

DIRECTORES ACADÉMICOS

Dr. Darío Gigena Parker

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

Médico – Especialista en Psiquiatría

Magíster en Drogadependencias (U.N.C)

Profesor de Salud Pública en la F.C.M (U.N.C)

Miembro Fundador de la Sociedad Internacional de Medicina de Adicciones (I.S.A.M.)

Ex presidente del Capítulo de Drogadependencia, Alcoholismo y Tabaquismo de A.P.S.A

Lic. Pablo Martin Bonino

Subsecretario de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba.

Asesor de la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

Lic. en Psicología (UNC)

Certificado en Salud Pública (Texas At Arlington University – U.S.A)

Ex – miembro del Equipo de Investigación en Conductas Adictivas Durante el Desarrollo del IIPSI-CONICET-UNC.

COORDINACIÓN ACADÉMICA

Lic. Paula Takaya

Licenciada en Psicología (UNC).

Equipo técnico en Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

ASPECTOS GENERALES

Introducción

La Educación Superior en Adicciones, en adelante ESA se encuentra enmarcada en la política pública del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Córdoba, puesto en marcha en Diciembre del 2016, por el gobernador Cr. Juan Schiaretti. En este marco la formación de recursos humanos es un aspecto fundamental del plan, que a su vez se transforma en el insumo principal de la “Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba”, en adelante RAAC.

En el marco de la RAAC se han puesto en marcha en 3 años 101 centros de prevención y asistencia de las adicciones en el interior provincial, dando cobertura a los 26 departamentos que posee nuestra provincia. Esto, a su vez, se complementa con el funcionamiento del Programa de Prevención Territorial, mediante el cual se brindan más de 100 acciones preventivas y de promoción de la salud (Talleres) y se sostienen más de 60 instancias de atención primaria (Espacios de primera escucha)

El objetivo central de las instancias de Educación Superior busca, brindar espacios de formación accesibles, de alto nivel académico y avalado empíricamente a nivel nacional e internacional, de capacitación y profundización en prevención y asistencia de las adicciones para toda la comunidad de la provincia de Córdoba.

La propuesta de la ESA en el año 2019, se diseñó con tres instancias simultáneas, de acuerdo al perfil académico y los intereses de los beneficiarios: **Programa de Posgrado, Diplomatura y Curso RAAC**. Con certificación otorgada por la Universidad Provincial de Córdoba y Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de Córdoba. Para esas instancias académicas se ha contado con la participación de disertantes prestigiosos, con una profunda formación en las temáticas dictadas, ellos en general, son docentes de nivel superior e investigadores nacionales e internacionales. La totalidad de inscriptos para las tres instancias fue de aproximadamente 1000 personas. Siendo 625 personas en Diplomatura, 320 en Programa de Posgrado y el resto del curso RAAC.

Para el año 2020, se continuará con una modalidad similar al corriente año, aunque con algunas modificaciones que profundizan más los contenidos en las temáticas que corresponden a la prevención, asistencia e investigación concerniente a las adicciones.

MODULOS CENTRALES

Módulo 1. "Cigarrillos electrónicos, marihuana, cocaína y alcohol"

Docentes

Dr. Daniel Passerini (Córdoba). Médico, especialista en Medicina Generalista, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba. Especialización en Toxicología Clínica, Diplomado en Políticas Públicas para el Desarrollo Local y Regional. Ha sido concejal e intendente en Cruz Alta, también Legislador Provincia de Córdoba. Actualmente viceintendente de la ciudad de Córdoba.

Dr. Carlos Damin (Buenos Aires). Es médico, científico y profesor universitario argentino especializado en Toxicología. Es Investigador y Profesor Titular de Toxicología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Es además el Jefe de la División Toxicología del Hospital Fernández de la Ciudad de Buenos Aires e Integrante de la Red Científica Internacional (Informal International Scientific Network), UNODC, Naciones Unidas. Fundó y actualmente preside la Fundación Niños sin Tóxicos, Fundartox, una entidad de bien público y sin fines de lucro dedicada a la prevención, la asistencia y la investigación de las problemáticas relacionadas con la Toxicología.

Clase ingresando al siguiente link

<https://www.youtube.com/watch?v=HLKVdB4txNI&feature=youtu.be>

FUNDAMENTACIÓN

La salud es un derecho fundamental tutelado por el orden público supranacional, y es definida –por la Organización Mundial de la Salud– como el estado de bienestar físico-psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad (OMS, 2004). De allí que este

derecho humano reviste el carácter de complejo, ya que posee un componente individual y otro colectivo o social.

En consecuencia, siendo la salud un bien social, solamente puede preservarse mediante el esfuerzo colectivo que debiera exteriorizarse en un adecuado sistema de servicios de salud y un apropiado sistema normativo al respecto. Se calcula que en la República Argentina mueren cada año 40.000 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo – un 13,6% del total de las muertes en el país –, que podrían ser evitadas reduciendo la incidencia del consumo de tabaco (*Ley N° 9113, 2019*). En los últimos años, se han presentado cambios en la utilización de algunas sustancias por ejemplo el tabaco, siendo novedosa la utilización del cigarrillo electrónico refiriendo que previene el consumo de tabaco, encontrándonos con la responsabilidad de referir que es la puerta de inicio al consumo del mismo. Por esta y otras razones, en la Provincia de Córdoba, se han realizado reglamentaciones enfocadas en disminuir el consumo principalmente de las sustancias legales.

Finalmente, a lo largo del presente módulo se trabajará actualizando y profundizando contenidos enfocados en el trabajo realizado sobre las acciones destinadas a regular y prohibir el consumo y venta de drogas legales e ilegales.

EDUCACIÓN SUPERIOR EN ADICCIONES

Edición 2020

**“Marihuana, Cocaína, Alcohol y
Cigarrillo Electrónico”**

**DANIEL
PASSERINI**

REGULACIÓN DEL CIGARRILLO ELECTRÓNICO

Proyecto de Ley N° 29172/L/19



Aprobado

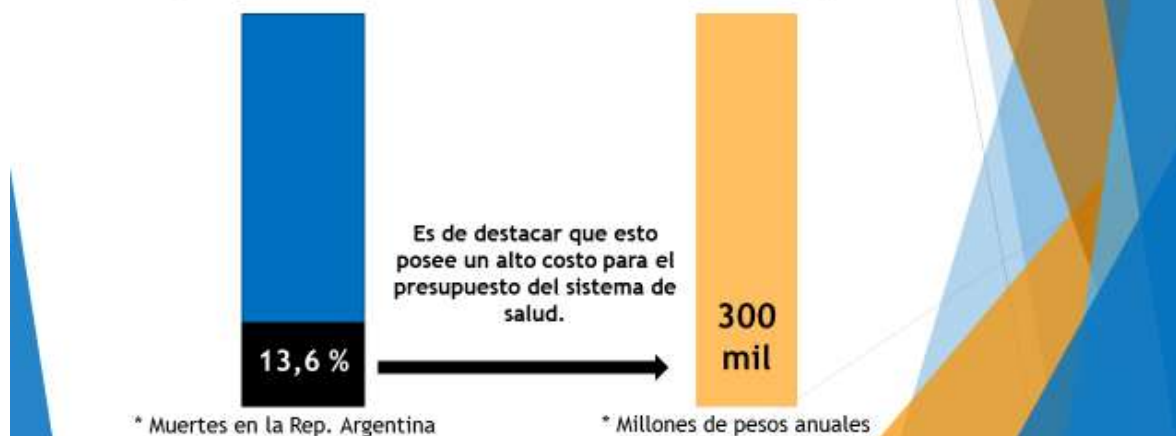


Ley Provincial N° 10.661 (2019)

Recorrido legislativo



Se calcula que en la República Argentina mueren cada año 44.000 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo, un 13,6% del total de las muertes en el país.



A través de la iniciativa se propuso la regulación de un vacío legal explotado por las compañías tabacaleras, en cuanto a la utilización de exhibidores, dispensadores y cualquier otra clase de estantería ubicada en los locales donde se venden productos elaborados con tabaco, sus derivados y accesorios para fumar, para su publicidad, promoción, patrocinio y exhibición.

Además se propuso la prohibición de la distribución, comercialización, publicidad, promoción, patrocinio y uso de dispositivos electrónicos con tabaco u otras sustancias adictivas que expidan humo, gases o vapores, incluido el cigarrillo electrónico y demás dispositivos de la misma naturaleza.

Destacar que la ANMAT en sus

**Resolución
2011**

**Resolución
2016**

Ya había prohibido su utilización, debido a que los contenidos reales de nicotina de los cartuchos no suelen coincidir con los presentados en los envases.

**Derribando el mito de que el cigarrillo electrónico
no es nocivo, debemos decir que está
comprobado científicamente que su uso
produce, entre otros daños:**

Efectos
respiratorios
agudos,
(disminución
significativa de la
fracción espirada
de óxido nítrico)

Asociación con
neumonía
infecciosa y
neumonía
lipoidea

Aumento de la
expresión de
mediadores
inflamatorios similar
al mecanismo de
producción del
asma

Irritación
faringea
y de la boca

Tos seca

**Estudios observacionales encuentran
que no sólo no ayudan a dejar, sino
que termina adoptándose un uso
doble (cigarrillos fumados + cigarrillo
electrónico) en cerca del 80% de los
casos; retrasando, asimismo, la
decisión de dejar de fumar, por falso
reaseguro de estar consumiendo un
producto menos dañino que el
cigarrillo fumado.**

ALCOHOL CERO EN CIRCULACIÓN EN VEHÍCULOS EN CIUDAD DE CÓRDOBA

Proyecto de Ordenanza - (2019)

ORDENANZA N° 10.216 – (2000)

**Regla general:
artículo 5°**

Será considerado infractor, constituyendo falta grave, aquel conductor de vehículo, cualquiera sea este, que presente, como resultado del mismo, índices en el aire expirado equivalente a una tasa de alcohol en sangre por encima de los límites legales permitidos de 0,4 gr. por 1.000 c.c., o equivalentes.

ORDENANZA N° 10.216 – (2000)

Primer supuesto: artículo 6°

1° Supuesto a contemplar – Art. 6°:

- Casa rodantes
- Camiones sin acoplado
- Camionetas o vehículos destinados al transporte de mercancías con un peso que no supere los 3.500 kg;

Sus conductores no deberán conducir con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,2 gr. Por 1.000 c.c. o equivalentes.

ORDENANZA N° 10.216 – (2000)

2° Supuesto a contemplar – Art. 7°:

- Menores de 21 años
- Vehículos de transporte público
- Transporte escolar
- Vehículos oficiales
- Taxis
- Remises
- Limousinas
- Vehículos de servicios de urgencia
- Vehículos que arrastren acoplados o trailers cualquiera sea su peso
- Transportes especiales
- Maquinaria agrícola autorizada a transitar, de carga de mercancías, o cuyo peso sea superior a los 3.500 kg., con o sin acoplado
- Motocicletas
- Ciclomotores
- Cualquier otro vehículo autorizado a circular

Sus conductores no pueden hacerlo con una tasa de alcoholemia superior a 0 gr. Por 1.000 c.c. en sangre, siendo considerada la infracción como falta grave.

Segundo supuesto: artículo 7°

Activar Window
Ve a Configuración p...

**A TRAVÉS DE LA PRESENTE
INICIATIVA SE PROPONE
REGULAR EL MÁXIMO LEGAL DE
TASA DE ALCOHOL EN SANGRE
EN 0 GR. POR 1.000 C.C., PARA
TODOS LOS SUPUESTOS.**

En la República Argentina

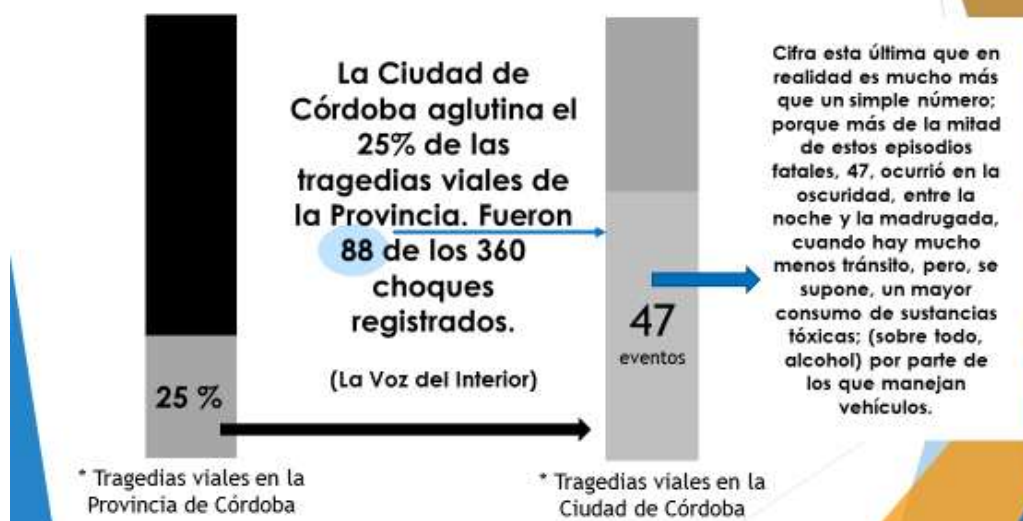


El alcohol está implicado en
el 50% de los accidentes de
tránsito que provocan
muertes o incapacidades
definitivas.

(Agencia Nacional de Seguridad
Vial).

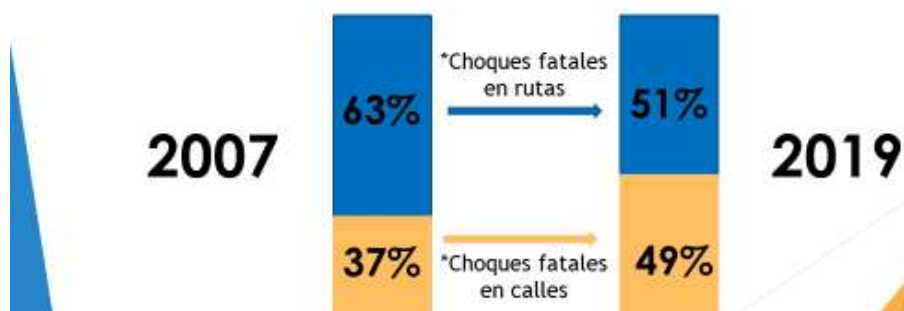
* Accidentes de tránsito

La Ciudad de Córdoba



COMPARATIVA

Mientras que a fines de 2007 la proporción indicaba que había un 37% de choques fatales urbanos y 63% en rutas, 12 años después las estadísticas se emparejaron: 49% en calles urbanas, y 51% en rutas.



¿QUÉ SUCEDIÓ?

En las rutas cordobesas, además de las obras que permitieron terminar la autopista Córdoba-Rosario y las autovías a Alta Gracia y a Río Cuarto, irrumpió la Policía Caminera, que, a fuerza de disparos al bolsillo, generó nuevos hábitos entre los conductores: alcohol cero, todos los ocupantes de los vehículos con cinturón de seguridad, luces encendidas y velocidad dentro de los parámetros de la ley.

CONCLUSIÓN

Siendo la salud un bien social, solamente puede preservarse mediante el esfuerzo colectivo que debiera exteriorizarse en un adecuado sistema de servicios de salud y un apropiado sistema normativo al respecto.

Clasificación de las Drogas de Abuso

(Goodman-Gilman)

■ Opioides

■ Depresores del SNC

- Barbitúricos
- Benzodiacepinas
- Alcohol Etílico

■ Psicoestimulantes

- Cocaína
- Anfetaminas

■ Cannabionoides

■ Psicodélicos

- LSD
- Mescalina
- Dimetiltryptamina

■ Arilciclohexilaminas

- Ketamina
- Fenciclidina

■ Inhalantes

- Solventes volátiles
- Eter Etílico
- Oxido Nitroso

Generalidades

■ Origen

- Alcaloide del *Erythroxylum coca*

■ Formas de Consumo

- Clorhidrato de cocaína
- Pasta base de cocaína (sulfato)
- Base libre purificada (Crack)
- Coqueo
- Té de coca

■ Adulterantes

- Lidocaína
- Polvo de vidrio
- anfetaminas
- Talco
- Azúcar
- Teofilina
- Acido ascórbico



Farmacocinética

- Absorción
 - Por todas las vías
- Metabolismo
 - En plasma e hígado
- Principal Metabolito
 - Benzoylecgonina
- Eliminación
 - Renal
 - 80% / 90% Metabolitos
 - 10% / 20% droga madre
- Vida Media
 - Una hora



Mecanismo de Acción

- Inhibe la recaptación de NA
 - Efecto simpaticomimético
- Inhibe la recaptación de DA
 - Estimula SNC
- Inhibe la recaptación de STH
- Inhibe el flujo de Sodio en tejidos
 - Efecto anestésico
 - Coma



Clínica de la Intoxicación Aguda

- Aparato Cardiovascular
- SNC
- Aparato respiratorio
- Aparato digestivo
- Aparato genitourinario
- Trastornos musculares
- Trastornos psiquiátricos y de conducta
- Trastornos oculares
- Trastornos ORL



Tratamiento de Intoxicación Aguda

- Representa una emergencia clínico-toxicológica
- No existe tratamiento específico
- Conductas a seguir
 - Medidas de contención psicológicas y de sostén vital
 - Métodos de adsorción y eliminación gastrointestinal
 - Tratamiento de las complicaciones
 - Convulsiones
 - Hipertermia
 - Excitación psicomotriz
 - Hipertensión arterial
 - Arritmias cardíacas



Complicaciones según vía de uso

■ Vía Inhalatoria

- Epístaxis
- Rinitis, sinusitis
- Erosión, necrosis, perforación del tabique
- Bronquitis aguda
- Alteraciones pulmonares

■ Vía IV

- Flebitis
- Abscesos
- Endocarditis infecciosa derecha
- Fibrosis de vasos
- Enfermedades virales (hepatitis, VIH - SIDA)

Publicación en línea
Derechos reservados
Prohibida la venta

Modulo 2. “Consumo de Sustancias, Suicidio y Autolesiones en poblaciones de diversidad sexual”

Docentes

Dr. Pablo Gagliesi (Buenos Aires). Médico egresado de la Universidad Católica de Córdoba. Especialista de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Formado en psicoterapia psicoanalítica, sistémica y cognitivo-conductual. Primer entrenador oficial de DBT para Behavioral Tech en español, la organización de divulgación de DBT de la Dra. Marsha Linehan. Coordinador del Programa, Psicoterapeuta y Psiquiatra de DBT de Fundación Foro. Docente y supervisor de los postgrados de Terapias Cognitivo-Conductuales Contemporáneas, Terapias de Tercera Generación, principalmente, de Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) en Fundación Foro y de los programas post graduados de la Universidad de Luján, Palermo y Favaloro. Ha divulgado con sus conferencias DBT en varios países y es supervisor y mentor de muchos equipos de DBT en Colombia, Ecuador, Chile, Perú, Bolivia, Paraguay, Brasil, México, Uruguay y Argentina. Tiene un extenso entrenamiento con Behavioral Tech y es ex Visiting Scholar en la Universidad de Washington/BRTC, Seattle

Mgter. Claudia Martínez (Córdoba). Es Periodista y Locutora Nacional, egresada del CUP. En 2011, se tituló en España de Máster en Acción Política, post grado de la Universidad Francisco de Vitoria, Universidad Rey Juan Carlos y el Ilustre Colegio de Abogados de Madrid. Participó en 2009 como becaria de la Universidad Complutense de Madrid en el Curso sobre “Campañas Electorales” y realizó la Especialidad en Género de la UIM –Unión Iberoamericana de Municipalistas- en 2010 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. En Noviembre de 2011, como funcionaria del Gobierno de la Provincia de Córdoba, fue una de las responsables de la realización de la “I Cumbre Iberoamericana Agendas Locales de Género, construyendo modelos para la igualdad”, junto a la UIM y la Universidad Menéndez Pelayo. Actual Ministra de Ministerio de la Mujer de la Provincia de Córdoba.

Clase ingresando al siguiente link

https://www.youtube.com/watch?v=pA6W_yoAD08&feature=youtu.be

FUNDAMENTACIÓN

La formación en el tratamiento de problemas severos es vital para las comunidades, porque el segmento de pacientes de alto riesgo es el que más se asocia a los problemas de salud pública más sobresalientes como el suicidio, la violencia familiar o el consumo de sustancias tóxicas, que ocupan buena parte de la atención de la sociedad y de los gobiernos. El eje central de los tratamientos ya no se enfoca en el control o la represión de los impulsos, sino en convertir el problema en una solución para el alto padecimiento de los pacientes. En las terapias se pasa del control a la exposición a emociones intensas, haciendo que el paciente esté presente con todo su ser frente a su situación. Este cambio de orientación hacia el alto impacto ayuda también al terapeuta, porque cambia la mirada hacia el paciente. Es más fácil sentir compasión por alguien con un alto nivel de padecimiento que por alguien que es un problema, o que lo causa.

Uno de los perfiles que se hace presente con mayor frecuencia al abordar la temática vinculada al género son, sin duda, las mujeres. En este punto se considera necesario visibilizar los diferentes perfiles de mujeres consumidoras, sin esto se dificulta la detección y la atención de sus problemas asociados al consumo de sustancias.

Para los equipos profesionales que desarrollan acciones, tanto de asistencia como de prevención no es desconocido que la imagen que se transmite sobre las mujeres con problemas asociados al consumo de drogas se encuentra profundamente estigmatizado. Esto es, debido a una representación social, cargada de estereotipos y prejuicios, que provoca un importante rechazo y aislamiento vulnerando derechos de personas que ya se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.

Resulta imprescindible, al hablar de género, abordar las problemáticas asociadas al consumo de drogas, presentes en las diversas configuraciones posibles en cuanto al género. De este modo, la inclusión de dicha temática permitirá propiciar una cultura inclusiva, basada en la equidad y con un enfoque de derechos a una población de especial interés.

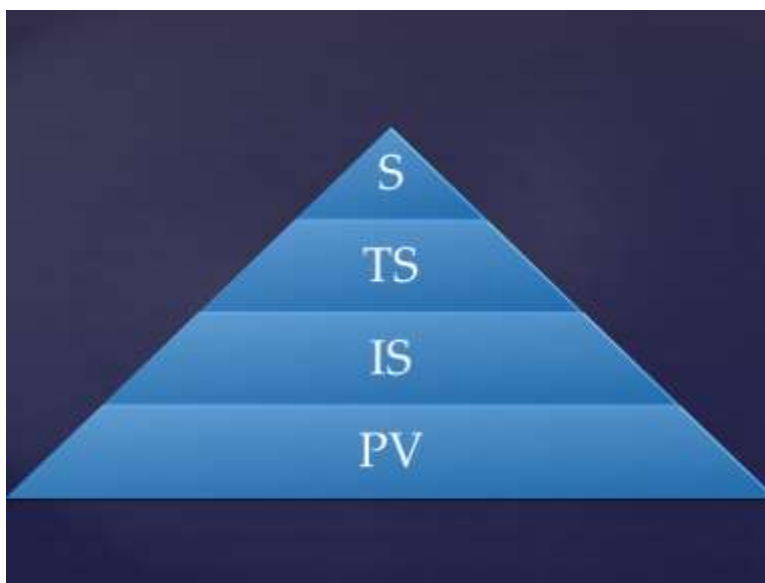
EL SUICIDIO,
UN DESAFÍO EN LA
CLÍNICA CONTEMPOÁNEA

PABLO GAGLIESI



DBT
LATINO
AMÉRICA

LA CONVERSACIÓN CON UNA PERSONA
CON IDEAS O CONDUCTAS SUICIDAS



PRIMERA IDEA

La conducta suicida es un grave y costoso problema sanitario y social.

IMAGINEMOS

¿Y SI TUVIÉRAMOS
UN PROTOCOLO?

DBT
LATINO
AMERICA

ELEMENTOS ESCENCIALES PARA INTERVENCIONES EFICACES

1. Basado en un modelo simple basado en la evidencia
2. Que el terapeuta tenga fidelidad
3. Que el paciente adhiera
4. Que tenga énfasis en entrenamiento en habilidades
5. Que priorice la auto gestión
6. Que sea accesible (a servicios de crisis)

SUICIDIO PRINCIPIOS **BASADOS EN LA EVIDENCIA**



EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA (I)

- Evaluación del riesgo suicida: identificación de **factores de riesgo y factores protectores** que orienta a los profesionales en el manejo y tratamiento del paciente
- Factor de riesgo: cualquier característica detectable en un individuo o grupo de personas que se asocia con **un aumento de la probabilidad** de desarrollar una conducta suicida
- Factor protector: cualquier característica detectable en un individuo o grupo de personas que se asocia con una **reducción de la probabilidad** de desarrollar una conducta suicida

(Simon, preventing patient suicide: clinical assesment and management, Am Psych Publishing, 2011)

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA (II)

- No hay un factor de riesgo de suicidio patognomónico
- Un único factor de riesgo de suicidio no tiene adecuado poder estadístico para basar la evaluación
- La evaluación del riesgo suicida es **multifactorial**

(Simon, preventing patient suicide: clinical assesement and management, Am Psych Publishing, 2011)

¿PREDICCIÓN DEL SUICIDIO?

- Es casi imposible en el corto plazo predecir quien va a suicidarse y quien no
- La ideación suicida es común en la población general, mientras que el suicidio es infrecuente → **dilema de falsos positivos**
- Muchos clínicos resuelven este problema internando a los pacientes con perfil de “alto riesgo”

(Chiles, J. Strosahl, K.; Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, Am Psych Publish, 2005)

¿LA HOSPITALIZACIÓN PREVIENE EL SUICIDIO?

- Hay poca evidencia que sugiera que el estar internado reduzca las chances de cometer suicidio en el corto o largo plazo
- Iatrogenesis: estigma, pérdida de autonomía, refuerzo de conductas suicidas, abandono

(Chiles, J. Strosahl, K.; Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, Am Psych Publish, 2005)

EL SUICIDIO
NO ES PREVENIBLE
EN EL 100% DE LOS CASOS

PASO 1 EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

- Riesgo a largo plazo
- Riesgo inminente



MODELO ESTÁNDAR – MODELO DE CUIDADO

Las conductas suicidas son un síntoma de un
trastorno psiquiátrico:

Si se trata el trastorno, el riesgo suicida disminuirá

NUEVO MODELO DE CUIDADO

La conducta suicida es una conducta desorganizada:

Trate la conducta!

SEGUNDA IDEA

El suicidio es un problema conductual, no un
diagnóstico

¿Porqué la gente piensa en matarse?

MULTIPLE CHOICE

- a) Si controlo los factores de riesgo, controlo el riesgo
- b) Si trato el cuadro subyacente, controlo el riesgo
- c) Si trata el suicidio como una conducta funcional, controlo el riesgo

FACTORES PROTECTORES RAZONES PARA VIVIR

1. Esperanza en relación al futuro
2. Auto eficacia en relación al problema
3. Apego a la vida
4. Responsabilidad de niños, familia, u otros (incluyendo animales) que la persona no abandonaría
5. Involucración en una red social o familiar protectora
6. Apego al terapeuta u a otro prestador de servicios
7. Miedo al suicidio, a la muerte, al suicidio o ausencia de método aceptable
8. Miedo a la desaprobación social del suicidio
9. La creencia de que el suicidio es inmoral o será castigado por un poder
10. Muy espiritual o religioso

SUICIDIO PRINCIPIOS **BASADOS EN LA EVIDENCIA**



CONTENIDO DE LA CONVERSACIÓN

- ↳ Evaluación de riesgo
- ↳ Y de las variables de control
- ↳ Seguir un protocolo con evidencia y buenas prácticas que sea simple
- ↳ Plan razonable (manejo de FR, elementos de tratamiento)
- ↳ Factores protectores (Razones para Vivir, Esperanza)
- ↳ Manejo de disponibilidad
- ↳ Plan de seguridad
- ↳ Si has registrado una explicación razonable de cómo se toman las decisiones y plan de seguridad
- ↳ Habla con un equipo y has tenido feed back

ACCIONES

PREGUNTAR

ESCUCHAR

DISUADIR

REFERIR

ACOMPañAR

QUÉ PREGUNTAR

1. ¿HAS PENSADO EN MATARTE?
2. ¿CÓMO LO HARÍAS?
3. ¿PARA QUÉ LO HARÍAS?
4. ¿EN QUÉ OTRO MOMENTO ESTO SUCEDIÓ?
5. ¿POR QUÉ NO LO HAS HECHO HASTA AHORA?

26

CÓMO PREGUNTAR

1. Foco en el suicidio y no en el diagnóstico
2. Activa participación del terapeuta y tratar de retener al consultante en tratamiento. Estrategias específicas de compromiso (motivación), prevenir el abandono y resolver los problemas y superar las barreras de acceso para recibir atención
3. Análisis funcional de los precipitantes y los variables que controlan la conducta suicida. El objetivo es tener una comprensión ideográfica que nos llevará a una solución ideográfica del suicidio
4. Foco en la resolución de problemas. Tratar los precipitantes y las variables de control
5. Una postura activa y directiva dirigida a desarrollar formas alternativas de pensar o actuar durante los periodos de estrés emocional agudo en lugar de involucrarse en conductas suicidas
6. Generar esperanza
7. Razones para vivir (Kit de la esperanza)

PASO POR PASO MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

- 1- Evaluar el riesgo
- 2- Responder activamente a la conducta del consultante
- 3- Seguir las guías generales
- 4- Seguir el protocolo apropiado como se indica:
 - _ Protocolo de Crisis
 - _ Protocolo de Conducta suicida en curso
 - _ Protocolo de Hospitalización
- 5- Desarrollar un plan de tratamiento

M. Linares, 2008.

2. TOMA DE DECISIONES SOBRE EL RIESGO

- Evaluar el riesgo ----- Decidir el nivel de la intervención terapéutica
- Las decisiones NO deben ser tomadas sólo en la evaluación epidemiológica
- Evaluación de factores protectores
- Variables de control
- Evaluación del Compromiso a realizar tratamiento

LAS VARIABLES DE CONTROL

El conocimiento de las variables de control de la conducta suicida es la pieza fundamental para la toma de decisiones. Para cada variable de control es crítico evaluar la capacidad y motivación que tiene el individuo para cambiarla. Si los individuos son capaces de cambiar las variables de control ellos mismos, o con la ayuda de la familia u otro allegado, o servicios sociales, entonces el tratamiento es más posible.

MODELO FUNCIONAL DEL SUICIDIO

	POSITIVO	NEGATIVO
AUTOMÁTICO (INTERNO)	AGREGAR ALGO DESEABLE (SENTIR ALGO, AUNQUE SEA DOLOR)	REDUCIR SENSACION AVERSIVA (PARAR LOS PENSAMIENTOS, DEJAR DE SENTIRME MAL)
SOCIAL (EXTERNO)	CONSEGUIR ALGO DE LOS OTROS (MOSTRARLE A LOS OTROS CÓMO ME SIENTO, CONSEGUIR ATENCIÓN)	EVITAR LA DEMANDA DE LOS OTROS (EVITAR CASTIGO O HACER COSAS NO DESADAS)

Evaluar la conducta como una conducta

Variables de control

Identificar factores de riesgo

Identificar factores protectores

Disponibilidad de medio letales

QUIEN – COMO – CUANDO - DONDE





1. Personal warning signs
2. Self-management strategies
3. Reasons for living
4. Social support

5. Professional crisis support

Warning Signs: *pacing*
feeling irritable
thinking "I'll never
get better"

- go for a walk 10 mins
- watch Friends episodes
- play with my dog
- think about my kids
 - vacation to beach in Florida
 - Christmas Day 2012
- call/text my Mom
or Jennifer

- call Dr. Brown: 555-555-5555
 - leave msg w/ name, time, phone #
- 1-800-273-TALK
- go to hospital
- call 911

INTERVENCIONES BREVES ESPECÍFICAS PARA LA CONDUCTA SUICIDA (1 A 3 ENTREVISTAS MAX)

1. **TMBI** (Teachable Moment Brief Intervention), O'CONNOR et als. Con consultantes hospitalizados que sobreviven a la tentativa. QUE SIGNIFICADO HA TENIDO EL INTENTO, QUÉ APRENDIERON, PLAN DE SEGURIDAD, 1 SESIÓN (60%)
2. **MOTIVATIONAL INTERVIEWING**, BRITTON
3. **(CRP) CRISIS RESPONSE PLANING** Craig Bryan y David Rudd
4. **SAFETY PLAN: PLAN DE SEGURIDAD** BARBARA STANLEY
5. **ASSIP Attempted Suicide Short Intervention Program** Michel y Anja Gysin-Maillart. Pacientes hospitalizados, 3 sesiones con videograbación, incluye plan de crisis y contacto posterior al alta. (80%)
6. **CAMS** JOBES

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS

1. **TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (DBT)** LINEHAN
MULTICOMPONENTE, MULTIPROBLEMÁTICOS, 6 MESES.
2. **Cognitive Behavior Therapy (CBT)** Suicide Prevention (CT-SP)
Brown Y BECK 10 SESIONES APROX.
3. **BRIEF CBT** BRYAN Y RUDD

CONCLUSIÓN

QUINTA IDEA

Nadie sale de la entrevista sin plan de seguridad

PASO 3

Guías Generales

**GUÍAS PARA TRATAR CONDUCTAS SUICIDAS
EN GENERAL (1 DE 2)**

1. Hablar del suicidio de manera abierta y natural
2. Evitar explicaciones peyorativas
3. Presentar la conducta suicida como una respuesta a un problema
4. Sostener la postura de que el suicidio es una solución no adaptativa y/o inefectiva
5. Básate en respuestas no conservadoras cuando las conservadoras fallen.
6. Se flexible en la consideración de sus opciones de respuesta.
7. Se mas activo cuando el riesgo suicida sea alto
8. Se sincero en tus comentarios
9. Evita posturas omnipotentes o aceptar la responsabilidad por la conducta suicida del consultante.
10. Implicar a los otros significativos, incluyendo otros terapeutas

GUÍAS PARA TRATAR CONDUCTAS SUICIDAS EN GENERAL (2 DE 2)

11. Asignar las sesiones suficientemente cercanas incluyendo sesiones adicionales si fuera necesario
12. Mantente atento a la multiplicidad de variables que afectan a los consultantes
13. Consulta con otros profesionales. Busca consejo de expertos de ser necesario
14. Mantén de manera ocasional, contacto no requerido con personas que rechazan o abandonan el tratamiento
15. Expresar solidaridad y comprensión abiertamente, brindando atención y calidez **NO CONTINGENTE**
16. Clarifica, valida y reforzà las conductas adaptativas
17. Describe la respuesta de terapeuta/s frente a conductas suicidas del consultante
18. Cerciorate que el consultante tenga expectativas realistas sobre la respuesta de otros significativos frente a las conductas suicidas

MUCHAS GRACIAS

PABLO GAGLIESI

**DBT
LATINO
AMÉRICA**

Módulo 3. “Contextos recreativos masivos”

Docentes

Lic. Nuria Calzada (España). Licenciada en Psicología por la Universidad de Barcelona, miembro de Energy Control – programa de reducción de riesgos de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Cuenta con una amplia experiencia docente dirigida a profesionales de la salud, la educación y el ocio nocturno, ha impulsado el nacimiento de proyectos de reducción de riesgos en Latinoamérica y ha participado en diferentes estudios y publicaciones sobre drogas.

Lic. Pablo Bonino (Córdoba). Licenciado en Psicología (U.N.C.). Subsecretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones. *Egresado del Programa de Certificación en Salud Pública de Texas At Arlington University (U.S.A). Asesor de la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Ex – miembro del Equipo de Investigación en Conductas Adictivas Durante el Desarrollo del IIPSI-CONICET-UNC.*

Ab. José Palazzo (Córdoba). Mánager, productor y organizador de eventos musicales. En Vivo Producciones - Cosquín Rock.

Equipo del Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba.

Clase ingresando al siguiente link

https://www.youtube.com/watch?v=pA6W_yoAD08&feature=youtu.be

FUNDAMENTACIÓN

En materia de prevención de los consumos de sustancias uno de los desafíos más importantes, es generar propuestas integrales basadas en evidencia, que se ajusten a las características y particularidades de los distintos ámbitos de actuación.

Los contextos de ocio nocturno y recreativos son un fenómeno complejo, un territorio mayoritariamente habitado por jóvenes, donde diversión, fiesta, consumos y riesgos son elementos de una misma línea. Estos elementos deben evaluarse y entenderse de manera integral y por fuera de los modelos preventivos tradicionales, con el fin de poder llevar a cabo estrategias preventivas eficaces.

El enfoque integral en materia de prevención en contextos de ocio nocturno, se funda en conceptos sobre el abordaje de las situaciones de consumo desde un enfoque de salud pública y derechos humanos, reconociendo el carácter complejo y multidimensional de la temática. Los contextos de ocio nocturno y recreativos son considerados ámbitos posibles de intervención para el Estado, desde el enfoque de gestión de riesgos, con el objetivo de transformar los contextos en espacios cuidados, donde la centralidad esté puesta en la persona y en sus decisiones como sujeto responsable de sus prácticas.



Gestión de placeres y riesgos en la Cultura del Ocio



Núria Calzada

Estructura



1. Presentación EC
2. ¿Por qué es importante nuestra intervención en ocio?
3. ¿Qué ofrecemos?
4. Espacios de ocio seguros
5. Ocio en tiempos de COVID



1. Presentación



Iniciativa de

Asociación Bienestar y Desarrollo



<https://abd.org/inicio>

- * Drogas
- * VIH
- * Inclusión
- * P. Migratorios
- * Jóvenes
- * Mujeres
- * Familias
- * Infancia
- * Adolescencia
- * P. Mayores
- * Salud mental
- * Dependencia

1. Presentación EC



Energy Control es un proyecto de reducción de riesgos en el ámbito de los consumos recreativos de drogas de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).



Proyecto piloto de reducción de riesgos y consumo con abastecimiento en las CC.LL. de Andalucía, Cataluña, País Vasco y Madrid.

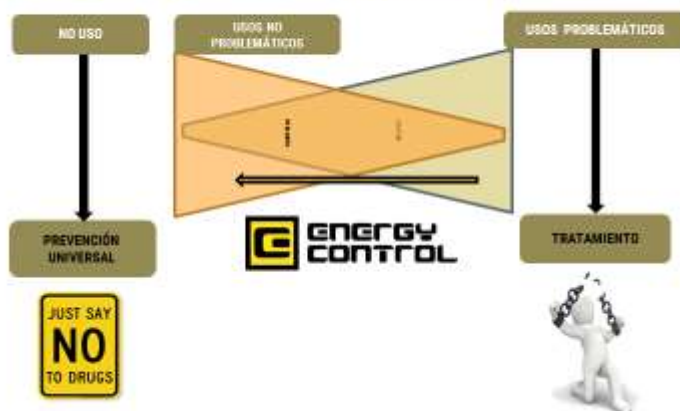


2. ¿Por qué es importante nuestra intervención en ocio?



- El consumo de drogas es y seguirá siendo **una realidad**.
- Es posible un **uso responsable**.
- La **adicción no es el único** problema.
- La **información objetiva y útil** facilita una toma de decisiones informada.
- Desconfianza** y pérdida de credibilidad en el discurso oficial.
- Los espacios de ocio son **espacios de diversión, socialización y placer**.
- En estos **espacios existen otros elementos de riesgo**.

2. ¿Por qué es importante nuestra intervención en ocio?



2. ¿Por qué es importante nuestra intervención en ocio?



Consumo recreativo

- Vinculado al ocio/placer de fin de semana
- Se da en grupo
- Menú psicoactivo variado (Policonsumo)
- Búsqueda de placer y diversión
- Daños leves frecuentes / graves infrecuentes



3. ¿Qué ofrecemos?



3. ¿Qué ofrecemos?



3. ¿Qué ofrecemos?



3. ¿Qué ofrecemos?



3. ¿Qué ofrecemos?



It follows that we may think of the family of pseudo-metrics $\{d_\alpha\}_{\alpha \in \mathcal{A}}$ as giving the fuzzy neighbourhood system of a topology on X . We denote this topology by $\tau_{\mathcal{A}}$. We have the following

© 2015 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved.



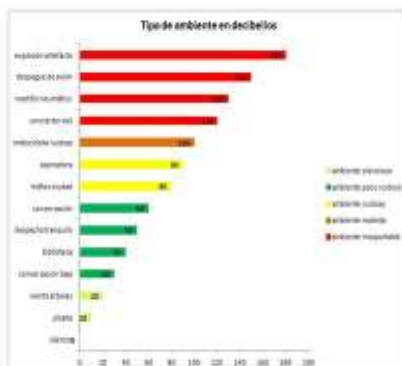
Magyarországi Magyarok Szövetsége 78. évfolyam 1. szám
2005. január-március



3. ¿Qué ofrecemos?



3. ¿Qué ofrecemos?



4. Espacios de ocio seguros



Guía preventiva y de seguridad para espacios de música y baile



Guía para una dispensación responsable de alcohol



Guía de atención sanitaria en espacios de ocio

4. Espacios de ocio seguros



La Opinión de Málaga + Málaga

Málaga

La macrofiesta del éxtasis, en los juzgados 8 años después

El 1 de junio declaran varios testigos en el contencioso que los padres de los jóvenes fallecidos en 2002

4 años | María Rodríguez | Málaga | 1 de junio de 2010 | 12:00 h

Señe agua en Xis lavabos

El padre de Julio, Juan García Campanario, siempre ha manifestado su indignación por lo ocurrido aquella madrugada en el Martín Calpena, como el hecho de que "se cerraran las ventanas y se cortara alternativamente el agua de los lavabos para que los que estaban allí pasaran más calor, amparando así y comprando así más botellas de agua, que se vendían a 6 euros".



4. Espacios de ocio seguros



4. Espacios de ocio seguros



Estrategias que **pueden suponer importantes riesgos para la salud:**

- Tomar las drogas antes del festival y no durante
- Drogas que no sean detectadas por los perros
- Adquirir las drogas dentro del festival
- "Panic consumption": riesgo sobredosis



Festivales....



5. Ocio en tiempos de COVID



Stand virtual en sesiones streaming



#Encerronafest2020



Y unes asidues a todas las fiestas, nos mantienen informados y ad+ ocupan poco espacio...no podían faltar las chicas y chicos de Energy Control



Asociación Bienestar y Desarrollo
www.abd-ong.org

Módulo 4. “El rol de los medios de comunicación y Behavioural Insights”

Docentes

Rodrigo Salazar Elena (México). Doctor en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Maestría en Ciencias Sociales, FLACSO México. Es coordinador del Laboratorio de Métodos de la Flacso México, institución en la que también se desempeña como profesor investigador. Sus áreas de estudio son la economía política, el comportamiento electoral y los efectos económicos de las instituciones políticas. Ha sido el coordinador de la Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos.

Santiago Silva Jaramillo (Colombia). Profesor en Departamento de Gobierno y Ciencias Políticas de la Universidad de EAFIT. Investigador del Grupo "Sociedad, política e historias conectadas" (A en Colciencias). Consultor en el Centro de Análisis Político. Fue Subsecretario de Ciudadanía Cultural de Medellín.

Pablo Martín Bonino (Córdoba). Lic. en Psicología (U.N.C) - Egresado del Programa de Certificación en Salud Pública de Texas At Arlington University (U.S.A) Subsecretario de Prevención de Adicciones del Gobierno de Córdoba. Asesor de la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Ex – miembro del Equipo de Investigación en Conductas Adictivas Durante el Desarrollo del IIPSI-CONICET-UNC.

Clase ingresando al siguiente link

<https://www.youtube.com/watch?v=webb2vBx0VE&t=1s>

FUNDAMENTACIÓN

Son numerosos los estudios que analizan las expectativas positivas en la conducta de consumo de alcohol, en ellos se reconfirma que la visión de efectos positivos provocan un incremento en la frecuencia de consumo. El papel de las creencias mostraron al consumo de alcohol como favorable en ambientes de recreación ya que facilitaba la diversión y desinhibición. Para muchos adolescentes consumir alcohol tiene beneficios, entre ellos, facilitar la interacción social, favorecer la expresividad verbal, desinhibir la conducta y reducir la tensión psicológica (Cortese, 2015). La percepción que los jóvenes tienen del consumo de alcohol de sus pares se relaciona fuertemente con el consumo elevado de alcohol de los estudiantes universitarios. Los estudiantes, particularmente durante el primer año y entre pares del mismo sexo, tienden a percibir que sus pares consumen más alcohol del que realmente toman, lo que puede representar una mayor presión a tomar más alcohol. Se destaca la importancia de evaluar las normas sociales, buscando establecer intervenciones enfocadas en reducir el consumo a partir de modificar las normas de consumo orientándose en trabajar con grupos de referencia del mismo sexo (Pilatti, Vera, Moroni, Marín y Pautassi, 2015).

De manera complementaria, muchos países están empezando a aplicar lecciones de las ciencias del comportamiento a sus propios problemas de política pública. Investigaciones sobre Behavioural Insights, establecen que todos los responsables de política pública deben ser capaces de aplicar hallazgos de las ciencias del comportamiento, al menos a un nivel básico y ahora estos enfoques están integrados en su capacitación y desarrollo. Adicionalmente, se ha creado el marco de trabajo EAST para ayudar a responder a este creciente interés y para ayudar a desarrollar políticas públicas que mejoren la situación de los individuos y de la sociedad en general. EAST fue explícitamente diseñado para aplicar estos hallazgos en la práctica, y debería ser utilizado junto con otras herramientas como MINDSPACE y Test, Learn, Adapt (Dolan, Hallsworth, Halpern, King, & Vlaev, 2010).

Behavioural insights y rol de los medios de comunicación

Rodrigo Salazar Elena

Flacso - México

Descripción

El curso estará dedicado a exponer la manera en que los fundamentos psicológicos de la economía conductual puede ayudar a entender algunos de los fenómenos de comunicación más relevantes de la actualidad.

Aunque la economía conductual ha sido especialmente conocida por su aplicación a las políticas públicas, muchos de sus hallazgos y conceptos tienen que ver con la forma en que los seres humanos seleccionamos, procesamos y usamos la información.

Por otro lado, las ciencias de las comunicación han identificado que intensidad con la que se transmite un mensaje y manera en la que se lo presenta son influyen en la manera en la que los destinatarios del mensaje raccionan a él.

La clase tratará, así, de dos conceptos de la comunicación, *priming* y *framing*, abordados desde el enfoque de las ciencias conductuales.

Así, en el curso se verá como la heurística de la disponibilidad, o la forma en que la percepción humana confunde la importancia de un fenómeno o la frecuencia con la que ocurre con la facilidad con la que viene a la mente puede ser explotada, y lo es, por técnicas de *priming* que pueden adquirir la forma de *nudges*.

Un mismo mensaje puede ser interpretado en formas distintas, dependiendo de cómo se presente, lo que a su vez condiciona el comportamiento del receptor. Se repasarán dos instancias de *framing* sugeridas por el enfoque conductual. La primera muestra que la valoración del contenido de un mensaje en el que se enfatizan las potenciales ganancias será

muy distinta a si se enfatizan las pérdidas. Por otro lado, al solicitar la cooperación de las personas la respuesta que se obtiene apelando a norma de mercado será diferente a si se apela a normas sociales.

Las herramientas repasadas nos permitirán analizar dos fenómenos de la comunicación. Uno es tradicional. Desde que existen campañas electorales, existen las campañas negativas. Generalmente se considera que estos mensajes son un defecto de las democracias, y son condenados por la opinión pública. Sin embargo, es de esperarse que sean parte de la vida democrática por largo tiempo, puesto que suelen ser eficaces. El público desprecia las campañas negativas, pero a la vez no puede evitar que su voto responda al insumo proporcionado por estos mensajes.

Los mensajes negativos pueden ser desagradables, pero no necesariamente son falsos. Adicionalmente, se han adaptado a todo la variedad de medios en los que se despliega una campaña electora. El otro fenómeno que analizaremos bajo la lupa de la economía conductual es el de la difusión de noticias falsas en las redes sociales, generalmente identificado con la expresión *fake news*. ¿Qué fuerzas nos mueven a seleccionar estos de entre la multitud de mensajes que compiten por nuestra atención? ¿Qué hace que la gente los reproduzca en su red?

El objetivo de abordar estos dos fenómenos desde el enfoque conductual es el de generar ideas sobre medidas que se pueden tomar para al menos neutralizar sus efectos más perniciosos. ¿Tal vez *nudges* que dirijan la atención del público hacia las propuestas de política y fuentes creíbles de información?

RESUMEN sobre Proyecto de prevención “Sabias Que”

Ricardo M Pautassi. Instituto de Investigación Médica M. y M. Ferreyra (INIMEC–CONICET), Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, CP 5000, Argentina; y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, CP 5000, Argentina.

El consumo de alcohol comienza a los 14 años aproximadamente, y la primera intoxicación o ebriedad se da en promedio durante los 12 meses subsiguientes. El inicio o primer contacto se da primeramente en ambientes socialmente validados, por familiares, ofrecimiento activo de padres o cuidadores, etc. Más en detalle, e ilustrando este punto, un estudio realizado por Pilatti y colaboradores (2013) en Córdoba capital, en niños de 8 a 12 años, reveló que, cuando se los consultó en qué circunstancias tomaban, el 65-70% dijo que lo hacía “cuando un adulto me permite tomar” o cuando “un pariente me da un trago” o “en las fiestas familiares”. Un tercio aproximadamente indicó que sus padres/madres o cuidadores le proporcionaban el alcohol o que tomaban porque “mi papá o mi mamá toman”.

Tratar de demorar el inicio del consumo de alcohol es importante porque se ha observado que, cuanto más temprano el inicio del consumo de alcohol, mayores las posibilidades de abuso y dependencia a dicha droga, u a otras, más tarde en la vida. Nuestros trabajos con adolescentes que han recientemente finalizado la educación media en la Ciudad de Córdoba indican que un 70% reporta haber tomado 6-7 tragos de alcohol en una misma ocasión en los últimos seis meses; y un 55% reporta episodios en los que consumió 4-5 tragos juntos en $2 \leq$ horas (Pilatti et al., 2017); y hemos consistentemente observado que dichas cifras son significativamente mayores en aquellos y aquellas que han empezado a consumir tempranamente en la vida (Pilatti et al., 2014).

A medida que se atraviesa los años de la adolescencia, y la escuela media, el consumo de alcohol empieza a ser más influenciado por los amigos/as que por los padres. En ese sentido, durante la escuela media o secundaria cobran mucha importancia, en cuanto factores que promueven el consumo de alcohol, las normas sociales prescriptivas y descriptivas. Las primeras refieren a nuestras cogniciones o creencias sobre cuanto aprueban nuestros otros significativos – papa, mama, pareja, hermanos, amigos -- las conductas de consumo de alcohol (Neighbors et al., 2011). Las normas descriptivas, en tanto, se refieren a cuanto uno cree que esos otros significativos consumen alcohol (Larimer et al., 2011).

El proyecto *¿Sabías que?* trata de disminuir el consumo de alcohol o prevenir la escalada de este en adolescentes que asisten a escuelas medias de la provincia de Córdoba.

Las estrategias de prevención basadas en el modelo teórico de las normas sociales son valiosas alternativas de prevención. Los estudiantes de nivel medio sobreestiman la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, así como el nivel de aprobación percibida de dichas conductas por parte de otros significativos. Este sesgo cognitivo funciona como un factor de vulnerabilidad. Este proyecto aplica un programa de prevención de conductas de consumo de alcohol, basado en la teoría de las normas sociales, en estudiantes de nivel medio de la Provincia de Córdoba.

El proyecto mide basalmente discrepancias entre la ocurrencia de conductas de consumo de alcohol (prevalencia de vida, en el último año, mes, etc.) y las creencias acerca de la extensión de dichas conductas en el entorno social cercano del estudiante. Durante la aplicación del programa, en el 2019, observamos que la exposición a elementos que exponen estas discrepancias (vehiculizado en carteles y talleres), durante la fase de intervención, genera una reducción significativa en el consumo de alcohol de los niños/as y adolescentes. También hemos generado un manual o protocolo operativo que permite la reproducción o continuidad del plan por parte de los actores institucionales (Pautassi y Bonino, 2020).