescente en el ejido local y la zona de influencia.
- Se participó del homenaje al efectivo policial Marcos G. Giroto, caído en la lucha contra el narcotráfico en el año 2013; se realizó en el mástil ubicado entre el edificio de la Policía de la Provincia y la municipalidad; como corolario se descubrió una placa de reconocimiento en memoria del joven (diciembre).
- Se enviaron certificados de la Capacitación de Albañilería Práctica, realizada de forma virtual de agosto a septiembre con una duración de 16hs (diciembre).

2. Capacitaciones

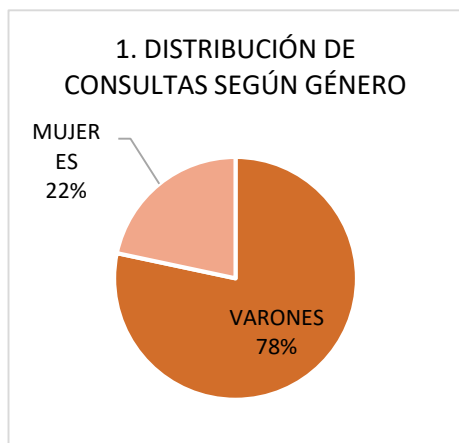
- 1) Se realizó capacitación en RCP brindada por personal de Defensa Civil.
- 2) Se participó de reunión de trabajo con el equipo de RAAC Interior, que se ocupa de la coordinación de los 100 centros de prevención y asistencia distribuidos en todo el interior provincial. En la jornada, la RAAC puso a disposición herramientas con las que cuentan para el abordaje de las problemáticas del consumo de sustancias y el suicidio, entre otras; y ofrecieron capacitación para profesionales de la salud, para familiares de personas afectadas, padres en general y educadores. También se avanzó en una agenda común para desarrollar las tareas de prevención entre los equipos de la municipalidad y la provincia.
- 3) Se realizó una capacitación sobre la nueva Ley de Salud Mental y criterios de derivación en pacientes con consumo problemático de sustancias; dictó el psiquiatra Juan Pablo Vedia, para personal del área y de la Secretaría de Salud municipal.
- 4) Entre los meses de febrero a agosto, el equipo participó de las capacitaciones online, brindadas por la Secretaría de Adicciones de la Provincia de Córdoba:
 - Primera escucha.
 - Entrevista motivacional.
 - Intervención en momento de crisis.
 - Comunidades Terapéuticas, aspectos generales.
 - Intervención telefónica en crisis desde DBT (prevención de suicidio).
 - Estrategias del DBT para prevenir crisis emocionales.
 - ¿Cuál es el rol de los tratamientos ambulatorios mientras el paciente está internado?
 - Primer contacto.
 - Seis dimensiones de evaluación para el ingreso a Comunidades Terapéuticas.
 - Nuevas herramientas para el pedido y rendición de reactivos.
 - Dispositivos para personas en situación de calle.
 - Se participó del curso “Economía del comportamiento para mejoras políticas públicas”, dictado por Banco Interamericano de Desarrollo.
 - Se participó de charla “COVID-19 y nuevos escenarios: ¿Cómo se ha modificado el consumo de sustancias durante el aislamiento?”, dictado en marco de Raac Webinar y CONICET.
 - Se participó del 2° Consejo de Prevención y Asistencia de las Adicciones de manera virtual.
 - El personal realizó “Postgrado de Prevención y Asistencia en Adicciones” (Universidad Provincial de Córdoba y Secretaría de Prevención y Asistencia en Adicciones de la Provincia de Córdoba); capacitación de “Entrenamiento en comandos medios” (Municipalidad de Río Tercero); y en “Postgrado en Drogodependencias” (Universidad Nacional de Córdoba).

- Se participó de charla online “Crisis, pandemia, desvalimiento y consumo” a Lic. Horacio Tabares.

3. Servicio de Asistencia

3.1 Consultas por consumo problemático y adicciones

Durante el año se admitió un total de 120 solicitudes de tratamiento, de las cuales 84 fueron varones y 26 mujeres (gráfico 1). No se presentaron personas que se perciban con otro género. Esta diferencia de valores podría explicarse con datos obtenidos en investigaciones nacionales e internacionales, que indican que los varones tienen mayores probabilidades de desarrollar trastornos por adicciones, además de que las mujeres tienden a consultar menos, debido a que:



soportan mayor presión social y prejuicios respecto al abuso y dependencia de sustancias; que perciben que se las culpa más que a los varones; que las consecuencias negativas del consumo son mayores para ellas; que reconocer un consumo

problemático provoca un mayor coste social que para los varones, y que esto pone en duda su competencia como madre, mujer, pareja, etc. Sin embargo, no disponemos de datos formales locales sobre la temática que permitan realizar correlaciones. De todos modos, la atención a pacientes desde nuestro centro, no es excepción a las estadísticas nacionales e internacionales recabadas al momento; entre el 20% y el 25% de las personas que solicitan tratamiento son mujeres y ellas presentan características diferenciales que requieren ser valoradas de forma diferenciada.

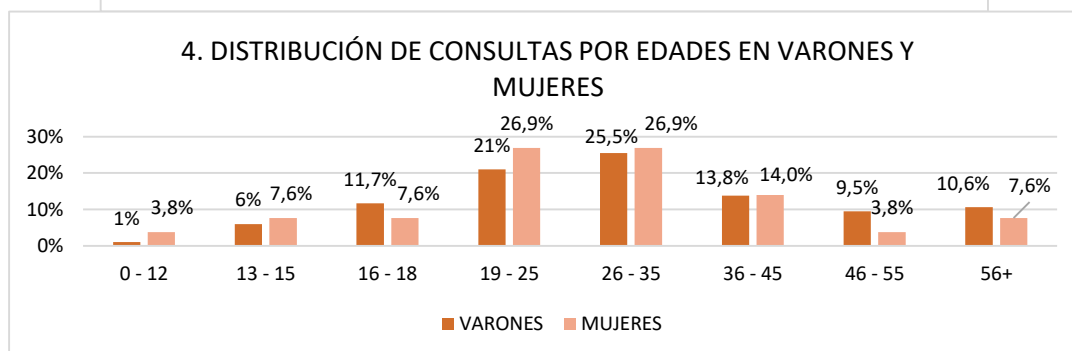
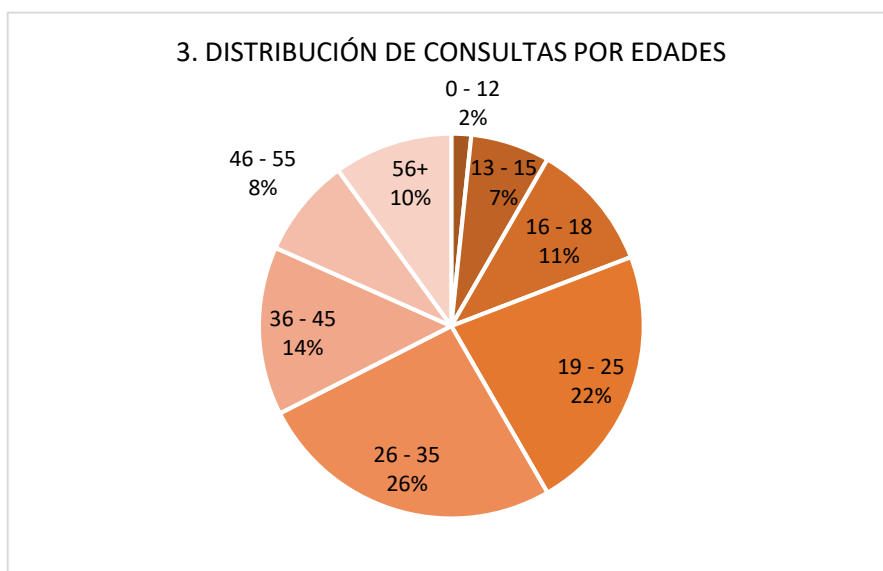
En cuanto al tipo de ingreso, es decir, como la persona toma conocimiento del servicio o desde dónde se lo deriva, la distribución total de la muestra fue: 44 ya habían tenido contacto con el P.M.A (Programa Municipal de Adicciones de la anterior gestión); 32 de forma espontánea; 17 fueron derivados desde otras dependencias municipales; 10 desde Tribunales u otras dependencias del Sistema Judicial; 5 desde otras RAACs; 4 desde Unidades Hospitalarias; 8 desde



Otros no detallados. En porcentajes, se distribuyen de la siguiente forma (gráfico 2).

No se disponen de datos sobre ingresos en años previos por lo que no puede hacerse un análisis comparativo ni cualitativo; de todas formas, se observa que desde todas las instituciones que podrían tener contacto con problemáticas de consumo ha habido derivaciones, lo que indicaría que hay una buena difusión del servicio y conocimiento de su existencia por parte de la población.

La distribución etaria de las admisiones fue la siguiente: 0 - 12 años: 2; 13 - 15 años: 8; 16 - 18 años:13; 19 - 25 años: 27; 26 - 35 años: 31; 36 - 45 años: 17; 46 - 55 años: 10; mayores de 56 años: 12. Los porcentajes se observan en gráfico 3.

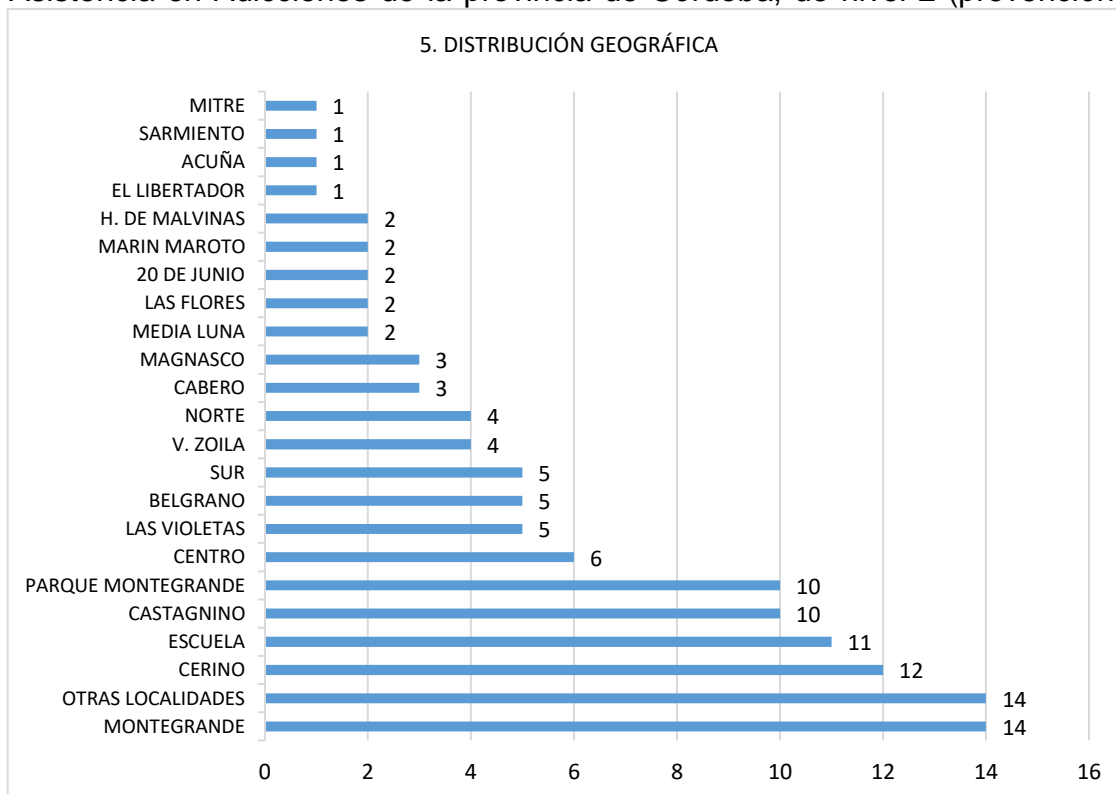


En el gráfico 4, se observa que, en ambos géneros, hay un aumento de la consulta entre la adolescencia tardía, juventud y adultez temprano, sumando un 62% de los 19 a los 45 años; esto podría relacionarse con mayores recursos cognitivos e intelectuales para adquirir conciencia de enfermedad, aumento de la intensidad de los síntomas relacionados con mayor autonomía e independencia social y laboral en estas etapas vitales; en cambio, en las edades más jóvenes, quienes consultan son los padres y madres, y hacia la adultez

mayor, suele haber frustración y resignación a la enfermedad, tanto por parte de la familia como del paciente; se observa que, en ambos géneros, la consulta disminuye en la adolescencia, hacia la adultez media y adultez mayor, siendo el 28% entre los 16 -18 y 46 en adelante. De todos modos, son estimaciones que se basan en el conocimiento del trastorno, ya que no se disponen de datos que permitan explicar este indicador. También se observa que, en los varones, hay mayor número de consultas de la adultez media hacia adelante respecto a las mujeres. Sería prolífico investigar más ambos indicadores, ya que podrían orientar sobre intervenciones diferenciadas para promover la asistencia según el género y edad.

La distribución geográfica de la población consultante se puede observar en el gráfico 5, y lo único visible es que ha habido más consultas en los barrios con mayor población como era esperable, pero no se disponen de datos sobre las poblaciones totales de cada barrio para poder calcular porcentajes de consulta, por lo que no puede hacerse una lectura cualitativa de los datos. Estos no son más que cantidades sobre el total y se recomienda recaudo en su interpretación y transmisión, ya que, si se toman con literalidad y sin el análisis correspondiente, se puede promover la continuidad de determinados prejuicios sobre el consumo y abuso de sustancia, y a la estigmatización.

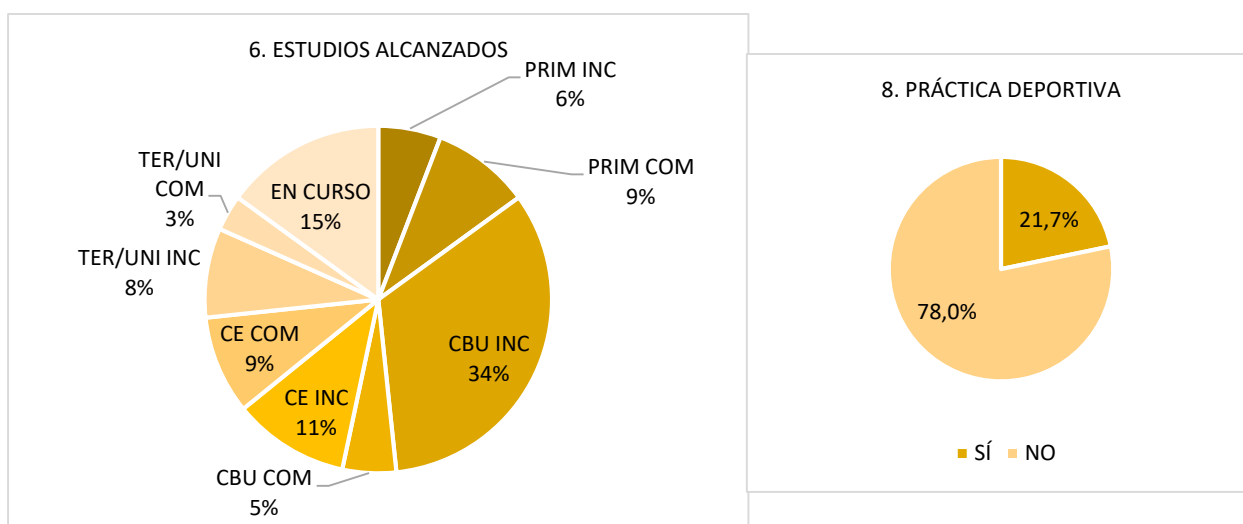
Además, se atendió a 14 personas de otras localidades que dan un 12% sobre el total. Se recuerda que la Dirección es parte por convenio de la Red Asistencia en Adicciones de la provincia de Córdoba, de nivel 2 (prevención y



asistencia), y dentro de algunas de sus competencias, se encuentra la atención de personas de cualquier punto geográfico que no disponga en su zona de RAAC

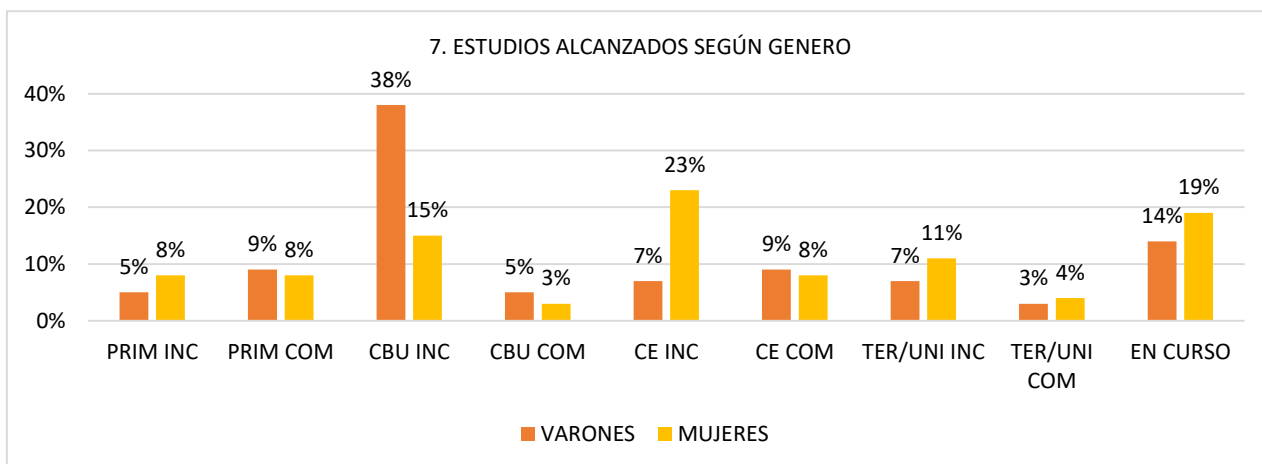
o que disponga de RAAC de nivel 1 (prevención); si bien la provincia difunde las RAACs y estas son accesibles de la página, durante el 2020, la difusión del área estuvo mayormente localizada en Río Tercero; sin embargo se atendieron personas de zonas rurales, General Cabrera, Hernando, Corralito, Almafuerite, Embalse y Villa del Dique, algunas por ingreso espontáneo, otras por derivación del sistema de RAACs.

Continuando con datos sociodemográficos, también se indagó sobre el nivel de estudios alcanzados con las categorías de: primario incompleto y completo, CBU incompleto y completo, CE incompleto y completo (correspondería al secundario completo), terciario o universitario incompleto y completo y estudios en curso (gráfico 6); también se compararon según el género (gráfico 7); y además se indagó sobre la práctica de deportes (gráfico 8).

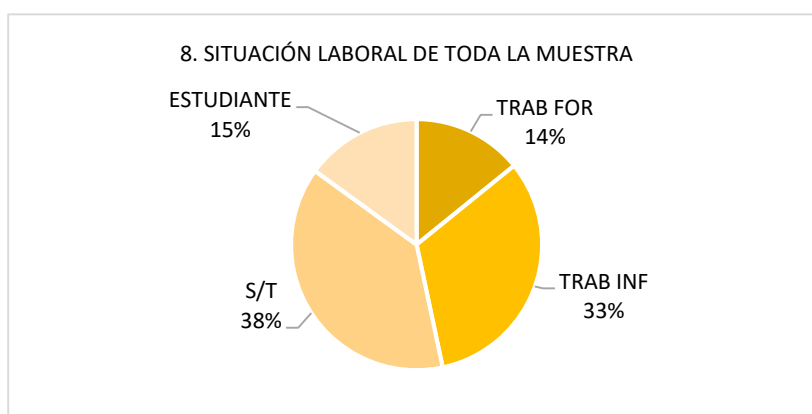


Se observa un alto porcentaje de personas con CBU incompleto y si se suman aquellos con primario incompleto y completo, CBU completo e incompleto, y CEE incompleto, suman el 65% los consultantes sin el secundario terminado, lo que correspondería con las conclusiones de investigaciones actuales, que indican que algunos de los factores protectores que disminuirían la probabilidad de desarrollar una adicción, son las actividades deportivas y la escolaridad, entre varias otras. También se observan diferencias entre los géneros: los varones suman un total de 64% y las mujeres un 57%, pero no es significativa.

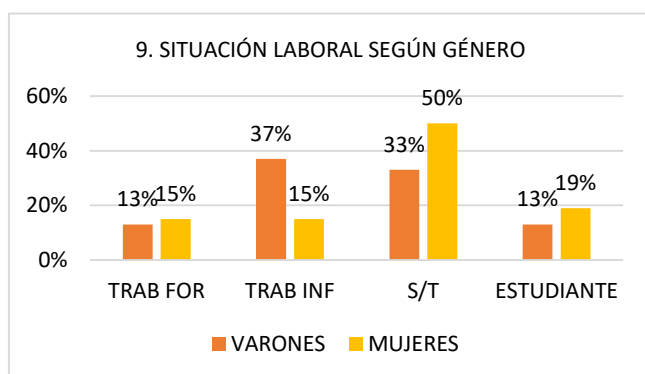
Sí se observa que casi un 40% de los varones de la muestra abandonó sus estudios antes del 3° año, mientras que el 23% de las mujeres de la muestra abandonó el secundario posterior al 3° año; esta diferencia podría deberse a variables aleatorias o que sí puedan correlacionarse con el género, pero no se dispone de datos que permitan explicar una relación si la existiera.



En el gráfico 8 se observa la distribución de la muestra respecto a la situación laboral; como era esperable, el 38% no tiene trabajo; este otro factor que se considera protector para disminuir la probabilidad de enfermarse de adicciones; y, por otro lado, también se estima que, a mayores niveles de gravedad de adicción, más probabilidades de perder posibilidades laborales.

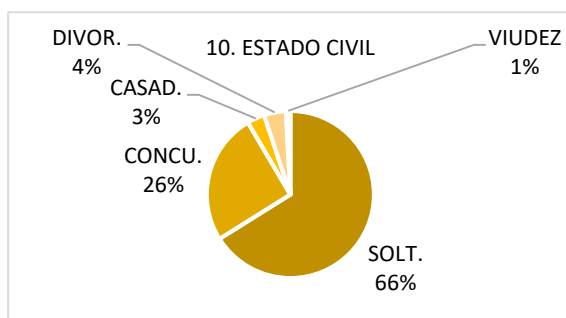


En el gráfico 9 se observan algunas diferencias respecto al género; hay mayor porcentaje de varones insertos en el mercado informal y mayor porcentaje de mujeres sin trabajo; esto puede relacionarse con diferencias e inequidades inherentes al género femenino, pero otra vez, son sólo estimaciones ya que no es posible un análisis profundo con los datos disponibles.

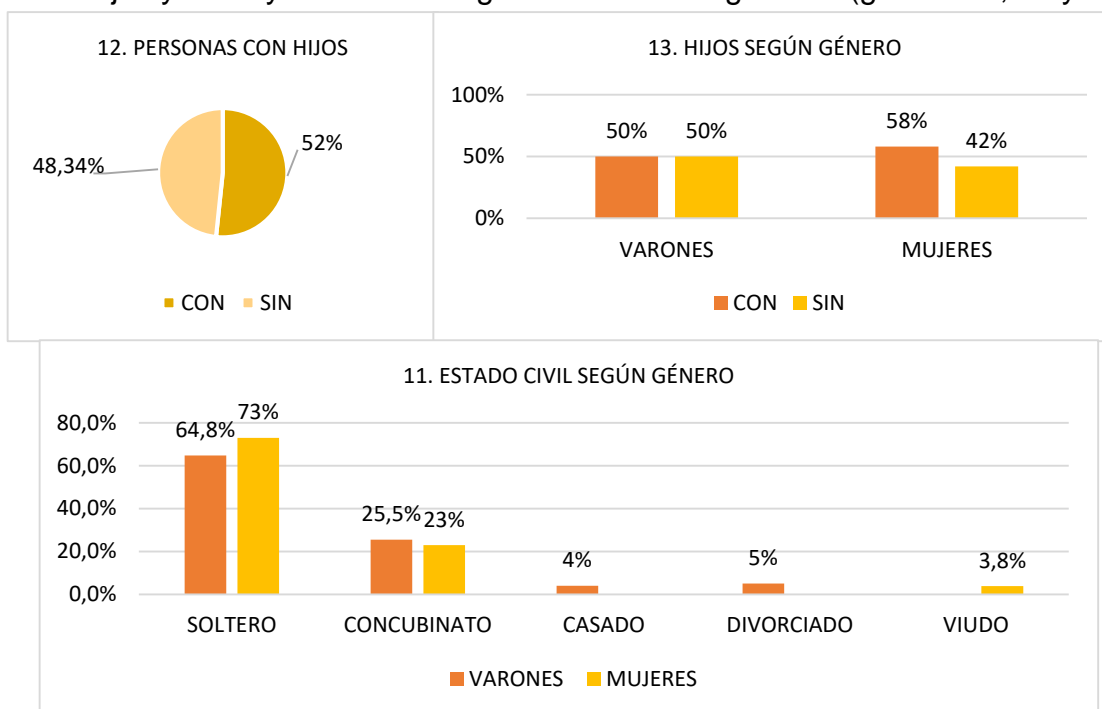


Respecto al estado civil de las personas que consultaron, el 66% estaba soltero/a, y un 26% en convivencia (gráfico 10). Respecto a diferencias entre género, se observa un 8% más de mujeres solteras que varones; esto podría estar asociado a la mayor presión social y mayor pérdida de imagen de la mujer consumidora o adicta, descrito al inicio.

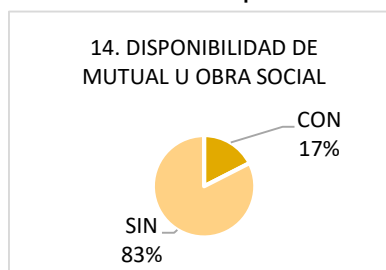
Respecto al estado civil de las personas que consultaron, el 66% estaba soltero/a, y un 26% en convivencia (gráfico 10). Respecto a diferencias entre género, se observa un 8% más de mujeres solteras que varones; esto podría estar asociado a la mayor presión social y mayor pérdida de imagen de la mujer consumidora o adicta, descrito al inicio.



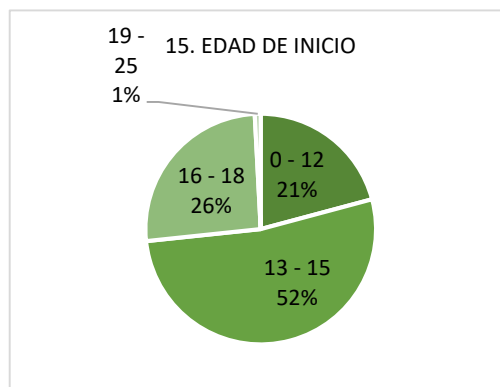
Sobre la cantidad de personas con hijos, se observa que la mitad de la tiene hijos y no hay diferencias significativas entre géneros (gráfico 11, 12 y 13).



De la totalidad de los consultantes (gráfico 14), un 17% disponen de mutual u obra social, quedando el restante 83% bajo cobertura de salud pública, dato que se correlaciona positivamente con la situación laboral precaria en general. Esto se considera una desventaja significativa en los tratamientos, ya que en estas problemáticas suele ser necesario complementar el tratamiento con la realización de estudios médicos, consultas psiquiátricas, consultas neurológicas, y acompañamiento de otras disciplinas.

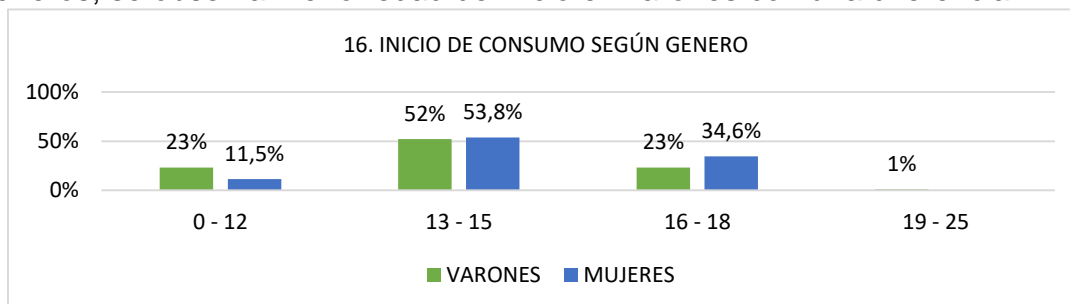


Además de datos sociodemográficos, se recogieron datos específicos relacionados con la problemática, a los fines de conocer mejor las características de los consultantes. Se indagó sobre la edad de inicio de consumo de sustancias (gráfico 15), no haciendo referencia a una sustancia específica, sino al primer contacto que tuvo la persona con una sustancia adictiva. Este indicador mostró que, el 99% se inició en el consumo de sustancias durante la adolescencia, y el 52% antes de los 15 años. Este dato coincidiría con las investigaciones actuales, que señalan a la edad de inicio como factor protector o de riesgo; a menor edad de inicio mayores probabilidades de desarrollar un consumo problemático; a mayor edad de inicio, menores probabilidades. La adolescencia es una



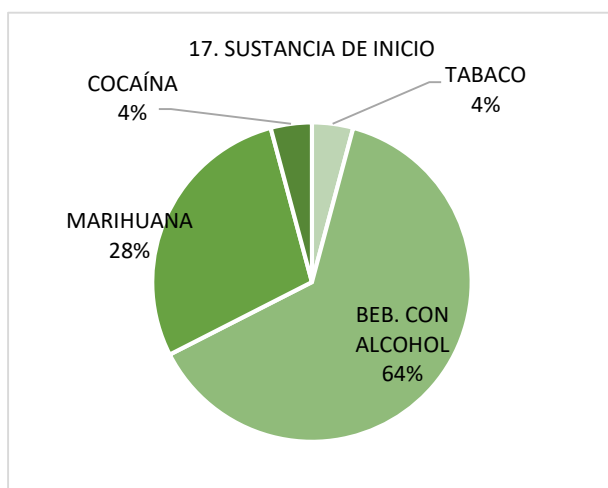
etapa en la vida que presenta características distintivas como por ej: el cerebro aún está en desarrollo, específicamente el lóbulo prefrontal, que tiene dentro de sus funciones regular y monitorizar el procesamiento de la información de otras redes sensoriales y emocionales para organizar una tarea, control evaluativo de los resultados, informar a otras áreas de errores cognitivos y establecer estrategias de actuación, inhibir la amígdala regulando estadios emocionales negativos, planificar y organizar la conducta considerando consecuencias, entre otras. A estas condiciones neurobiológicas se suman las psicológicas y sociales inherentes a la adolescencia: sentimientos de omnipotencia, precario control de impulsos, exacerbada búsqueda de aceptación de pares e integración/aceptación social, conflictos con padres ya que se finaliza el pasaje de la endogamia a la exogamia, primeras experiencias de pareja, entre muchos otros. Esto genera una confluencia de variables que predisponen a los adolescentes a mayores niveles de vulnerabilidad a problemáticas de consumo. La población atendida desde la Dirección no es la excepción, por lo que se sugiere utilizar este dato para orientar actividades de prevención destinadas a retrasar el mayor tiempo posible, el inicio de consumo en la adolescencia.

En el gráfico 16 se tiene el mismo indicador, pero comparado entre géneros; se observa menor edad de inicio en varones con una diferencia



significativa respecto a las mujeres del 12,5%; los índices se emparejan en la franja de 13 a 15 años, y de 16 a 18 años, el índice del género femenino, está por sobre el de los varones con casi un 12%; parecería que, en esta población, los varones han sido más vulnerables a este factor (menor edad de inicio); de todos modos, más de la mitad de ambas poblaciones, se iniciaron en el consumo entre los 13 y los 15 años, etapa de alta vulnerabilidad. Otra vez, se recomienda el uso de este indicador para orientar la prevención en la etapa de 13 a 18, en ambos géneros por igual.

Respecto a la sustancia con la que se tuvo el primer contacto, se encontró que en el 64% fue con bebidas con alcohol y un 28% con marihuana (gráfico 17); en menores índices aparecen el tabaco y la cocaína; investigaciones actuales muestran que los consumos problemáticos de bebidas con alcohol, son los que más coste sanitario general al sistema de salud, y esto ocurre tanto a nivel internacional, como nacional y provincial. A pesar de los discursos en medios de comunicación o prejuicios acerca de las “drogas” (referencia a lo ilegal), la

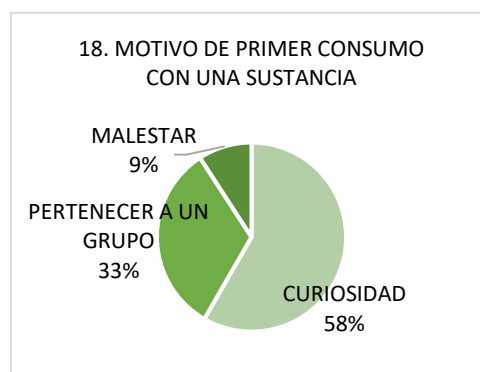


sustancia más consumida y a la que más recursos sanitarios se destinan, es la más accesible, más económica y más aceptada socialmente. Si se realizaran futuras intervenciones para prevención, se aconseja trabajar sobre esta sustancia particularmente con más ahínco, y sobre la marihuana, ya que son las dos sustancias más accesibles en edades tempranas, y muchas veces funcionan como puerta a

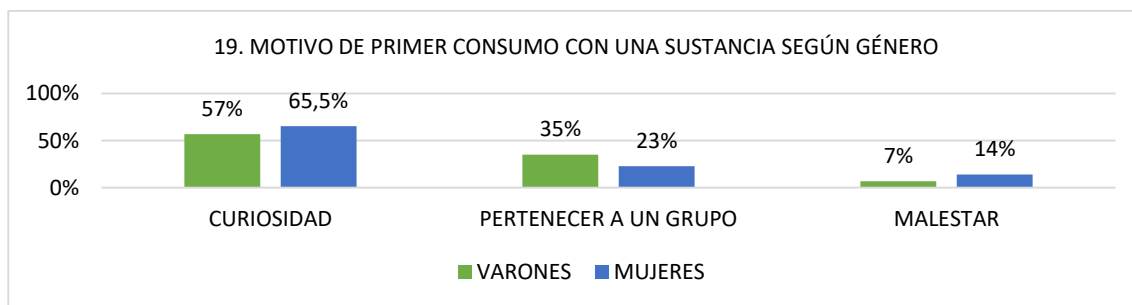
otras sustancias con mayor capacidad adictiva (teoría de la compuerta). Se recomienda no sólo trabajar en la prevención de adicciones, sino en los distintos consumos problemáticos, ya que en la adolescencia es donde más frecuentemente se realiza el binge drinking, llamado botellón en España, llamado previa en Argentina; este consiste en consumir medidas de bebidas alcohólicas de forma rápida e intensiva en pocas horas; este tipo consumo si bien en muy pocas ocasiones desarrolla dependencia, tiene riesgos asociados graves para la salud en general, como episodios violentos, peleas callejeras, accidentes de tránsito, abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, etc. Respecto al género, no se observaron diferencias significativas.

También se consultó sobre el motivo de este primero consumo, dando las opciones de: a) curiosidad; b) pertenecer a un grupo o por obligación; c) malestar. La distribución de las respuestas se muestra en el gráfico 18. Casi el 60% referenció haberlo hecho por curiosidad y 33% por aceptación social.

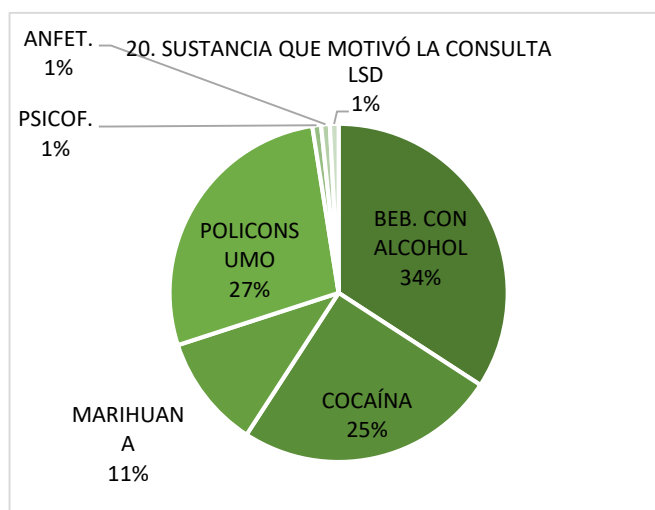
En cuanto a diferencias según género (gráfico 19), las mujeres en comparación con los varones, indicaron el motivo “curiosidad” en un 8.5% más que los varones; mientras que los varones respondieron “pertenecer a un grupo” en un 12% más que las mujeres; en cuanto al motivo “malestar”, si bien el porcentaje representa a 7 varones y 4 mujeres, el porcentaje se duplica para las segundas.

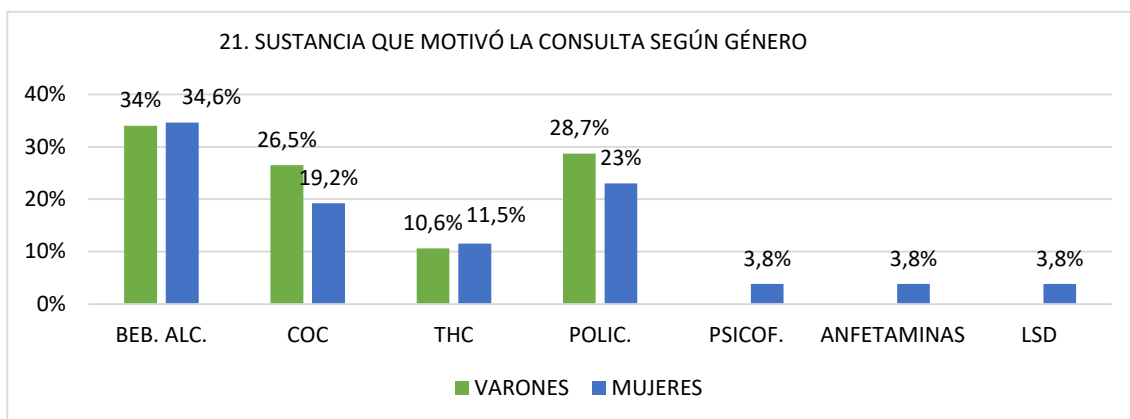


Se recomienda indagar si esta diferencia ha sido referenciada por investigaciones actuales locales, lo que determinaría si es aleatoria, o, en caso de no serla, utilizarla para la realización de actividades preventivas que contemplen esta diferencia, aparentemente relacionada con habilidades sociales.



En cuanto a la sustancia por la que consultaron, la distribución se muestra en el gráfico 20; una vez más, las bebidas con alcohol son las más frecuentes con un 34%, y luego cocaína y marihuana. En cuanto a psicofármacos, anfetaminas y LSD (única sustancia de diseño por la que se realizó consulta) el 1% representa a 1 persona por cada sustancia; es decir, la prevalencia es significativamente menor. Dato llamativo, es el policonsumo con una prevalencia del 27%, que indica que en casi el 30% de los que consultaron, presentaban dependencia de varias sustancias en simultáneo. En este indicador, sí se observan algunas diferencias entre géneros (gráfico 21). La prevalencia de consultas por sustancias como psicofármacos, anfetaminas y LSD, sólo tuvo prevalencia en las mujeres, mientras que en los varones hubo casi un 6% más de consultas por policonsumo y cocaína.





Luego de la entrevista de admisión con cada consultante, se realiza una evaluación de la escala de consumo y se sugiere el tratamiento más adecuado para el diagnóstico. Esta distribución se muestra en el gráfico 22; la escala utilizada se diferencia en:

A. Consumo experimental: corresponden a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las que puede pasarse a un abandono de la misma o a la continuidad en los consumos. Prácticamente en la totalidad de las realidades culturales, la adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surgen este tipo de consumos, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo; recordemos aquí que investigaciones actuales refieren que de las personas que consumen, alrededor entre un 18 y 20% desarrolla una adicción.

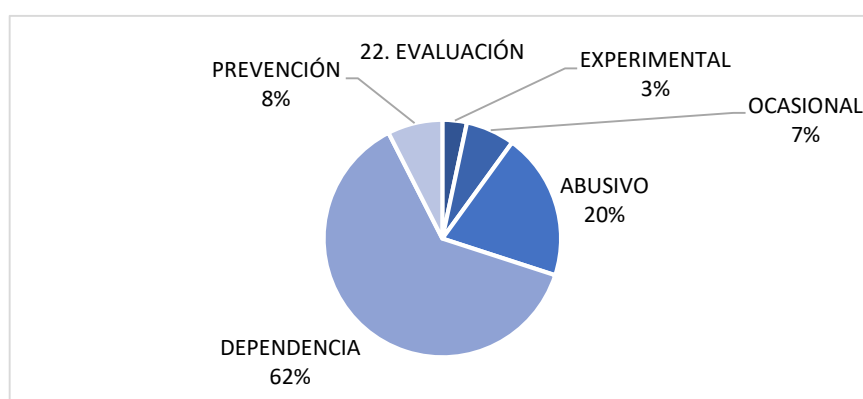
B. Consumo ocasional: corresponden al uso intermitente de una sustancia, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia; se continúa el uso de la sustancia en grupo, aunque la persona es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de mediar una sustancia.

C. Consumo abusivo: supone una utilización frecuente de la sustancia; esta práctica puede conducir a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia de que se trate, la asiduidad con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. La persona amplía las situaciones en las que recurre a las sustancias, que se usan tanto en grupo como de manera individual; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. En este caso, se sugiere tratamiento para prevención de problemáticas más graves, y se indica tratamiento, en caso de realizarse durante la pubertad/adolescencia.

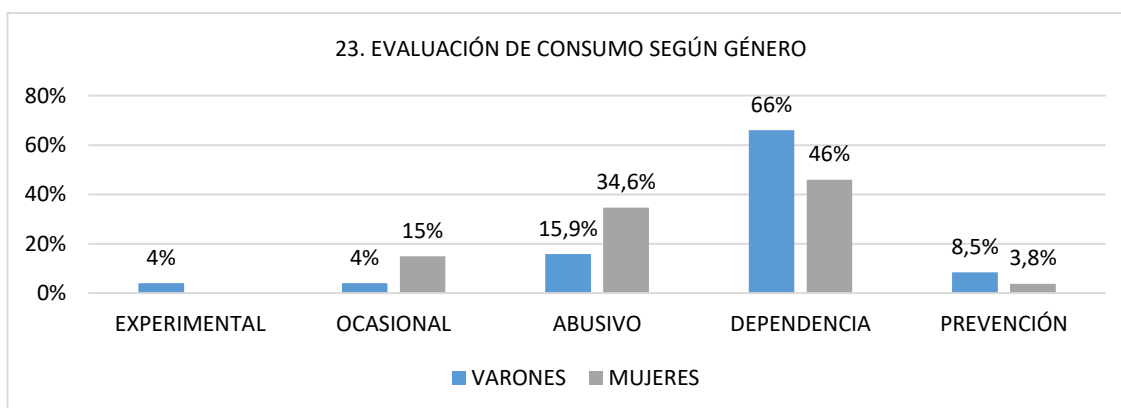
D. Dependencia: la persona necesita la sustancia, ya se ha desarrollado tolerancia y dependencia neuropsicológica, y la mayor parte de la vida está enfocada en la sustancia, a pesar de las consecuencias negativas del consumo. Algunos indicadores son: uso de la sustancia en mayor cantidad o por un período de tiempo más largo de los que el consumidor pretende; toma de conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de la sustancia; empleo de gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y su consumo; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el consumidor desempeña determinadas obligaciones; reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas; uso continuado de la

sustancia a pesar de ser consciente de los problemas que le está causando; con asiduidad se recurre a la sustancia para aliviar el malestar provocado por su falta.

E. Prevención de recaída: es cuando la persona ha logrado la abstinencia, sea por sus propios medios o mediante tratamiento, y sin consumo, realiza consulta por tener la percepción de riesgo de recaída y peligrar los logros obtenidos hasta el momento; recordemos que las adicciones son un trastorno de la conducta crónico y esta consulta está enfocada en la prevención de retroceder a tipos de consumo ya abandonados.



Se observa que el 62% de las consultas fueron evaluadas como dependencia y un 20% como consumo abusivo; el resto de los tipos de consumos, juntos están por debajo del 10%. En cuanto a diferencias entre género (gráfico 23), se observan algunas diferencias:



En las mujeres, se evaluó consumo ocasional en un 11% más que en los varones; consumo abusivo un 18% más en mujeres que en varones; y dependencia un 22% más en varones. No se disponen de datos que permitan analizar correlaciones, pero se sugiere indagar en investigaciones actuales y locales, a los fines de optimizar intervenciones y tratamientos, según el género y tipo de consumo.

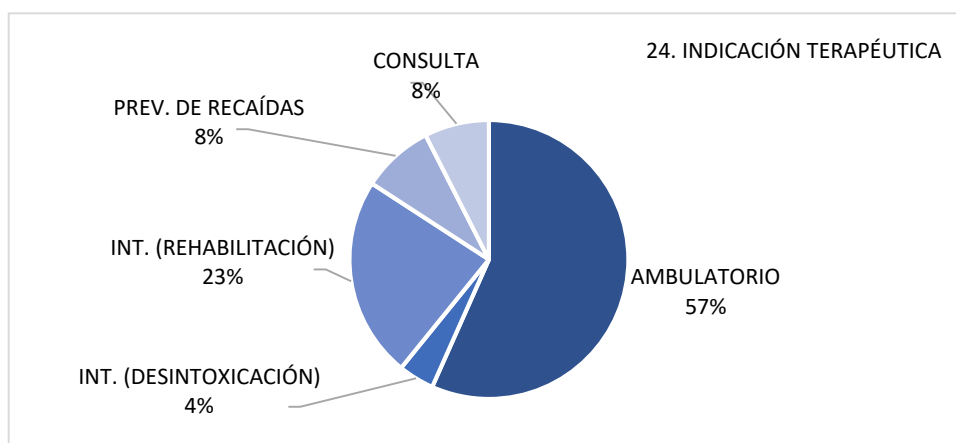
Como se explicó, a cada tipo de consumo y realidad del consultante, le acompaña una estrategia terapéutica específica. La distribución se observa en el gráfico 24; las estrategias dividen en:

A) Consulta/Asesoramiento: suele realizarse en caso de consultas generales o por consumo experimental/ocasional; se informa sobre los efectos de la sustancia; los riesgos de su consumo; los riesgos asociados; etc. Se considera este tipo de intervenciones como psicoeducativas con finalidad preventiva.

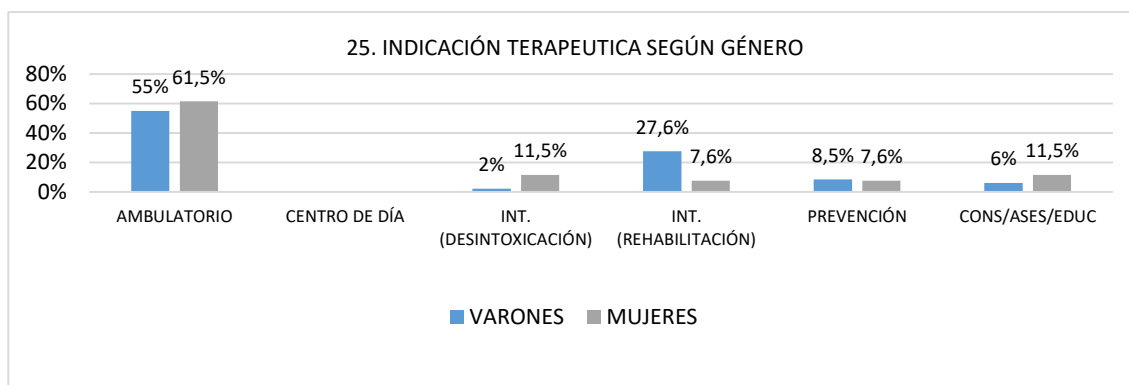
B) Centro de Día: se indica esta modalidad cuando la persona no presenta indicadores para internaciones, pero existen obstáculos para el logro de la abstinencia, asociados a situaciones específicas en momentos específicos. La persona pasa el día en el centro como parte del tratamiento, pero por la noche regresa a su hogar, y las jornadas van disminuyendo a medida que avanza el tratamiento. No se dispone de este tipo de dispositivos terapéuticos en la zona, por lo que no se la indica. Si la hubiese, hubiese sido oportuna indicarla en varias oportunidades.

C) Internación (desintoxicación): se indica para cuadro de intoxicación aguda; abuso de sustancias y situación de calle o ausencia de familia continente; dependencia sin familia continente o en situación de calle; síndrome de abstinencia sin familia continente o en situación de calle; emergencia de sintomatología psiquiátrica que pone en riesgo la propia seguridad y/o la de terceros.

D) Internación (rehabilitación): se indica para pacientes que necesitan suficiente tiempo y un ambiente que les proporcione estructura para recuperarse e integrar herramientas de afrontamiento; que requieren ser removidos de un lugar de habitación poco protector o tóxico para reducir al mínimo su uso continuado; que presentan déficits funcionales que les impiden o dificultan el uso de las herramientas de recuperación, carecen de responsabilidad personal o están desconectados del mundo laboral, educativo o de la vida familiar; que presentan efectos muy significativos de los trastornos por uso de sustancias, con un grado de daño alto en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio, no son posibles o carecen de efectividad; que presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o el desarrollo de habilidades emocionales para el afrontamiento; que tienen necesidad de un programa que les proporcione suficiente tiempo para integrar lo aprendido y vivido en el tratamiento, en su vida cotidiana; que tienen relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores anti normativos; que requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y relativa larga duración, que pueda manejar los déficits educacionales y vocacionales del paciente, así como todos los problemas interrelacionados.



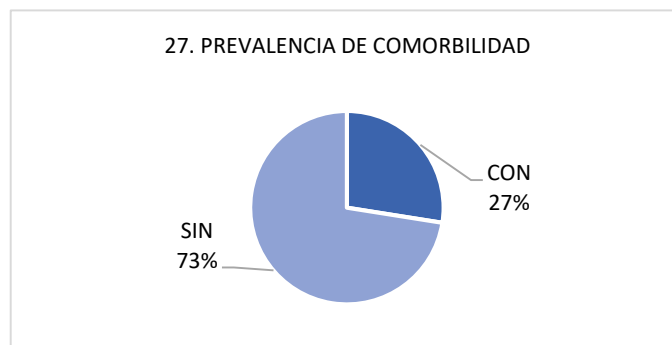
Como puede observarse, se indicó internación para el 27% de los consultantes, que suman un total de 33 personas; se aclara que esta es una indicación de modalidad terapéutica y no siempre el paciente la acepta o, en otros casos acepta pero luego no la concreta; o la concreta la familia por medio de una intervención judicial; o se la concreta en el ámbito privado; además, es una indicación que debe tenerse cuenta cuando la mayoría de las intervenciones previas han fracasado; la internación es sólo una modalidad terapéutica más, que para muchas personas funciona, para otras no, y para otras no es necesaria. De las 33 indicadas, 12 se concretaron desde la Dirección, por medio de becas estatales. Esto da un promedio de 1 internación por mes, y la Secretaría de Asistencia en Adicciones de la provincia no denegó ninguna solicitud realizada desde esta Dirección, lo que da cuenta de que las solicitudes fueron realizadas con los criterios correctos y e indicadas oportunamente.



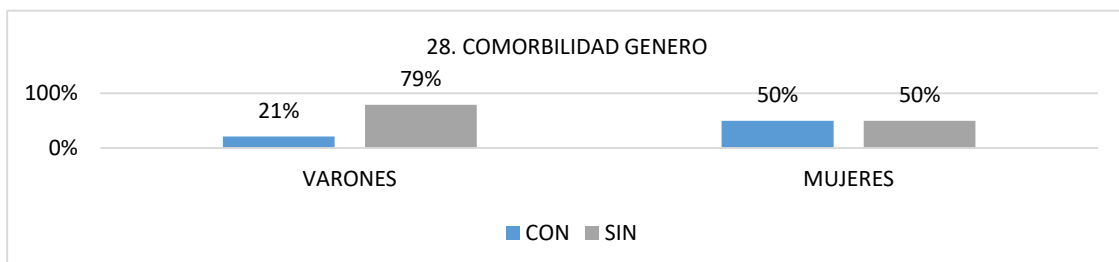
En cuanto al género (gráfico 25), se observa una marcada diferencia en la indicación de internación para rehabilitación; para los varones se indicó un 10% más; esto podría asociarse con algunos datos científicos actuales a saber: que las mujeres tienen menos probabilidades de desarrollar adicciones y que de hacerlo, estas suelen ser de menor gravedad que en los varones. De todos modos, no se disponen de datos como para realizar correlaciones.

También se recabaron datos sobre problemáticas asociadas a las adicciones. La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el

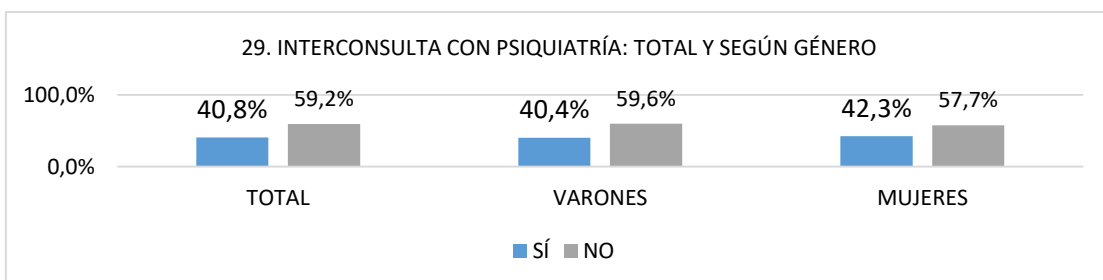
consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia. Parece haber una relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia; y, además, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental. En esta muestra, se contabilizaron 33 personas con otros diagnósticos psicopatológicos, realizados en consulta psiquiátrica; representan un 27% del total (gráfico 27). En cuanto al género, se contabilizó mayor prevalencia en las mujeres, con un 50% de la población (gráfico 28).



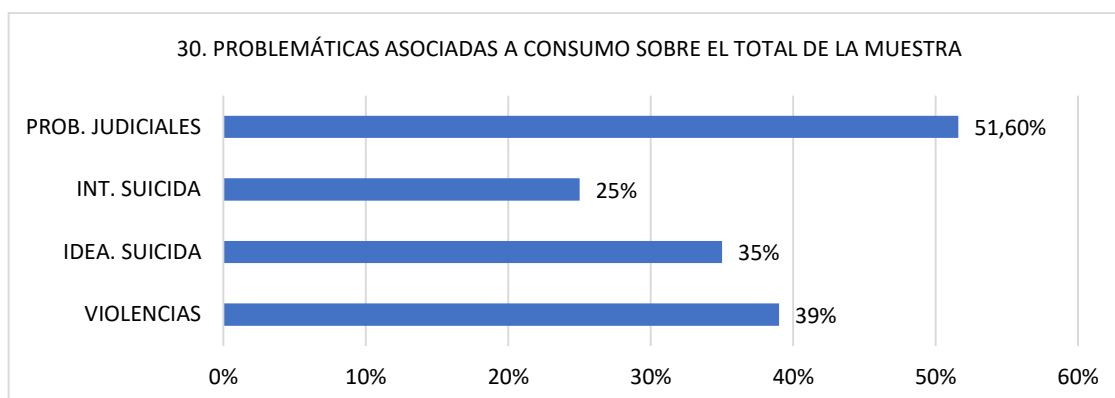
Los síntomas de abstinencia varían notoriamente de una persona a otra, según la sustancia, las características particulares, la historia de consumo, etc.; y no siempre es necesario el acompañamiento con psicofármacos; además muchas personas no desean asistir a tratamiento psiquiátrico; en otras esto no se corresponde con sus creencias religiosas; y en otras es muy necesario, debido a comorbilidad.



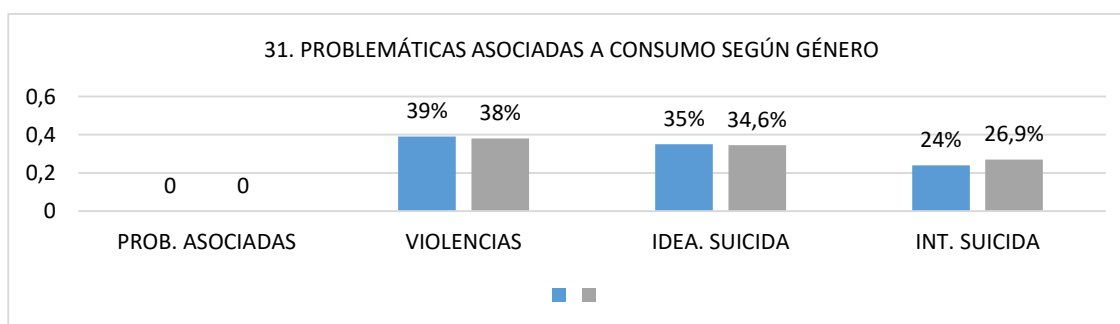
En cuanto al género, no se observan diferencias significativas. Con 49 personas se trabajó conjuntamente con el área psiquiatría, fuera esta consulta previa al tratamiento o derivada desde la Dirección; esta representa un 40% del total de los consultantes (gráfico 29).



Otras problemáticas comúnmente asociadas a los trastornos por sustancias son: la existencia de problemas legales o judiciales; ideación o intento suicida; situaciones de violencia. En el gráfico 30, puede observarse que el 51% de los consultantes tenían o habían tenido problemas con la justicia al momento de la consulta; el 25% había tenido al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida; un 35% tenía o había tenido ideaciones suicidas; y el 39% había suscitado o sido parte de situaciones de violencia callejera o familiar. En todos

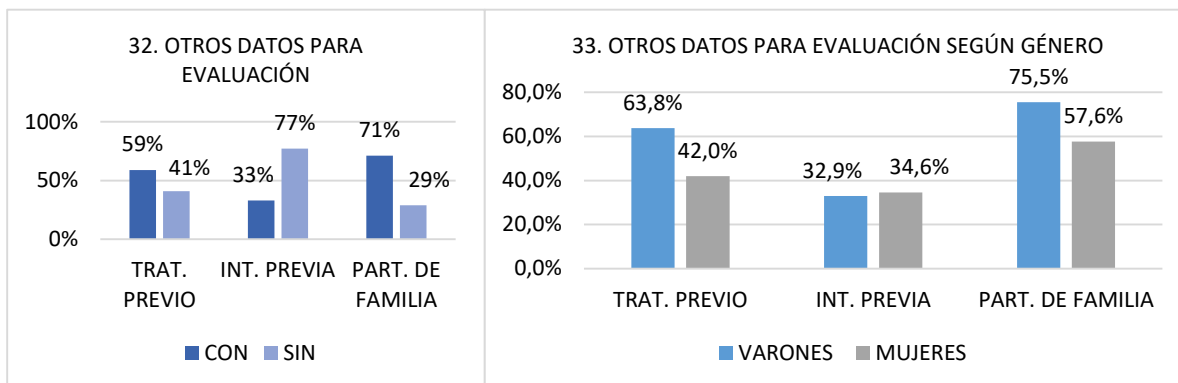


los casos, el dato sólo se tomó en el caso de estar asociado con el consumo de sustancias y puede observarse que, para todas las problemáticas, la prevalencia es alta. La más significativa es la de problemas con la justicia; recordemos que en el sistema nacional se considera delito disponer de cierta cantidad de sustancia dependiendo el tipo, considerando que es para venta; sin embargo, en muchos casos la tenencia es para sostener consumos abusivos o dependencias; esto da por resultado que la persona sea intervenida tanto como delincuente y paciente, ya que muchas veces se le indica un tratamiento para adicciones, para el cual a veces está motivado y a veces no; no se pretende aquí tratar este delicado aspecto, sí dar cuenta de que una problemática más de tipo social que sanitaria, es la que tiene más prevalencia; no hay diferencias significativas entre género, excepto en “problemas judiciales”, para la cual los varones, mostraron un 12% más de prevalencia (gráfico 31).



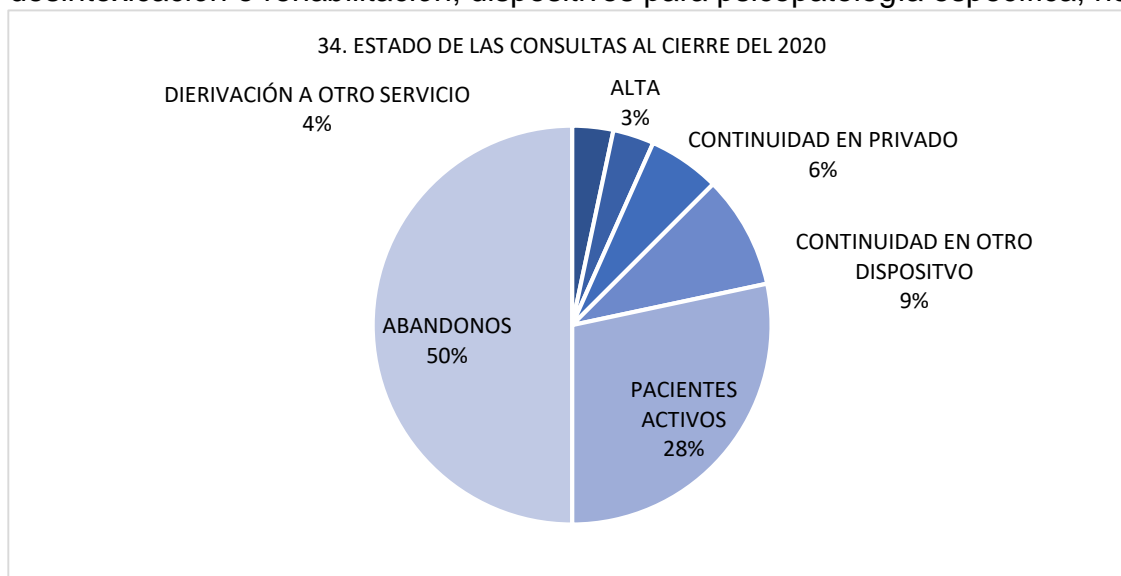
Otros datos importantes a tener en cuenta para evaluar el la situación, diagnóstico y pronóstico de los consultantes, se observan en los gráficos 32 (total) y 33 (comparación entre géneros). El haber realizado tratamientos previos o haber tenido internaciones previas, suelen ser indicadores de menor probabilidad de éxito en el tratamiento. En el caso de los consultantes, el 59% ha realizado uno o varios tratamientos previos para adicciones y el 33% ha tenido

uno o varias internaciones previas. Estos indicadores podrían estar correlacionados con el porcentaje de abandonos de tratamiento (50%, gráfico 34). En el caso de los varones, hay una prevalencia de tratamientos previos, de más del 20% respecto a las mujeres.



En cambio, un indicador de buen pronóstico para los pacientes, es la participación de familiares en el tratamiento; se ha tenido al menos una entrevista con la familia en el 71% de los consultantes; otra vez, en este caso, hay mayor prevalencia de participación familiar en los varones, casi un 18% más que las mujeres. Como ya se describió, las mujeres suelen lidiar con mayor presión social y culpabilizarían, entre otras, que los varones, y esto podría ser causante de menor acompañamiento familiar. Si bien, hasta aquí, los datos encontrados se corresponden con las tendencias indicadas por las investigaciones actuales, no se dispone de información suficiente para explicar posibles correlaciones.

En el gráfico 34, se observa la distribución del estado de las consultas referidas; 34 continúan el tratamiento en la Dirección y 60 abandonaron. En porcentajes, hubo una deserción del 50% y 28% de los consultantes están actualmente en tratamiento en la Dirección; un 19% es constituido por personas que continuaron tratamiento en el ámbito privado, y otras fueron asistidas y derivadas a servicio indicado según problemática, dígame: internación para desintoxicación o rehabilitación; dispositivos para psicopatología específica, no



correspondiente con tratamiento por consumo; ambulatorio post externación en otras RAACs.

Como era de esperarse, el porcentaje de altas es pequeño y el de abandonos es alto; se recuerda en este punto que, a los servicios públicos para adicciones, suelen llegar personas “ordenadas” por el sistema judicial que generalmente no tienen deseo de tratamiento, ni conciencia de enfermedad ni adherencia terapéutica. Investigaciones nacionales e internacionales, indican que, en las problemáticas de adicciones, el número de deserciones son de los más altos, sino el más alto.

A esto se suma, que es imposible calcular cuantas personas deberían haber solicitado tratamiento, ya que, si bien se conoce que sólo entre un 18 y 20% de los consumidores desarrolla un trastorno adictivo, no se conocen datos de cuantas de estas personas realizan consulta, sea en ámbitos públicos o en ámbitos privados. El alto índice de abandono, podrían estar relacionado con que una adicción es un trastorno de la conducta con tendencia crónica a la recaída, que acarrea grandes frustraciones a quienes se les diagnostica y a su contexto, además de que suele haber muchas dificultades para percibirlo como “trastorno” debido a las lecturas morales, éticas, sociales, culturales y legales, que aún hoy se hacen sobre el consumo de sustancias. A esto se suma que cuando se generó la ficha de admisión, no se previó disponer una categoría para aquellas personas que consultaban por terceros; es decir, que para todos los consultantes se abría historia clínica y se tomaban los datos del consumidor o consumidora, sin discriminar quien consultara. En muchos casos, la consulta fue realizada por pareja o familiares, quienes fueron atendidos y con quienes se intervino de la siguiente forma:

- Informando sobre adicciones y consumos problemáticos (características, riesgos, tratamientos).
- Educando sobre la codependencia y el impacto de las adicciones en la familia; intervenciones psicoeducativas para que familiares sean facilitadores de abstinencia.
- Brindando estrategias para que el consumidor o consumidora, reconozca el trastorno y acepte ayuda.
- Educación para la prevención de consumo en general.

En estos casos, algunos consumidores luego iniciaron tratamiento y en otros casos no, finalizando la intervención con la familia una vez agotadas todas las estrategias; al no haber una categoría para este tipo de consulta, todos los asesoramientos que culminaron sin que se dé inicio a un tratamiento, se registraron como “abandono”, ya que no hubo alta ni derivación. Esto hace que el porcentaje de abandonos esté sesgado por consecuencia de este error, sin tener registro certero de cuantos pacientes abandonaron; este sesgo ya fue corregido y se agregó una categoría de admisión bajo el nombre “consulta por terceros” que será volcada en el balance del 2021. Es importante aclarar que

este sesgo no afecta otros datos analizados, ya que, como se indicó, los datos recabados siempre fueron sobre los consumidores.

3.2 Dispositivos grupales

Desde el mes de julio se dio inicio a la modalidad terapéutica grupal; el formato utilizado fue el único permitido, es decir, el virtual; para ello se acompañó a cada participante en la instalación y aprendizaje de uso de las aplicaciones que se fueron manipulando; se entregaron instructivos de producción propia, ya que varias personas tenían un uso limitado de celular y computadora. Al inicio se utilizó Zoom, luego Google Meet ya que permitía más ventajas y mayor tiempo de uso.

Se realizaron tres grupos diferenciados, a saber:

- **Grupo de Prevención de Recaídas:** para pacientes en tratamiento que hayan logrado la abstinencia; quienes participan asisten a terapia individual sólo para urgencias o situaciones excepcionales. Esto es para que reforzar la adherencia al grupo y también para optimizar recursos, ya que esto va despejando espacio para la recepción de nuevos pacientes. Que los participantes estén abstinentes es un requisito fundamental, ya que integrar grupo con personas en abstinencia y personas en consumo, según investigaciones, genera impacto negativo en quienes están abstinentes. Consta de 12 encuentros, con posibilidad de extensión en caso de evaluar que deba reforzarse alguna temática.

- Objetivo: colaborar con el paciente que ha alcanzado la abstinencia para el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales que permitan anticipar y manejar potenciales situaciones que puedan exponerlo a una recaída (vuelta al consumo de forma episódica o sostenida).

Se brindaron 2 talleres durante el año con 11 participantes en total; la adhesión fue media por lo que se unió ambos grupos quedando 6 participantes; al mes, 3 de ellos abandonaron los tratamientos por lo que no pudo continuarse el grupo. Los 3 pacientes restantes continuaron su tratamiento en la modalidad individual.

- **Grupo para Familiares:** para familiares, amigos y parejas de pacientes que estén en rehabilitación y que hayan logrado la abstinencia, a los fines de sumar herramientas para acompañar dichos procesos. Planificado para 10 encuentros, con posibilidad de extensión en caso de evaluar que deba reforzarse alguna temática.

- Objetivos:
- Brindar información sobre el consumo problemático; síntomas, proceso de abstinencia física y psicológica, efectos a corto y largo plazo.
- Identificar hábitos familiares, consecuencia de la adaptación al trastorno, que faciliten el consumo.
- Identificar las expectativas acerca de la rehabilitación, promoviendo objetivos realistas.
- Desarrollar hábitos familiares que promuevan la organización de la vida en torno a hábitos saludables.

Se brindaron 2 talleres durante el año con 16 participantes en total; con excelente adherencia. Al finalizar se entregaron cuestionarios de evaluación anónimos, para estimar el cumplimiento de objetivos, los cuales fueron cubiertos.

• Grupo Rehabilitación con Perspectiva de Género: integrado por mujeres propuesto como un espacio agregado para trabajar temáticas de género y consumo. Planificado para 12 encuentros, con posibilidad de extensión, en caso de evaluar que deba reforzarse alguna temática.

- Objetivos:

- Propiciar el desarrollo personal y hábitos saludables respecto a la salud comprendida de forma integral (físico, emocional y social).
- Promover la autonomía, autoafirmación y autoestima.
- Identificar los factores de género que han influido en su etiología adictiva o en sus procesos de recaída.
- Definir estereotipos en las mujeres con consumo problemático, creando discrepancias y favoreciendo la crítica de aquellos elementos cognitivos que bloquean el inicio o la evolución del proceso.
- Promover proyecto de vida y proyecto familiar.
- Promover la salud sexual responsable.

El grupo se conformó con 4 mujeres en tratamiento ambulatorio; al primero encuentro sólo se conectaron 2 y esto se mantuvo durante 3 encuentros. Con ambas se trabajaron algunas temáticas específicas y se dio cierre, continuando la atención en la modalidad individual, sin poder concluirse el ciclo.

En todos los grupos se acompañó los encuentros con la entrega de material de producción propia para reforzar objetivos, compartir información con otros familiares, y de consulta futura. Este material fue entregado virtualmente, por medio de grupos de whatsapp conformados para tales fines, en los que, además, se entregaron tareas, se respondieron consultas y se enviaban dos recordatorios previos a cada encuentro, uno el día anterior y otro 2 horas antes.

En el caso de familiares, las condiciones de pandemia y cuarentena, propiciaron mayor participación, ya que no debían cancelar actividades, ni trabajo y podían participar desde su hogar; en estos grupos participaron varias personas de otras localidades y también, al poder hacerlo desde casa, generó que pudieran participar varios familiares por paciente, llegando en algunos encuentros a tener 15 participantes (padres y madres, varios hermanos, hijos y otros referentes afectivos).

Sin embargo, en el caso de pacientes, el éxito no fue el mismo; algunos dejaron el grupo porque tenían trabajos con turnos dinámicos durante la pandemia que no permitieron la continuidad; en otros casos, no hubo adherencia. Vale aclarar que la conformación de estos grupos debe ser planificada minuciosamente: los pacientes deben estar abstinentes, avanzados en tratamiento, cumplir con normas básicas de respeto, educación y comunicación, estadios de madures acordes y estabilización psicológica entre otros, además de considerar la confrontación de individualidades. Esta planificación deberá

reforzarse para las próximas conformaciones de grupos, a los fines de prevenir deserciones; de todos modos, se aclara que no se conformaron más grupos durante el año, ya que los pacientes en tratamiento no cumplían con los requisitos descriptos para agruparlos.

En el caso de grupo de mujeres, fue penoso no poder llegar a término, pero otra vez, no se pudo volver a conformar ya que la población femenina en tratamiento es muy reducida en número, y no cumplía con requisitos de agrupación.

3.3 Dispositivo de guardia

Este servicio se brinda por medio del teléfono celular de la Dirección y se distribuyen de manera semanal entre los integrantes del equipo; actualmente entre dos psicólogas, secretaria y Director. En caso de una urgencia, si el personal de guardia que dispone del teléfono no es profesional, la llamada es inmediatamente derivada a personal entrenado para una mayor efectividad en la intervención. Dicha tarea se lleva a cabo durante las 24 horas de lunes a lunes.

Desde el mes de abril, se inició registro en planilla de guardia, recabando datos sociodemográficos y clasificaciones de los motivos; de abril a diciembre se contabilizaron 110 consultas entre llamadas, mensajes de texto y WhatsApp, que da un promedio de casi 8 consultas al mes. En su mayoría, corresponden a consultas por terceros y solicitudes de inicio de tratamiento.

También hubo consultas por urgencias de distintas causas como: crisis emocionales, brotes psicóticos, intentos de suicidio articulando intervención con personal policial y Defensa Civil, y en algunos casos posterior internación en nivel 3 RAAC (Hospital Regional Río Tercero). El otro motivo frecuente, fueron consultas por riesgo a recaídas de pacientes en tratamiento.

En lo que respecta a estos resultados, cabe aclarar que fue un año en el que el dispositivo inició de forma experimental, y se fue organizando, mejorando y protocolizando a medida que las situaciones surgidas lo iban ameritando. Por ello, no se considera prudente en este ciclo, realizar análisis cuantitativos ni cualitativos de las atenciones realizadas. Vale aclarar que tanto los pacientes en tratamiento como sus familias, ante el surgimiento de crisis, riesgos o consultas, casi el 100% de las veces, se comunican directamente con la profesional que los atiende, y estos datos no han sido contabilizados; por lo tanto, el total de 110 conlleva el sesgo de numerosas intervenciones que fueron registradas en historias clínicas, pero no en planilla de guardia.

Para el ciclo 2021, ya se optimizó la planilla de registro para una carga más minuciosa, y acordaron nuevos criterios de intervención que permitirán realizar análisis más profundos.

A continuación, se presenta el protocolo para 2021.

Protocolo de guardias 2021

- 1) Se atenderá toda consulta que ingrese por teléfono institucional (3571-15622867) o personal de los integrantes del equipo, durante las 24hs. del día.
- 2) Se indagará la problemática y se brindará la asesoría correspondiente.
- 3) En caso de situaciones de emergencia/urgencia que excedan a la necesidad de orientación/consejería/información, se debe informar al Director César Tapia y cumplir las directivas.

4) Se debe dejar registrada cada intervención en archivo digital “Planilla de Guardias” ubicado en Drive institucional, llenando cada dato solicitado en forma prolija y armoniosa con resto de las cargas. Al iniciar la intervención consignar: fecha, hora, nombre completo del consultante, DNI, domicilio, ciudad de residencia, teléfono, reseña de la situación, profesional interviniente, y nombre completo de la persona consultante; en el archivo se dispone de celda diferenciada para consignar si la consulta es propia o para terceros.

5) En cada registro debe consignarse la categoría de la situación intervenida:

- a) Intoxicación aguda
- b) Solicitud de internación
- c) Conflictos relacionados con la justicia
- d) Ideación o intento suicida
- e) Riesgo de recaída
- f) Violencia familiar relacionada con consumo
- g) Otro (ubicar en esta categoría sólo cuando no cumpla con criterios para las anteriores, y detallar problemática en planilla).

4. Conclusiones

Al momento de la formación de la Dirección no se disponían de ningún dato sobre atención previa en adicciones que permita una comparación interanual, y con ello, observaciones sobre mejoras en el servicio o aspectos a reforzar. Desde el inicio, se estimó que el recabado de datos sobre los consultantes era un eje fundamental para evaluar el servicio, y para orientar actividades de prevención de consumo. Los datos a solicitar y el sistema de carga, no se logró una implementación exitosa desde el primer momento, sino que fue un proceso constante de mejora que dio las bases para presentar lo aquí descripto.

En cuanto a los datos sociodemográficos, problemáticas asociadas a los trastornos por adicciones, diferencias de género y proyección de las consultas, todas coinciden con las tendencias que describen las investigaciones actuales en adicciones; esto demuestra que el camino que se ha elegido para organizar el servicio y las intervenciones terapéuticas, están en el camino correcto.

Una evaluación neutral, obliga a reconocer que lo encontrado no es suficiente para definir programas preventivos eficientes a nivel local, pero sienta bases fundamentales para iniciar investigaciones futuras; se estima que cualquier actividad de promoción y/o prevención desarrollada sin un diagnóstico previo de la población y problemática a intervenir, no tiene buen pronóstico de éxito. Con estos datos, queda claro que hay que reforzar la prevención en la pubertad y adolescencia, con objetivo a retrasar la edad de inicio de consumo y promover factores protectores como: actividades deportivas, apegos saludables, límites saludables, finalización del secundario, habilidades sociales y estrategias de afrontamiento de conflictos.

También muestra en números la complejidad y confluencia de múltiples variables que hacen al desarrollo de un trastorno adictivo, por lo que es fundamental continuar la capacitación específica del personal y actualizar los conocimientos. En cuanto a los géneros, aparecen datos que lleva a cuestionar la efectividad de los tratamientos actuales en adicciones para las mujeres, por lo que no sólo debe continuarse la capacitación en perspectiva de género, sino continuar recabando datos, que permiten generar aportes a nuevos interrogantes.

Para el ciclo próximo se estima continuar trabajando en el recabado de datos que permitan arrojar más luz sobre la problemática y así optimizar las intervenciones; para el ciclo 2021 se cuenta con nueva ficha de admisión, nuevo sistema de carga, nueva planilla de registro diario, y nueva planilla de registro de guardias. Desde enero se sumará al análisis los siguientes datos sobre factores protectores y de riesgo:

- Prevalencia en etapas tempranas del ciclo vital de los consultantes de:
 - violencia familiar
 - abuso

- abandono, omisión o negligencia
- Historial de familiares con historial de adicciones o consumo problemático
- Prevalencia de actividades culturales o artísticas
- Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual
- Otras enfermedades como: diabetes, hipertensión, etc.
- Creencias y actividades religiosas.

Otro dato clave se considera la cantidad de consultas en el año que fueron 120. Si se compara esta cantidad con otro servicio de salud, muy probablemente sea significativamente menor; esto es esperable en adicciones, ya que no suele reconocerse como un trastorno de conducta que amerite la consulta ni por el paciente, ni por la familia; porque es un trastorno que se desarrolla gradualmente a lo largo del tiempo con etapas de mejoría y declinación, que refuerzan el prejuicio de considerarlo un “problema de voluntad, moral o de compromiso”; y además por la expectativa que el paciente tiene sobre que la gente “sepa” de su consulta: vergüenza, pudor, culpa, asociación con delitos, etc. Esto se explica porque aun hoy las adicciones son vistas desde múltiples lecturas: éticas, morales, religiosas, legales, etc., que dificultan aún más la consulta. Se estima fundamental continuar trabajando preventivamente con la comunidad, en desmitificar estos prejuicios e ideas para promover el reconocimiento y consulta temprana durante el desarrollo del trastorno.

Se considera un gran logro este inicio, en el que, con muchísimas dificultades y limitaciones por las condiciones de pandemia, en ningún momento se discontinuó la atención de consultas y emergencias. El área se ha ido reestructurando de forma constante hasta la actualidad, y aun sin bases previas, se logró organizar un sistema de recolección de datos que permite observar y evaluar el funcionamiento del sistema, con datos formales y análisis prudentes. Se consiguieron objetivos que fueron impensados en pandemia, y actividades que no habían sido realizadas previamente en la región, como atención en urgencias y emergencias, como la conformación de grupos de acompañantes por medios virtuales en distintos lugares geográficos, y un grupo específico para adicciones con perspectiva de género, que, según lo recabado, no hay en la región. Queda el trabajo de reforzar la planificación en el 2021; y queda también una experiencia exitosa con la atención virtual y participación virtual en muchos casos, por lo que podría reiterarse la modalidad para grupo de familiares y pacientes en otras localidades que tengan dificultades o pocos recursos para movilizarse. Esto podría aumentar las probabilidades de conformar grupos que cumplan los requisitos necesarios y dar mayor continuidad y frecuencia a la modalidad, ya que, a mayor número de personas, más posibilidades de coincidencia.

En cuanto al dispositivo de guardias, fue iniciado 100% en el 2020 y requirió de mucho esfuerzo organizarlo, acordar criterios de atención y capacitar al personal en situaciones tan complejas como la desestabilización psicótica por

intoxicación, situaciones de violencia, ideación e intento suicida y prevención de recaídas. El sistema funcionó desde diciembre de 2019 hasta la actualidad sin intermitencia alguna, y cualquier día y hora que alguien solicite un turno, tiene respuesta inmediata. Este dato, entre varios otros, representa la calidad del servicio brindado; en adicciones las consultas de un familiar o una persona que quiera iniciar tratamiento, son decisiones que las mayores de las veces tardan mucho tiempo, incluso años en tomarse, y que la frustración en caso de no lograrlo puede incitar un cambio de decisión que vuelva a tomar meses o años revertir. Actualmente, todos los organismos reconocidos, aconsejan que los servicios para consumo problemático y adicciones, deben ser accesibles e inmediatos en la respuesta, para reforzar la decisión de modificar la conducta y la voluntad de cambio; este servicio responde específicamente a este indicador.

Muchas limitaciones son observables y otras más implícitas, por lo que en el 2021 se continuará trabajando en la constante optimización de la calidad del servicio. Los mayores obstáculos fueron para dar concreción a las actividades de prevención planificadas debido a la ASPO decretado en marzo. Se trabajará con ahínco para reforzar este eje durante el 2021, tanto sin continuidad de restricciones como con ellas; si las hubiese, ya no será un factor sorpresa, hay mucho aprendizaje y adaptación por parte del equipo y la comunidad en general respecto al uso de mecanismos virtuales en caso de necesitarlos.

Bibliografía:

Becoña Iglesias, E; Cortés Tomás, M. (2007) “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.” Ed. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. I.S.B.N.: 978-84-612-4795-0

Becoña Iglesias E., Cortés Tomás M. (2010) “Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación”. I.S.B.N.: 978-84-933094-3-5

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2004) “Cómo prevenir el uso de drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad”. Segunda Edición. NIH Publicación No. 04- 4214(B)(Sp.)

Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2016) “Perspectiva de género en adicciones”. Rev. Drogomedia Monografikoak, N° 4.

Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2005) “Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación un modelo de intervención.” Recuperado de <http://www.generoydrogodependencias.org/2010/08/19/mujer-y-adiccion-aspectos-diferenciales-y-aproximacion-a-un-modelo-de-intervencion/>

Manual de estrategias preventivas en contextos de ocio nocturno y recreativo. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_nocturnidad_fin_al.pdf

Martínez Redondo, P. (2009) “Extrañándonos de lo ‘normal’ Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes.” Ed. Horas, Madrid.

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. “Manual de Epidemiología. Guía para Observatorios Provinciales de Drogas”. Ed. Presidencia de la Nación.

Oriol Romaní, A. (2008) “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. Salud Colectiva, Vol.4, N°3.pp.301-318. Recopilado de <https://dialnet.unrioja.es/serviet/articulo?codigo=2782009>

Pereiro Gómez, C.; Fernández Miranda, J. (2018) “Guía de adicciones para especialistas en formación”. Ed. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. ISBN: 978-84-945737-8-1

Ugarte Reyes F. J., Delgado Mella C., Altamirano Cordero C. C. (2015) “Prevención Selectiva e Indicada del Consumo de Drogas y Alcohol con Enfoque de Redes” Santiago, Chile 2015 © SENDA Registro de Propiedad Intelectual No: 257.714 ISBN: 978-956-9141-31-7