



TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Guías de recomendaciones

MÓDULO 2: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y AFRONTAMIENTO DEL CRAVING





AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Diego Cardozo

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

Dr. Darío Gigena Parker

Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Pablo Martín Bonino

Equipo redactor:

Lic. Jimena Fossati

Lic. Violeta Vairus

Lic. Guillermo Ponce

Mgter. Mgter. Victoria Martínez

Diseño edotiral:

Lic. Javier Bulgarelli

2da. Edición - Año 2020



Página	Índice
01	PRÓLOGO
02	Introducción
03	Tema 1: Prevención de recaídas
07	Premisas de la PR
08	Materiales de Trabajo
09	Ficha 1
10	Ficha 2
11	Ficha 3
14	Ficha 4
15	Ficha 5
16	Ficha 6
19	Ficha 7
21	Tema 2: Craving: conceptualización y afrontamiento
21	Fundamentos
23	Materiales de trabajo
24	Ficha 1
25	Ficha 2
26	Ficha 3
27	Ficha 4
28	Ficha 5
29	Ficha 6
30	Ficha 7
31	Referencias



PRÓLOGO

La Formación Continua es uno de los objetivos más importantes de la **SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIAS DE LAS ADICCIONES**, es por eso que también es uno de los compromisos más fuertemente asumidos con los equipos de trabajo locales y regionales que nos acompañan en esta ardua y reconfortante tarea que es la Asistencia para personas con problemas por el consumo de drogas. Desde la creación de esta Secretaría se dio un lugar saliente a la asistencia, reconociendo que el consumo de drogas constituye uno de los más graves problemas de la humanidad en la actualidad.

En este marco, el gobernador **Cr. JUAN SCHIARETTI** presentó en diciembre del año 2016 el “**PLAN PROVINCIAL PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES**”, ejecutado por esta Secretaría de Estado. Asimismo la Provincia de Córdoba creó el “Programa Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba” mediante Decreto Provincial 1754/2016, el cual tiene como principal objetivo generar acciones e intervenciones orientadas a la prevención y asistencia de las adicciones. Del mismo modo, mediante Decreto Ministerial N° 348/2017, la Provincia ha adherido a la Declaración de Emergencia Nacional en Materia de Adicciones.

Esta importante acción por parte del gobernador permitió, entre otra cantidad de acciones, la creación de Centros Asistenciales en el interior de la provincia. Centros que se llevan adelante gracias al esfuerzo articulado de la provincia, los municipios y profesionales comprometidos que continúan formándose a lo largo del tiempo. Es por esto, que el presente material es una muestra más nuestro compromiso de capacitación y formación continua. Esperamos sea una herramienta que permita a los equipos a trabajar cada día con mayor confianza.

Antes de concluir no puedo dejar de agradecer el esfuerzo y el compromiso de todos quienes han participado en la elaboración de este material de trabajo, estoy convencido que será un instrumento eficaz para brindar cada día una mejor asistencia en materia de adicciones, importante compromiso asumido por el Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Dr. Darío Gigena Parker
Secretario de Prevención y Asistencia
de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

INTRODUCCIÓN

La recuperación como una emigración

Para intentar comprender el proceso de recuperación de personas con problemas asociados al consumo, se ha comparado este proceso con lo que le sucede a un inmigrante que se va a vivir a otro país. Mientras más lejano y distinto sea este país, más intenso será el desarraigo que sentirá la persona. Le costará significativamente entender a los habitantes del país donde arribó. Probablemente, aquellas cosas que los divierten no sean las mismas que a él y le resulte difícil comprender el tipo de relaciones sociales. Quizás no conozca nadie y al inicio nadie quiere conocerlo, se aburre, no se adapta al modo de trabajar y tiene más obstáculos para socializarse por falta de conocidos o contactos. En este contexto pueden decidir entrar en subgrupos o “guettos” que se asemejen al estilo de vida previo y que obviamente les resulta más familiar.

Algo similar sucede con las personas con problemas vinculados al consumo. Generan estilos de vida que con el tiempo se tornan más habituales, adquieren mayores condicionamientos y hasta proporciona cierto tipo de identidad. Un estilo de vida particular, profundamente arraigada y por lo tanto difícil de modificar. Es un modo de vivir que involucra no sólo relaciones sociales que se han generado y sostenido durante años con otros consumidores, sino que implica también la pérdida de otras motivaciones personales, el desarrollo de un conjunto de creencias sobre sí mismos, sobre la droga y sobre los demás, y hasta de las adicciones y sus tratamientos. Estas creencias deben ser identificadas y re-examinadas durante el tratamiento.

Una vez que algunas personas ingresan al tratamiento -quizás por cuestiones, familiares, físicas, financieras, legales o emocionales- se enfrentan crudamente con este tipo problemas. No sólo experimentan intensos deseos de consumir una o más sustancias, sino que atraviesan entre algunas posibles experiencias: el aburrimiento, la soledad, el aislamiento o desconexión, frustraciones de la vida responsable (con baja tolerancia a la frustración), enojos, culpas entre otros estados no placenteros. Además, frecuentemente se extrañan amigos o compañeros de consumo, salidas y actividades relacionadas que brindaban en algún momento diversión, placer o al menos dispersión.

Aparecen dificultades ante problemas o frustraciones cotidianas esperables, considerando el tiempo, la educación, las habilidades y contactos que se perdieron durante la vida de consumo. Muchos afirman necesitar un sostén afectivo desesperadamente y algunos no pueden desarrollar un vínculo estable, sino que, por el contrario, se involucran en relaciones intensas y disfuncionales, quizás con otras personas con adicciones o problemáticas similares. Es por ello que se suele advertir respecto de los riesgos de sostener o iniciar ciertas relaciones, por el enorme potencial desestabilizador que tienen.

Es importante que las personas en recuperación sepan de antemano los problemas con los que probablemente se enfrenten, considerando las fases o estadios en los que tales experiencias suelen desarrollarse.

En este sentido, es que se presenta a continuación el modelo de prevención de recaídas y de desactivación del craving. Ambas temáticas deberían ser abordadas de manera integral y articulada en cualquier tratamiento que aborde problemáticas asociadas al consumo de sustancias. Se presenta en cada caso: a) una breve fundamentación que intenta ser lo más comprensiva y accesible posible, y b) estrategias o fichas para ser trabajadas de manera conjunta con las personas que se encuentran cursando un tratamiento.

TEMA 1: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Fundamentación

Porqué Prevención de Recaídas

Las personas que intentan iniciar o mantener nuevos comportamientos de salud (dietas o cambios en la alimentación, en la actividad física o abstinencia de consumo de sustancias) se enfrentan por un lado al desafío de afrontar claves contextuales condicionadas históricamente a los comportamientos que se están intentando modificar. Por otro, la persona que modifica un patrón de comportamiento establecido, se enfrentará a nuevas consecuencias físicas, emocionales, cognitivas y sociales, que resultan muchas veces desagradables en un corto y mediano plazo.

En este contexto de complejidad, la evidencia científica ha indicado que la mayoría de las personas que intentan cambiar su comportamiento en una determinada dirección experimentarían lapsos que a menudo conducen a una recaída (Jackson, 2014).

Por lo tanto, resulta coherente el señalamiento realizado por Becoña Iglesias y colaboradores (2008) que indica que abordar la Prevención de Recaídas (PR) es esencial en cualquier tratamiento vinculado a comportamientos asociados al consumo de sustancias.

Considerando que el modelo de PR se incluye dentro del enfoque cognitivo conductual, antes se realiza una breve introducción del mismo para luego adentrarse en el modelo de PR.

Que son las Terapias Cognitivo Conductuales

La evidencia empírica apoya la utilización de Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) en el abordaje de problemas asociados al consumo de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn y Wang 1999; Carroll y Onken 2005). Asimismo, ha sido recomendada por importantes organismos internacionales, entre ellos el NIDA (1999 y 2009) y el NICE (2006).



Las TCC representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Entre algunas de sus características salientes se destacan:

- Centrarse en el abordaje de los problemas actuales
- Establecer metas realistas y consensuadas con el paciente
- Utiliza técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas

La prevención de recaídas es un tipo de intervención de las TCC. Otras intervenciones propias de este enfoque son el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del estrés, reestructuración cognitiva, auto registros, entrenamiento en habilidades sociales, de regulación emocional, entre otras.

Todas las estrategias de intervención consideran la vulnerabilidad de cada individuo y por lo tanto utilizan el análisis funcional como estrategia central de evaluación.

¿Qué es la Prevención de Recaídas?

Modelo basado en el enfoque cognitivo conductual que tiene el objetivo de identificar, prevenir y controlar las recaídas en las personas que estuvieron o están recibiendo tratamiento por problemas asociados a consumo de sustancias. Puede ser utilizado dentro de un programa específico de abordaje de prevención de recaídas o puede integrarse en cualquier tratamiento que tenga como objetivo ayudar a la persona a mantenerse libre de sustancias y prevenir recaídas.

Entre las características distintivas que hacen a la PR especialmente útil en el tratamiento de problemáticas asociadas al consumo, se destacan:

- El énfasis en generar un amplio repertorio de habilidades conductuales, cognitivas e interpersonales
- El trabajo dirigido a incrementar estrategias de afrontamiento para ayudar a prevenir una recaída.
- Su aplicación es de tiempo breve o limitado
- Por lo tanto, representan bajos costos de salud

La Evaluación de Recaídas

Además de la conversación clínica orientada al análisis funcional, se han propuesto diversas estrategias que se pueden utilizar de manera conjunta o separada a los fines de lograr un efectivo y complejo análisis del proceso de recaída, (Valverdi y Alvarez, 2012). Algunas de ellas son:

- Autorregistros
- Autobiografías de recaídas o descripciones de recaídas pasadas

- Fantasías de recaída
- Observación directa
- Cuestionarios

El Modelo de Prevención de Recaídas

Antes de presentar el modelo de PR, vale dejar en claro algunos principios que guían el trabajo desde este abordaje.

En primer lugar, es necesario dejar en claro que ningún modelo único de recaída podría abarcar a todas las personas y a todos los tratamientos. Se debe atender a las particularidades de cada paciente en su contexto particular, también a la hora de analizar recaídas. Habiendo hecho tal declaración, se considera que un análisis profundo de los determinantes críticos de la recaída y de los procesos subyacentes puede proporcionar una mejor comprensión del tratamiento y la prevención de los trastornos susceptibles de recaída (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

A su vez, la utilidad clínica del modelo propuesto va a depender de la capacidad de los profesionales para recopilar información detallada sobre los antecedentes de un individuo, el historial de consumo de sustancias, la personalidad, las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y el estado afectivo.

La consideración de cómo estos factores pueden interactuar dentro de una situación de alto riesgo y cómo los cambios en los riesgos proximales pueden alterar el comportamiento que conduce a situaciones de alto riesgo, permitirá a los pacientes evaluar continuamente su propia vulnerabilidad de recaída.

Un modelo sistémico, dinámico, contextual

Witkiewitz y Marlatt (2004) realizaron una revisión de los factores de riesgo de recaída y del proceso de recaída. Como resultado del mencionado trabajo, se establece un modelo sistémico y dinámico de la recaída, que incluye factores de riesgo intrapersonales e interpersonales. Se presentan a continuación los factores, conceptos y características de este modelo.

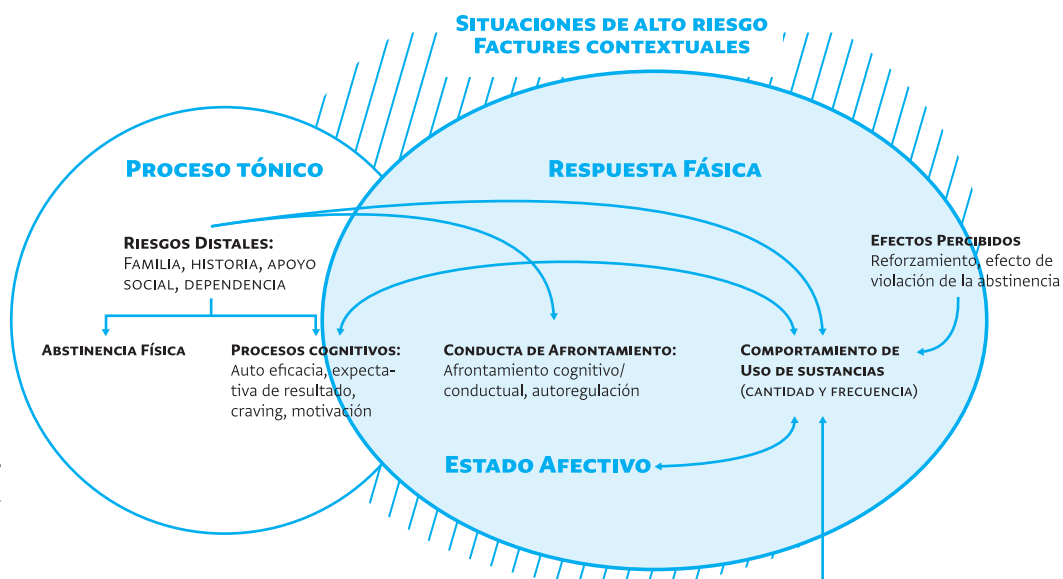


Figura 1:
Modelo dinámico de
la Recaída. Adaptado
de Witkiewitz y
Marlatt (2004)

De acuerdo al modelo expuesto, la recaída se presenta como un complejo sistema multidimensional en el cual múltiples influencias, desencadenan y operan dentro de situaciones de alto riesgo conduciendo a comportamientos de recaída.

Existe una relación de causación recíproca entre antecedentes distales y riesgos proximales (representado por los bucles en el gráfico del modelo).

Entre los factores que incluye el modelo se encuentran: antecedentes históricos, estados psicológicos o emocionales, procesos cognitivos, estrategias de afrontamiento y efectos percibidos del consumo. Un hecho importante a resaltar, es que no se presume que haya factores más influyentes que otros, lo cual permite diagramar diversas posibilidades de recaída.

Los determinantes o desencadenantes de recaídas pueden ser intrapersonales o interpersonales. Entre los primeros, se incluyen los estados emocionales, la motivación al cambio, nivel de autoeficacia, expectativas de resultado, craving y estilos de afrontamiento. Los factores interpersonales hacen referencia a variables vinculadas al apoyo social y familiar, e incluyen la calidad o nivel de apoyo (para la abstinencia, por ejemplo), la dimensión estructural del apoyo social y la disponibilidad de apoyo.

Además, los riesgos pueden ser lejanos o próximos al momento de la recaída, es decir distales o proximales. Se consideran riesgos distales (también denominados antecedentes) a aquellas predisposiciones estables que aumentan la vulnerabilidad de un individuo a tener recaídas. Por su parte, los riesgos proximales son los precipitantes o desencadenantes inmediatos que incrementan la probabilidad de aparición de un comportamiento de recaída.

Por último, y vinculado a lo anterior, se puede observar en el gráfico la presencia de un proceso tónico y una respuesta fásica. Proceso tónico refiere a la vulnerabilidad crónica que presenta un individuo al consumo de sustancias y a tener recaídas. Mientras que la respuesta fásica, también llamada situacional, implica tanto la presencia de estados cognitivos, afectivos y físicos en un momento determinado, cómo la implementación de habilidades de afrontamiento ante tales estados.

Función (y análisis funcional) del consumo

Un principio fundamental a tener en cuenta es que el consumo de sustancias (y/o comportamientos asociados) ha tenido (y puede tener) una función valiosa en la vida de una persona, incluso ante la presencia de consecuencias perjudiciales asociadas a nivel biológico, psicológico, familiar, social o legal.

Para alcanzar y sostener la abstinencia es imprescindible determinar y reconocer las funciones “del consumo de drogas, muchas veces conocidas como “los beneficios o pros del consumo”. Esto permitirá anticipar las situaciones en que estos “pros” pueden parecer demasiado atractivos o ejercer una fuerte influencia y elevar el impulso de consumo

En este contexto, el rol del equipo tratante es ayudar al paciente a identificar las funciones y razones personales tanto para consumir drogas como para dejar de usarlas. En términos generales, se dice que la identificación de

los "pros" del consumo proponen áreas de dificultad potenciales a considerar, mientras que las "contras o desventajas" revelan la fuerza o la motivación para intentar cambiar (Jackson, 2014).

Premisas en la PR

La recuperación ha sido definida como el "mantenimiento de la abstinencia del consumo de alcohol u otras drogas por cualquier medio" (Nordegren, 2002). Este proceso implica, el inicio de la abstinencia del consumo y a su vez realizar modificaciones intra e interpersonales para mantener estos cambios a lo largo del tiempo (Jackson, 2014).

En esa dirección, Jackson (2014) ha establecido algunas premisas a considerar en la Prevención de Recaídas, que se presentan a continuación:

1. Favorecer la identificación de factores de alto riesgo de recaída y desarrollar estrategias para lidiar con ellos.
2. Ayudar a entender la recaída como un proceso y como un evento.
3. Ayudar a comprender y abordar disparadores y cravings de consumo.
4. Ayudar a comprender y lidiar con las presiones sociales para consumir.
5. Ayudar a desarrollar y mejorar una red de apoyo social.
6. Ayudar a desarrollar estrategias para manejar estados emocionales.
7. Evaluar presencia de trastornos psiquiátricos y facilitar el tratamiento si es necesario.
8. Facilitar la transición y seguimiento de pacientes ambulatorios a pos-tratamiento para clientes que completan programas de tratamiento.
9. Ayudar a los clientes a manejar distorsiones cognitivas.
10. Ayudar a lograr un estilo de vida equilibrado.
11. Considerar la intervención farmacológica como tratamiento complementario.
12. Ayudar a desarrollar un plan para manejar lapsos o recaídas.

Considerando tales premisas, se presentan a continuación algunas estrategias que podrían ser utilizadas de manera individual o grupal en cualquier tratamiento que tenga como objetivo la prevención de recaídas en un sentido amplio.

MATERIALES DE TRABAJO

Premisas implicadas

1. Identificar factores de alto riesgo de recaída y desarrollar estrategias para lidiar con ellos.
2. Ayudar a entender la recaída como un proceso y como un evento.

FICHA 1

¿Que son los factores de alto riesgo?

Eventos o situaciones que llevan al individuo a elegir consumir una sustancia (o a realizar un comportamiento adictivo) por sobre otros comportamientos alternativos que están probablemente ligados a estrategias trabajadas durante el tratamiento. Estos factores pueden ser intrapersonales o interpersonales.

Factores intrapersonales o internos

- Físicos o biológicos: sueño, cansancio, dolores físicos, tensión corporal, cambios hormonales, medicación, alimentación, deseo sexual.
- Emocionales: miedos, vergüenza, tristeza, culpa, enojo, frustración, euforia, alegría
- Cognitivos: pensamientos, recuerdos, fantasías, imágenes, “flashbacks”
- Otros:

Factores interpersonales o externos

- Espaciales: lugares, eventos, zonas, barrios, plazas, casas, boliches, bares, fiestas
- Temporales: momentos u horas del día, de la semana (viernes o domingos), del mes, del año (las fiestas, la primavera, el invierno).
- Personales: personas que desencadenan (o reavivan) deseo de consumir: amigos o grupos de amigos de consumo, “dealers”, contactos en el teléfono o en las redes.
- Otros:

Antes de completar una ficha con tus propios factores de riesgos, te invito a que atiendas a “los 10 peligros más frecuentes” que han sido señalados por algunos autores (ver ficha “los diez peligros más frecuentes”).



FICHA 2

Los diez peligros más frecuentes

1. Estar en contacto con drogas, gente que usa drogas o lugares donde usualmente usaba drogas.
2. Sentimientos negativos, en particular el enojo; también tristeza, soledad, culpa, miedo y ansiedad.
3. Sentimientos positivos que haya que celebrar.
4. Aburrimiento.
5. Consumir cualquier droga, incluyendo alcohol.
6. Dolor físico
7. Escuchar historias de fiestas o aventuras donde se consumen drogas.
8. Tener repentinamente gran cantidad de dinero.
9. Drogas prescriptas por el médico que puedan generar sensaciones parecidas a las experimentadas cuando estaba usando, aun cuando se use según las indicaciones.
10. Creer que nada de lo anterior se aplica a mi caso.

Por favor, a continuación, registra a continuación cuáles de estos peligros (o cualquier otro que hayas podido identificar) son factores de riesgo para vos:

FICHA 3

Material de Lectura: Tus Situaciones Peligrosas

“*Más vale prevenir que curar*”, es uno de los mensajes esenciales en este proceso.

Las personas en recuperación pueden encontrarse altamente vulnerables, a veces por tiempo indefinido, hacia ciertas personas, lugares, emociones y situaciones. Esta vulnerabilidad es parte fundamental del problema y es una consecuencia natural del largo período de tiempo en el cual una persona se mantuvo en contacto con sustancias adictivas y con situaciones o eventos cotidianos asociados a dicho consumo.

Mantener la abstinencia frente a repetidas ocasiones de tentación, es el modo más eficaz de debilitar el poder de esas tentaciones. Esto sólo puede lograrse en el contexto de un estilo de vida saludable. Por lo tanto, es absolutamente indispensable que en lugar de consumir se lleven a cabo diversos comportamientos alternativos o incompatibles con el estilo de vida de una persona en consumo (tratamiento, deportes, contacto con alguien del sistema de apoyo, habilidades para calmarse o distraerse). Poner en marcha estas alternativas puede debilitar la fuerza de las tentaciones o disparadores que al inicio son muy potentes, ya que se extingue la asociación entre disparadores - consumo de sustancia - placer o recompensa posterior. Además, la sensación de logro por atravesar situaciones o períodos de tiempo sin consumir, a la vez que se realizan otras actividades placenteras, refuerza los comportamientos de cambios dirigidos a una sólida recuperación.

Sin embargo, consideremos el caso de Francisco (ver historia de la recaída de Francisco), que no tenía problemas ni presiones del trabajo, ni un plan claro, pero sí dinero en efectivo en mano, con lo que fue a “*dar una vuelta*”.

Para una persona con experiencia en recuperación las consecuencias pueden ser obvias. Pero para Francisco era una actividad inocente. Él estaba por disfrutar unas merecidas vacaciones del trabajo, sinceramente sin ganas conscientes de consumir. Salir a caminar y comprarse algo de ropa no fueron para él actividades que lo hubieran conducido antes a consumir. Sin embargo, después de encontrarse con un viejo amigo del consumo, sus sentimientos y acciones hicieron un “*click*” en su cabeza. Empezó a recordar los viejos tiempos, la ropa que antes usaba, los lugares, la sensación de “*estar solo*”, y poco a poco su mente fue asociando y despertando el deseo de consumir que fue “*negado*” o no reconocido hasta que se convirtió en acción (consumo).

El caso de Francisco es bastante común. Las personas en recuperación (al menos en esta etapa), no pueden detectar el gran peligro que presentan estas situaciones, que se manifiestan como un campo magnético que envuelve y atrae la mente y el sentido común, llegando a oscurecerlo temporalmente.

Es importante mencionar, que el estrés continuado aumenta la probabilidad de que estos mecanismos aparezcan con más intensidad. Por ejemplo, un trabajo que parecía seguro en el pasado, puede convertirse en estímulo de craving cuando se torna frustrante y conflictivo, y más aún, si a la vez



un compañero de trabajo que consume empieza a invitarte a actividades de riesgo. De hecho, algunos peligros pueden extinguirse mientras que otros se vuelven más fuertes. Por ejemplo, una persona en recuperación que hace mucho tiempo no se le pasa por la cabeza consumir la droga a la que le causó problemas, puede estar muy pendiente del alcohol o de tomar tranquilizantes, cuando antes no le interesaban estas cosas.

No obstante, a veces los peligros literalmente cesan. Esto puede ocurrir, por ejemplo, si en el bar en el que consumía antes cambia de dueño o ya no es más un bar, o si ya no está aquel amigo con el que consumía. Frecuentemente, resulta útil hacer todo lo posible por alejarse del lugar donde se vivía. Cuando esta medida es temporal, o sólo se limita al cambio de lugar sin cambiar hábitos y sin apoyo especializado, se la denomina cura geográfica, que raramente perdura porque los condicionantes externos e internos (como el tipo de creencias) persisten.

Luego de un período exitoso de abstinencia, una persona que se siente muy eufórica puede percibir que está invulnerable. Cuando es sorprendido por el resurgir inesperado de estos deseos de consumo, se produce un cambio a nivel emocional que precipita recaídas desastrosas. Esto se agrava debido a que el uso de alcohol y/o drogas intensifica el craving, lo cual puede llevar al abandono del tratamiento y probablemente el consumo activo, con la vivencia de fracaso tanto de la persona como de la familia.

Así, el craving de Francisco será probablemente más fuerte por un tiempo porque consumió drogas que fueron muy reforzantes. Su propia emocionalidad (culpa y ansiedad, por ejemplo) por haber consumido puede estimularlo aún más para consumir y “largar todo”. Se debe entender que el consumo reciente de sustancias, incrementa la vulnerabilidad, facilitando el acceso a la tentación en esos momentos.

Por esto es tan importante ocuparse de evaluar todas las situaciones peligrosas, evitarlas y enfrentar aquellas inevitables, de la forma más segura posible (con una buena planificación y buenos apoyos afectivos).

La persona en recuperación debe involucrarse sólo en aquellas situaciones que pueda manejar de manera segura y planificada previamente. Sólo cuando la persona logra hacer una vida normal (enfrentándose a peligros corrientes, hablando de ellos abiertamente, en el contexto de un tratamiento ambulatorio) se puede lograr una recuperación sólida y creíble. Aquellos pacientes que por diversas razones no pueden dejar de consumir ambulatoriamente y requieren internación, a corto o largo plazo, también deberán pasar por esta experiencia ambulatoria como prueba de que están realmente preparados para la vida sin consumo.

Las exposiciones a riesgos medidos pueden ser mejor manejadas cuando se comparten ideas con algún acompañante para que se esté atento. En principio, este taller debería ayudar a definir las propias situaciones peligrosas y cómo exponerte a ellas. Justamente estar atento, es en parte estar seguro. Hablar de esas situaciones peligrosas con otras personas en recuperación podrían alertar a reconocerlas en el futuro si aparecen.

Esa es la razón por la cual es importante realizar el ejercicio de registrar por escrito aquellas situaciones posibles e hipotéticas y cómo responder a ellas.

Si, por ejemplo, en el registro de situaciones peligrosas se registró que la situación de riesgo más peligrosa para consumir eran las despedidas de solteros, ¿cómo se va a manejar el hecho de que un amigo se casará en dos meses? Este trabajo responsable es crucial para la recuperación.

Debido a que los disparadores de craving pueden cambiar con el tiempo, es importante entender que se debe chequear y actualizar esa lista periódicamente.

El énfasis está en una idea central: Planeamiento Constructivo. Mientras más precavido mejor.

Ideas Centrales para trabajar en grupo:

- Todas las personas en recuperación tienen sus propias situaciones peligrosas que pueden desencadenar intensos deseos de consumir (craving).
- Así como hay que evitar las situaciones de alto riesgo siempre que se puedan, hay peligros a los que deberías exponerte en forma segura para desaprender la asociación con el consumo. De eso depende también la recuperación sólida de una persona. Sin embargo, esto puede llevar tiempo y se aconseja trabajarlo con tu grupo, coordinador o terapeuta
- Contarles a los demás nuestras situaciones de craving, agregan elementos para comprenderlos mejor e incrementar nuestra capacidad para generar sostén de los demás y una guía que nosotros no podemos proveerlos a nosotros mismos.



FICHA 4

Mi lista de Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son personales, contextuales y dinámicos. Es decir, que pueden ser distinto para cada ser humano, que pueden cambiar de una situación a otra y que a su vez posiblemente varían a lo largo del tiempo.

Sin embargo, muchas veces nos enfrentamos a los mismos riesgos o peligros en varios momentos de nuestra vida. Por eso, es útil reconocer aquellos factores internos y externos de riesgo. Para ello, se sugiere registrarlos de forma escrita e ir agregando información a medida que avances en tu proceso, ya que con el tiempo y con mayor toma de conciencia, probablemente puedas identificar mayores eventos que implican un riesgo y que pueden atentar contra la vida que estás construyendo.

Completa la siguiente lista con tus propios factores de riesgo. Recuerda que es una lista abierta, que conviene revisar y completar continuamente.

Factores de Riesgo	Subtipos	Escribir en esta columna tus propios factores de riesgo
Factores intrapersonales o internos	Sensaciones físicas o condiciones biológicas	
	Emociones o impulsos de acción	
	Pensamientos, imágenes o recuerdos	
	Otros	
Factores interpersonales o externos	Lugares, bares, boliches, fiestas	
	Horarios del día, días de la semana, meses	
	Personas, relaciones o grupos específicos	
	Otros	

FICHA 5

Niveles de Riesgo

Otro modo de clasificar los factores de riesgo, es según el nivel de riesgo de recaída que representan para cada persona. De este modo se pueden identificar situaciones o eventos de alto riesgo, moderado riesgo o bajo riesgo.

1. Situaciones de alto riesgo para mí

Aquí deberás anotar las situaciones que para vos representen el riesgo más grande es estos momentos. Siempre debería evitarlas, si no las pudiera evitar, acepto que necesito un plan cuidadoso y el mayor apoyo que pueda conseguir.

2. Situaciones de riesgo moderado

Aquí deberás anotar aquellas situaciones que consideras que puedes manejar siempre y cuando seas honesto con vos mismo acerca de tus prioridades en la recuperación. Si te olvidas por qué estás en tratamiento, estas situaciones se te pueden ir de las manos.

3. Situaciones de bajo riesgo

Aquí deberás anotar aquellas situaciones que son totalmente manejables y que han dejado de ser un riesgo para vos en este momento.

FICHA 6

Historias de Recaídas

Historia de la recaída de Francisco

“Estoy pésimo, confundido y decepcionado. Consumí el otro día. No me pregunten por qué, ni yo lo sé, no quería que pase lo que pasó.

El día empezó bárbaro. Estaba de vacaciones, no tenía que ir a trabajar y me sentía realmente de buen humor. Entonces me fui caminando al centro pensando en las compras que quería hacer. Iba a buscar a un amigo con el que acababa de hablar por teléfono, pero él vino para mi casa directamente. Después de un rato llegué a la conclusión de que yo había dejado las drogas y que no era conveniente salir juntos debido a que él seguía consumiendo.

Después salí a caminar solo, pensando en aquel lugar donde compraba ropa de una marca que a mí me gustaba mucho y no quedaba lejos de casa. Decidí ir para allá. Todo lo que yo quería era ver algunas camisas y camperas que había visto antes. Para ir a ese negocio, tuve que pasar cerca del lugar donde antes me drogaba. Créanme, no tenía ninguna intención de conseguir drogas y sabía que el que me vendía no vivía más en ese lugar, pero la verdad es que comencé a recordar los antiguos tiempos y pasé cerca de su departamento. Entonces sentí muchas ganas. Yo no quería volver a consumir, pero tenía un claro deseo.

En ese momento fue cuando dos de aquellos chicos consumidores que conocía, me vieron y me preguntaron si yo buscaba algo. Yo les dije, "no... realmente no". No quise decir que había dejado de drogarme, porque esa era la verdad y no hacía falta decirlo. Al mismo tiempo me decía: ¡Qué estoy haciendo acá con estos chicos! Me sentía débil como antes. Fue entonces cuando un chico sacó marihuana y fumamos. (En realidad yo ya había fumado un porrito en una fiesta días atrás, fue muy aislado y no hacía falta decírselo a nadie porque eso no era una recaída, fue algo muy puntual).

Nunca imaginé lo que pasaría después. Me gasté toda la plata en drogas. Consumí bastante, como antes lo hacía y estoy muy enojado conmigo mismo. Me estoy enfermando nuevamente. Ahora no le vaya a decir nada a mi familia, ¿Podría hacerlo? (dirigiéndose al terapeuta). Ellos piensan que todo va bien, por mi trabajo, mi comportamiento, haber dejado de drogarme, seguir un tratamiento por primera vez en mi vida y todo eso. Tengo ahora una novia que no consume, sana... Ella no

sabe nada acerca de mi pasado, el único que sabe esto es mi primo, aquél que tomaba alcohol y pastillas, que ha estado sobrio por años y me ayudo un montón. Pero, ¿Qué podría decirme él a mí que yo no supiera? Sé que no debería haber estado en ese lugar, realmente me siento muy mal. Quizás nunca me sentiré fuerte. Difícilmente que el tratamiento me pueda decir algo nuevo, me parece que esto no está sirviéndome para nada”.

Preguntas sobre la recaída de Francisco

1. ¿Puedes identificar cuáles fueron los disparadores para el consumo de Francisco?

2. ¿Puedes identificar cuándo comienza este proceso de recaída?



3. ¿Qué le dirías a Francisco en este momento si fueras su terapeuta? ¿Qué crees que deberías hacer vos en una situación similar a la de él?

4. Analiza la recaída desde las unidades de prevención de recaídas de la unidad “Qué hacer ante una recaída”

5. Escribir el relato de tu última recaída (o inventa una recaída potencial que pueda sucederte) y aplicar las unidades de prevención de recaídas.

FICHA 7

Historia de la recaída de Pedro

“Mi nombre es Pedro y dicen que soy alcohólico. Fui a tratamiento aproximadamente un año, más que nada porque mi familia me estaba presionando. Al salir de tratamiento, no estaba muy seguro sobre si ir o no a Alcohólicos Anónimos, pero de cualquier modo decidí intentarlo. Al principio asistí a casi tres grupos por semana que aparentemente me ayudaron. Al paso del tiempo, me pareció aburrido escuchar las mismas historias una y otra vez, por lo que dejé de asistir tan frecuentemente. Asimismo, conseguí un trabajo de medio tiempo para pagar algunas de mis deudas. Muchas veces me sentía muy cansado para asistir. Ni siquiera se me ocurría beber, así fué que eventualmente dejé de ir a los grupos.

Mi familia estaba muy contenta por el simple hecho de que yo no estuviera bebiendo y de que cumpliera con mis responsabilidades en mi casa. Al principio, la situación estaba estable y tranquila. Pero después de un tiempo, mi esposa me empezó a pedir que me ocupara de más quehaceres en la casa (cosa que nunca había hecho antes cuando tomaba). Comenzamos a tener peleas ridículas y uno de nuestros hijos empezó a tener problemas en la escuela. Ella decía que era por mi culpa, porque yo no me hacía cargo y bla bla bla.

Un fin de semana, mi esposa estaba en su trabajo y a mí para colaborar se me ocurrió pintar la casa. Lo había estado haciendo todo el día y me sentía cansado. La verdad es que no me di cuenta de lo difícil que es pintar tantas habitaciones y no pude terminarlo bien. Así que paré para luego acomodar y limpiar un poco. Cuando ella llegó a casa comenzó a encontrarle “contras” a todo lo que yo había hecho. Me dijo que era un desprolijo y mejor llamar a un pintor. Finalmente, se me acercó y me dijo que le parecía haber olido alcohol. Me enojé mucho porque yo no había bebido, seguro que ella había olido algo similar en las pinturas y solventes que usé para el trabajo. Tuvimos una pelea tiré el pincel al piso y me fui a caminar. Recuerdo que pensé que, si ella creía que yo había estado tomando, para qué seguir sin hacerlo... pero no lo hice. Hubo mucha tensión en casa durante algunos días.

Entonces, una noche, rumbo a casa después del trabajo, me metí a un bar y pedí una cerveza. Ni siquiera se me ocurrió que no debía beber hasta que ya me había tomado la mitad. ¡Pero como para entonces ya era demasiado tarde, pedí otra! Solo tomé dos cervezas esa noche, pero después de unos días regresé al bar y pedí otro par de cervezas. Poco después, me

TEMA 2: CRAVING: CONCEPTUALIZACIÓN Y AFRONTAMIENTO

Fundamentación

Sin intentar dar una explicación técnica o profunda sobre el complejo fenómeno llamado “*craving*”, se intenta a continuación introducir algunas ideas que resultan útiles en el tratamiento de las personas que intentan modificar hábitos asociados al consumo de sustancias.

En primer lugar, es importante mencionar que es natural y probable que cuando una persona decide interrumpir el consumo de alcohol o cualquier otra sustancia, se enfrente a fuertes deseos o impulsos por usar nuevamente dicha sustancia. A este fenómeno se lo llama “*Craving*”, palabra en inglés que ha sido traducida como: anhelo, deseo, antojo o urgencia y que se caracteriza por ser **persistente, difícil de ignorar, impulsivo, intenso y desagradable**.

El craving es el resultado de múltiples factores biológicos y psicológicos relacionados al aprendizaje (condicionamiento clásico y operante). Para acercarse a la comprensión de este complejo fenómeno, resulta necesario entender que implica un proceso mental básico: la **asociación** de una cosa con otra. Así cuando uno siente un olor recuerda instantáneamente una época de la vida y siente emociones de esa época, o sentimos rechazo repentino ante la presencia de alguna comida particular que nos provocó intenso malestar en el pasado. La particularidad en el terreno de las adicciones, es que estas asociaciones se van expandiendo y reforzando con múltiples estímulos a medida que va enlazándose el consumo entre diversas sustancias con diversas personas, lugares y experiencias de vida. Estas asociaciones quedan de algún modo “grabadas” en áreas o redes del cerebro vinculadas a la recompensa, y entonces ante la presencia de tales estímulos (o algunos asociados) se activan generando lo que denominamos craving o deseos de experimentar esa sensación nuevamente.

Es significativo recalcar que esta impresión en el sistema nervioso puede durar años después del consumo y muchas veces operan en forma sutil y silenciosa. El craving puede tomarse como un indicador de la adicción, mientras más tiempo haya estado en contacto con drogas, el craving será más persistente y duradero durante la recuperación.

El craving puede ser eliminado casi totalmente, pero lleva tiempo. En los primeros meses de la recuperación este deseo puede ser intenso, pero la persona en tratamiento es fuertemente alentada para tolerarlo y rechazar persistentemente los impulsos o deseos, en vez de satisfacerlos. Esto debilita el craving. Las personas en recuperación tienen que saber que el craving es como un “monstruo” que clama por comida: si lo alimentamos, más fuerte se hace, en cambio, si rechazamos darle comida, gritará un tiempo, pero se irá debilitando por el hambre. Esto es muy importante para luchar contra los típicos pensamientos automáticos de las personas con adicción sobre el craving, pues piensan que si no los satisfacen nunca podrán estar bien o no se irán nunca, o que si lo satisfacen consumiendo este se aliviará. Todo ello es falso y contraproducente. Va un ejemplo para comprender esto.

Imaginemos que un gato de la calle se acerca al portal de nuestra casa, no-



sotros lo alimentamos con las sobras de la cena todos los días, ya que nos cae simpático y en definitiva no nos genera muchos problemas. Al año, caemos en cuenta que a la hora de la cena se han juntado un grupo de gatos del vecindario esperando su comida. Esto nos genera molestias por el olor, ruidos, temor a enfermedades y la falta de higiene en la casa. Decidimos no alimentarlos más, pero este gato conoce de nuestra alma generosa y sabe que si insiste logrará que lo alimentemos nuevamente, por lo que acude todos los días maullando, gritando, para convencernos. La adicción es ese gato que está guardado en el sistema nervioso central y grita para que se lo alimente. Puede pasar un tiempo, pero la memoria de recompensa es indeleble, por lo que si se lo vuelve a “alimentar” retoman los deseos de consumo con más fuerza que antes.

Es por ello que, aunque las personas en recuperación se alejen del lugar de consumo, a islas remotas o en centros de tratamiento aislados donde no se puedan obtener drogas, esto solo no basta para “recuperarse”. Son las llamadas “curas geográficas”; pues no importa el tiempo, una vez que regresan a los lugares donde el consumo es probable, los problemas reaparecen y tienen los mismos deseos de consumir ante los estímulos que los condicionaron anteriormente. Por lo tanto, resulta indispensable preparar a la persona en recuperación para identificar y afrontar estas situaciones estableciendo un cuidadoso plan para que evite los riesgos previsibles y para que enfrente aquellos riesgos que no se puedan prever. Aquí el tratamiento, los profesionales y el grupo, cumplen un papel fundamental.

Otro aspecto a destacar es el tema de la voluntad, las personas en recuperación y sus familias tienen creencias falsas sobre este aspecto. El craving es involuntario y automático, resultante de un mecanismo de supervivencia del cerebro. Una persona con problemas asociados al consumo, no puede dejar su recuperación en manos de su voluntad, ya que ésta resulta tan eficaz para controlar la adicción como lo es para controlar la diarrea. Se requiere mucho más que voluntad y decisión, fundamentalmente requiere cambios en el estilo de vida, una buena planificación y mucha disciplina para evitar constantemente las situaciones de riesgo. También soporte y guía para lograr enfrentar aquellas situaciones peligrosas que son inevitables y aquellas que son incluso deseables para satisfacer las necesidades de la recuperación, como acudir a una entrevista de trabajo o resolver problemas que se venían arrastrando desde la época del consumo. Aunque es deseable que el paciente progresivamente se exponga a situaciones de riesgo sin consumir, hay que advertirles que **no deben probarse a ellos mismos en situaciones de riesgo innecesarias, siendo ésta una típica creencia distorsionada e inefectiva.**

Por último, hablar de drogas en grupos terapéuticos puede ser productivo, siempre que no se disparen situaciones de craving innecesarias. Por ejemplo, se deben evitar actitudes de “idealización” de las drogas en las cuales se exalte solamente los aspectos positivos y divertidos del consumo, pues estas historias suelen ser un disparador poderoso para otras personas en recuperación. Tampoco resulta conveniente describir detalles de experiencias vinculadas al consumo ya que son potencialmente evocadoras de imágenes y craving. Se alienta, por último, a no permitir que se refuerce la ilusión de control, esta es una típica creencia automática que las personas en recuperación albergan. Ellos piensan que pueden volver a consumir normalmente, sin problemas y sin abusar, y vuelven a caer en el ciclo destructivo una y otra vez.

Considerando tales premisas, se presentan a continuación algunas estrategias que podrían ser utilizadas de manera individual o grupal en cualquier tratamiento que tenga como objetivo la desactivación y afrontamiento del craving.

MATERIALES DE TRABAJO

Premisas implicadas

3. Ayudar a entender la recaída como un proceso y como un evento.
4. Ayudar a comprender y abordar disparadores y craving de consumo

Objetivos en el trabajo con craving

1. Comprender el craving
2. Describir el craving
3. Identificar disparadores
4. Evitar claves
5. Afrontar el craving

FICHA 1

Principios para desactivar o extinguir el craving

1. El Craving por drogas es una consecuencia natural del uso de sustancias adictivas, que suele continuar presente al menos hasta que se detenga el uso de una o más sustancias y el síndrome de abstinencia físico se haya debilitado. Estos principios son básicamente los mismos sin importar el tipo de sustancia que haya estado siendo usada (cocaína, alcohol, marihuana, benzodiazepinas, estimulantes, etc).
2. El Craving puede ser estimulado o disparado automáticamente si una persona en recuperación experimenta determinadas situaciones que están asociadas con patrones o estilos en el uso de la droga. Estos disparadores pueden ser estados internos tales como emociones, creencias, recuerdos; o situaciones externas, como algunas personas, lugares y objetos.
3. Para un adicto en recuperación, el uso de cualquier droga aún bajo prescripción médica puede mantener intensos disparadores de Craving.
4. La naturaleza del craving es de tiempo limitado. Las sensaciones, impulsos, pensamientos y emociones son temporales (no pueden permanecer estables con la misma intensidad) y es por ello importante realizar acciones alternativas al consumo para transitar y tolerar el malestar.
5. Si, existe una exposición gradual a situaciones de Craving y **NO SE CONSUME**, con la ayuda de un buen soporte terapéutico y un buen planeamiento; **SE PUEDEN DEBILITAR O EXTINGUIR ESOS DISPARADORES DE CRAVING**. La desactivación del Craving es el proceso por el cual se extinguen la mayoría de los disparadores del consumo en la vida de una persona.
6. La abstinencia completa, que significa **NO** consumir absolutamente nada, es la forma más rápida, segura y efectiva de reducir el Craving.
7. Ciertos disparadores antiguos con los que nunca se ha podido enfrentar en forma segura tales como el reencuentro después de años con antiguos compañeros con quienes se consumía puede ser particularmente poderoso aún después de años de abstinencia. Especialmente poderoso (aunque infrecuentes) son la pérdida de algún ser querido u otros cambios significativos; que pueden evocar viejos hábitos en personas con una sólida recuperación. **SEA CUIDADOSO**.
8. La determinación y la voluntad son pobres defensas contra el Craving. Cambiar su estilo de vida, que implica tener nuevos amigos y soportes; nuevas maneras para relajarse o divertirse, nuevos proyectos, y direcciones valiosas, puede debilitar fuertemente el Craving y sus peligros para su recuperación. La fuerza real crece con tiempo, trabajo, guía y logrando más ayuda y soporte.

FICHA 2

Recordatorios para el paciente

- El craving es común y natural. No es signo de falla ni fracaso, por el contrario, hay que aprender del mismo e identificar sus disparadores.
- El craving es como una ola del mar. Son fuertes durante un breve instante, luego rompe y comienza a debilitarse.
- Si dejas de consumir, su intensidad disminuirá notablemente y eventualmente desaparecerá. Solo permanecerán si sigues consumiendo
- Puedes evitar el craving, evitando o eliminando los factores que lo desencadenan.
- Se puede afrontar el craving. No se puede siempre evitarlo, siempre puedes surfearlo.
- Resulta conveniente hablarlo con alguien de confianza
- Recordar las consecuencias negativas y de largo plazo de seguir el impulso de consumir.
- Habla contigo mismo y registra por escrito sobre el craving. Siempre puedes aprender más detalles para manejarlo efectivamente.



FICHA 3

Autoregistro para eventos de Craving

Día y hora	Situación	Intensidad del craving (1 a 10)	Sensaciones, Pensamientos, emociones o impulsos.	Duración del craving.	Como lo afronté, que hice. Acciones	Consecuencias
Martes a las 16 hs	Discutí con mi jefe	8	Frustrado, enojado, ganas de irme del trabajo	10 min.	Llame a mi pareja	Terminé el trabajo que hacía. No consumí

FICHA 4

Conociendo el propio craving: descripción

Considerando tu propia experiencia, responde de manera descriptiva:

1. ¿Cómo es el craving para vos? Experiencia somática y cognitiva

2. ¿Qué tan preocupado estás por el craving?

3. ¿Cuánto dura el craving (generalmente) en vos?

4. ¿Cómo intentas o has intentado afrontarlo?

FICHA 6

Afrontando el craving

El afrontamiento del craving es diferente para cada persona y es esencial que lo trabajes permanentemente en tu tratamiento, con tus grupos de apoyo y profesionales.

- Modos de afrontamiento
- Distracción Hablar sobre el craving Surfear el craving
- Recuperar una imagen mental de las consecuencias negativas.
- Demorar o posponer la decisión de consumir.
- Hacer algo distinto
- Usar el dialogo interno

Al usar esta ficha se recomienda a los profesionales que planifiquen durante la instancia de grupo qué modo podría usar cada participante y cómo lo llevaría adelante. Esto implica, poner a disposición otras fichas o recursos tales como, imágenes, números de teléfono, etc. (ver por ejemplo Ficha 7)

FICHA 7

Plan para las situaciones de Riesgo

Recuerda que estar en problemas, y aun en situaciones de crisis, es parte de la vida y no siempre puede ser evitado. Al atravesar una situación problemática hay que poner un cuidado especial para evitar una recaída.

Si estoy en una situación de riesgo:

1. Voy a abandonar la situación o cambiarla.

Los lugares seguros a los que puedo ir son:

2. Voy a demorar la decisión de consumir durante 15 minutos. Voy a recordar que mis ansias de consumo en general desaparecen a los _____ minutos, además he podido lidiar con estas situaciones de manera exitosa antes.

3. Me voy a distraer con cosas que me gusta hacer.

Para mí son buenos distractores:

4. Voy a llamar a algún punto de apoyo:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

5. Voy a recordarme a mí mismo, como fui exitoso en esta situación antes:

6. Voy a desafiar mis pensamientos sobre el consumo con pensamientos positivos:

REFERENCIAS

Becoña E, Cortés MT (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Valencia: Socidrogalcohol.

Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.

Jackson, B.R. (2014). An Overview of the Relapse Prevention (RP) Model. *Journal of Addictive Disorders*. Obtenido de Breining Institute at <http://www.breining.edu>

NICE (2006). Clinical guideline. Drug misuse. Psychological interventions. London: National Institute of Clinical Excellence, UK.

NIDA (1999). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. National Institute of Drug Abuse. National Institute of Health and Human Services

NIDA (2009). Principios de tratamientos para la drogadicción. Segunda Edición. National Institute of Drug Abuse. National Institute of Health and Human Services

Nordegren, T. (2002). *The A-Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse*.

Valverdi, J. y Alvarez C. (2012). Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-Conductual.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

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

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA



**ENTRE
TODOS**