

Cuenta Contigo

Programa de Sensibilización en Drogodependencias Para Penados a Trabajos en Beneficio de la Comunidad



REDACCIÓN, COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN

Grupo de Trabajo de la Acción 14 del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016:

Grupo de Trabajo Líder: Myriam Tapia Ortiz, Subdirectora General de Penas y Medidas Alternativas, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.

Coordinador: Miguel Ángel Vicente Cuenca, Subdirectora General Adjunto de Penas y Medidas Alternativas, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.

Secretaría: Victorio Serrejón Sánchez, Secretario de la Subdirección General de Penas y Medidas Alternativas, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.

Personas Expertas

Carmen Baranguan, Jefa de Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Gerardo Flórez Menéndez, del Servicio de Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias, Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Juan Jesus Hernández, del Plan de Salud y Programa de Intervención en Adicciones, Departamento de Salud y Socorros, Cruz roja España.

María Eugenia Janer, del Àrea d'Inserció, del Pla d'Addiccions i Drogodependències de les Illes Balears (PADIB), Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria de Salut, de la Comunidad Autónoma de Baleares.

Elena Presencio, Secretaria de la Asociación Proyecto Hombre.

Sofía Tomás Dols, Directora de Gestión Sanitaria para las Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Agencia Valenciana de Salud, de la Comunidad Autónoma de Valencia.

Graciela Silvosa Rodríguez, Consejera Técnica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

AGRADECIMIENTOS

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas desean expresar su agradecimiento a **Isabel Calvo Fernández y María del Pilar Llorca Pardo**, Trabajadoras Sociales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; a los Técnicos de los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) de Aragón y de la Asamblea Provincial de Cruz Roja Zaragoza, psicólogos y trabajadores sociales **Charo Molina** (CMAPA), **Alfredo Soldevilla** y **Carmen Julve** (CPC Alcañiz), **Paloma Santafé** (CPC Tarazona), **Silvia Jiménez** (CPC Calatayud), **Raquel Gilart** y **Jazmina Hernandez** (CPC Monzón); a los equipos provinciales de Cruz Roja, del programa de intervención en adicciones de todo el Estado, especialmente a los de la provincia de Zaragoza, por su colaboración en el desarrollo de los materiales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I.- OBJETIVOS

II.- ESQUEMA DEL PROGRAMA Y METODOLOGÍA DE LAS UNIDADES

III.- SESIONES DE TRABAJO

SESIÓN 0 INTRODUCTORIA: ¿Quiénes somos?

- 1) Presentación del terapeuta y de los objetivos del programa
- 2) Presentación de los miembros del grupo
- 3) Reglas para el cumplimiento del programa de sensibilización en drogodependencias.
- 4) Aclaraciones sobre responsabilidad penal.

SESIONES 1-5 ÁREA INFORMATIVA-FORMATIVA: ¿Qué sabemos de las drogas?

Sesión 1 Algunos conceptos clave. Marco Legal

Sesión 2 Cómo actúan las drogas en el cerebro

Sesión 3 La clasificación de las drogas. Las drogas depresoras

Sesión 4 La clasificación de las drogas. Las drogas estimulantes del SNC

Sesión 5 La clasificación de las drogas. Las drogas perturbadoras del SNC

Anexo 1 Actividades de las sesiones

SESIONES 6-11 ÁREA MOTIVACIONAL: ¿Por qué consumo? ¿Qué siento?

Sesión 6 Las fases del cambio

Sesión 7 La ambivalencia

Sesión 8 Los valores y los roles

Sesión 9 Las emociones

Sesión 10 La autoeficiencia

Sesión 11 Estrategias de afrontamiento. Inteligencia emocional.

SESIONES 12-17 ÁREA CONDUCTUAL-COGNITIVA: ¿Cómo actúo? ¿Cómo pienso?

Sesión 12 Reestructuración cognitiva

Sesión 13 Manejo del estrés

Sesión 14 Habilidades sociales: comunicación

Sesión 15 Habilidades sociales: asertividad

Sesión 16 Planificación

Sesión 17 Prevención y manejo recaídas

4

SESIONES 18-20 RECURSOS COMUNITARIOS Y RECURSOS PERSONALES: ¿A dónde acudir?

Sesión 18 Recursos comunitarios y recursos personales

Sesión 19 Empleo y formación

Sesión 20 Ocio y tiempo libre

IV.- EVALUACION. INDICADORES Y CUESTIONARIOS

BIBLIOGRAFÍA

RECURSOS. Para saber más

ANEXO. Plantillas y cuestionarios de evaluación

INTRODUCCIÓN

El uso indebido de las drogas crea una serie de problemas sociales que redundan en detrimento de la salud y da lugar al incremento de las tasas de criminalidad. La preocupación por la seguridad pública y el conocimiento de la relación que existe entre la delincuencia y el abuso de sustancias ha obligado al sistema de justicia penal a considerar la posibilidad de recurrir a alternativas de tratamiento que no sean el encarcelamiento en el caso de delitos relacionados con las drogas. El reto está en que la sociedad y el sistema judicial puedan aceptar con naturalidad y sin alarmismo cualquier modalidad de tratamiento que garantice la supervisión estrecha de la evolución terapéutica del sujeto.

5

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016** siguiendo directrices internacionales establece como uno de sus objetivos seguir desarrollando medidas al encarcelamiento para los drogodependientes. Asimismo, el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, supone una reforma legal que con respecto a la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, ha supuesto una clara ampliación de su contenido estricto, consistente en la prestación no remunerada de actividades de utilidad social, al contemplarse la posibilidad de la eventual participación del penado en talleres o programas formativos o de reeducación de contenido y proyección plural -laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares-, que si bien ya se había anticipado en el Real Decreto 1849/2009, de 4 de diciembre, que modificó el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, ahora ya no ve restringida su aplicación a infracciones relacionadas con la seguridad vial.

Ciertamente, la evidencia científica concluye que los sujetos con problemas de consumo de sustancias psicoactivas que participan en programas socioeducativos y terapéuticos presentan menos recidivas en arrestos, condenas y reingresos en prisión lo que ha dado lugar a la necesidad de integrar los métodos de tratamiento de la adicción en el sistema de justicia criminal. De hecho, la prisión representa una intervención pública, una intervención en la que deben colaborar todas las administraciones y ciudadanos, y cuyo objetivo último es el de disminuir los factores de riesgo asociados a la delincuencia, entre éstos el abuso de drogas.

El tratamiento judicial de las drogodependencias ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hacia posicionamientos que hacen hincapié cada vez más, en la utilización de medidas de carácter rehabilitador que capaciten al sujeto para superar su problema de adicción y con ello eliminar la posibilidad de delinquir. En este sentido, las instituciones se han mostrado sensibles a estos cambios. Así la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias trabajan en estrecha colaboración, reflejo de la cual es el diseño de este programa.

Esta intervención representa un ejemplo de coordinación institucional y un impulso de políticas preventivas en el que se combinan tanto la actuación como la investigación para tratar de ofrecer estrategias de calidad y de eficacia comprobada. Es una estrategia que abre las puertas a una línea de actuación comunitaria frente al problema del uso y abuso de sustancias psicoactivas. Así, parte de un concepto integral de la salud poniendo como meta

garantizar una asistencia de calidad, enmarcada en una política de promoción de la salud pública y de reducción de los daños ocasionados a la salud.

El **programa de sensibilización en drogodependencias** es fruto del trabajo realizado por el grupo de la Acción 14 del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 “diseño de un programa de intervención en penas y medidas alternativas a la prisión que sirva de referente tratamental para el cumplimiento de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) de penados con problemas de consumo de drogas”.

Por ello, esta intervención pretende reforzar la toma de conciencia y los cambios de actitud por parte de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas sometidas a la pena de trabajos en beneficio de la comunidad.

I.- OBJETIVOS

El objetivo general de este programa consiste en fomentar las intervenciones preventivas con infractores sometidos a trabajos en beneficio de la comunidad y que presenten problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Para ello se pretende sensibilizar, ofrecer información básica y algunas recomendaciones prácticas para que cada uno de los profesionales implicados pueda realizar la parte que le corresponde dentro de un abordaje psicoeducativo.

Se pretende evitar que el delincuente vuelva a tener contacto con el sistema penal y a consumir drogas, gracias a una intervención psicoeducativa y a la presión ejercida por el propio sistema. Para ello, se pretende reducir la influencia de factores de riesgo y aumentar la presencia de los factores de protección, orientando al penado hacia una participación más responsable en la sociedad. En este sentido, son objetivos operativos del programa: la mejora de habilidades sociales y la reducción de actitudes positivas hacia el consumo de drogas.

Estos objetivos implican una revisión de las políticas globales sobre las drogas que reduzcan los costes sanitarios, sociales y económicos. Ciertamente, una comprensiva aproximación a las políticas de adicciones debe implementar medidas basadas en la evidencia en cada nivel de intervención¹.

En este sentido, la justicia reformativa es un instrumento de intervención comunitaria, un aspecto crítico de la misma es la intervención preventiva. Así, el programa que se presenta parte de un concepto integral de salud: "La prevención empieza en mi salud, tengo que cuidar de mi persona para poder cuidar de mi entorno". Se trabaja desde lo particular a lo global.

Desde esta perspectiva, se puede decir que la finalidad de la intervención es la de reducir riesgos para la salud y para la seguridad pública a través de la mejora de la salud personal y de la función social. Así, delitos como la conducción bajo la influencia del consumo de sustancias psicoactivas son ejemplos de graves riesgos para la salud y para la seguridad pública.

¹ Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K. The Lancet Drug Policy and the public good: evidence for effective interventions. Lancet 2012; 379: 71–83

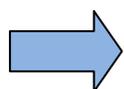
II.- ESQUEMA DEL PROGRAMA.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LAS SESIONES

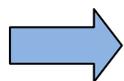
Este programa socioeducativo permite la enseñanza-aprendizaje de diferentes contenidos relacionados con las drogas y su abuso, y la capacitación de los penados en el abordaje del uso y consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Para ello, se trabajan variables relacionadas con los factores de riesgo y de protección asociados a los problemas vinculados a las drogas, facilitando una mayor concienciación y capacidad para el cambio.

8

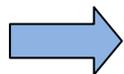
El programa se compone de 21 sesiones:



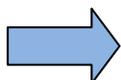
Se inicia con la **sesión introductoria (sesión 0)**, en la cual se presentan todos los componentes del grupo; los objetivos y la metodología del programa; y las reglas para el cumplimiento del programa. En esta sesión se aplica el cuestionario sobre percepción del riesgo de diferentes sustancias psicoactivas.



Continúa la intervención con las **sesiones del área informativa (sesiones 1-5)** que muestran conceptos clave sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos de una forma dinámica y atractiva.



Se continúa trabajando las **variables emocionales a través técnicas grupales (sesiones 6-11) y la reestructuración cognitiva-conductual y las habilidades sociales (sesiones 12-17)**.



Y por último, se informa sobre los **recursos comunitarios** donde el penado puede acudir para mejorar sus recursos personales, su formación, su ocio y tiempo libre, sus apoyos sociales, etc. (**sesiones 18-20**).

En el desarrollo de las sesiones no resulta obligatorio seguir esta secuenciación lineal que obedece a criterios de exposición didáctica del programa. De hecho, se recomienda trabajar intercalando bloques de sesiones informativas con bloques de sesiones en las que se trabajen técnicas grupales o habilidades sociales. Todo ello con el objetivo de dinamizar el programa.

El formato que se adopta facilita una rápida identificación de las sesiones. Desde la sesión número 6 hasta la sesión 20 se sigue **una estructura fija**:

- ✓ Introducción: bienvenida a los asistentes y presentación de los contenidos de la sesión
- ✓ Objetivos
- ✓ Desarrollo de los contenidos de la sesión combinando los contenidos informativos con ejercicios prácticos tales como discusiones de grupo.
- ✓ Cierre de la sesión: cumplimentar ficha de evaluación de la sesión; agradecer la participación; y anunciar contenidos de la próxima sesión

Además en algunas sesiones se diseñan actividades complementarias y para casa.

Todas estas sesiones se imparten a través de una metodología práctica y dinámica, que pretende la participación del sometido a la medida alternativa. Se debe propiciar un clima de trabajo que favorezca la participación del penado en los grupos de discusión y enfatizar la importancia de realizar las tareas. Se adoptará un estilo comunicativo, basado en la formulación de preguntas abiertas y de escucha reflexiva.

El programa nace con una vocación interdisciplinar y puede ser desarrollado por uno o varios profesionales de los ámbitos, sociales, sanitarios y educativos. Estos profesionales deben dominar las técnicas de intervención en grupos, tener conocimientos sobre adicciones y poseer un conocimiento profundo del programa.

Por último, para poder evaluar este programa se establecen indicadores de proceso y de resultado. Durante las sesiones y al finalizar las mismas se establecen **indicadores de seguimiento** que a continuación se detallan:

9

A. En la primera sesión:

- ✓ Medición sobre percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumento:

- ✓ Cuestionario de percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Se aplica este cuestionario antes de iniciar el programa.

B. Durante las sesiones el formador/terapeuta recogerá información de los siguientes indicadores:

- ✓ Asistencia de los penados.
- ✓ Participación e involucración de los penados en la intervención.
- ✓ Valoración del desarrollo de las sesiones.

Instrumentos:

- ✓ Cronograma
- ✓ Plantillas de asistencia y participación
- ✓ Cuestionario de desarrollo de las sesiones

C. Al finalizar el programa recogerá información de los siguientes indicadores:

- ✓ Percepción del riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. En qué medida se han alcanzado los objetivos planteados.
- ✓ Evaluación global de las sesiones.

Instrumento:

- ✓ Cuestionario de percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Cuestionarios de valoración de las sesiones.

En el apartado IV sobre evaluación se presentan los instrumentos a utilizar (cronograma, plantillas de asistencia y participación, cuestionarios de valoración de las sesiones y cuestionario de medición de percepción del riesgo)

III.- SESIONES DE TRABAJO

SESIÓN 0 INTRODUCTORIA: ¿Quiénes somos?

SESIONES 1-5 ÁREA INFORMATIVA-FORMATIVA: ¿Qué sabemos de las drogas?

SESIONES 6-11 ÁREA MOTIVACIONAL: ¿Por qué consumo? ¿Qué siento?

SESIONES 12-17 ÁREA CONDUCTUAL-COGNITIVA: ¿Cómo actúo? ¿Cómo pienso?

SESIONES 18-20 RECURSOS COMUNITARIOS Y RECURSOS PERSONALES: ¿A dónde acudir?

SESIÓN 0 INTRODUCTORIA: ¿Quiénes somos?

PRESENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA

- Presentación de los terapeutas
- Presentación de los asistentes
- Establecimiento de las normas y objetivos del grupo y aceptación de compromisos
- Presentación del Programa (objetivos, características y metodología)
- Marco legal.

13

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Presentación del programa y del profesional que lo imparte.

En primer lugar, se presentará el terapeuta encargado de impartir este programa comentando su rol en el programa, el cometido que va a tener durante la intervención. Seguidamente, comenta el objetivo y las características del programa, temas a tratar, tipo de metodología, número de sesiones y duración de las mismas.

2. Presentación de los asistentes

Se invitará a los participantes a que se presenten, con un doble objetivo, por una parte para que empiecen a conocerse, y por otra, para ir generando un clima de confianza. Para ello es conveniente utilizar una dinámica de presentación

Ejemplo 1: En círculo el primero dice su nombre, la segunda persona el del anterior y el suyo, la tercera persona dirá, el del primero, la segunda y el suyo y así sucesivamente. Si el grupo es muy grande interesa hacer pequeños grupos para evitar que se haga demasiado largo.

Ejemplo 2: Los participantes forman un círculo y cada uno de ellos se prende en el pecho una tarjeta con su nombre. Se da un tiempo prudencial para que cada cual trate de memorizar el nombre de los demás compañeros. Al terminarse el tiempo estipulado, todo mundo se quita la tarjeta y la hace circular hacia la derecha durante algunos minutos, y se detiene el movimiento.

Como cada persona se queda con una tarjeta que no es la suya, debe buscar a su dueño y entregársela, en menos de diez segundos. El ejercicio continúa hasta que todos los participantes se aprendan los nombres de sus compañeros.

3.- Normas de cumplimiento del programa.

Objetivo: indicar las consecuencias que se derivan del incumplimiento del programa, así como de la obligación del terapeuta de informar a instituciones penitenciarias de cualquier incidencia que se produzca durante el mismo.

Conceptos clave: ¿Qué son y para qué sirven las normas?

Las normas sociales son pautas de comportamiento, patrones o expectativas de actuación compartidas en mayor o menor medida por los componentes de un grupo que prescriben el comportamiento apropiado y correcto en situaciones sociales concretas.

Para que un grupo funcione adecuadamente se deben establecer una serie de normas de comportamiento dentro del grupo, lo que favorecerá la consecución de objetivos propuestos, así como el respeto entre los compañeros y el desarrollo de un buen clima grupal. El terapeuta debe guiar el establecimiento de estas normas, si bien han de ser los miembros del grupo quienes consideren y acepten las normas, de forma que, al haber sido aceptadas por todos, todos los miembros del grupo las asumirán como suyas, teniendo en consideración que el espíritu de las normas no persigue otro objetivo que el adecuado funcionamiento del grupo.

Normas de obligado cumplimiento:

- Ser puntuales y asistir a todas las sesiones
- Participar en las sesiones
- Respetar las opiniones de los demás

Además está expresamente prohibido:

- Utilizar la agresión física y/o verbal
- Acudir a las sesiones bajo los efectos de las drogas
- Utilizar dispositivos móviles dentro de la sesión.

Metodología: El terapeuta a través de la técnica de “brainstorming” (también llamada “lluvia de ideas”) motivará a los asistentes para que participen y expongan cuales son los aspectos a tener en cuenta para que el grupo funcione bien.

En la medida que los participantes colaboren en el desarrollo de esta tarea se sentirán más partícipes y colaborarán en mejor grado en el cumplimiento de las mismas.

Pautas que debe seguir el terapeuta:

- ✓ Es importante que se dé la posibilidad a los asistentes de hacer preguntas y aclarar dudas.
- ✓ Los terapeutas han de mostrarse como figuras de apoyo y plantear el programa como oportunidad para revisar determinados aspectos que pueden mejorar su calidad de vida y reducir algunos de sus problemas.

Al finalizar este punto, el terapeuta **aplicara el cuestionario de percepción del riesgo** sobre el consumo de diferentes sustancias psicoactivas.

4.- Marco Legal

El terapeuta expone de forma atractiva el marco legal de las medidas alternativas que es donde se encuadra este programa.

¿Qué son las medidas alternativas a la prisión? Las penas y medidas alternativas son sanciones penales que mantienen al infractor en su medio comunitario, pero lo someten a ciertas restricciones, mediante la imposición de determinadas condiciones y/o estipuladas obligaciones.

Los programas de concienciación en el ámbito de las drogodependencias, son una forma de cumplimiento de penas de TBC de larga duración (más de 60 jornadas de pena impuesta), en supuestos en los que el penado presenta una problemática en el consumo de drogas.

Aclaraciones sobre responsabilidad penal. Reglas para el cumplimiento del programa de sensibilización en drogodependencias.

1. Primeramente se debe distinguir entre: **delito e infracción administrativa**.

Es **delito**, aquél comportamiento que, por voluntad propia o por imprudencia, resulta contrario a lo establecido por la Ley. El **delito** implica una violación de las normas vigentes, lo que lleva aparejada como consecuencia un castigo o pena.

Es **falta**, aquella conducta antijurídica que pone en peligro algún bien jurídico protegible, pero que es considerado de menor gravedad y, por tanto, no es tipificada como delito. Las penas que se imponen son de menor gravedad (pecuniarias o privativas de derechos)

Art 10 del Código Penal:

“Son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley”.

Las penas según el art. 32 del Código Penal pueden ser: privativas de libertad, privativas de derechos, o la multa.

Son **infracciones administrativas**, aquéllas figuras jurídicas que describen actos u omisiones de los administrados y que conllevan un incumplimiento de una disposición administrativa que lleva aparejada una determinada sanción.

Son **sanciones administrativas** aquellas que son impuestas por la Administración, en el ejercicio de la potestad sancionadora. La más característica es la multa, no obstante, también pueden consistir en la pérdida de un derecho (privación del permiso de conducir, cierre de un establecimiento...etc.), aunque no la privación de libertad.

Art. 131.1 Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común:

“Las sanciones administrativas, sean o no de naturaleza pecuniaria, en ningún caso podrán implicar, directa o indirectamente, privación de libertad”

2. Normativa reguladora: ¿Qué regulación afecta a este programa?

➤ Normativa Penal:

- **Código Penal de 1995**, en su última redacción dada por LO 1/2015, de 30 de marzo.

Libro I “Disposiciones Generales sobre Delitos y las Faltas, las personas responsables, las penas, medidas de seguridad y demás consecuencias de la infracción penal”.

Libro II “De los delitos y sus penas”

Libro III “De las faltas y sus penas”

Señalar al respecto que:

En cuanto a los **trabajos en beneficio de la comunidad**:

- El Art. 49 CP es el relativo al cumplimiento de la pena de TBC (cuya regulación reglamentaria viene establecida por el Real Decreto 840/ 2011).

Esta pena podrá cumplirse mediante: talleres, programas o actividades de utilidad pública.

- En cuanto a las suspensiones de condena

Requisitos para la **suspensión** (art. 80 CP):

1. Haber delinquido por primera vez.
2. Pena no superior a 2 años.
3. Satisfacción de la Responsabilidad Civil.

En caso, de que la pena suspendida sea de prisión podrá imponerse además una o varias reglas de conducta del art. 83 CP (en concreto el apartado 5º señala “la participación en programas formativos, laborales (...) y otros similares”)

Si se incumple la obligación impuesta de realizar el programa podría dar lugar a la revocación de la suspensión (art. 86 CP)

El artículo 87 del Código Penal expresamente alude a programas de deshabituación de drogodependencias.

3. Preguntas frecuentes

¿Qué son los trabajos en beneficio de la comunidad?

Es una medida penal alternativa al ingreso en prisión. Consiste en una pena privativa de derechos que comporta la obligación de prestar una cooperación no retribuida (sin salario) en determinadas actividades de utilidad pública.

¿Qué tipos de trabajos en beneficio de la comunidad existen?

Los trabajos en beneficio de la comunidad pueden consistir en labores de reparación de los daños causados, en actividades de apoyo y asistencia a las víctimas. Por ejemplo, colaborar en una ONG, realizar tareas en un ayuntamiento, etc.

También pueden cumplirse mediante talleres o programas formativos, de reeducación, laborales, de educación vial, sexual y otros similares.

17

¿Por qué tiene que realizar este programa?

Por haber sido condenado a una pena de trabajo en beneficio de la comunidad por la comisión de un delito/falta.

El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, que es la unidad responsable de valorar el cumplimiento de la pena, considera que, debido a su perfil y a la etiología del delito cometido, es adecuado que cumpla el trabajo en beneficio de la comunidad a través de su participación en el programa.

¿Qué consecuencias tiene haber cometido un delito/falta?

Supone la obligación de cumplir la pena impuesta (en este caso, la asistencia al programa) así como la existencia de antecedentes penales.

¿Qué son los antecedentes penales?

Cuando una persona es condenada por sentencia firme, se anotan sus antecedentes penales en el registro del Ministerio de Justicia.

De forma genérica, antecedentes son aquellas circunstancias que se han producido con anterioridad a otras y que pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros.

Los antecedentes penales registran aquellos delitos que han sido **declarados por** sentencia judicial firme sobre hechos tipificados en el vigente Código Penal.

Los antecedentes penales son datos personales registrados en un fichero dependiente del Ministerio de Justicia, como único organismo autorizado, dedicado a conservar un historial de delitos, juicios, condenas y dictámenes sobre los posibles delitos por los que haya sido penada cualquier persona.

¿Qué consecuencias tienen estos antecedentes penales?

Los antecedentes penales pueden tener una serie de consecuencias para la vida del individuo hasta que se produzca la cancelación de los mismos.

Desde el punto de vista penal dichos antecedentes pueden ser computados a efectos de reincidencia. Por ejemplo, si volviera a cometer un delito de la misma naturaleza, la pena podría ser mayor.

Asimismo tener antecedentes penales dificulta el acceso a determinados puestos de trabajo, como por ejemplo, algunos puestos de trabajo dentro de la Función Pública, así como puede dificultar la adopción de menores. En este caso, la competencia en materia de adopción de menores ha sido transferida a las Comunidades Autónomas por lo que depende de la legislación propia de cada una de ellas (ejemplo: en Castilla -La Mancha no pueden adoptar aquellas personas que tengan antecedentes penales por delitos contra la Seguridad Vial en los que estén implicados menores).

Igualmente tener antecedentes penales tiene consecuencias si usted es extranjero ya que impide obtener la autorización inicial de residencia, es motivo de denegación para su renovación (del permiso de residencia) e impide la obtención de la nacionalidad española.

Así mismo, limitará su libertad para poder viajar a determinados países (como es el caso de EEUU).

¿Cuándo dejará de tener antecedentes penales?

Los antecedentes penales cancelan, de oficio o a instancia del penado, transcurridos ciertos plazos desde el cumplimiento de la pena, así declarado el cumplimiento por el Juez Sentenciador. Cuánto tiempo hay que esperar para cancelar dichos antecedentes, dependerá del tipo de pena al que se haya sido condenado.

En el caso de penas leves (TBCs de hasta 30 días) el plazo es de 6 meses, desde el cumplimiento de la pena.

En el caso de penas menos graves (TBCs de 31 a 180 días) el plazo es de 2 años, desde el cumplimiento de la pena.

El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas comunica al Juez Sentenciador que se ha cumplido el programa, y el Juez es el que declara que se ha cumplido la pena.

¿Qué ocurre si falta a alguna sesión del programa?

La asistencia al programa es obligatoria, sin que pueda faltarse a ninguna sesión. El juez ha impuesto una pena, habiéndose considerado oportuno el cumplimiento de la misma mediante la asistencia a este programa. **El cumplimiento del programa es integral, no se puede faltar a ninguna sesión.**

En el caso de que se produzca alguna situación excepcional que implique la no asistencia a alguna sesión de manera justificada, el profesional encargado del programa indicará qué pasos hay que seguir para compensar esa sesión. Algunos ejemplos de ausencias justificadas son el fallecimiento o enfermedad grave de un familiar, el nacimiento de un hijo y otros motivos similares, importantes y debidamente comprobados. Motivos muy similares al disfrute de un permiso extraordinario.

Si su ausencia no está justificada, se comunica esta incidencia al juez encargado de velar por el cumplimiento adecuado de la sanción penal (Juez de Vigilancia Penitenciaria), y tomará la

decisión oportuna. Esta decisión podría derivar en un quebrantamiento de condena, que supondría una nueva pena.

Cualquier otra circunstancia relevante (abandono del programa, presunta comisión de un hecho delictivo, etc.) se pondrá en conocimiento del Juez de Vigilancia Penitenciaria y también podría dar lugar a deducir testimonio de quebrantamiento de condena.

¿Qué ocurre si no se realiza el programar íntegramente?

Si no se completan las sesiones que componen el programa, no se habrá cumplido la pena.

El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas valorará el caso y, si procede, propondrá un nuevo Plan de ejecución al Juez de Vigilancia Penitenciaria por la integridad de las jornadas a las que ha sido condenado. Esto quiere decir que las sesiones que se hayan realizado del programa no serán “descontadas” a la hora de proponer un nuevo plan de ejecución.

¿Existe control judicial sobre el cumplimiento del programa?

Si, al tratarse del cumplimiento de una pena, el control judicial corresponde al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

¿Qué debe comunicarse al Juez de Vigilancia Penitenciaria?

El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas comunicará al Juez de Vigilancia Penitenciaria asuntos de especial importancia en el cumplimiento del programa, por ejemplo: actitud inadecuada del penado en las sesiones, ausencias, faltas de respeto durante el desarrollo del programa, no aprovechamiento del mismo.

Para cerrar la sesión se recomienda realizar una dinámica de cohesión grupal.

SESIONES 1- 5 ÁREA INFORMATIVA-FORMATIVA:

¿Qué sabemos de las drogas?

Sesión 1 Algunos conceptos clave. Marco Legal

Sesión 2 Cómo actúan las drogas en el cerebro

Sesión 3 La clasificación de las drogas. Las drogas depresoras

Sesión 4 La clasificación de las drogas. Las drogas estimulantes del SNC

Sesión 5 La clasificación de las drogas. Las drogas perturbadoras del SNC

Anexo 1 Actividades de las sesiones

SESIÓN 1

LAS DROGAS: ALGUNOS CONCEPTOS. MARCO LEGAL. DROGAS LEGALES E ILEGALES²

1.- FUNDAMENTACIÓN

1. Algunos conceptos clave

El consumo de drogas³ y las drogodependencias que de él se derivan, son un fenómeno social que interesa al conjunto de la sociedad. Al igual que ocurre con otras muchas problemáticas sociales (prostitución, inmigración, etc....), se ha configurado todo un discurso social, en muchas ocasiones, en base a informaciones estereotipadas. Propiciadas en la mayoría de los casos por el desconocimiento, la alarma o por la desfiguración que el propio consumidor realiza.

Es por ello necesario, que previamente a cualquier incursión (charla, debate, docencia...) en el tema de las drogas, se aclaren una serie de conceptos relacionados con las drogas, para situar el tema en los parámetros de objetividad que esta problemática requiere.

a) Droga y Trastorno Adictivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define:

- **Droga** como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones, pudiendo producir un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos”.
- **Trastorno adictivo o drogodependencia** como “patrón desadaptativo de comportamiento que provoca una dependencia psíquica, física o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y/o social de la persona y su entorno”.

En relación a estas definiciones resaltar que actualmente ya se recoge en las legislaciones autonómicas como por el DSM-V (APA, 2015) las llamadas adicciones conductuales como “Trastornos no relacionados a sustancias”. En dicho grupo se encuentran los “Trastornos por juego de apuestas o Ludopatía”, los “Trastornos por Juegos de Internet” u otras adicciones en las que no media sustancia como: adicción a las compras, al sexo, etc....

b) Patrones de consumo: uso , abuso, drogodependencia

² Todos los dibujos y recursos gráficos de las sesiones 1 a 5, tienen su origen en: Visión científica de las drogas. “Si sabes, no te metes” (2007), y han sido facilitadas para su utilización por la Directora de Gestión Sanitaria para las Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat Agencia Valenciana de Salud.

En función del patrón de uso/abuso de una droga, existe todo un continuum de clasificación que abarca desde el consumidor hasta el drogodependiente o adicto. Una de las clasificaciones que mejor se adapta a la práctica preventiva es la siguiente:

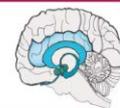
- **Consumidor experimental:** persona que guiada por su curiosidad o imitación se anima a probar una droga.
 - “No que va. Sólo para probarlo. Para ver si lo que dicen es verdad. Y si no me mola, pues nada, a otra cosa...”
- **Consumidor esporádico-ocasional:** consume ocasionalmente en reuniones sociales sin uso regular. Los factores que determinan su consumo se relacionan con factores sociales como la presión de grupo y disponibilidad de la sustancia.
 - “Sí, yo también, en el cumpleaños de Fede. Como pagaba él, cayeron un par. Pero ya está. Yo paso de movidas y malos rollos. Si sale algún cumpleaños pues sí, me hago alguna. O si es alguna fiesta, también. Pero así a lo loco porque sí todos los fines de semana, no. Yo paso.”
- **Consumidor abusivo:** existe una regularidad muy marcada en el consumo (Ejemplo: todos los fines de semana), su consumo se caracteriza por un aumento progresivo en las dosis (tolerancia), aparición de algunos síntomas o signos de dependencia, y presencia de consecuencias adversas a nivel personal o social derivadas de su consumo.
- **Drogodependiente:** consumidor que ya ha desarrollado un trastorno adictivo expresado por tres o más de los siguientes ítems recogidos en el DSM-V (APA, 2013):
 - Tolerancia
 - Síndrome de Abstinencia
 - Existencia de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
 - Consumo de la sustancia con frecuencia o cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - Empleo de gran cantidad de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de las sustancias, en el consumo de la misma o en la recuperación
 - Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

Dependencia física



Una vez desarrollada la tolerancia, puede aparecer una dependencia física en función del tipo de droga. Ésta se manifiesta por signos y molestias cuando no se consume o al reducir la cantidad de droga consumida. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la droga, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad o no sentir malestar.

Sistema límbico: área del cerebro afectada por la dependencia física.



- Se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos

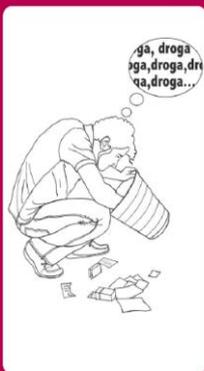
c) Conceptos asociados a la adicción

- **Tolerancia:** fenómeno adaptativo del organismo que intenta contrarrestar el efecto de la droga como si no estuviera presente y por tanto trata de disminuir sus efectos sobre el organismo. Se distingue entre:
 - **Metabólica o farmacocinética:** Se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la droga, reduciéndose su concentración en plasma y consecuentemente en los lugares de acción.
 - **Celular o farmacodinámica:** Tiene lugar por los cambios adaptativos que ocurren en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, de tal forma que la respuesta es menor.
 - **Conductual:** Reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes.
 - **Cruzada:** Se produce cuando un consumidor que presenta tolerancia a una droga se hace tolerante a los efectos de otra cuya acción es semejante.
- **Dependencia Física:** aparición de síntomas físicos al retirar una sustancia a la que el cuerpo está acostumbrado. La dependencia física ocurre porque el organismo se ha acostumbrado a funcionar con un cierto nivel de sustancia o fármaco en la sangre. Al retirarse éste de golpe, se descompensa y aparecen síntomas hasta que el sistema se vuelve a equilibrar.

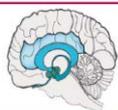
Dependencia psíquica o *craving*

Es la necesidad de consumir periódicamente la sustancia para experimentar un estado físico-psíquico agradable para el individuo o librarse de síntomas desagradables, como inquietud, falta de sueño, apatía... Esta dependencia puede aparecer o no junto con la dependencia física.

La dependencia psíquica es más larga y difícil de superar que la física.



Sistema límbico: área del cerebro afectada por la dependencia psíquica.



- **Craving:** 'querencia' o 'apetencia' fuerte 'deseo' subjetivo, deseo o 'ansia' irresistible, por reexperimentar los efectos de una droga, (Iraurgi y Coruera, 2008). Tal y como exponen estos autores

- El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.
- El craving se intensifica al exponerse a señales asociadas al consumo de drogas.
- Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo.

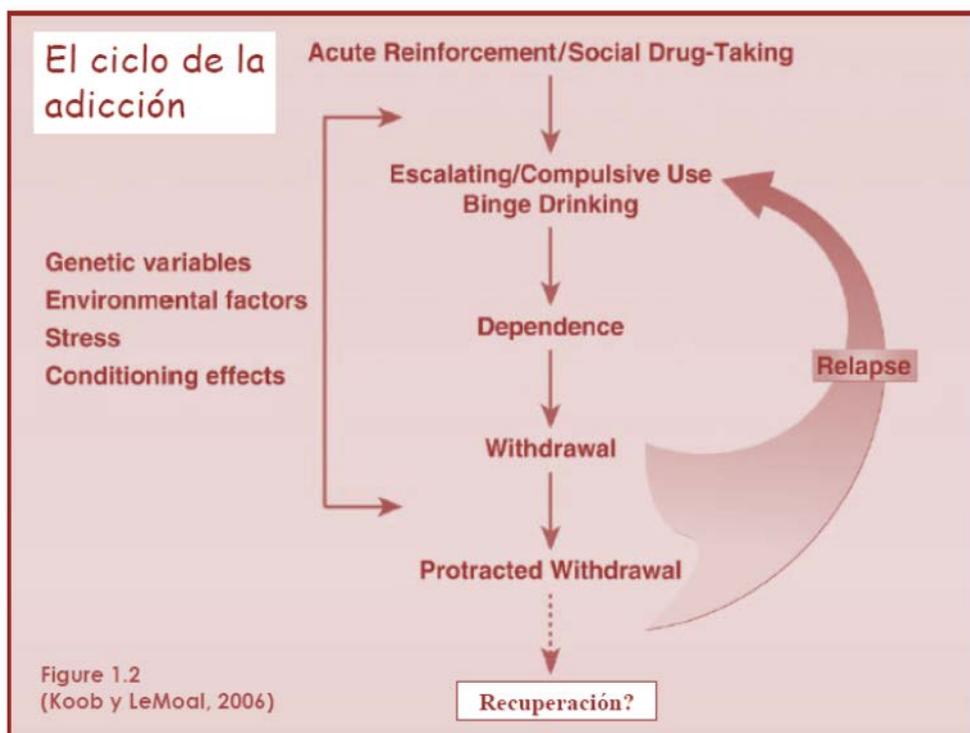
- **Síndrome de Abstinencia:** conjunto de signos (trastornos) que aparecen cuando cesa el consumo de la droga o cuando se administra una sustancia con una acción antagonista. Los síntomas que aparecen con la retirada de la droga suelen ser los opuestos a los producidos por la droga después de su administración aguda.

Añadir la existencia del llamado **Síndrome de Abstinencia Condicionado** definido como la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo, en un sujeto que ya no consume la droga, al volver a ser expuesto a los estímulos ambientales que fueron asociados (condicionados) al consumo de la sustancia.

Tal y Como señalan Koob y LeMoal (2006), el uso de una droga no tiene porqué llevar necesariamente a un proceso de adicción. El proceso de adicción empieza con un consumo ocasional que produce un refuerzo positivo agudo. En ocasiones se produce un cambio en el patrón de consumo y éste se convierte en compulsivo, iniciándose un proceso de drogodependencia y la aparición de abstinencia si la sustancia se retira. Con frecuencia, tras un periodo de abstinencia, se produce una recaída y la entrada de nuevo en el proceso adictivo. La adicción es por tanto un trastorno crónico y recidivante.

Síndrome de abstinencia

Cuando el organismo se acostumbra a una sustancia y ésta es retirada bruscamente, el cuerpo responde con todo un conjunto de síntomas y signos de tipo físico y psíquico (mono) característicos para cada droga.



2. MARCO LEGAL: DROGAS LEGALES E ILEGALES

2.1. Drogas ilegales

El control internacional de las drogas, no es algo nuevo, sino que, su producción, distribución o comercialización y consumo están regulados desde principios del siglo XX.

Las tres convenciones de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas (1961, 1971, 1988) complementarias entre sí, reflejan el esfuerzo por sistematizar medidas de control internacional para asegurar la disponibilidad de drogas y sustancias psicotrópicas para fines médicos y científicos e para impedir su distribución por medios ilícitos. También se incluyen medidas de carácter general sobre el tráfico y el abuso de drogas.

Paralelo a esto, cada país define y aprueba su respectiva legislación sobre drogas respetándose siempre los principios y acuerdos estipulados a nivel internacional y, en nuestro caso, también europeo.

En España, la Ley orgánica 4/2015 de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana recoge en Capítulo V, artículo 36, apartados 16, 17, 18 y 19 como infracciones graves sancionadas con una multa de 600 a 30.000€ las siguientes conductas:

- *El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares.*
- *El consumo de bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana.*
- *El traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.*
- *La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, no constitutivos de delito.*
- *La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos.*

Paralelamente, otras conductas son tipificadas como delitos contra la seguridad colectiva. Estas figuras delictivas tiene en común el objetivo de proteger la salud pública de los efectos nocivos de ciertas sustancias dañinas englobadas bajo los conceptos de drogas, siendo las que a continuación se detallan (LO 10/1995 de 23 de noviembre. Título XVIII del Código Penal. Artículo. 368):

- *“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión*

de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, **los tribunales podrán imponer una mayor o menor pena en atención a la escasa entidad del hecho, a las circunstancias personales del culpable y la cantidad objeto de delito.** Son diversas las conductas tipificadas relacionadas con dichas sustancias en las que cantidad es relevante.

- *En el artículo 369.1.5 se agrava la pena al tratarse de una cantidad de notoria importancia*
- *En el artículo 370 se recoge como agravación que, la cantidad de las sustancias a que se refiere el artículo 368 excediese notablemente de la considerada de notoria importancia.*
- *En el artículo 376 permite bajar la pena en uno o dos grados tratándose de un drogodependiente si la cantidad no fuese de notoria importancia o extrema gravedad*
- *En el artículo 377 para la determinación de la cuantía de las multas se tendrá en cuenta el precio final del producto o la recompensa o ganancia que pudiese obtener el reo.*

Aclarar algunas cuestiones relacionadas con la expresión **“cantidad”**. Dado que, la mera presencia de una cantidad de droga no puede implicar la existencia de un delito si no se acompaña de un cierto riesgo, dicho riesgo debe ser determinado de manera objetiva estableciendo unos parámetros y personalizándolo según las circunstancias concretas del caso y del autor. No estando estos parámetros regulados en el Código penal ni en legislación posterior, ha sido la jurisprudencia la que ha tenido que ir marcando las pautas de lo que se considera una cantidad insignificante o significativa para crear una situación de riesgo. Así lo expresa el Tribunal Supremo en la sentencia 298/2004 de 12 de marzo: *“el objeto del delito debe de tener un límite cuantitativo y cualitativo mínimo, pues el ámbito del tipo no puede ampliarse de forma tan desmesurada que alcance a la transmisión de sustancias que, por su extrema desnaturalización cualitativa o su extrema nimiedad cuantitativa, carezcan de efectos potencialmente dañinos que sirven de fundamento a la prohibición penal”*. En este sentido, se utiliza el concepto de *“dosis inicial psicoactiva”* para marcar la consideración de una conducta como delito o no.

La dosis inicial psicoactiva queda referida a, aquella cantidad mínima de una sustancia química que tiene efecto en el organismo. El Pleno no jurisdiccional del Tribunal Supremo el 24 de enero del 2003 con el objeto de proceder a la unificación de criterios solicita al Instituto Nacional de Toxicología un informe, que es evacuado en diciembre de ese mismo año (Informe del Servicio de Información Toxicológico del Instituto Nacional de Toxicología 12691 de 22 de diciembre del 2003). Dicho Informe fue objeto de un resumen por el gabinete técnico del Tribunal Supremo que lo remitió a todos los magistrados con las dosis mínimas psicoactivas de 6 sustancias. Este resumen del informe fue mantenido por un Acuerdo no jurisdiccional de Sala el 3 de febrero del 2005. **Los límites entre tipicidad y atipicidad lo marcan las siguientes cantidades:**

- Heroína 0,66 mg / 0,00066 gr.
- Cocaína 50 mg / 0,05 gr.

- Hachís 10 mg / 0,01 gr.
- LSD 20 mg / 0,000005 gr.
- MDMA (Éxtasis) 20 mg / 0,02 gr.
- Morfina 2 mg/ 0,002 gr.

De igual modo según el Acuerdo del Pleno de la Sala 2ª del Tribunal Supremo de 19 de noviembre del 2001, **la agravante específica de notoria importancia** prevista en el artículo 369 del código penal, se determina a partir de las 500 dosis referidas al consumo diario de cada una de las sustancias según el informe del Instituto Nacional de Toxicología de 18 de octubre de 2001. Para su determinación se tiene en cuenta exclusivamente la sustancia base o toxica, con la salvedad del hachís y sus derivados. Algunos ejemplos de cantidades de notoria importancia:

- Heroína 300 gr.
- Morfina 1.000 gr.
- Metadona 120 gr.
- Cocaína 750 gr.
- Marihuana 10 Kg.
- Hachís 2,5 Kg.
- Aceite de hachís 300 gr.
- LSD 300 mg
- MDMA (éxtasis) 240 gr.
- Anfetaminas 90 gr.

De igual modo, dado **que la mera posesión de drogas por sí sola no es constitutiva de delito, puesto que puede ser obtenida para consumo propio, modalidad que es atípica**, incluso cuando es adquirida por varias personas de común acuerdo para un consumo conjunto e inmediato, sin ánimo de revender. El Tribunal Supremo utiliza una tabla elaborada por el Instituto Nacional de Toxicología el 18 de octubre de 2001 sobre las dosis medias de consumo diario, que se mantiene en su jurisprudencia, así las sentencias de 14 mayo 1990, 15 de diciembre de 1995, 1778/2000 de 21 de noviembre y de 1 de noviembre del 2003. **El Instituto Nacional de Toxicología mantiene que un consumidor habitual suele adquirir para sí mismo la cantidad necesaria para 5 días**, que son las siguientes:

- Heroína 3 grs.
- Cocaína 7,5 grs.
- Marihuana 100 grs.
- Hachís 25 grs.
- LSD 3 mgrs
- Anfetamina 900 mgrs.
- MDMA 1.440 mgrs.

2.2. Drogas legales

Al igual que ocurre con las drogas con estatus ilegal, el argumento legislativo para sancionar o tipificar algunas conductas relacionadas con el consumo de drogas legales, es la protección de la salud de los individuos y grupos sociales y evitar que se produzcan daños o que se pongan en peligro los bienes y valores que la sociedad ha decidido.

Bajo este parámetro, algunas acciones relacionadas con el consumo, venta y publicidad de alcohol y tabaco son objeto de sanciones administrativas.

2.2.1. Alcohol y Conducción

El alcohol es una de las drogas más frecuentemente implicada en los accidentes de tráfico. El alcohol está implicado en el 30 y el 50% de los accidentes mortales, lo que lo convierte en uno de los principales factores de riesgo en la conducción. Por ello su consumo está sometido a una legislación estricta.

¿Qué es la tasa de alcoholemia?

La alcoholemia representa el volumen de alcohol que hay en la sangre y se mide en gramos de alcohol por cada litro de sangre (g/l) o su equivalente en aire espirado. De acuerdo con la legislación actual, las tasas de alcoholemia permitidas para los conductores en España son las siguientes:

	Aire espirado	Sangre
Conductores generales	0,25	0,5
Conductores noveles	0,15	0,3
Conductores profesionales	0,15	0,3

Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, establece en el artículo 12 que:

- *“No podrá circular por las vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con tasas de alcohol superiores a las que reglamentariamente se establezcan. Tampoco podrá circular por las vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con presencia de drogas en el organismo, de las que quedarán excluidas aquellas sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica, siempre que se esté en condiciones de utilizar el vehículo conforme a la obligación de diligencia, precaución y no distracción establecida en el artículo 9” (Art.12.1).*

Queda prohibido por tanto conducir con presencia de drogas en el organismo, quedando excluidas las sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica. El no cumplimiento de dicha ley implicará a nivel sancionador:

- Infracción administrativa: castigada con una sanción de 1.000 euros y la detracción de 6 puntos.

Sanción administrativa		
<ul style="list-style-type: none"> • Superior a 0,25 e inferior a 0.50 	500€	Detracción de 4 a 6 puntos la infracción
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de Drogas ilegales • Duplique la tasa de alcohol permitida (superior a 0,50) • Reincidentes 	1000€	Detracción de 6 puntos.

- Responsabilidad penal, tal y como se recoge en el artículo 379.2 del Código Penal.

Responsabilidad penal	
<ul style="list-style-type: none"> • Superior a 0,60 en aire espirado o superior a 1,2 en sangre 	Pena de prisión de 3 a 6 meses, o con la multa de 6 a 12 meses, o con la trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 90 días, y en cualquier caso, con la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de 1 a 4 años.

Además quedan también reguladas las siguientes conductas:

- *“Todos los conductores de vehículos quedan obligados a someterse a las pruebas para la detección de alcohol o de la presencia de drogas en el organismo, que se practicarán por los agentes encargados de la vigilancia del tráfico”. “Igualmente, quedan obligados los demás usuarios de la vía cuando se hallen implicados en un accidente de tráfico o hayan cometido una infracción conforme a lo tipificado en esta Ley” (Art.12.2).*
- *Las pruebas para la detección de alcohol consistirán en la verificación del aire espirado mediante dispositivos autorizados y, para la detección de la presencia de drogas en el organismo, en una prueba salival mediante un dispositivo autorizado y en un posterior análisis de una muestra salival en cantidad suficiente. No obstante, cuando existan razones justificadas que impidan realizar estas pruebas, se podrá ordenar el reconocimiento médico del sujeto o la realización de los análisis clínicos que los facultativos del centro sanitario al que sea trasladado estimen más adecuados (Art.12.3)*
- *A efectos de contraste, a petición del interesado, se podrán repetir las pruebas para la detección de alcohol o de drogas, que consistirán preferentemente en análisis de sangre, salvo causas excepcionales debidamente justificadas. Cuando la prueba de contraste arroje un resultado positivo será abonada por el interesado (Art.12.5).*

2.2.2.Venta y Publicidad de Alcohol y Tabaco

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad recoge en su Artículo 5:

- *“Se prohíbe la publicidad de bebidas con graduación alcohólica superior a 20 grados por medio de la televisión. Queda prohibida la publicidad de bebidas alcohólicas con graduación alcohólica superior a 20 grados en aquellos lugares donde esté prohibida su venta o consumo. La forma, contenido y condiciones de la publicidad de bebidas alcohólicas serán limitados reglamentariamente en orden a la protección de la salud y seguridad de las personas, teniendo en cuenta los sujetos destinatarios, la no inducción directa o indirecta a su consumo indiscriminado y en atención a los ámbitos educativos, sanitarios y deportivos”*

En cuanto a la venta de bebidas alcohólicas o tabaco a menores, en la actualidad no existe una norma estatal que -con carácter general- limite o prohíba la venta o consumo de alcohol por los menores de 18 años.

Existen sin embargo, diversas normas sectoriales que reglamentan específicamente la expedición y/o consumo de bebidas alcohólicas, con carácter general o para los menores, como por ejemplo:

- Artículo 60.2 del Reglamento General de Policía de Espectáculos y Actividades Recreativas, aprobado por Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto (RGE):
 - *“A los menores de dieciséis años que accedan a los establecimientos, espectáculos o recreos no incluíbles en la prohibición del apartado anterior, no se les podrá despachar ni se les permitirá consumir ningún tipo de bebida alcohólica”.*
- Artículo 67.1 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte -prohibición de introducción y venta de toda clase de bebidas alcohólicas en instalaciones en que se celebren competiciones deportivas:
 - *“Queda prohibida en las instalaciones en las que se celebren competiciones deportivas la introducción y venta de toda clase de bebidas alcohólicas”.*
- Artículo 42.1 del Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar, aprobado por Real Decreto 593/1990, de 27 de abril -prohibición de despacho y consumo de bebidas alcohólicas en los salones recreativos tipo "A" (salones de mero entretenimiento o recreo).
 - *“En los salones de tipo «A» podrán instalarse máquinas expendedoras automáticas de bebidas no alcohólicas, quedando prohibido el despacho y consumo de cualquier tipo de bebidas alcohólicas”.*

Será por tanto a través de las disposiciones autonómicas donde se regulara específicamente la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores.

Tabla.- Delitos por consumo y/o tráfico de Drogas en España e información sobre posibles sanciones

En España, en el Código Penal se castigan como delitos: el cultivo, la elaboración, el tráfico ilícitos y la posesión con estos fines de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como actividades que promuevan, favorezcan o faciliten su consumo legal.

Casos	Nocividad de la sustancia	Prisión	Multa
General (sin agravación ni atenuación)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 3 a 6 años	Del valor de la droga al triple
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 1 a 3 años	Del valor de la droga al doble
Específico Atenuado (por escasa entidad del hecho o circunstancias personales)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 1 año y medio a 3 años menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De seis meses a 1 año menos un día	
Específico Agravado (grandes cantidades, sustancias adulteradas o mezcladas, en centros docentes, a menores, etc.)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 6 años y un día a 9 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 3 años y un día a 4 años y medio	
Organización Criminal (Sólo Partícipes)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 9 a 12 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 4 años y medio a 10 años	
Organización Criminal (Jefes, Encargados y Administradores)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 12 a 18 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 10 a 15 años	

Sanciones

Aunque la mera posesión de drogas por sí sola no es constitutiva de delito siempre que las sustancias poseídas no estén destinadas al tráfico ilegal, La Ley Orgánica 4/2015 de

Protección de la Seguridad Ciudadana establece sanciones administrativas de carácter grave con multas de 601 hasta 30.000 euros por:

- El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares. Cuando los infractores en materia de consumo o tenencia sean menores de edad, la sanción de multa podrá suspenderse, primero y extinguirse, después, si los mismos se someten voluntariamente y sin abandonarlo a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación.
- El traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.
- La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.
- La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismo.

SESIÓN 2

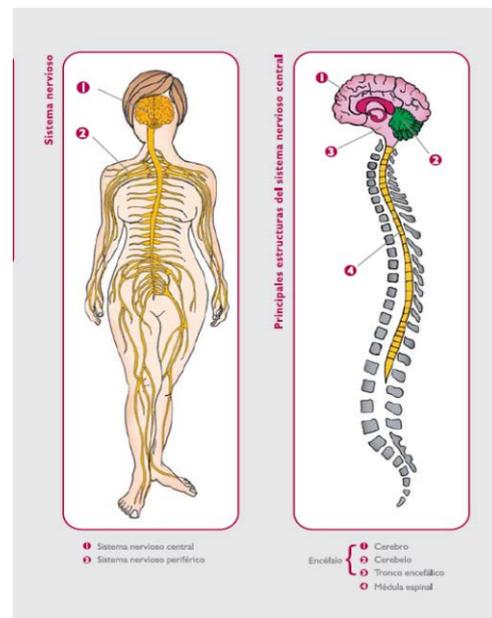
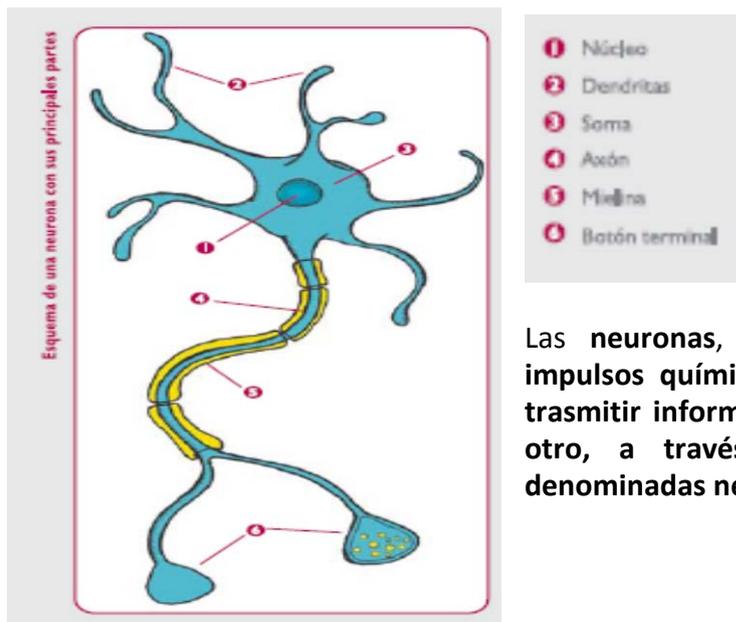
CÓMO ACTÚAN LAS DROGAS

1. ¿Cómo actúan las drogas en el cerebro?⁴

El Sistema Nervioso, es el responsable de la organización, coordinación y jerarquización del funcionamiento de nuestro organismo. Se divide en:

- Sistema Nervioso Central (S.N.C)
- Sistema Nervioso Periférico (S.N P)

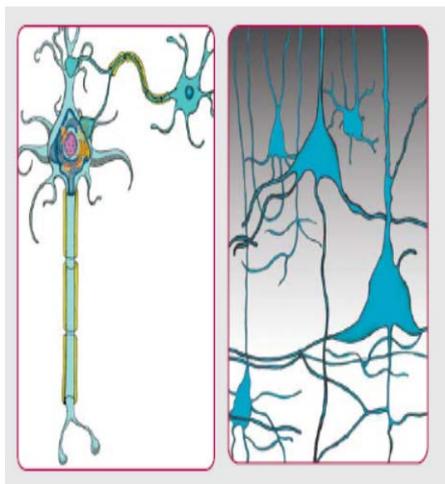
Este complejo órgano, cuenta con uno de los elementos más importantes que permite al hombre desarrollar su capacidad de pensar y reflexionar, las neuronas.



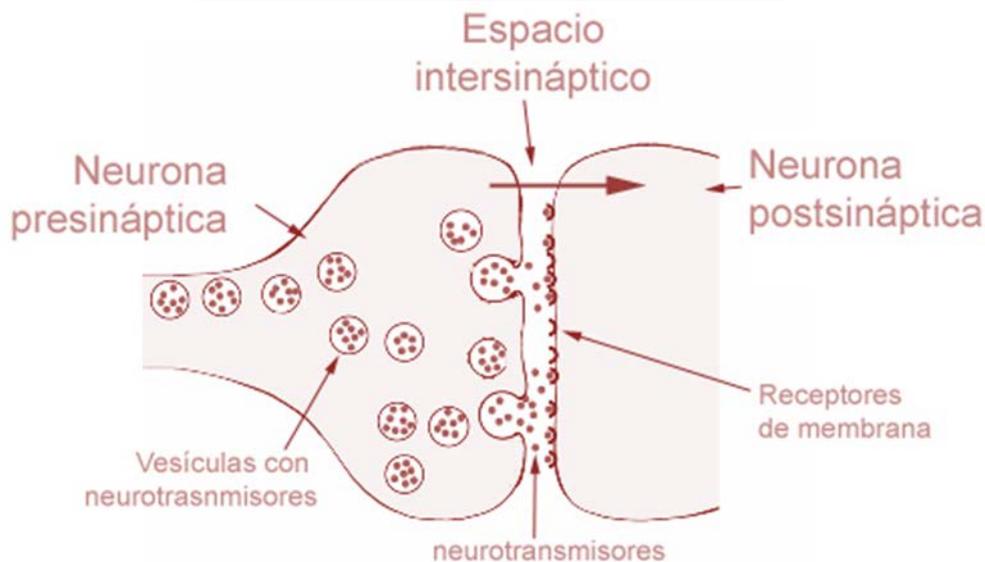
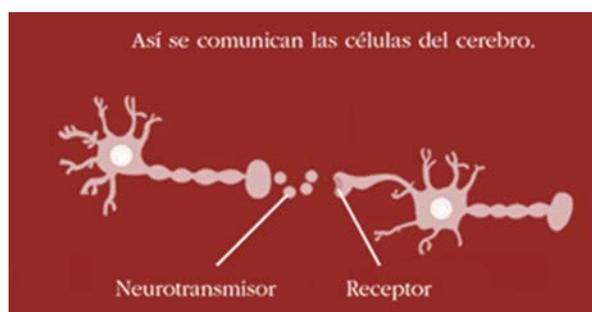
Las neuronas, conectadas entre sí a través de impulsos químico-eléctricos, son las encargadas de transmitir información de unos lugares del cerebro a otro, a través de unas “sustancias químicas” denominadas neurotransmisores.

El proceso de paso de información de una neurona a otra se produce a través de la “sinapsis neuronal”, de forma que, una neurona libera un neurotransmisor y otra que lo reconoce. Es como una cerradura a la que solo se le acopla su llave. Por su similitud son capaces de “usurpar” su lugar provocando:

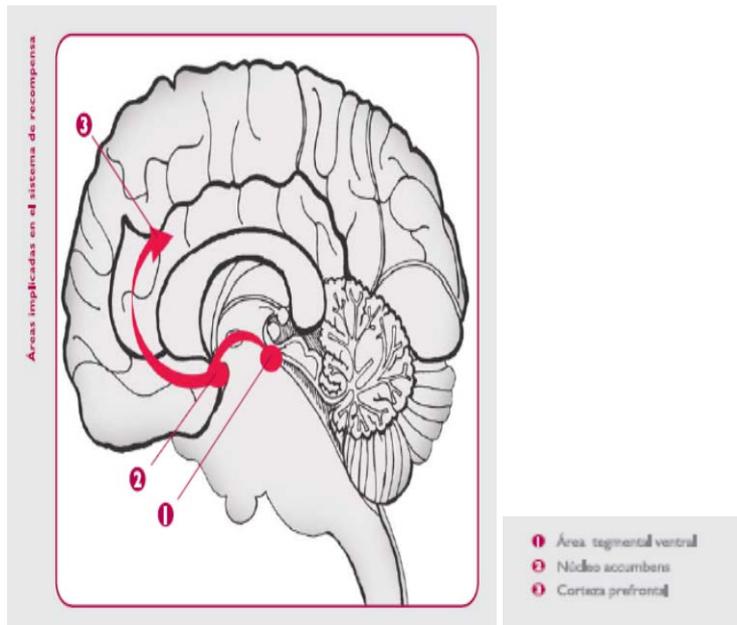
⁴ Todos los dibujos tienen su origen en: Visión científica de las drogas. “Si sabes, no te metes” (2007)



- **Acción sobre la neurona presináptica:** puede estimular la liberación de un neurotransmisor dado.
- **Acción sobre los receptores postsinápticos:** una droga puede actuar como agonista o antagonista de un receptor
- **Acción sobre la transmisión:** puede influir en la receptación del neurotransmisor por la neurona presináptica para su metabolización o para su uso.



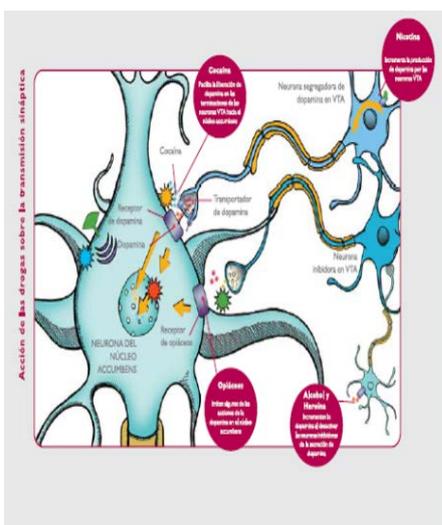
Todas las drogas de abuso, al igual que los reforzadores naturales, tienen en común la capacidad de activar el sistema de refuerzo del cerebro. Son consideradas por tanto reforzadores artificiales, compartiendo con los reforzadores naturales su capacidad de activar el **sistema mesocorticolímbico dopaminérgico**, con un aumento en la liberación de dopamina, que en última instancia actuará como reforzador de la conducta de consumo. Cocaína, heroína, anfetaminas, nicotina, cannabis, alcohol tienen algo en común: todas ellas aumentan la cantidad de dopamina entre las neuronas de una zona del cerebro; el **Núcleo Accumbens**.



La dopamina es un neurotransmisor relacionado con muchas funciones en el cerebro, relacionadas con el comportamiento, cognición, motivación o la actividad motora, jugando un papel esencial en el aprendizaje mediado por valor refuerzo y valor incentivo. La dopamina es la encargada de poner en marcha, de activar, el circuito de recompensa o de reforzamiento del cerebro (sistema cerebral encargado de mediar en las repuestas de condicionamiento a los estímulos, produciendo recompensas bioquímicas) suministrando los sentimientos de placer frente a reforzadores naturales y artificiales.

Las drogas como reforzadoras artificiales y a diferencia de los reforzadores naturales:

- Provocan una liberación de dopamina en las sinapsis del sistema dopaminérgico de mayor magnitud y duración que la que se produce en respuesta a una recompensa natural. Se da por tanto un refuerzo inmediato de mayor volumen (mayor sensibilización conductual)



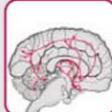
- Además, con la reiteración del consumo, no cesa la liberación de dopamina, conduciendo a una sensibilización dopaminérgica. Es, esta capacidad de las drogas de “usurpar” los mecanismos de recompensa “sin saciarlos”, donde se encuentra la base adictiva de las diferentes drogas.

Por tanto, cuando se ingieren drogas, éstas actúan sobre estos **neurotransmisores que contiene nuestro propio cuerpo**, bloqueando su formación (Ejemplo:

fármacos para la tensión arterial), impidiendo su almacenamiento (Ejemplo: cocaína), liberando neurotransmisores (Ejemplo: anfetaminas), aumentando los niveles del neurotransmisor (Ejemplo: antidepresivo) o influyendo en el receptor del neurotransmisor (Ejemplo: drogas con utilidad terapéutica), y **en función del tipo función de neurotransmisor sobre el que actúen se producen los diferentes efectos de las drogas.**

Los neurotransmisores cerebrales más importantes son:

- **Norandrelina:** interviene en la aceleración del corazón, aumento de la presión arterial y dilatación de los bronquios
- **Dopamina:** relacionado con la motivación para realizar determinados comportamientos (refuerzo positivo) y con las emociones
- **Serotonina:** relacionados con las acciones de regulación del humor
- **Endorfinas/Encefalinas:** sustancias que actúan sobre los receptores opiáceos, imitando sus efectos. Relacionados con la regulación del dolor y aprendizaje.
- **Glutamato:** neurotransmisor excitador por excelencia del SNC. Las neuronas que lo utilizan como neurotransmisor aumentan la respuestas de otras neuronas
- **GABA:** neurotransmisor inhibitor por excelencia del SNC. Las neuronas que lo utilizan como neurotransmisor disminuyen de manera transitoria las respuestas de otras neuronas a estímulos posteriores.

Principales neurotransmisores y sus efectos		
Neurotransmisor	Efectos	Circuitos Cerebrales
Dopamina	Implicada en el movimiento, atención y aprendizaje	
Noradrenalina	Nos mantiene despiertos y en estado de alerta	
Serotonina	Regula el estado de ánimo. Controla la ingesta y el sueño. Regula el dolor	
GABA	El GABA es una sustancia transmisora inhibitoria con un efecto tranquilizador y de reducción del dolor	

Específicamente la liberación de dopamina:

- Va a facilitar el aprendizaje relacionado con la recompensa: la dopamina se libera cuando el individuo está aprendiendo cual es la conducta necesaria para conseguir la recompensa. Una vez que el individuo ha aprendido la respuesta más eficiente para obtener una recompensa, la dopamina deja de ser necesaria y, por tanto, no se segrega, tan solo habrá aumento de dopamina frete a la novedad. La recompensa tiene un valor de refuerzo.
- La dopamina fortalece las conexiones entre neuronas que detectan los estímulos y neuronas que producen respuestas (principio de HEBB) y por tanto se incrementa la probabilidad de que se repita la conducta – sensibilización conductual.
- Va a facilitar el recuerdo del estímulo asociado a la recompensa- asociación entre conducta y valor que YO le doy a lo que obtengo. Además la recompensa puede asociarse a estímulos neutros que se presentan de manera simultánea a cuando obtengo la recompensa (ambientales, interoceptivos...). De ese modo, dichos

estímulos se convierten en estímulos condicionados que adquieren valor incentivo y pueden motivar la conducta, actuando como un sustituto parcial de la recompensa. Los estímulos condicionados adquieren un valor incentivo o motivacional.

Por tanto:

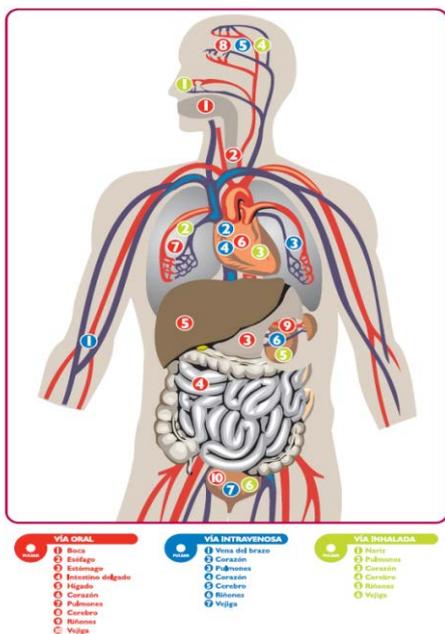
- La dopamina va a actuar como premisa, va a avisar de que se va a producir una sensación placentera si se hace una conducta determinada (condicionamiento de estímulos secundarios).
- La dopamina va a actuar de codificador de errores en la predicción del refuerzo: Si frente a un refuerzo esperado este no se produce disminuye la DA, en señal de que algo ha fallado.

De esta manera podemos afirmar que **la dopamina es uno de los neurotransmisores principales implicados en el refuerzo de las conductas, pero el hecho de que facilite tanto el aprendizaje por valor refuerzo, como por valor incentivo, va a ser lo que probablemente diferencia a unos sujetos de otros.** Es decir, el valor incentivo de los estímulos, que es personal de cada individuo, y el hecho de que este actúe como motivador a ejecutar una conducta, es lo que va a marcar la existencia de diferentes conductas según sujetos que en materia adictiva se traduce en la heterogeneidad de la adicción.

2.- ¿Qué es lo que pasa?

Absorción, distribución, metabolismo y excreción, son las etapas que experimenta una sustancia al introducirse en el organismo.

Las drogas ejercen su acción en el cerebro y llegan allí a través del sistema circulatorio (absorción).



Los efectos de las drogas dependen de su concentración en sangre, que está determinada por la vía de administración. Una vez la droga entre en el organismo se distribuye por todo el cuerpo (distribución).

- **Vía oral:** boca, esófago, estómago, intestino delgado e hígado, pasa a sangre a través de los capilares que rodean el intestino delgado, se dirige al corazón y entra por la aurícula derecha a través de la vena cava inferior, pasa al ventrículo derecho, sale por la arteria pulmonar hasta los pulmones, regresa al corazón por las venas pulmonares a través de la aurícula izquierda, pasa al ventrículo izquierdo y sale por la arteria aorta, cerebro y resto del organismo, riñones y vejiga (órganos de eliminación).
- **Vía intravenosa:** vena del brazo, entrada al corazón por la aurícula derecha a través de la vena cava superior y pasa al ventrículo derecho, sale por la arteria pulmonar hasta los pulmones, regresa al corazón por las venas pulmonares a través de la aurícula izquierda, pasa al ventrículo izquierdo y sale por la arteria aorta, cerebro y resto del organismo, riñones y vejiga (órganos de eliminación).
- **Vía inhalada/esnifada/fumada:** nariz, pulmones, de los pulmones se dirige al corazón entrando por la aurícula izquierda, pasa al ventrículo izquierdo, sale por la arteria aorta, cerebro y resto del organismo, riñones y vejiga (órganos de eliminación).

En su recorrido se someten a una serie de cambios, principalmente en el hígado, riñones e intestino (metabolización). Su eliminación se realiza fundamentalmente por los riñones y a través de la orina, aunque una pequeña porción lo hace por el sudor y la respiración, e incluso la leche materna (excreción).

En definitiva, el proceso de consumo de una droga podría dividirse en los siguientes pasos:

- **Absorción:** antes de poder actuar sobre su sitio de acción, las drogas tienen que pasar diferentes membranas biológicas del sistema circulatorio y el sistema nervioso. En función de la vía de administración (oral, inyectada, fumada, inhalada, vía rectal), la concentración en sangre variará, y por tanto su acción.
- **Distribución:** una vez la droga ha entrado en el organismo, se distribuye por todo el cuerpo, llegando al cerebro donde produce sus efectos y acumulándose en otros tejidos y órganos (hígado, riñones, etc....) que actúan como depósitos.
- **Metabolización:** mientras las drogas se distribuyen por el organismo y antes de ser eliminadas, sufren una serie de cambios, principalmente en el hígado, riñones e intestino. Se metabolizan provocando la aparición de sustancias más activas, menos activas, o que no sufran ninguna alteración.
- **Excreción:** la eliminación de las drogas se realiza fundamentalmente por los riñones y a través de la orina, eliminándose también una pequeña proporción por el sudor y la respiración.

En todo este recorrido tendrán una influencia directa la edad, el sexo, el estado de nutrición y salud del cuerpo, pero sobre todo, la droga que se vaya a consumir.

SESIÓN 3

LA CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS. LAS DROGAS DEPRESORAS DEL SNC

1. La clasificación de las drogas

Históricamente, las diferentes drogas se han clasificado u ordenado en función de diferentes criterios, cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones. Algunos de estos han sido los referidos a la peligrosidad que entraña su consumo o a su estatus legal en una determinada sociedad.

- **Criterios de peligrosidad:** se trata de la división más clásica de las drogas. en la que se diferencian según se asocien a graves riesgos para la salud o resulten aparentemente menos peligrosas. Según esta clasificación se incluirían en:
 - **drogas blandas:** alcohol, tabaco, xantinas, fármacos, cannabis, etc.
 - **drogas duras:** heroína, cocaína, anfetaminas, drogas de diseño, alucinógenos, etc.

Nada más lejos de la realidad, los estudios e investigaciones científicos dejan de manifiesto que, las denominadas drogas blandas, son las que actualmente están causando mayores problemas sanitarios y sociales. Baste con echar un vistazo al número de accidentes de tráfico o episodios de violencia doméstica en lo que se esconde un consumo abusivo de alcohol. Así mismo el tabaco está considerado como una de las primeras causas de enfermedades cancerígenas, ocultándose dentro del concepto de “dura o blanda” una percepción de riesgo errónea y manipulada por intereses económicos.

- **Criterios de legalidad:** la agrupación de las drogas según su consumo sea sancionado o no por las autoridades, aunque más objetiva que la clasificación anterior, no deja de tener sus inconvenientes para su uso desde un punto de vista preventivo.

La división de las sustancias adictivas en **drogas legales** (alcohol, tabaco, fármacos, cafeína, etc....) y **drogas ilegales** (resto de drogas) puede tener su utilidad a nivel de organización social, pero a nivel preventivo carece de importancia, dado que tan sólo indica si el consumo de una determinada sustancia conlleva un riesgo de sanción administrativa o penal.

Aunque el marco legal de las diferentes sustancias se abordará en este capítulo, a priori no aporta la información necesaria para conocer los mecanismos de actuación, efectos y riesgos sobre la salud del consumidor.

- **Criterios médico-fisiológicos:** por último, la clasificación que mejor se adapta a nuestra finalidad preventiva, es aquella que agrupa a la drogas **según su acción o efectos sobre el Sistema Nervioso Central**. Esta división no solo permite manejarse con criterios objetivos y científicos sobre los beneficios y riesgos que se asumen al ingerir una determinada sustancia, sino que permite desarrollar uno de los objetivos del trabajo preventivo: reducir las consecuencias adversas derivadas del consumo.

Como se ha tratado anteriormente, las drogas actúan sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C), para causar sus efectos. Desde esta perspectiva podemos agrupar a las drogas en:

- **Depresoras del S.N.C:** sustancias con capacidad para enlentecer el funcionamiento orgánico y psíquico habitual. Las funciones se vuelven más lentas y los efectos pueden ir desde la desinhibición al coma. En este grupo se incluyen:
 - **Alcohol.**
 - **Opiáceos: morfina, heroína, codeína, metadona.**
 - **Tranquilizantes: benzodiazepinas.**
 - **GHB**
 - **Inhalantes**

- **Estimulantes del S.N.C:** aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede llegar a la hiperactividad. Aceleran el funcionamiento psíquico y orgánico. Se incluyen:
 - **Estimulantes menores: xantinas y tabaco.**
 - **Estimulantes mayores: anfetaminas y cocaína.**

- **Perturbadoras del S.N.C:** modifican la forma de percibir el mundo. Alteran el funcionamiento cerebral dando lugar a distorsiones perceptivas y alucinaciones. Se incluyen:
 - **Alucinógenos: LSD, ketamina, hongos alucinógenos, setas, mescalina.**
 - **Cannabis: marihuana, hachís, aceite de hachís.**

- **Estimulantes - Perturbadoras del S.N.C:** recogería aquellas drogas con un “efecto mixto” que combinan una estimulación del S.N.C a la vez que desarrollan efectos perturbadores. Se incluyen:
 - **Drogas de síntesis: éxtasis y crystal.**

2. Depresores del SNC

Los depresores se caracterizan por provocar una disminución del ritmo de las funciones corporales y actividad cerebral. Entre ellos se encuentran drogas legales como el alcohol y determinados fármacos (benzodiazepinas y barbitúricos) y aquellas que, con propiedades para su uso médico (morfina, codeína) se utilizan con finalidades diferentes (heroína).

2.1. Alcohol

Nombre científico: Etanol o Alcohol etílico.

Vía de administración: oral

El alcohol es una de las sustancias con la que multitud de civilizaciones y sociedades han convivido, aunque, este aspecto tradicional, no debe ocultar el hecho de que sea una droga de abuso con importantes riesgos para la salud.

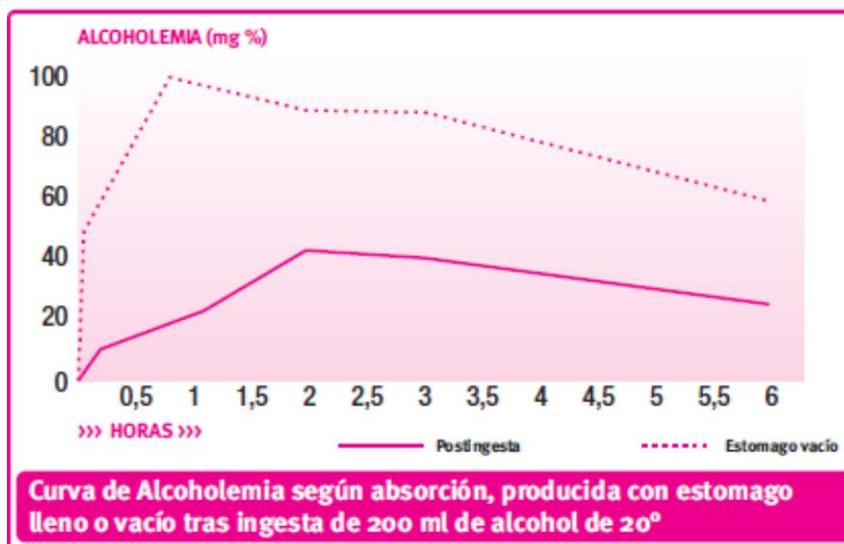
El alcohol se clasifica dentro de las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (S.N.C). Su presentación más común es en forma de etanol, una pequeña molécula orgánica con grandes efectos sobre variados órganos de nuestro cuerpo.

Biodinámica⁵

El alcohol es absorbido en su mayor parte por el estómago (20%) y el intestino delgado (90%). La rapidez de su absorción viene determinada por factores como la existencia de alimento o no en el estómago en el momento de haberlo bebido, la edad, el sexo, la genética... y la concentración de alcohol en la bebida.

En general, a los 5 minutos de su consumo ya se puede detectar en sangre. Aproximadamente entre los 30-60 minutos después de beber, el 90% ya se ha absorbido. Así podemos encontrarnos que:

- Estómago vacío: mayor rapidez para llegar a la sangre (5 minutos).
- Estómago lleno: se retrasa la absorción de alcohol (nivel máximo en sangre 1,5 horas)
- Mezcla con bebidas carbónicas (cola, tónica...): aumento de la absorción y, por lo tanto, de la rapidez en causar sus efectos.



Una vez en el torrente sanguíneo, el alcohol es llevado al hígado donde se metaboliza a una velocidad constante, lo cual implica que, si se ingiere mucha cantidad de alcohol en un corto periodo de tiempo, el hígado no metaboliza a mayor velocidad y, por tanto, se produce una concentración de alcohol y la consecuente borrachera o intoxicación etílica.

⁵ Los gráficos de alcoholemia de este apartado, tienen como fuente MIRAT, programa de prevención selectiva para jóvenes sancionados por tenencia/consumo de sustancias en la vía pública (2010)



El alcohol es principalmente eliminado por catabolismo en el hígado por tres vías enzimáticas:

- **1ª vía metabólica** : el alcohol se transforma en acetaldehído, por la acción de la enzima Alcohol Deshidrogenasa (enzima limitante) y de ahí a Ácido acético, Agua y Co2 por acción del Acetaldehído Deshidrogenasa (ALDH)
 - Variaciones: Por mutación del gen del enzima Acetaldehido deshidrogenasa, se produce la del ALDH2, como es en el caso del -40-50 % población oriental heterocigoto (japoneses, chinos, de forma que, cuando beben se produce; enrojecimiento facial, taquicardia, hipotensión, elevación de la temperatura de la piel, sudoración, e intensa sensación de intoxicación).
- **2ª vía metabólica:** El sistema de oxidación microsomal del etanol (MEOS) catalizado por el citocromo P4502E1-CYP2E1. La actividad de este sistema es responsable de la tolerancia metabólica (4 veces más citocromo en alcohólicos) y puede contribuir a la producción de los metabolitos tóxicos en el hígado.
- **3ª vía metabólica:** Vía no oxidativa catalizada por la sintasa del etilester de los ácidos grasos (FAEE) que lleva a la formación de esteres de los ácidos grasos. Las FAEEs se encuentran en altas concentraciones en órganos que son susceptibles a los efectos tóxicos del alcohol, como el hígado.

Entre un 5-10% se elimina por aliento, sudor, orina o leche materna.

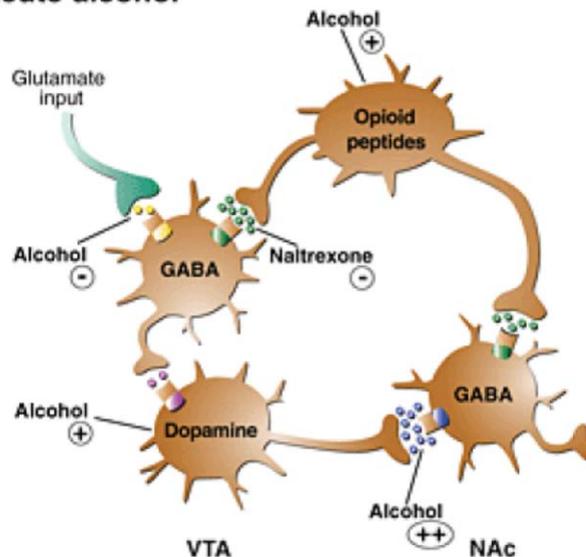
Mecanismo Neurobiológico de Actuación⁶

Los estudios neurofarmacológicos han implicado varios sistemas de neurotransmisión en los efectos reforzantes agudos del alcohol:

- **GABA:** el alcohol potencia la acción y por tanto su acción inhibitoria, produciendo en el individuo una relajación inicial seguida de intoxicación y anestesia.

⁶ El gráfico utilizado en este apartado toma como fuente National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (pubs.niaaa.nih.gov)

Acute alcohol



- **Glutamato:** el alcohol antagoniza su acción, por tanto, inhibe a un neurotransmisor excitador contribuyendo al efecto sedante.
- **Péptidos Opioides:** el alcohol modula al alza la transmisión de péptidos opioides en el cerebro modificando la actividad dopaminérgica y relacionándose por tanto con los efectos reforzantes del alcohol y la dependencia a esta droga.
- **Serotonina:** el alcohol aumenta los niveles de serotonina, lo cual está relacionado directamente con ese primer efecto estimulante que siente la persona cuando bebe. Este efecto estimulante del alcohol sobre el receptor de serotonina y el incremento de la actividad neuronal contribuye a estimular la liberación de otros neurotransmisores como la dopamina.
- **Dopamina:** el etanol también estimula la liberación de dopamina, lo que produce sensaciones de bienestar que inducen al sujeto y lo motivan para que siga consumiendo alcohol.

Efectos

Como depresor del Sistema Nervioso Central, adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición emocional y de la conducta. No es un estimulante como a veces se piensa, sino que la euforia inicial (pequeño efecto estimulante), deja paso a una sensación de adormecimiento. El tiempo que pasa entre el último trago hasta que se alcanzan las concentraciones máximas varía entre 25 y 90 minutos.

Mejora de la comunicación y las relaciones interpersonales. Facilidad para expresar sentimientos. Sobrevaloración de las facultades. Enrojecimiento facial. Dilatación de las pupilas. Disminución de reflejos. Dificultades para hablar. Descoordinación motora. Visión doble. Somnolencia.

El consumidor normalmente pasa por una fase de excitación a una fase hipnótica con descoordinación motora. Pero, si persiste en el consumo de etanol, puede llegar a producirse una pérdida de conciencia e incluso una parada respiratoria.

Patologías derivadas

- **Intoxicación alcohólica aguda:** el consumo de alcohol por encima de los niveles de metabolización produce coma etílico y muerte. Daño hepático.
- **Esteatosis:** hígado graso que sufre hipoxia (falta de oxígeno) y desequilibrio hepático. Hepatitis alcohólica. Cirrosis hepática.
- **Sistema digestivo:** gastritis alcohólica. Tumores digestivos. Pancreatitis aguda y crónica.
- **Sistema circulatorio:** hipertensión.
- **Sistema nervioso:** ictus cerebral. Síndrome de Wernicke-Korsakoff, encefalopatía y demencia por falta de vitamina B1.
- **Enfermedades tóxico-metabólicas:** demencia alcohólica.
- **Sexuales:** afectación de hormonas sexuales, disminución función sexual en los dos sexos
- **Cardiovasculares:** hipertensión, riesgo de infarto. A dosis muy altas provoca cardiomiopatía alcohólica
- **Psiquiátricos:** trastornos de personalidad y del humor, conducta suicida, función psicosexual deteriorada, celos patológicos, alucinaciones alcohólicas

Riesgos a corto plazo

- Irritación del estómago y gastritis.
- Sueño y abatimiento, o irritabilidad.
- Náuseas, vómitos y dolores de cabeza.
- Disminución de la capacidad de concentración.

RIESGO DE MEZCLAR ALCOHOL		
ESTIMULANTES	Con cocaína	Se crea la sustancia “cocaetileno”, contrarrestándose los efectos de ambas drogas y con efectos específicos sobre el S.N.C distintos de la cocaína y el alcohol.
	Con anfetaminas, speed....	Disminuye la sensación de los efectos euforizantes del alcohol y aumento de los efectos adversos (resaca). Mayor desinhibición y aumento de

		comportamientos agresivos.
	Con éxtasis	Aumento del riesgo de golpes de calor (deshidratación), Bajón más intenso y riesgo de ataques de pánico y muerte.
DEPRESORES	Con benzodicepinas, barbitúricos, aspirinas...	Potencia los efectos depresores sobre el S.N.C, sobre todo la capacidad de movimiento.
	Con heroína	Riesgo de muerte por parada cardiaca (potenciación del efecto depresor).
	Con ketamina	Aumento del riesgo de parada cardiaca, pérdida de conocimiento, daño hepático y vómitos.
PERTURBADORES	Con éxtasis	Aumento del riesgo de deshidratación y ataques de pánico. Aumento del "bajón".
	Con cannabis	A bajas dosis los efectos son manejables, a dosis altas pueden producirse vómitos, mareos o aumento de la paranoia. Es la peor combinación para conducir o realizar actividades complejas.

Riesgos a largo plazo

- **En jóvenes:** patrones de consumo Consumos excesivos en cortos períodos de tiempo (binge drinking), borracheras o intoxicaciones etílicas o la mezcla de alcohol con otras sustancias psicoactivas, pueden afectar a nivel cerebral y causar problemas de atención, memoria y aprendizaje a corto y largo plazo.
- **Sistema digestivo:** úlceras gastrointestinales, diarreas, inflamación del páncreas, enfermedades hepáticas, carcinoma esofágico.
- **Sistema respiratorio:** laringitis, bronquitis y neumonía.
- **Sistema endocrino-reproductivo:** alteraciones hormonales, disminución libido, impotencia, trastornos de la menstruación en la mujer, atrofia testicular.
- **Sistema neurológico:** temblores de mano, párpados, lengua y músculos de la boca y cara, crisis epilépticas y otras enfermedades neurológicas.
- **Sistema cardiovascular:** hipertensión y anemias.
- **Síntomas psicopatológicos:** desorientación espacio-temporal, trastornos de la memoria y síndromes paranoides, alucinosis alcohólica (el enfermo sufre alucinaciones auditivas).
- **En embarazadas:** el alcohol es el principal responsable del retraso mental en el mundo occidental, además de producir malformaciones físicas. El recién nacido puede sufrir el síndrome de Alcoholización Fetal.

- **Lactantes:** la leche materna es un medio de eliminación del alcohol, lo que supone un riesgo para el lactante que puede sufrir alteraciones de diversa índole (trastornos del sueño...).

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: alta.** Se caracteriza por una serie de síntomas orgánicos tales como: temblores, sudores, náuseas, vómitos, pulso elevado, hipertensión arterial, elevación de la temperatura corporal.
- **Dependencia psíquica: alta y gradual.** La persona experimenta que el alcohol le da “poder” sobre la situación y sobre sus sentimientos.
- **Tolerancia:** muy alta.
- **Síndrome de abstinencia:** se inicia horas después de la interrupción o disminución del consumo y se caracteriza por los temblores de extremidades y labios, náuseas, vómitos, ansiedad e irritabilidad. En casos más graves evolucionan con convulsiones y estados confusionales, con desorientación temporal y espacial, falsos reconocimientos. En casos extremos aparece el Delirium tremens, caracterizado por sudoración abundante, pérdida de líquidos, fiebre, temblores, alucinaciones visuales y táctiles, trastornos del equilibrio, incoordinación y dificultades articulatorias. Todo este cuadro va acompañado de pérdida importante de peso.

2.2. Opiáceos

Nombres científicos: Morfina; Heroína (diamorfina o diacetilmorfina); Metadona (6-dimetilamino-4,4-difenil-3 heptanona).

Vía de administración: intravenosa, oral, fumada, esnifada,

Los opiáceos son compuestos exógenos derivados del opio: naturales, semisintéticos o sintéticos. El opio se obtiene de un tipo de amapola (*Papaver somniferum*) conocida como adormidera blanca. Algunos alcaloides del papaver somniferum son: Morfina, Codeína, Papaverina, Noscarina, Narcotina....., siendo la Morfina el principio activo más importante

A partir de la morfina (opio natural) y a través de procesos químicos se extraen y fabrican otros opiáceos semi-sintéticos también con utilidad médica como la codeína o sintéticos como la heroína o la metadona.

- **La morfina** se obtiene por disolución de opio puro en una solución de cloruro cálcico. La morfina es un potente analgésico sedante y ansiolítico capaz de hacer desaparecer la sensación de dolor independientemente de cuál sea su naturaleza. Crea rápidamente tolerancia por lo que es necesario aumentar la dosis. Además, presenta tolerancia cruzada con el resto de opiáceos.

- **La codeína** produce un efecto inmediato de sedación y euforia, una sensación de placer y de disminución de los dolores acompañado de cierto adormilamiento. Su consumo se realiza por vía oral, en forma de pastillas o productos farmacológicos que la contienen, que suelen ser sedantes o preparados para combatir el dolor o los tos como los anticatarrales
- **La heroína** se obtiene por un sencillo proceso químico de acetilación de la morfina. Es el analgésico más potente que se conoce, aunque sus efectos son más cortos que en las sustancias antecesoras.
- **La metadona**, se comercializa como sustancia sintética derivada del opio, controlada por las autoridades sanitarias y de distribución restringida. Se trata de un analgésico similar a la morfina (también derivado opiáceo), pero sin un efecto sedante tan fuerte. En su forma básica es un polvo blanco cristalino, pero suele estar disponible en varias formas y concentraciones: comprimidos, supositorios y autoinyectables. La metadona neutraliza la euforia producida por la heroína y evita la aparición del síndrome de abstinencia. Alivia el ansia de consumir opiáceos, lo cual constituye un importante factor de evitar recaídas. En la actualidad sólo se emplea en los programas de desintoxicación y mantenimiento de los pacientes dependientes de opiáceos. A veces, suspender completamente a la metadona no es recomendable, y la dosis de mantenimiento puede continuar durante meses o incluso años (Programas de Mantenimiento con Metadona). Aunque el uso regular de metadona puede inducir dependencia, se considera que ésta es menos grave que la de la morfina o la heroína, y es más fácil de tratar, no obstante, la metadona tiene efectos secundarios como: aturdimiento, mareos, náuseas, vómitos y boca seca.

Biodinámica

Cuando la heroína entra en el cerebro, se transforma en morfina, lo que la hace de 3 a 4 veces más potente. En realidad podemos hablar de que la heroína actúa vía su conversión a 6---monacetilmorfina y luego a morfina.

La conversión a 6---monoacetillmorfina es muy rápida produciéndose en el cerebro, en la sangre o en cualquier tejido. Es esa conversión la responsable del rápido inicio y mayor potencia de la heroína en comparación a la morfina.

Posteriormente la 6---monacetilmorfina, se trasforma en morfina, que será la responsable de la duración de los efectos de la heroína.

Aunque es absorbida rápidamente por cualquier vía, la inyectada es la que llega antes al cerebro. Sus efectos se notan entre unos pocos segundos a unos minutos. Tiene un máximo a los 60 minutos y sus efectos cesan a las 3 o 4 horas.

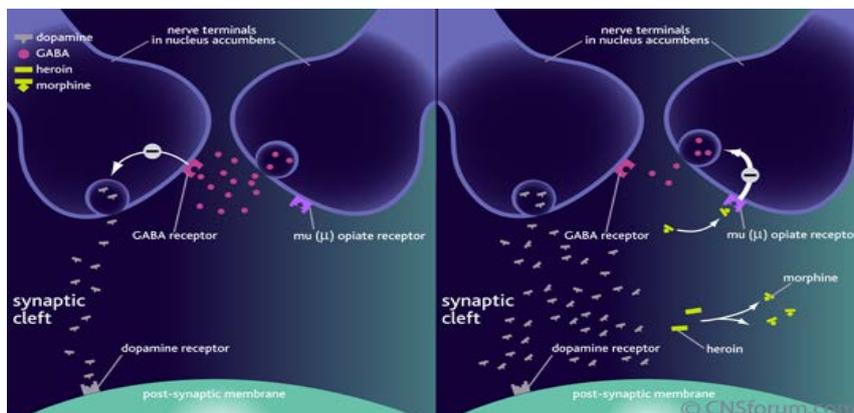
El 90 % de la dosis se elimina por la orina a los 30 minutos, en forma de morfina o como 6-mono-acetilmorfina.

- Atraviesa la barrera placentaria
- Se elimina por biotransformación (hígado y riñón)
- Metabolito: morfina-3-glucorónido (activo)
- Semivida plasmática: 2-3 h.
- En 24 h se ha excretado el 90% de morfina por orina y bilis (también leche materna y sudor)

Mecanismo Neurobiológico de Actuación⁷

El cerebro cuenta con un sistema opioide endógeno, lo cual implica que existen receptores específicos y selectivos para los opiáceos. Existen cuatro tipos de receptores opiáceos; mu, kappa, delta y nociceptina.

Unida la droga a estos receptores específicos, se produce una inhibición del funcionamiento normal del sistema Nervioso Central. Inhibe la liberación del GABA, lo que aumenta la concentración de dopamina. Todo este proceso, bloquea la trasmisión del dolor, lo que lo hace tan peligrosamente adictivo.



Específicamente

- Los receptores opiáceos mu: se han relacionado con la mayoría de los efectos de las drogas opiáceas, incluyendo la producción de analgesia, depresión respiratoria, euforia, miosis, sedación y dependencia física (Lorenzo et al, 2000) En general los opiáceos provocan a través de los receptores opiáceos mu un estado de bienestar, tranquilidad y elevación del tono vital. Esta sensación de euforia estaría relacionada con el efecto reforzador positivo al actuar también estos en los núcleos dopaminérgicos de recompensa.
- Los receptores alfa: también estarían implicados en la analgesia central y en la aparición de depresión. Otros efectos mediados por este receptor son los relacionados con la despersonalización y alucinaciones.

Efectos

- **Primero**, se produce una fuerte euforia, denominada **rush**, que aparece a los 10 segundos de la inyección y que incluye olas de sentimientos eufóricos,

⁷ El gráfico utilizado en este apartado toma como fuente The Lundbeck Institute, The mechanism of action of heroin at the mu (μ) opiate receptors. En https://www.cnsforum.com/upload/imagebank/download/moa_heroin_mu.png

frecuentemente caracterizados en términos sexuales. Mientras que se desarrolla tolerancia a muchos efectos, el rush es resistente a la tolerancia.

- **Segundo** aparece el **high**, sensación general de sentirse bien y que puede prologarse varias horas. Si desarrolla tolerancia.
- **Tercero**, el **nod** (entumecimiento) es un estado de escape de la realidad que va, desde la somnolencia hasta la inconsciencia. Los adictos lo describen como calma con separación de la realidad con muy poco interés por los eventos externos.
- **Cuarto, being straight** (estar normal) el consumidor ya no experimenta el rush, el nod o el high pero tampoco está experimentando la abstinencia. Este estado puede durar hasta 8 horas.

Riesgos a corto plazo

- Adelgazamiento, estreñimiento, caries, anemia
- Insomnio
- Inhibición del deseo sexual, pérdida de la menstruación
- Deshidratación del organismo
- Deterioro físico, falta de higiene (parasitosis, pediculosis, sarna)
- Problemas dentales

RIESGO DE MEZCLAR HEROÍNA		
DEPRESORES	Con benzodicepinas, barbitúricos....	Tolerancia cruzada. Dado que la heroína es también un poderoso depresor del SNC el efecto combinado de la mezcla de estas drogas puede inhibir el ritmo cardíaco o la respiración, causando fallo respiratorio o cardíaco.
	Con alcohol	
ESTIMULANTES	Con cocaína	Consumidas juntas para contrarrestar los efectos euforizantes de la cocaína y paliar los efectos depresores de la heroína. Esta mezcla es lo que se denomina "speedball".
	Con anfetaminas, speed, éxtasis....	Los efectos estimulantes de estas sustancias reducen el gran efecto depresor de la heroína.
PERTURBADORES	Con cannabis	Reduce los efectos propios del cannabis

Riesgos a largo plazo

- **Sistema nervioso:** alteraciones de la personalidad, trastornos de la memoria, ansiedad, depresión, alteraciones cognitivas.

- **Sistema digestivo:** alteraciones de la nutrición, afecciones gastrointestinales.
- **Sistema respiratorio y circulatorio:** complicaciones cardio-pulmonares (embolias pulmonares, talcosis pulmonar...).
- **Otros sistemas:** alteraciones hepáticas, alteraciones renales.
- **Deterioro orgánico:** problemas dentales, llagas, abscesos (debido a la falta de higiene y a la adulteración de la droga), infecciones como neumonías, hepatitis y SIDA debido al uso compartido de jeringuillas cuando la vía de administración es inyectada.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: muy alta.** De forma que, para experimentar una necesidad física apremiante, bastan alrededor de cinco semanas con un uso diario de un cuarto de gramo.
- **Dependencia psíquica: muy alta.** Los opiáceos son sustancias que por sus propiedades farmacológicas crean una rápida e intensa adicción, de manera que la droga se convierte en el eje central de la vida del sujeto y todas sus acciones, pensamientos, deseos, etc., giran en torno a la droga; su vida se centra en conseguir y consumir la droga.
- **Tolerancia:** muy alta
- **Síndrome de abstinencia :** a las pocas horas (8-24 horas) después de la última dosis se inicia el síndrome de abstinencia, con síntomas que suelen durar entre 5 y 10 días; ansiedad, sudores, escalofríos, vómitos, lagrimeo, rinorrea, palpitaciones, insomnio, dolores musculares y en los huesos, temblores, convulsiones, calambres musculares, dolores de vientre, mucosidades y diarrea.

2.3. GHB

Nombre científico: ácido Gamma-hidroxi-butirato. GHB.

Vías de administración: oral

El gamma-hidroxi-butirato se sintetizó aproximadamente hace unos 40 años. Se introdujo en medicina como anestésico en obstetricia (dilata el cuello del útero), narcolepsia y en el tratamiento de la adicción al alcohol y la heroína, pero pronto dejó de utilizarse al descubrirse que tenía un gran potencial adictivo, causando daños importantes en la salud.

El GHB también existe de forma natural en el cerebro, mediante la síntesis del neurotransmisor GABA (actúa como freno de neurotransmisores excitatorios). Por sus efectos está clasificada como droga depresora del Sistema Nervioso Central

Aunque coloquialmente se le conoce como “*éxtasis líquido*”, no tiene nada que ver con el éxtasis, porque el GHB actúa como depresor y no como estimulante. Recientemente, el GHB ha empezado a utilizarse con fines recreativos. En este caso, sus efectos son mucho más parecidos a los producidos por el alcohol, el cannabis y las benzodiazepinas.

Biodinámica

El GHB está muy presente en todas las regiones SNC (humanos) con altos niveles en hipocampo e hipotálamo, ganglios basales y sustancia negra. Su almacenamiento se da en las vesículas con una liberación dependiente del calcio (Ca⁺⁺)

Atraviesa por tanto sin problemas la barrera hematoencefálica, con una rápida absorción y una vida media corta (90-120 min), actuando como un potente depresor del Sistema Nervioso Central. Con un pico concentración en plasma a los 30 minutos, su metabolización y aclaramiento tiene lugar en el hígado. Se excreta por vía urinaria o en forma de CO₂ por vía pulmonar.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

El GHB es un neuromodulador de otras neurotransmisiones, como la dopamina y la serotonina.

Como ácido graso presente en el cerebro de los mamíferos contiene enzimas específicas para su síntesis en neuronas, mecanismos de receptación presinápticos, y mecanismos de degradación. Se une por tanto a receptores específicos e incrementa los niveles de dopamina, lo que produce su acumulación en las neuronas. Esto puede provocar inmovilidad o catalepsia. En una segunda fase, la dopamina acumulada se libera apareciendo durante unos instantes, los efectos eufóricos y con ellos, el potencial de abuso.

Específicamente el GHB como droga de abuso provoca una disminución de actividad del SNC a nivel pre- y postsináptico. De ahí que sea clasificada como drogas depresora. Además produce una activación de receptores GABA_B lo que se traduce en la liberación de Dopamina y Glutamato.

Efectos

Se dejan notar en 10-20 minutos. En los posteriores 15-30 minutos los efectos aumentan, manteniéndose durante un periodo entre 40 minutos y 1 hora y media. Unas 3-4 horas después del consumo, éstos empiezan a desaparecer desvaneciéndose con rapidez.

- **En dosis pequeñas (5 o 6 gotas):** efectos similares a los del alcohol (inhibición, embriaguez, aumento de la sociabilidad, energía sexual).
- **En dosis altas (2.5 gramos):** la euforia deja paso a:
 - Efectos sedantes, adormecimiento, cansancio, Sensación de estar atontado
 - Descoordinación de movimientos

Riesgos a corto plazo

El margen que existe entre la dosis recreativa y la dosis tóxica (2.5 gramos) es muy pequeño, con lo que el riesgo de intoxicación grave e inducción de un estado comatoso es muy elevado. A esto se suma que, la concentración del líquido varía de un frasco a otro, con lo que el riesgo aumenta.

- Incremento del sentido del tacto y deseo de tocar.
- Mayor capacidad de erección y orgasmos más intensos.
- Aumento de la sociabilidad y mejora de la capacidad de comunicación.
- Placidez, relajación y tranquilidad.
- Aumento de la percepción tridimensional y de la sensación de belleza
- Nauseas, vómitos, dolores de cabeza
- Tensión, dolor muscular

RIESGO DE MEZCLAR GHB		
DEPRESORES	Con alcohol	Puede producir náuseas y dificultades respiratorias. Su efecto es claramente potenciado por cualquier depresor del SNC, por lo que no se debe consumir con alcohol.
	Con heroína	Extremadamente peligroso
ESTIMULANTES	Con éxtasis, anfetaminas, speed, cocaína	Aumenta el riesgo de aparición de convulsiones, coma y ataques.
PERTURBADORES	Con cannabis	Puede potenciar los efectos perturbadores del cannabis hasta llegar a cuadros alucinatorios.

Riesgos a largo plazo

- Alteraciones respiratorias graves
- Convulsiones y desmayos
- Confusión, agitación, delirio y alucinaciones.
- Incontinencia urinaria.
- Síndrome de Wernicke-Korsakov: caracterizado por pérdida de memoria remota, generalmente asociada con la incapacidad para aprender, además de desorientación marcada y otros síntomas psiquiátricos compatibles con los de una psicosis.
- Hipoventilación y muerte.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia

- **Dependencia física: moderada.** Puede ser físicamente adictivo, aunque no sea muy corriente porque tiene que ser un uso continuado y de altas dosis.

- **Dependencia psíquica:** se desconoce, dado que hace poco tiempo que han aparecido sus usos recreativos. Aunque todos los datos muestran que el consumo prolongado de GHB induce una dependencia psicológica similar a la del resto de depresores.
- **Tolerancia:** alta.
- **Síndrome de abstinencia:** de 3 a 12 días con síntomas de insomnio, ansiedad, temblores y sudoración.

2.4. Benzodiazepinas

Vías de administración: oral, intramuscular e intravenosa

Aunque comercializados con un margen de riesgo bajo pueden llegar a generar un dependencia en el consumidor denominada “*fármaco-dependencia*”.

Denominación	Prescripción	Tipologías	Nombres Comerciales
Ansiolíticos, Tranquilizantes Sedantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ▪ No son hipnóticos ni en grandes dosis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilizantes mayores o neurolépticos ▪ Tranquilizantes menores o benzodiazepinas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diazepam ▪ Valium ▪ Tranxilium ▪ Orfidal

Biodinámica

Absorción rápida tras la administración oral. Tras la administración intramuscular varían en su tasa de absorción. Pueden tener una pronunciada redistribución (acumulación a lo largo del tiempo) con presencia de metabolitos activos. La duración de su efecto depende de la vida media y la presencia o no de metabolitos.

Las Benzodiazepinas se diferencian en su farmacocinética, lo cual constituye la característica clínica más relevante para su elección. Pueden clasificarse según su semivida de eliminación plasmática en cuatro grupos.

- Compuestos de duración ultracorta (semivida menor de 6 horas)
- Compuestos de duración corta (semivida menor de 12 horas)
- Compuestos intermedios (semivida entre 12 y 24 horas)
- Compuestos de acción larga (semivida mayor de 24 horas)

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

Las Benzodiazepinas se unen y activan un tipo de receptores GABAA (los que contienen subunidades $\alpha 1$) situados sobre interneuronas del Area Tegmental Ventral. Normalmente las

interneuronas inhiben la actividad de las neuronas de Dopamina en esta misma área. La activación de los receptores GABAA por las Benzodicepinas reduce la cantidad de inhibición (desinhibición), e incrementa la actividad de les neuronas Dopaminérgicos provocando su efectos de relajación y sensación de bienestar.

Efectos: la duración de los efectos en el caso de las benzodicepinas suele oscilar entre 4- 8 horas.

Relajación. Inducción del sueño. Disminución de la ansiedad. Sensación de bienestar. Tranquilidad.

Riesgos a corto plazo:

- **Trastornos psíquicos:** somnolencia y alteraciones de la memoria y el juicio, dificultades en la concentración y peligro de suicidio.
- **Trastornos neurológicos:** vértigo, ataxia, parálisis breves, dificultades al hablar, cefaleas y letargo.
- **Trastornos gastrointestinales:** anorexia, irritación de las mucosas intestinal y estomacal.

Con el uso de tos fármacos es muy común encontrar:

- Pacientes bajo prescripción médica que continúan consumiendo durante más tiempo y/o a mayores dosis (p. ej. temacepan, loracepan).
- Sujetos que consumen altas dosis para conseguir sus efectos psicotrópicos dentro de un patrón de policonsumo de varias drogas.

RIESGO DE MEZCLAR FÁRMACOS		
DEPRESORES	Con alcohol	Alteración en la percepción del espacio, el tiempo y la distancia.
	Con otros fármacos	Pérdida de conciencia con imposibilidad para respirar, lo cual puede llevar a la muerte.
	Con heroína	Esta combinación puede ser mortal, debido a que la cantidad de heroína que requiere el cuerpo para producir una sobredosis será mucho menor.
ESTIMULANTES	Con éxtasis, anfetaminas, speed, cocaína	Contrarresta los efectos euforizantes de estas sustancias.
PERTURBADORES	Con cannabis	

Riesgos a largo plazo:

- **Benzodicepinas:** somnolencia, falta de motivación, pérdida de memoria, ansiedad, irritabilidad, distorsión del sueño, problemas sexuales y aumento de peso entre otros.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: alta.** Aunque la mayoría de pacientes tratados con benzodiazepinas presentan dependencia, la transición a la adicción (caracterizada por el uso compulsivo a pesar de las consecuencias negativas y recaída tras la abstinencia prolongada) sólo sucede en menos del 10% de individuos.
- **Dependencia psíquica: alta**
- **Tolerancia: alta.**
- **Síndrome de abstinencia:** se manifiesta con deformaciones perceptuales, desmayos e hiperactividad a estímulos externos hasta aproximadamente la segunda semana de la retirada del medicamento.

2.5. Barbitúricos

Nombre científico: ácido barbitúrico

Vías de administración: oral y parenteral

Al igual que las benzodiazepinas, se trata de fármacos de uso médico, aunque por su potencial adictivo deben incluirse como drogas.

Se trata de fármacos inductores del sueño, hipno-sedantes y con propiedades anticonvulsivantes. Desde hace tiempo, se sabe que son adictivos, por lo que son únicamente administrados en cortos periodos de tiempo.

Biodinámica

Los barbitúricos son sustancias liposolubles lo que facilita la rápida absorción y una biodisponibilidad del 80%. Metabolizados en el hígado se caracterizan por presentar una vida media muy alta, de aproximadamente 80 horas. Se excretan por la orina de forma inalterada

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

Los barbitúricos realizan su acción principal sobre el neurotransmisor GABA, potenciando su efecto inhibitorio. Los barbitúricos producen corrientes de cloruro mediado por el GABA al unirse al complejo receptor GABA A-. Además también bloquean los receptores de glutamato (neurotransmisor excitatorio) en el SNC.

Efectos

Alivio de la tensión y la ansiedad. Somnolencia. Sentimiento de borrachera/ intoxicación. Inhabilidad para controlar funciones corporales simples (caminar, balance, etc.). Disminución de la memoria, Inestabilidad Emocional

Resaltar que la combinación de barbitúricos con otras drogas es muy peligrosa (especialmente cuando se combinan con otros depresores del SNC. De forma específica la combinación con alcohol es a menudo letal.

Riesgos a corto plazo

Amnesia anterógrada, deterioro de las habilidades motoras, desorientación, balbuceos, somnolencia, deterioro del razonamiento, conducta agresiva, ansiedad.

Riesgos a largo plazo

Cambios de humor extremo, depresión, memoria empeorada, horarios del sueño e insomnio alterado, debilidad y fatiga intensas.

59

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: alta.**
- **Dependencia psíquica: alta**
- **Tolerancia: muy alta.**
- **Síndrome de abstinencia:** los síndromes de abstinencia son más graves, de hecho puede producir ataques epilépticos graves e incluso mortales, aunque como se desasimilan de modo lento, la reacción de retirada puede producirse una o dos semanas después de la interrupción.

2.6. Inhalantes

Vías de administración: inhalada

En este grupo incluimos toda sustancia o producto que al entrar en contacto con el aire libera compuestos químicos que al ser inhalados pueden provocar un estado de alteración mental y del ánimo (ejemplos: gasolina, pegamentos, pinturas, barnices, quitaesmaltes, etc...)

Son productos de uso doméstico o industrial, que se pueden clasificar en:

- **Disolventes:** incluye tanto a los industriales o domésticos, la gasolina, los pegamentos, productos de limpieza y para automóviles, como a otros de uso en arte, como los líquidos de corrección, pinturas y disolventes de pinturas.
- **Gases:** gases utilizados en productos domésticos o comerciales, gases médicos anestésicos como el cloroformo, éter, etc; propelentes de aerosoles domésticos, etc.
- **Nitritos:** mientras que los otros inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual ya que, esencialmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. En la calle, se le da el nombre de "**poppers**" ("reventadores") o "**snappers**" ("crujidores").

Biodinámica

Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y llegan a la sangre, donde son distribuidas al cerebro y resto de órganos. Segundos después de la inhalación el consumidor experimenta la intoxicación, la cual dura pocos minutos, lo que lleva al usuario a inhalar repetidamente para prologar los efectos, lo cual constituye una práctica muy peligrosa. Las inhalaciones repetidas pueden causar la pérdida de conocimiento e incluso la muerte.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

Se conoce poco sobre el mecanismo de acción de los solventes, que han recibido mucho menos atención que otras drogas de abuso, aunque, la mayoría de las revisiones compara su acción con la de los depresores clásicos como benzodiazepinas y alcohol.

En líneas generales se aporta que estos productos deprimen el sistema nervioso de una forma similar al etanol inhibiendo a receptores glutamatérgicos e incrementando la acción del GABA y de Serotonina.

Efectos

Aparecen muy rápidamente con una duración aproximada de 30 minutos. Penetran en la sangre vía respiración con efectos inmediatos sobre el cerebro. De hecho, la vía pulmonar evita que la sustancia pase por el hígado, obteniéndose grandes concentraciones en sangre. Sus efectos se asemejan a los del alcohol:

Euforia, Desorientación. Confusión. Aumento del ritmo cardíaco. Lagrimeo, “Sarpullido del esnifador”. Desinhibición. Entusiasmo. Risas. Sensación de bienestar. Torpeza mental. Descoordinación muscular. Aumento de la salivación.

Riesgos a corto plazo

- Náuseas, vómitos
- Faringitis, rinitis, bronquitis
- Quemaduras de esófago y estómago.
- Problemas cutáneos
- Pérdida de peso
- Delirios de persecución
- Problemas de memoria
- Cambios de humor e irritabilidad
- Pérdida de concentración y orientación

RIESGO DE MEZCLAR INHALANTES		
DEPRESORES	Con alcohol	Potencian los efectos depresores del S.N.C y la exposición repetida a ellos, deprime también la médula ósea.
PERTURBADORES	Con LSD, cannabis....	Potencian los efectos alucinógenos y los riesgos que esto conlleva.

Riesgos a largo plazo

- Arritmias.
- Encefalopatía aguda o crónica.
- Ataxia cerebral con trastornos del equilibrio y movimientos oculares.
- Neuropatía periférica y central: pérdida de la sensibilidad.
- Parkinsonismo.
- Coma y muerte súbita

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** ninguna.
- **Dependencia psicológica:** no se conoce, aunque aparece una intranquilidad general que empuja al usuario a volver a consumir.
- **Tolerancia:** alta.
- **Síndrome de abstinencia:** cuadros sintomáticos caracterizados por insomnio, apatía, nerviosismo y convulsiones seguidas de fuertes dolores de cabeza.

SESIÓN 4

LA CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS. LAS DROGAS ESTIMULANTES DEL SNC

1. ESTIMULANTES DEL SNC

Las drogas estimulantes actúan sobre el cerebro, potenciando su actividad de forma artificial. Sin embargo, este efecto es poco duradero y suele venir seguido del efecto contrario. Las drogas estimulantes aceleran el funcionamiento normal del Sistema Nervioso Central. Sus efectos son muy variados, desde sensaciones de placer y euforia, hasta aumento de la frecuencia cardíaca, hiperactividad y, en ocasiones, convulsiones, psicosis, e incluso coma y fallecimiento.

1.1. Xantinas

Las xantinas son un grupo de sustancias, estimulantes del Sistema Nervioso Central, con una misma estructura química y mecanismo de acción, lo único que las distingue es su potencia farmacológica.

La **cafeína** es el alcaloide que contiene el café, pero también en el guaraná, la nuez de cola y el betel. Es un polvo blanco cristalino y amargo que se puede confundir con la cocaína, de hecho es una de las sustancias con las que se adultera.

La **teobromina** se encuentra en la planta del té y del cacao, aunque también en la semilla de la planta de la cola. La **teofilina** se obtiene fundamentalmente de las hojas de té.

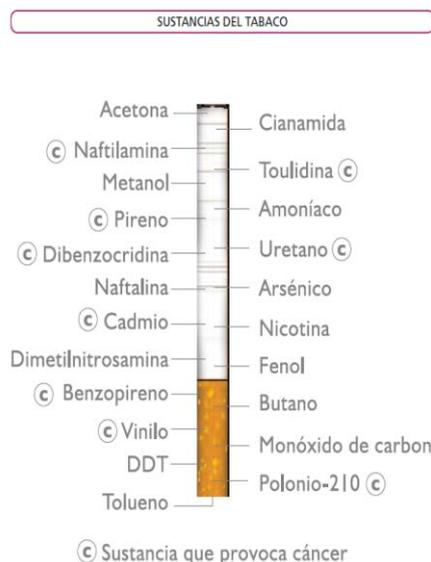
Debido a que el tabaco es dentro del grupo de estimulantes menores el que mayores problemas genera, es el que vamos a tomar como referencia.

1.2. Tabaco⁸

Nombre científico: Nicotina.

Via de Administración: fumada; masticada (tabaco para mascar); esnifada (tabaco rapé); oral (mediante un jarabe obtenido al hervir las hojas); absorbida por la piel mediante la aplicación de hojas húmedas

La nicotina es el principal alcaloide de la planta del tabaco (*Nicotiana Tabacum*), se extrae a partir de sus hojas. Inicialmente se empleaba como insecticida ya que se trata de un potente veneno que actúa directamente sobre el Sistema Nervioso Central.



⁸ El dibujo utilizado en este apartado toma como fuente Visión científica de las drogas. "Si sabes, no te metes" (2007)

En el humo del cigarro se han identificado una gran cantidad de sustancias tóxicas, debidas tanto a las sustancias que acompañan a la nicotina como al propio papel que envuelve el cigarrillo:

- Nicotina: base farmacológica de la adicción
 - Solución incolora a amarilla pálida
 - Soluble en agua
 - Muy tóxica:
 - Dosis tóxica en humanos: 10-20 mg
 - Dosis letal: 0,5-1mg /kg de peso.
- Alquitranes: Residuo de la combustión del tabaco.
 - Sustancia grasa, oscura y de olor fuerte.
 - Alto poder cancerígeno: tanto por el fumador como por las personas que lo rodean.
- Monóxido de carbono: Gas tóxico con gran afinidad por la hemoglobina, combinándose con ella y formando la carboxihemoglobina. Disminuye el transporte de oxígeno por la sangre.

Biodinámica

- **Absorción:** La nicotina se absorbe en los pulmones (90%) y pasa al torrente sanguíneo. Los niveles de nicotina en sangre dependen de la marca del tabaco y de la topografía de fumar (profundidad y duración de la inhalación, número de inhalaciones por cigarrillo, presión de la bocanada, longitud del cigarrillo, tipo de filtro, cantidad que se fuma del cigarrillo)
- **Distribución:** la nicotina es soluble en agua y lípidos, por lo que pasa fácilmente a los tejidos y fluidos corporales. Atraviesa las membranas celulares y llega rápidamente al cerebro (7-10 segundos). Niveles plasmáticos de nicotina son altos al terminar de fumar, disminuyendo a partir de los 20 minutos. Se distribuye en diferentes tejidos corporales, principalmente en: riñón, hígado, pulmón, cerebro, corazón y músculo esquelético y se acumula varias horas (6-8 hrs). La nicotina cruza la barrera placentaria y pasa a la leche materna.
- **Metabolismo:** Se metaboliza o biotransforma principalmente en el hígado. Se han identificado seis metabolitos, entre ellos la Cotinina. Utilizado como el principal marcador metabólico de absorción de nicotina. Con una vida media aproximada de 20 horas, se elimina por la orina.

- **Eliminación:** Hay una rápida desaparición en sangre de la nicotina debido a su captación y concentración en distintos tejidos y a su metabolismo hepático. La principal vía de excreción es la renal, seguida de la saliva y otras como el sudor, bilis, jugos gástricos y heces.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

La nicotina es un agonista de los receptores nicotínicos colinérgicos (nAChR) que se encuentran ampliamente distribuidos por el SNC. Su efecto primario es la liberación de acetilcolina, con un incremento de la actividad neuronal en áreas cerebrales que intervienen en las funciones cognitivas.

65

La Nicotina:

- Activa nAChR y lo cierra impidiendo su estimulación, es decir provoca una desensibilización del receptor, una insensibilidad del receptor una vez estimulado por la nicotina, que lleva a los organismos a regular al alza los nAChR en compensación a la desactivación. Esto llevara a una tolerancia aguda por insensibilidad receptor ya estimulado.
- Provoca una estimulación dopaminérgica que se detiene después de un breve tiempo, consiguiéndose el efecto placentero de la nicotina como un pequeño pulso de placer seguida de un lento declive.

De ahí que, con el tiempo el organismo de los fumadores:

- Regule a la baja sus receptores de dopamina por exceso de actividad dopaminérgicos.
- Regule al alza sus nAChR en compensación a la desactivación provocada por nicotina.

Apareciendo la dependencia y el síndrome de abstinencia

Efectos:

A pesar de ser una droga estimulante, la gran mayoría de fumadores considera que es una sustancia que relaja, no siendo conscientes que esto se debe a que, una vez creado el hábito, el tabaco calma la ansiedad que provoca el “no fumar”.

Sensación de mayor concentración. Activación de la memoria. Elevación del ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria y tensión arterial. Se quedad de boca. Mal aliento. Nerviosismo.

Riesgos a corto plazo

- Bronquitis crónica, faringitis y laringitis
- Gastritis, úlceras de estómago y duodeno

- Tos y expectoraciones
- Dificultades respiratorias
- Gingivitis (inflamación de las encías) y de halitosis (mal aliento)
- Irritabilidad, nerviosismo
- Disminución del gusto y del olfato
- Temblores y reducción de la capacidad de atención y de la memoria

RIESGO DE MEZCLAR TABACO		
DEPRESORES	Con alcohol	Se metaboliza más rápido el alcohol y aumenta la acidez gástrica. Mayor número de mutaciones de un gen relacionado con la incidencia del cáncer.
	Con heroína	Aumentan los efectos depresores
	Con benzodiacepinas	Disminuye los efectos
ESTIMULANTES	Con cafeína	Se metaboliza más rápido la cafeína
	Con éxtasis, anfetaminas, speed, cocaína	El efecto estimulante de estas sustancias lleva a un mayor consumo de cigarrillos
PERTURBADORES	Con cannabis	Se multiplican los riesgos cancerígenos

Riesgos a largo plazo

- **Sistema circulatorio:** el tabaco acelera la formación de arteriosclerosis reduciendo la cantidad de sangre que le llega a los distintos órganos. El más afectado es el corazón aumentándose la probabilidad de sufrir infartos, anginas de pecho y trombosis.
- **Sistema respiratorio:** puede producir cáncer de boca, lengua y laringe.
- **Aparato digestivo:** los componentes del tabaco se disuelven en la saliva llegando al estómago, pudiendo llegar a producir cáncer de esófago.
- **En las mujeres embarazadas:** los efectos tóxicos del tabaco se dejan notar sobre el feto dado que la nicotina atraviesa con facilidad la placenta. Se produce disminución del peso, aumento de la frecuencia cardiaca y aumento de la probabilidad de sufrir malformaciones y abortos.
- **En Niños (fumador pasivo):**
 - Pulmones: pueden desarrollar disminución de la capacidad pulmonar.
 - Dificultades respiratorias, asma, y desarrollo disminuido de los pulmones.

- Laringe: el humo que un fumador no inhala y suelta al ambiente posee mayor proporción de sustancias irritantes que el que inhala. Estas sustancias pueden producir irritación en el sistema respiratorio, tos, expectoraciones, faringitis y laringitis en las personas cercanas.
- Crecimiento: crecimiento reducido del niño.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia

- **Dependencia física: alta.** La dependencia física de esta sustancia está muy relacionada con el hábito adquirido por el fumador.
- **Dependencia psicológica: muy alta.** El poder adictivo de la nicotina es tan intenso como el que puede tener la heroína o la cocaína.
- **Tolerancia: alta.** Muy pocas personas pueden controlar su consumo fumando sólo de vez en cuando.
- **Síndrome de abstinencia:** síntomas de ansiedad, irritabilidad, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, aumento del apetito, dificultad para la concentración, etc. Estos síntomas aparecen a las pocas horas de terminar el último cigarrillo y puede prolongarse durante una semana y media. El deseo de volver a fumar puede mantenerse durante años.

1.3. Cocaína⁹

Nombre científico: clorhidrato de cocaína

Vías de Administración: inhalada, fumada, intravenosa e inhalada

La cocaína tal y como se encuentra en la calle es “clorhidrato de cocaína”, y tiene apariencia de polvos blancos que se esnifan o se inyectan. Por su parte el crack o base libre, también se puede fumar, solo o mezclado con tabaco o cannabis.

El Erythroxyton Coca planta perteneciente a la familia de las eritroxiláceas originaria de Colombia, Bolivia y Perú de la cual se extraen las hojas de coca. La cocaína es el alcaloide principal de las hojas de coca. La hoja es la única parte de la planta que contiene alcaloides (tropina) de sabor amargo y con sensación de anestesia en la boca.

De los alcaloides de la hoja se extrae la **pasta base o sulfato de cocaína** (hojas maceradas en agua y queroseno y se le añade ácido sulfúrico). A partir de este compuesto, depurado con sustancias amoniacaes y ácido clorhídrico se obtiene el **clorhidrato de cocaína**. Dado que es una sustancia volátil y se destruye con temperaturas altas (no puede ser fumada), se han creado otras variaciones neutralizando la parte ácida (el clorhidrato) mediante la acción del

⁹ Los gráficos utilizados en este apartado toman como fuente Lizasoain, I. Moro, M. A. Lorenzo, P. (2002)

éter obteniéndose la **base libre**. Como el éter es altamente inflamable se optó por añadir amoníaco obteniéndose el **crack o cristales**

Biodinámica

Las diferentes formas de abuso de la cocaína (hojas de coca, sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y cocaína base o crack) van a condicionar su actividad farmacológica y toxicidad.

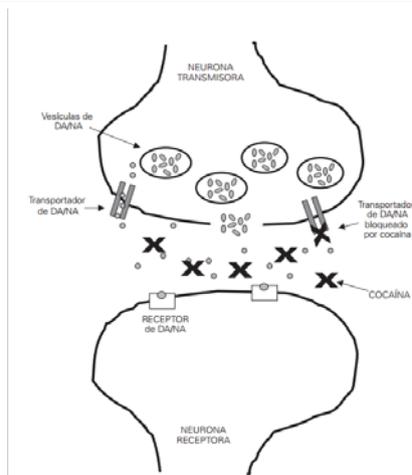
La absorción y concentración plasmática de cocaína que se alcanza varía dependiendo de la vía de administración. La cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida y se distribuye ampliamente por todo el organismo, siendo metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina (45%), ecgonina metilester (45%) y posteriormente ecgonina.

Sin embargo, en presencia de etanol, la cocaína es transesterificada a cocaetileno que posee actividad farmacológica y tóxica fundamentalmente a nivel cardiaco y hepático.

TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACION DE COCAINA	VIA DE ADMINISTRACION	PORCENT. EN PLASMA	VELOCIDAD APARICION DE EFECTOS	CONC. MAXIMA PLASMA	DURACION EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0.5 - 1.5%	Mascado infusión oral	20 - 30%	LENTA	60 Minutos	30- 60 Minutos	NO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	tópica: ocular genital, intranasal (esnifar)	20 - 30%	RELATIV. RAPIDA	5-10 Minutos	30- 60 Minutos	SI LARGO PLAZO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	parenteral: endovenosa subcutanea, intramuscular.	100%	RAPIDA	30-45 Segundos	10-20 Minutos	SI CORTO PLAZO
PASTA DE COCA	40 - 85% (Sulfato de cocaína)	Fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO
COCAINA BASE.	30 - 80% (alcaloide cocaína)	Inhalada-fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO

Aunque la eliminación de la cocaína es muy rápida, la benzoilecgonina es el metabolito que se detecta en orina hasta 3-4 días después del último consumo.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación



La cocaína bloquea la receptación de Dopamina y Noradrelina y Serotonina, incrementando la concentración de dichas monoaminas en la hendidura sináptica en el SNC.

Desde el punto de vista neuroquímico, la acción más importante de la cocaína es el bloqueo del transportador de dopamina (Koob, 1999). Este aumento de la biodisponibilidad media la euforia que produce la cocaína y, parece estar implicada en la alta adicción que produce.

Por su parte el exceso de noradrenalina que se produce por acción de la cocaína es el responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de las complicaciones agudas de la

cocaína (aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor, etc.).

Efectos:

- **inhhalada (rayas):** se produce un efecto casi inmediato, pues se absorbe rápidamente a través de la mucosa nasal que es una zona de intensa vascularización, alcanzando su pico máximo a los 10 minutos y con una duración del efecto cercano a 1 hora.
- **inhhalada (vapores):** efectos prácticamente inmediatos (5 segundos) de gran intensidad y muy fugaces (suelen durar unos 10 minutos).
- **fumada:** efecto a los 3-5 minutos y se prolonga durante un cuarto de hora.
- **inyectada:** efecto instantáneo y de mayor duración.

Euforia. Poderosa sensación de bienestar. Locuacidad. Aumento de la sociabilidad. Excesiva autoconfianza. Aceleración mental. Hiperactividad. Deseo sexual aumentado. Disminución de la fatiga. Reducción del sueño. Inhibición del apetito. Dilatación de las pupilas. Aumento del ritmo cardíaco y respiratorio.

A medida que desaparecen los efectos estimulantes de la cocaína se inicia un periodo de bajón o “crash”, en el que domina el cansancio, la fatiga, el abatimiento, tristeza y la ansiedad, sensación de que todo el mundo está contra ti. Esto lleva al consumidor a ingerir nuevas dosis, provocando que el efecto de bajada siguiente sea más duro.

Riesgos a corto plazo

- Perforación del tabique nasal, debido a la vasoconstricción que genera en la mucosa nasal
- Taquicardia, hiperactividad
- Pérdida de conciencia
- Pérdida del apetito
- Espasmos y temblores
- Depresiones y crisis de ansiedad

RIESGO DE MEZCLAR COCAÍNA		
DEPRESORES	Con alcohol	Aumento de la tosida por la creación de la sustancia “cocaetileno”. Los efectos de ambos se contrarrestan lo que lleva a consumir más.
	Con heroína	“Speed-ball”. Efectos psicológicos muy intensos y repercusión criminal destacable, por la

		perturbación mental que ocasiona. Los consumidores intentan evitar las consecuencias desagradables de la heroína, manteniendo el efecto de euforia, alegría y potencia que proporciona la cocaína.
	Con GHB	La mezcla de un depresor con un excitante, provoca un estado de aturdimiento general, incoherencia. Provoca descontrol y descoordinación psicomotriz, alucinaciones auditivas, sensoriales y visuales, con riesgo de coma y muerte.
ESTIMULANTES	Con éxtasis	Potenciación de los efectos y peligro por sobre-estimulación del S.N.C.
PERTURBADORES	Con cannabis	Es frecuente su uso mezclado en cigarrillos, lo cual provoca el aumento de los efectos tóxicos del tabaco y cannabis, a la vez que el clorhidrato de cocaína al contacto con el calor pierde sus efectos con cannabis.

Riesgos a largo plazo:

- **Sistema nervioso:** alteraciones psíquicas de diversa índole: agresividad, esquizofrenia paranoide, estados delirantes, trastornos de la personalidad, crisis de pánico, manías, depresión, cuadros alucinatorios, convulsiones y crisis convulsivas.
- **Sistema respiratorio:** taquipnea (aceleración respiratoria), perforación del tabique nasal, edema agudo de pulmón (acumulación anormal de líquido en los pulmones), pulmón de crack (tos, falta de respiración, inflamación pulmonar...).
- **Sistema digestivo:** náuseas y vómitos, ulceraciones gástricas (con riesgo de hemorragia y perforación), isquemia intestinal: muerte de parte del intestino debido a una interrupción del suministro de sangre a dicha área.
- **Daños hepáticos:** hepatitis crónica; necrosis hepática: muerte de los tejidos del hígado.

Por alguna razón, la cocaína da sensación de pureza, de que no existe tanto riesgo de adulteración. Nada más lejos de la realidad, la cocaína es una de las drogas más sujetas a sufrir adulteraciones, no encontrándose en el mercado una pureza superior del 20%-40%. Cortes para aumentar su peso y para generar la sensación buscada de adormecimiento de la boca, que el consumidor interpreta como pureza.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: posible.** No se producen un conjunto de síntomas físicos claramente diferenciados ante su retirada.
- **Dependencia psíquica: muy alta.** La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas.
- **Tolerancia: muy alta.**
- **Síndrome de abstinencia:** presenta una psicopatología especial:
 - Depresión reactiva.
 - Psicosis cocaínica, que se caracteriza por alucinaciones auditivas (oyen voces que los insultan) y visuales (ven un desdoblamiento de los objetos). Esta psicosis se produce de forma espontánea sin necesidad de que sean consumidores habituales.
 - Síndrome de Mangan: cuadro alucinatorio táctil, en el que el consumidor percibe insectos en la piel.

1.4. Anfetaminas

Nombre científico: dextro-anfetamina

Vía de administración: oral, esnifado, intravenoso

Las anfetaminas son compuestos sintéticos derivados de la **efedrina**, alcaloide natural obtenido de la planta Efedra. Dado que la plantación necesitaba de grandes extensiones, se comenzó a sintetizar a partir de la **feniletinamina**.

En un principio se usaron las distintas anfetaminas como antiasmáticos y para combatir la congestión nasal. Rápidamente los efectos como inductores de la vigilia y disminución de la fatiga las hicieron ampliamente llamativas para combatir el cansancio y la fatiga de los soldados en la Guerra civil española, resurgiendo en los años 60 en población estudiante y retirándose a partir de 1971.

Los derivados anfetamínicos más importantes son los siguientes:

- **Sulfato de anfetamina:** presentación más común, en forma de polvo grueso de color blanco
- **Metilanfetamina o Metanfetamina:** conocida como MA o speed.
- **Metilendioxianfetamina:** usualmente llamada por sus iniciales, MDA o píldora del amor.
- **Metilendioximetanfetamina:** llamada MDMA o éxtasis.

Las dos últimas se abordarán en el apartado dedicado a drogas mixtas. En este momento nos centramos en un derivado anfetamínico de gran uso recreativo, **el speed**.

Biodinámica

En general, todos los derivados anfetamínicos se absorben bien por vía oral, desarrollando sus efectos en unos 30 minutos. También se pueden administrar por vía parenteral, en cuyo caso los efectos sufren variaciones o, fumada o esnifada como es el caso de la Metanfetamina (ice).

Su distribución en el organismo es total, atravesando muy bien la barrera hematoencefálica, y produciéndose una cierta acumulación. El metabolismo se realiza tanto en hígado como en intestino, dando lugar a metabolitos activos. La concentración máxima plasmática se alcanza alrededor de los 100 minutos después de ingerida. Del 20 al 50% del fármaco se excreta sin modificaciones, por vía urinaria.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

Las anfetaminas van a desarrollar, en general, un mecanismo de acción que involucra a varios neurotransmisores como son Dopamina, y Noradrenalina.. La anfetamina se une a receptores presinápticos de NA y DA en el SNC y los activa, induce la liberación de NT de las vesículas de los terminales nerviosos, aumenta la salida de DA nuevamente sintetizada a la hendidura sináptica, inhibe la receptación presináptica de estos transmisores, (Dulcan M. 1990).

Efectos: suelen aparecer a partir de los 30 minutos de su ingestión prolongándose de 2 a 4 horas.

Sensación de Euforia (“flash”). Aumento de la energía y de la actividad psicomotora. Reducción del cansancio, sueño y apetito. Sensación de invulnerabilidad. Aumento del ritmo cardíaco, presión arterial y temperatura corporal. Sequedad de boca. Deshidratación. Contracción de la mandíbula. Disminución de la producción de orina. Movimientos repetitivos.

Riesgos a corto plazo

- Ansiedad, irritabilidad, miedo
- Problemas respiratorios
- Insomnio
- Dolor de cabeza, vértigos
- Inhibición de la eyaculación

RIESGO DE MEZCLAR SPEED		
DEPRESORES	Con alcohol	Se reducen los efectos estimulantes del speed, al tiempo que se aumentan los riesgos por sobre-estimulación y depresión del S.N.C al mismo tiempo.
	Con heroína	
ESTIMULANTES	Con otras anfetaminas Con cocaína	Se prolongan los efectos estimulantes, con un aumento del riesgo de ansiedad y paranoia, al tiempo que el "bajón" es mucho más intenso.
PERTURBADORES	Con éxtasis	Se reducen los efectos estimulantes del speed
	Con cannabis	

Riesgos a largo plazo:

- Derrames cerebrales
- Anorexia severa
- Convulsiones, coma y muerte
- Depresión reactiva y peligro de suicidios
- Psicosis anfetamínica: cuadro paranoide caracterizado por alucinaciones visuales e irritabilidad extrema

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** posible.
- **Dependencia psíquica:** alta.
- **Tolerancia:** muy alta, se desarrolla con excepcional rapidez.
- **Síndrome de abstinencia:** estado de depresión llamada "*Depresión reactiva*". Es especialmente grave los primeros días ya que se pueden padecer crisis depresivas que induzcan al suicidio, prolongándose varios meses.

SESIÓN 5

LA CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS. LAS DROGAS PERTURBADORAS DEL SNC

1. **PERTURBADORES DEL SNC**

Conocidas como drogas **psicodélicas**, los **perturbadores del SNC** actúan como agentes expansores de la mente, proporcionando experiencias sensitivas, perceptivas y cognitivas fuera de lo común. Son los llamados “viajes” por los consumidores.

Dentro del grupo de perturbadores, y a efectos meramente didácticos diferenciaremos entre:

- **Perturbadores mayores:** cuyos efectos estarían más cercanos a cuadros alucinatorios (LSD, Ketamina, Hongos alucinógenos o Setas, Mescalina o peyote).
- **Perturbadores menores:** en dosis pequeñas y en condiciones de consumo “normales” sus efectos serían perturbadores sin llegar a alucinatorios (derivados del cannabis e inhalantes).

1.1. **LSD**

Nombre científico: dietilamida del ácido lisérgico (LSD).

Derivado alcaloide sintético que se obtiene del cornezuelo de centeno (hongo parásito del centeno). Por sus efectos está clasificado como droga perturbadora del Sistema Nervioso Central. Los primeros experimentos con esta droga se remontan a los años 40 en un intento de facilitar la terapia de un tipo determinado de pacientes con trastornos de alcoholismo crónico, anomalías sexuales... siempre con dosis muy bajas, hasta que se comprobó que sus efectos eran impredecibles y dejó de utilizarse.

Su uso ilegal se generalizó en los años 60-70 donde se utilizó en determinados grupos sociales (Movimiento Acid House). Se puede encontrar con diversas formas: tabletas, cápsulas, tiras de gelatina, micro-puntos, etc. Se distribuye en hojas de papel secante sobre las que se impregna dicha droga. Decoradas con diversos motivos. También se presenta como terrones de azúcar cuadrados, de gelatina o líquido.

Biodinámica

Una vez en sangre, se metaboliza en el hígado de tal forma que sólo una pequeña cantidad de la sustancia alcanza el cerebro. Aun así, al tratarse de una droga muy potente, bastan dosis muy bajas (0.1 miligramos) para que surja efecto.

Sus efectos aparecen a los 30-90 minutos y tienen un máximo a las 3-5 horas de su ingesta. Sus efectos van disminuyendo con el tiempo, pudiendo durar de 8 a 12 horas o incluso días. Los efectos no son iguales sino que dependen del estado físico y de ánimo del consumidor. Se elimina por la orina.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

La Serotonina y los alucinógenos en sentido estricto muestran analogía estructural entre sí. Parece que, los receptores 5-HT_{2A} en la corteza prefrontal son particularmente relevante en los efectos alucinógenos.

- 5-HT₁ (presináptico)
- 5-HT₂ (postsináptico)

Los Alucinógenos en general y específicamente el LSD mimetiza y contrarresta los efectos de los neurotransmisores serotoninérgicos (5-HT₉).

- Mimetizan efectos propios de los sistemas serotoninérgicos centrales, inhibiendo la activación de neuronas serotoninérgicas de los núcleos del rafe a través del estímulo de autoreceptores (agonista serotoninérgicos).
- Contrarresta los efectos de los neurotransmisores serotoninérgicos en el sistema periférico (antagonista serotoninérgicos): causando síntomas y signos como midriasis, taquicardia y aumento de presión arterial; respiración más profunda con ritmo alterado, piloerección, cambios de pigmentación en la piel, aumento de la tensión muscular (risas o llantos incontrolados).

Actúa como droga perturbadora inhibiendo la activación de neuronas productoras de serotonina (neurotransmisor relacionado con el estado anímico y con la habilidad de aprender, memorizar...) y activa los receptores de la dopamina (responsable de la motivación para realizar determinados comportamientos, de las emociones y de la activación motora). Todo esto ocasiona un desequilibrio funcional a diversos niveles (áreas corticales, sistema límbico...).

Efectos:

Las dosis efectivas para percibir los efectos son muy pequeñas (*0.10 mg para una persona de constitución media*). Sus efectos empiezan entre ½ hora y 1 hora después de la ingesta, alcanzando su máximo entre las 2-6 horas más tarde. Suele durar de 8-12 horas aunque depende de la naturaleza de la droga y las características del consumidor.

Los efectos de los alucinógenos no son siempre iguales, sino que dependen del estado físico y de ánimo del consumidor. Se trata más bien de efectos psicológicos, que afectan a la imaginación, los pensamientos y en general es la capacidad mental la que se ve ampliamente exaltada, incluso en dosis pequeñas se producen intensas percepciones fantásticas.

Risas incontroladas. Desinhibición. Aumento de la temperatura. Enrojecimiento de la piel. Perturbación espacio-temporal. Distorsión de imágenes y colores. Midriasis o dilatación de las pupilas. Sensación de vértigo. Hiperactividad.

Riesgos a corto plazo

Uno de los mayores riesgos del LSD, es su potencial para provocar lo que los consumidores denominan un “mal viaje”, caracterizado por cuadros alucinatorios graves (el sujeto ve cosas que no hay), depresión, angustia, pánico que puede llevar a situaciones de extrema violencia y peligrosidad (autolesionarse, suicidios...). Además el control de la dosis es difícil, dado que, su propio proceso de producción (barnizar una hoja de papel secante con la sustancia) puede ocasionar que la distribución de la sustancia no sea homogénea.

- Episodios de paranoia y pérdida de contacto con la realidad
- Crisis de ansiedad y depresión, ataques de pánico; alucinaciones; cuadros confusionales con desorientación
- Cuadros de despersonalización
- Dificultad para el pensamiento abstracto e incomunicación verbal

77

RIESGO DE MEZCLAR LSD		
DEPRESORES	Con alcohol	Extremadamente peligroso. Efectos impredecibles.
ESTIMULANTES	Con cocaína, speed, éxtasis	Conlleva un riesgo de alteración psiquiátrica grave, al tiempo que aumenta la probabilidad de experimentar un “mal viaje”.
PERTURBADORES	Con cannabis	Aumento de los efectos alucinógenos.

Riesgos a largo plazo:

- **Psiquiátricos:** insomnio; trastornos de humor; bruxismo (rechinar involuntario de los dientes); celos; ansiedad; depresión; alteraciones persistentes en el aprendizaje, en el trabajo y la atención; alteraciones en la memoria; síndrome amnésico (pérdida de memoria); trastornos obsesivos compulsivos; agresividad y hostilidad; convulsiones; catatonía; delirios de persecución; psicosis paranoide; psicosis atípica recurrente; suicidio.
- **Sistema Nervioso:** temblores; hiperreflexia; convulsiones; ataxia; hipertemia; degradación de los sistemas neurológicos dopaminérgicos (puede derivar en Parkinson) y serotoninérgicos.
- **Sistema cardiovascular:** taquicardia; hipertensión.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** ninguna

- **Dependencia psicológica:** no se conoce, aunque en algunos individuos se despierta la necesidad de volver al mundo alucinante, en cuyo caso el tratamiento es fundamentalmente psicológico. Normalmente los usuarios del ácido después de estar una racha experimentando con ellos, llegan un punto en el que optan por suspender su consumo de forma voluntaria y sin problema.
- **Tolerancia:** alta. Se desarrolla con facilidad, pero al cabo de unos pocos días de abstinencia desaparece.
- **Síndrome de abstinencia:** no se conoce la existencia de síndrome de retirada.

1.2. Hongos alucinógenos, setas, mescalina

Incluye más de un centenar de hongos que presentan diferentes compuestos con propiedades alucinógenas (psilocilina, psilocina, muscarina...)

Las principales familias de hongos alucinógenos son: *Psilocybe* y *Stropharia*. El hongo *Stropharia cubensis* es el llamado “hongo mágico” que crece en México y cuyos primeros usos datan del año 500 antes de Cristo que se usaban en ceremonias religiosas. Descubierta en Cuba, de ahí su nombre, se aisló en él un compuesto muy parecido al LSD sintetizado por un químico suizo, se trataba de la *psilocibina*.

La vía de administración más frecuente es ingerir el hongo seco y deshidratado, para reducir el porcentaje de agua y que permanezca la sustancia activa. También se consume cocinado o en infusiones.

Biodinámica: similar al del LSD

Mecanismo Neurobiológico de Actuación: similar al del LSD

Efectos: empiezan a notarse pasados 30-45 minutos de la ingestión y pueden durar entre 6 y 8 horas siendo esta la principal diferencia con el LSD cuya duración se sitúa cercana a las doce horas. Tienen síntomas similares a los del LSD

Riesgos a corto plazo: similares a los del LSD.

Riesgos a largo plazo: similares a los del LSD.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** ninguna.
- **Dependencia psicológica:** no se conoce.
- **Tolerancia:** alta.
- **Síndrome de abstinencia:** El cese del consumo de estos hongos **no causa un síndrome de abstinencia**, incluso la toxicidad que presentan en el organismo es mínima. El problema, es que suelen producirse trastornos graves de la conducta que sólo con una

psicoterapia adecuada, ayudada cuando sea necesario por psicofármacos, puede recuperar el estado psíquico de la persona.

1.3. Cannabis¹⁰

Nombre científico: Tetra Hidro Cannabinol (THC).

El cannabis se extrae de la planta Cannabis Sativa, planta herbácea, recubierta de un vello que segrega una resina de color marrón que contiene más de 60 compuestos químicos activos denominados cannabinoides. Entre ellos el tetrahidrocannabinol (THC) es el principio activo más relacionado con los efectos. Durante años se pensó que el Cannabinol era el principio activo del cannabis, pero se descubrió que, el THC se transforma en cannabinol con el paso del tiempo y los efectos del cannabis disminuyen. El cannabinol (principio de uso terapéutico) disminuye la intensidad de los efectos subjetivos y estimulantes del THC pero prolonga su duración. Por sus efectos está clasificado dentro de las drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central.

Contrario a la creencia errónea de que el cannabis es una sustancia natural, como mayor margen de seguridad en su consumo que otras drogas, esta puede ser adulterada fácilmente con goma arábiga, henna, cera, etc.

A partir de la manipulación de la planta se obtiene:

- **Marihuana:** trituración de las hojas, flores y tallos secos de la planta. Su concentración de tetra-hidro-cannabinol (THC) oscila entre 5-10%.
- **Hashish o hash:** es una sustancia marrón elaborada a partir de la resina de la planta. Se comprime para obtener una pasta dura y oscura. Su elaboración es compleja a través de un proceso de destilación con diferentes disolventes. La concentración de THC ronda el 20%.
- **Aceite de cannabis:** se obtiene por destilación al mezclar el hashis con disolventes que más tarde se evaporan. Al final del proceso se obtiene una sustancia oscura y viscosa que sirve para empapar el papel de fumar o mojar el tabaco. Tiene una concentración de THC próxima al 70%.

Biodinámica

Absorción rápida, aunque sus efectos varían en función de la dosis, el tipo de cannabis, etc... La forma inhalada o fumada surge efecto más rápidamente que la ingerida, ya que al ser absorbida por los pulmones, llega al cerebro en aproximadamente 30 minutos y dura entre 2 y 4 horas.

¹⁰ Los gráficos utilizados en este apartado toman como fuente, en el caso de los Mecanismos neurobiológicos de actuación: NIAAA. <http://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/brain-actions-cocaine-opiates-marijuana/section-iii-introduction-to-drugs-abuse-cocaine-opia-11>

En el caso de los receptores Cannabinoides, MIRAT, programa de prevención selectiva para jóvenes sancionados por tenencia/consumo de sustancias en la vía pública (2010)

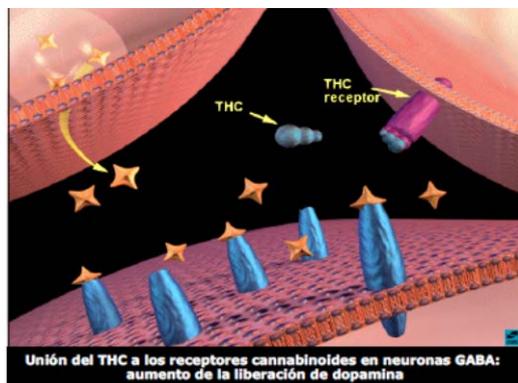
La forma oral presenta una biodisponibilidad menor (ente el 4 y 12% frente al 50% de la fumada). Se metaboliza en el intestino y el hígado antes de llegar al cerebro, alcanzando el máximo a las 1-2 horas (en ocasiones hasta 4-8 horas) tras la ingesta.

El hígado lo degrada en un metabolito activo: el 11-hidroxi-D9-THC, el cual, puede ser hasta tres veces más potente porque llega mejor al cerebro.

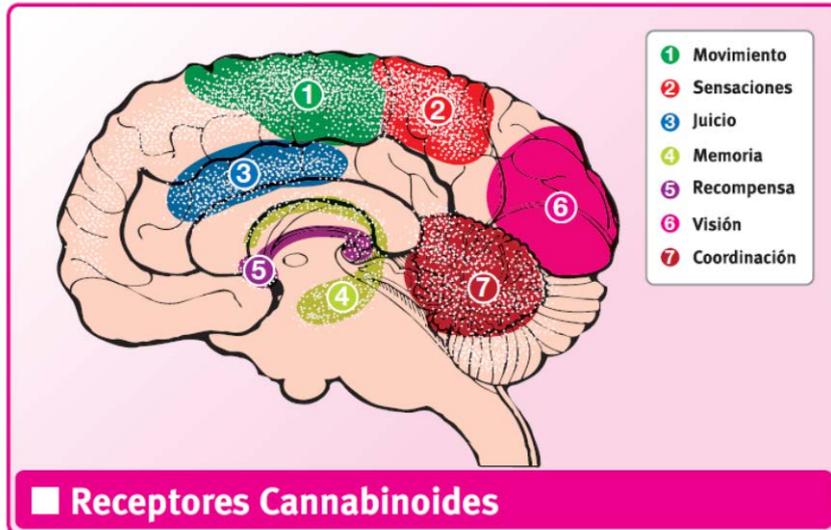
El riñón también lo metaboliza y excreta. Su excreción se realiza principalmente por la orina (20-35%) y por vía fecal (65-80%). El 80-90% de la dosis administrada se elimina en 5 días. En consumidores habituales, este tiempo aumenta, dado que el THC tiende a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, la detección de sus metabolito puede prolongarse hasta 20 días después y, entre 30 y 80 días en consumidores crónicos.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

El cannabis y todos sus derivados actúan sobre receptores específicos del cerebro que forman parte del denominado "sistema endocannabinoide". Dicho sistema está conformado por:



- Endocannabinoide endógeno (Araquidoniletanolamida o anandamida y 2-araquidonilglicerol) los cuales son sintetizados, liberados y degradados por las neuronas (aunque también se encuentran a nivel periférico). Se producen a demanda (la biosíntesis aumenta cuando las neuronas se activan). En comparación al THC, los enzimas metabolizan la anandamida más rápido, por tanto, la duración es más corta.
- Receptores cananbinoide (CB1 y CB2); específicamente la activación del receptor CB ya sea por un cannabinoide endógeno o por uno exógeno va a modular el proceso de transmisión sináptica, regulando la cantidad de neurotransmisor liberado al activarse la terminación nerviosa. Inhibe la liberación de GABA, y mediante esta inhibición:
 - estimula liberación de DA en el Núcleo accumbens
 - activa la secreción de opioides endógenos (endorfinas)



Efectos:

Euforia. Relajación muscular. Analgesia. Risas. Aumento de la percepción sensorial. Descenso de la temperatura corporal. Taquicardia. Aumento del gasto cardiaco y de la demanda de oxígeno. Vasodilatación. Aumento del apetito. Alteración del metabolismo de la glucosa. Enrojecimiento de ojos. Deterioro o lentitud en la coordinación motora. Desorientación espacio-temporal. Sequedad de boca. Broncodilatación. Lapsos de atención y memoria reciente.

Riesgos a corto plazo

- Bronquitis y enfermedades respiratorias,
- Ansiedad y crisis de angustia,
- Alteración del apetito y el sueño,
- Disminución de los reflejos y la capacidad de juicio,
- Alteraciones en la memoria y la concentración,
- Trastornos sexuales,
- Alteración de la función inmunitaria

RIESGO DE MEZCLAR CANNABIS		
DEPRESORES	Con alcohol	Aumenta el riesgo de vómitos y bajada de tensión arterial, pudiendo producir lipotimia. Es la peor combinación para conducir o realizar actividades complejas
ESTIMULANTES	Con cocaína	Multiplican los efectos sedantes
	Con éxtasis	Puede causar deshidratación grave,

		así como, alucinaciones, pérdida de conocimiento y paro cardíaco
PERTURBADORES	Con LSD	Aumenta los efectos alucinógenos y los riesgos que esto conlleva.

Riesgos a largo plazo:

- **Sistema respiratorio:** bronquitis; faringitis; cáncer.
- **En personas con cardiopatías:** el cannabis aumenta las necesidades de oxígeno del miocardio, lo que puede desencadenar en una crisis de Angor.
- **Psicosis tóxica aguda:** manifiesta con ansiedad, delirios paranoides, de persecución o ideas de suicidio acompañadas de pánico, depresión y desorientación en el tiempo y en el espacio.
- **Sistema nervioso:**
 - Síndrome amotivacional; caracterizado por apatía, frustración fácil, pérdida de eficacia al desarrollar trabajos, presentan conductas problemáticas con las reglas sociales y mayor tolerancia con las conductas desviadas, lo que suele ocasionar problemas judiciales
 - Deterioro de la memoria reciente (hipocampo)
 - Deterioro de la coordinación motora (cerebelo);
 - Dificultad de concentración y de la actividad mental (cortex); ansiedad; pánico; alucinaciones, delirios; trastornos disfóricos o depresivos; despersonalización; reacciones esquizoides.
- **En el feto:** produce alteraciones en neurotransmisores y receptores

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** no se conoce.
- **Dependencia psicológica:** moderada.
- **Tolerancia:** alta. El consumo de cannabis genera en pocos días tolerancia, de esta forma el consumidor tiene que aumentar la cantidad para poder disfrutar de los mismos efectos.
- **Síndrome de abstinencia:** el fumador abusivo manifestará tras la interrupción prolongada del consumo síntomas de ansiedad y agitación, sudoración frecuente, temblores, insomnio y trastornos gástricos como vómitos, náuseas o pérdida del apetito.

Cannabis terapéutico

El descubrimiento del sistema cannabinoide y su participación en múltiples funciones fisiológicas básicas del organismo ha renovado, sin duda alguna, el interés de la medicina por los compuestos cannabinoides. Algunos cannabinoides sintéticos son utilizados con fines terapéuticos, como es el caso de la Nabilona (Cesamet) para el tratamiento de pacientes con cáncer y que siguen tratamiento de quimioterapia y del Dronabinol (Marinol) que es un THC producido de forma sintética y que se utiliza en el tratamiento de la esclerosis múltiple y en cuidados paliativos (Pacher, P., Bátkai, S. y Kunos, G., 2006).

Las indicaciones más prometedoras de la terapia con cannabis en la actualidad se centran en tres tipos de patologías diferentes:

- a) **tratamiento del dolor:** Los cannabinoides disminuyen la reactividad al dolor. El cannabinoide más estudiado es el THC, sobre todo en modelos animales tanto de dolor agudo como de dolor crónico. La eficacia de los cannabinoides se ha estudiado en el tratamiento del dolor oncológico, neuropático y postoperatorio (Pacher, P, Bátkai, S y Kunos, G, 2006). En general, la mayoría de autores señalan que el dolor crónico, sobre todo oncológico y neuropático, sería susceptible de tratamiento con cannabinoides (Duran, M., Laporte, J.R y Capellà, F, 2004).
- b) **tratamiento de la espasticidad y otros síntomas de la esclerosis múltiple**
- c) **tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por citostáticos en pacientes oncológicos:** los efectos paliativos de los cannabinoides en pacientes con cáncer son los más conocidos y pueden ir desde efectos estimulantes del apetito, inhibición de las náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia y la radioterapia, reducción del dolor y una mejoría del estado de ánimo así como del insomnio (Walsh y cols., 2003; Hall, W. y cols. 2005). El Δ^9 -tetrahidrocannabinol (Dronabinol, Marinol) y su derivado sintético la Nabilona, fueron aprobados por la U.S. Food and Drug Administration en Estados Unidos para el control de las náuseas en pacientes de cáncer que seguían tratamiento de quimioterapia y como estimulante del apetito en pacientes con SIDA. Algunos estudios recientes también sugieren que los cannabinoides pueden inhibir de forma directa en el crecimiento del cáncer (Patsos, H.A y cols. 2005), aunque los mecanismos de su posible acción son complejos. En general, en estos estudios se constata la efectividad de cannabinoides como el Dronabinol y la Nabilona. No obstante, según Duran y colaboradores (2004), los cannabinoides podrían constituir una opción terapéutica como tratamiento coadyuvante, en el 20-30% de los pacientes que presentan vómitos agudos y en el 50% de los que padecen náuseas. También se ha señalado que podrían ser eficaces en el tratamiento de las náuseas y de los vómitos anticipatorios.

DRONABINOL

Versión sintética del THC (droga disuelta en aceite de sésamo)

Aprobado para uso terapéutico en EEUU para tratar las náuseas, los vómitos, la falta de apetito y la pérdida de peso.

Se está estudiando su eficacia para tratar los espasmos asociados a la esclerosis múltiple y al dolor postoperatorio



Absorción desigual y poco segura

NABILONA (Cesamet)

Análogo del THC

Aprobado en Reino Unido

Calma náuseas, vómitos y espasmos



2. DROGAS DE SÍNTESIS

Este término se acuña para designar la síntesis clandestina de sustancias ligeramente distintas en su estructura molecular a drogas ya existentes de las que derivan, pero con similares efectos psicoactivos

2.1. Éxtasis

Nombre científico: 3,4-MetilenoDioxiMetAnfetamina (MDMA).

Presenta una estructura química similar a la anfetamina (estimulante cerebral), y a la mescalina (perturbador cerebral) lo que lleva a generar efectos psicoestimulantes en mayor medida y perturbadores en menor.

Sintetizada en 1914 por las empresa farmacéutica Merck (anfetamina en 1887)

Biodinámica

Muy buena absorción oral al ser liposoluble. Atraviesa sin problema la barrera hematocefálica. A los 15 minutos alcanza el cerebro, lo cual explica la rapidez de sus efectos.

La metabolización del 60-70% tiene lugar en el hígado con una vida media de 9 horas en el organismo.

La dosis promedio de cada pastilla (100-150 mg), produce sus efectos a la media hora, alcanzando un máximo en 1 ó 2 horas. Sus efectos desaparecen a lo largo de las 4-6 horas siguientes.

Se excreta por la orina.

Mecanismo Neurobiológico de Actuación

La administración de MDMA provoca liberación de: Serotonina, Dopamina, Noradrenalina, Acetilcolina, etc...

Específicamente la MDMA presenta una afinidad muy alta con:

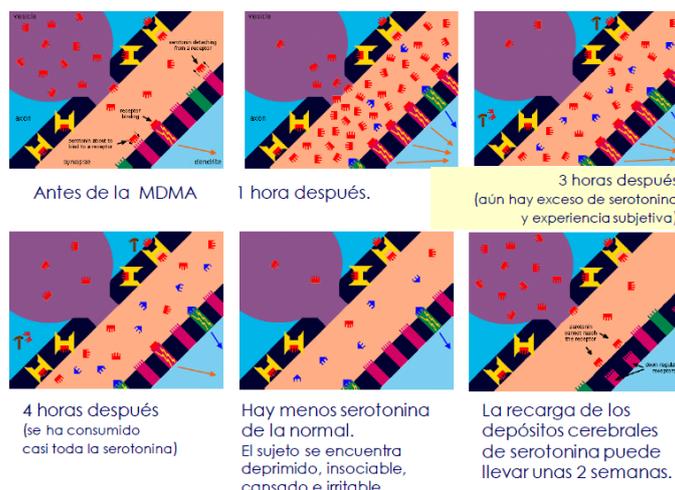
- Receptores 5-HT₂ serotoninérgicos: efectos sobre el estado anímico. Fundamentalmente efectos entactógenos.
- Receptores α_2 adrenérgicos y Receptores M1 muscarínicos: efectos cardiovasculares.
- Receptores H1 histaminérgicos: vasodilatación.

Y una afinidad media con:

- Receptores serotoninérgicos 5-HT₁: actividad locomotora
- Lugares de recaptación de Dopamina : actividad locomotora

Con el consumo de éxtasis se produce a corto plazo una liberación extracelular masiva de 5-HT, con una disminución a las pocas horas y recuperación niveles basales a las 18-24 h, pero que vuelven a disminuir según dosis, no recuperándose la recarga de los depósitos cerebrales de serotonina hasta aproximadamente unas 2 semanas.

85



Los efectos a largo plazo del éxtasis son la reducción en niveles de serotonina y daño histológico con una destrucción en las terminales de estos neurotransmisores. Realmente los cuerpos celulares de 5-HT no son destruidos y tienen la posibilidad de regenerarse, pero esta regeneración tiene estructura patológica

Efectos:

Empatía o aumento de la comunicación. Actitudes de simpatía, sociabilidad, confianza, amiguismo. Euforia. Sensación de energía. Aumento de la percepción sensorial. Intensificación de las sensaciones del oído y tacto.

Al igual que ocurría con la cocaína el consumo de éxtasis de caracteriza por lo que el consumidor denomina “bajón” en el que aparecen cansancio físico y psicológico, irritabilidad, falta de deseo sexual, sensación de tristeza....., efectos contrarios a los experimentados en la etapa de “subida”.

Riesgos a corto plazo

- Distorsión visual

- Movimientos involuntarios de los ojos y mandíbula
- Aumento de frecuencia cardiaca y tensión arterial
- Deshidratación
- Confusión mental y pérdidas temporales de memoria
- Agobios golpes de calor o hipertermia: subida de temperatura corporal y bajada repentina de la presión arterial que provoca la pérdida de conciencia y puede desembocar en muerte súbita.

RIESGO DE MEZCLAR ÉXTASIS		
DEPRESORES	Con alcohol	Relacionado con las últimas muertes por éxtasis.
ESTIMULANTES	Con cocaína	Prolonga los efectos estimulantes, con incremento del riesgo de hipertermia, ansiedad y paranoia.
PERTURBADORES	Con cannabis	Disminución de los efectos estimulantes, por lo que se tiende a aumentar el consumo.

Riesgos a largo plazo:

- **Sistema circulatorio:** hipertensión o aumento de la tensión arterial; elevación de la frecuencia cardiaca o taquicardias.
- **Sistema Nervioso:** anorexia; alteraciones psíquicas de diversa índole: agresividad, esquizofrenia paranoide, estados delirantes, trastornos de la personalidad, crisis de pánico, manías, depresión, paranoias...; convulsiones y crisis convulsivas.
- **Efectos secundarios** producidos por los adulterantes, entre ellos: problemas hepáticos; complicaciones renales.
- **En personas con dolencias cardíacas:** puede producir graves complicaciones debido a sus efectos sobre el sistema cardiovascular.
- **En hipertensos:** su consumo, por parte de hipertensos, puede producir complicaciones debido a que aumenta la presión arterial.
- **En embarazadas:** su consumo durante el embarazo, repercute negativamente en el crecimiento fetal y produce malformaciones cardíacas y del paladar hendido.

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física:** no se conoce.

- **Dependencia psicológica: no se conoce**
- **Tolerancia: alta.** Más de 250 mg cada dos semanas inducen procesos de tolerancia.
- **Síndrome de abstinencia: no se conoce** la existencia de sintomatología cuando se suspende el consumo, aunque después de consumos muy prolongados pueden aparecer estados depresión, delirios e incluso ideas suicidas.

2.2. Crystal

El término “crystal” se usa para designar una de sustancia estimulante que no se corresponde con una sola estructura química, sino que hace referencia a:

- Un derivado del PCP o Fenciclidina.
- Un derivado de la Metanfetamina.
- Un derivado del speed cristalizado (es lo más frecuente en occidente).

Aunque en principio se trate de un estimulante la clasificamos dentro del conjunto de drogas “mixtas”, puesto que, su reciente incorporación como droga recreativa y los análisis toxicológicos sobre muestras incautadas reflejan la enorme variedad de cortes o adulteraciones (cocaína, MDMA, etc...)

Efectos:

Con una vía de administración oral (disuelto en líquido o directamente ingerida una pequeña cantidad) produce un efecto muy rápido que dura entre 30-45 minutos (dosis entre 5-15 mg) de ahí que la frecuencia en la administración sea alta, generando peligros por sobredosis.

“Rush intenso” o placer intenso. Euforia. Prolongación estado vigilia. Aumento de la frecuencia cardiaca. Enrojecimiento facial. Hipertermia,

Riesgos a corto plazo:

- Aumento brusco de la temperatura corporal
- Pérdida de coordinación
- Confusión
- Arritmias cardíacas
- Insomnio
- Temblores, convulsiones

RIESGO DE MEZCLAR CRYSTAL	
DEPRESORES	Puede causar coma y accidentes por sobredosis.
ESTIMULANTES	Prolonga la estimulación debido a la sinergia de la estimulación.
PERTURBADORES	Efectos imprevisible, dependientes del estado anímico del consumidor

Riesgos a largo plazo:

Debido a su reciente aparición, las únicas evidencias que se tienen a largo plazo, son las producidas por cualquier sustancia estimulante del S.N.C:

- Daños irreversibles en los vasos sanguíneos del cerebro, provocando accidentes cerebro vasculares
- Psicosis paranoicas

Dependencia, Tolerancia y Síndrome de Abstinencia.

- **Dependencia física: alta**
- **Dependencia psicológica: alta**
- **Tolerancia: muy alta**
- **Síndrome de abstinencia:** se manifiesta durante los 2-3 días siguientes a la interrupción de su consumo con ansiedad, gastroenteritis y dolor de cabeza. El incremento del apetito y la depresión severa también son frecuentes.

2.3. Quimical Research y Legal Highs

Asociado a las drogas de diseño surgen en los últimos años dos nuevos conceptos para hacer referencia a las nuevas sustancias sintetizadas y que se comercializan al público general a través de internet en las últimas décadas.

- “Euforizantes legales” o legal highs: son productos que incluyen una o varias sustancias, desde mezclas de hierbas a drogas preparadas en el laboratorio, que imitan los efectos de las drogas ilegales como la marihuana, el éxtasis, la catinona, el LSD o la cocaína, pero que no utilizan ingredientes psicoactivos o sustancias prohibidas, hasta el momento, por la ley (PND, 2011).
- “Productos químicos de investigación” o research chemicals: sustancias psicoactivas sintéticas, no fiscalizadas internacionalmente, que son vendidas por proveedores que operan, principalmente, a través de Internet. Ello no significa que sean sustancias nuevas. Unas lo son y otras fueron sintetizadas hace muchos años (PND, 2011)

Tal y como recoge el Observatorio Europeo (Emcdda 2013), por su impacto en los últimos años resaltamos algunas de ellas:

- Los cannabinoides sintéticos (JWH-018, CP-47,497, CP-47,497-C8 y HU-210) constituyen uno de los grupos de drogas emergentes con más auge utilizándose el nombre de spice. Se presentan bajo forma de una sustancia base más o menos inocua, muchas veces de origen vegetal (hierbas) que el fabricante ha impregnado con el cannabinoide sintético (Spaderna, Addy y D'Souza, 2013). No obstante, en algunos casos el JWH-018 es un agonista total y 4 veces más afín al receptor CB-1 y 10 veces más afín al receptor CB-2 que el THC. Su precio oscila entre 9 y 12 euros el gramo. Entre sus efectos, destacan la sensación de empatía y bienestar, náuseas, ansiedad, agitación, ataques de pánico, taquicardia, ideación paranoide, alucinaciones (Tung, Chiang y Lam, 2012). Hay descrito algún caso de psicosis tóxica esquizofreniforme (Müller et al., 2010).
- El kratom es una de las sustancias con una mayor expansión en Europa en los últimos años, de acuerdo con los datos del EMCDDA (2012). Se trata de un preparado herbáceo a base de *Myragina speciosa*, una planta originaria del sudeste asiático y cuyos principales alcaloides actúan principalmente como agonistas mu-opiáceos (Babu, McCurdy y Boyer, 2008). Se ha popularizado su venta por Internet como alternativa “natural” a los opiáceos.
- Mefedrona: catinona sintética, relacionada químicamente con las sustancias psicoactivas presentes en el khat, extracto natural de una planta. Existen pocos estudios al respecto, excepto aquellos que han ido apareciendo a raíz de intoxicaciones y los casos de muerte (Greene y Dargan, 2011). Entre los efectos, los usuarios describen un efecto entactógeno, similar al del MDMA, y un efecto estimulante, como el de la cocaína (McElrath y O'Neill, 2011).
- MDPV (3,4-metilendioxiptovalerona) o “sales de baño”; conocidas como Ivory Wave o Vanilla Sky (Baumann et al., 2013), en la calle surgió la alarma por su efectos como droga caníbal. En realidad se trata de un potente estimulante perteneciente al grupo de las catinonas y a la familia química de las fenetilaminas.
- El estramonio o *Datura stramonium* es una planta de la familia de las solanáceas con un tradicional uso chamánico. Como sustancias psicoactivas, presentan efectos similares al Lsd, pero potenciados con un muy alta letalidad (Gaire y Subedi, 2013). Provoca delirium con importante desorientación, así como alucinaciones realistas muy intensas y duraderas con pérdida absoluta del contacto con la realidad.

ANEXO 1 DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS TEMAS 1-5

Una vez finalizadas las sesiones de este bloque informativo se realizarán las siguientes actividades

ACTIVIDAD 1

- **Objetivos:**
 - Aclarar algunos de los conceptos del proceso adictivo que permita identificar a cada participante dónde se sitúan dentro de ese proceso.
 - Familiarizarse con la terminología del proceso adictivo.
- **Dinámica:** se reparten las tarjetas. Como puede observarse estas tarjetas incluyen términos y definiciones relacionadas con el proceso adictivo. Todas ellas están emparejadas, de manera que a un asistente se le dará el término y a otro la definición o significado de ese término. La tarea consiste en localizar al compañero/a que posee la tarjeta que complementa la suya.

Tarjetas

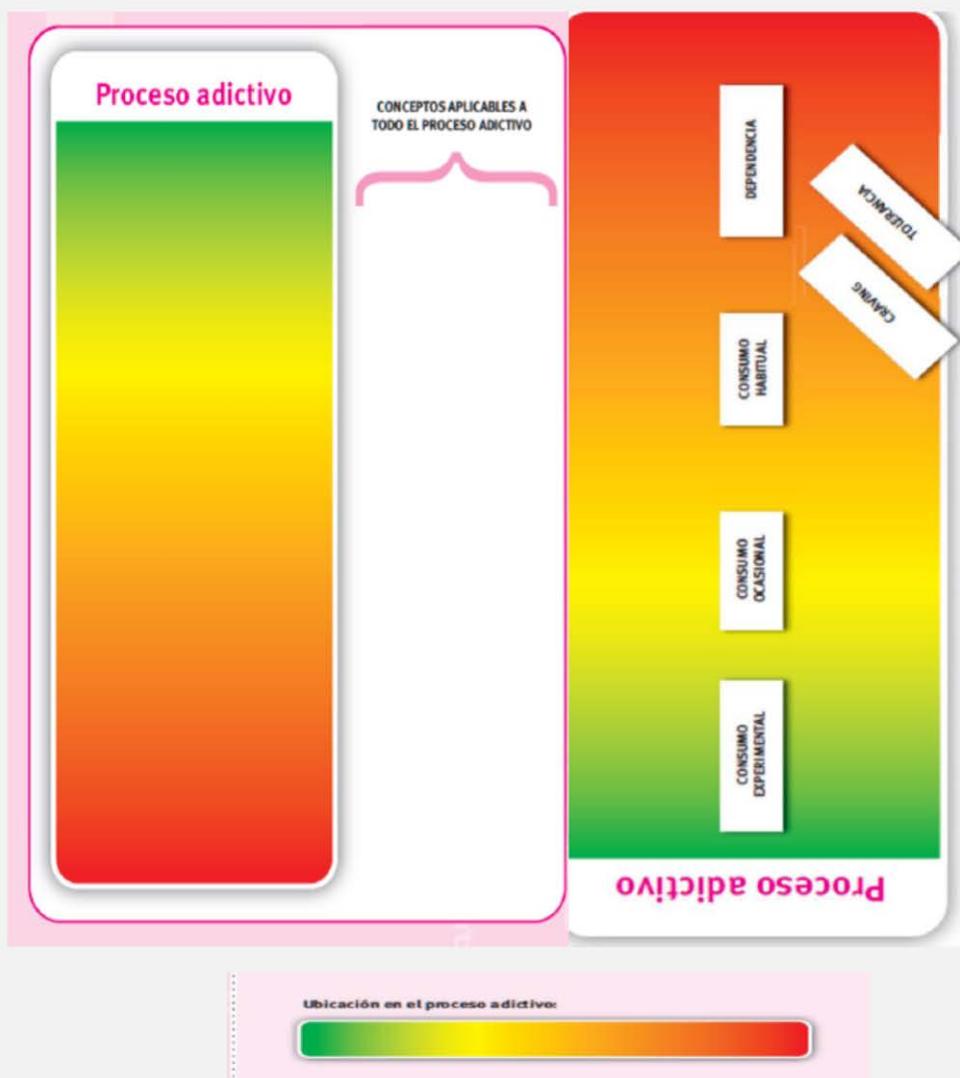
CONSUMO EXPERIMENTAL	"No que va. Sólo para probarlo. Para ver si lo que dicen es verdad. Y si no me mola, pues nada, a otra cosa..."
CONSUMO OCASIONAL	"Sí, yo también, en el cumple de Fede. Como pagaba él, cayeron un par. Pero ya está. Yo paso de movidas y malos rollos. Si sale algún cumple puessi, me hago alguna. O si es alguna fiesta, también. Pero así a lo loco porque si todos los fines de semana, no. Yo paso."
CONSUMO HABITUAL	"¡¡Cómo las vamos empalmando este año!! Entre cumpleaños y puentes, le estamos pillando el punto a esto. A ver quién nos dice ahora que no salgamos. Nos apretamos el cinturón entre semana para poder disfrutar del fin de semana. ¡No sería lo mismo el fin de semana sin pillar, ni el jueves o viernes sin botellón!"
DEPENDENCIA	"Conseguí poder arreglarme la fiara para buscarme un hueco e ir a pillar. La verdad que me la tuve que montar bien, por que el jefe dice que ya son demasiadas excusas. ¡El que sabrá! Vale, últimamente meto más la pata en algunas cosas, pero es que me agobia tenerlo encima. A él, a mi madre y a sus sermones, que cada vez son más seguidos. Es verdad que antes era sólo los jueves, pero ahora es enchufarme y ya no puedo parar. ¡¡Lo necesito!!"
CRAVING	"Buff, ¿y ahora de dónde pilla yo? Porque tengo unas ganas que me muero. Pero desde hace ya una rato. Y no hay manera que se me vayan. Sólo tengo en la cabeza pillar, pillar y pillar. Otra vez igual. Y como no pille algo no hay manera de que se me vaya. Me va a tocar volver a bajar..."

ACTIVIDAD 2:

- **Objetivos:**
 - Considerar la conducta adictiva como un proceso en el que no es necesario llegar a la dependencia para presentar "problemas".
- **Dinámica:** se reparten las tarjetas, en este caso adhesivas, para que los diferentes participantes tras un proceso de auto-reflexión sobre los conceptos expuestos puedan, en primer lugar en grupo, situarlos en un continuum (panel-mural) y en segundo término hagan su propia ubicación en el proceso adictivo explicando y comentando el porqué de dicha ubicación (evolución en los consumos, síntomas aparecidos, reconocimiento de fases, sentimientos generados....)

Panel-Mural

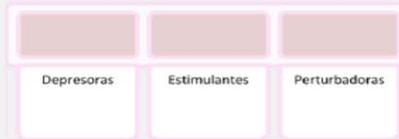
Tarjetas



ACTIVIDAD 3 (actividad pre):

- **Objetivos:**
 - Valorar la falta de información de carácter científico que se posee, incluso siendo un consumidora
- **Dinámica:** se reparten las tarjetas con el nombre de las diferentes sustancias, solicitando al grupo que se ponga de acuerdo para clasificarlas según su efectos en el SNC.

Panel



ACTIVIDAD 3: Tema 2

- **Objetivos:**
- **Dinámica:** Tras colocar las tarjetas de cada sustancia en la tabla de clasificación, ahora se solicitará a los asistentes que identifiquen con que sustancias corresponden una serie de afirmaciones

Tarjetas

<p>En las fases iniciales se aprecia un efecto estimulante, con la aparición de mayor flujo verbal, sensación de bienestar, risa fácil y desinhibición.</p> <p>Después aparecen efectos sedantes: una reducción de la capacidad de rendimiento, torpeza motora, dificultad al andar, pérdida de reflejos, deterioro de la capacidad de juicio, cambio del estado de ánimo, irritabilidad, disminución de la capacidad de atención, afectación de la habilidad de conducir...</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>1</p>	<p>La intoxicación resulta más grave si se alcanza una concentración elevada de la sustancia en sangre, en poco tiempo (cuestión de horas).</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>2</p>	<p>Es su elaboración intervienen diversas sustancias químicas (éter, ácido sulfúrico, amoníaco, etc.). Además, suele cortarse/adulterarse, oscilando su pureza enormemente.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>13</p>	<p>El consumo lleva asociado una sensación de mayor energía y lucidez, mayor seguridad en uno mismo, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora y verbal, hipervigilancia, etc. Cuando deja de hacer efecto la sustancia se experimenta un efecto rebote que hace que la persona se sienta cansada, irritable, con pocas ganas de hacer cosas, etc.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>15</p>
<p>La investigación científica apoya la existencia de daño a órganos asociados a los nuevos patrones de consumo juvenil (consumos intensos e intermitentes).</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>4</p>	<p>Mayor posibilidad de verse implicado en peleas, malas relaciones con otros (familia, compañeros...), relaciones sexuales de riesgo, conducción temeraria, conductas peligrosas, delictiva que la sustancia inhibe el centro regulador de la conciencia.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>5</p>	<p>Hay abundantes receptores de este principio activo en las partes del cerebro que regulan el movimiento, la coordinación, el aprendizaje, la memoria y las funciones cognitivas superiores, como el juicio y el placer.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>7</p>	<p>Su consumo durante el período académico se asocia a notas peores, menor satisfacción, actitudes negativas hacia la escuela, un pobre rendimiento escolar, un aumento del absentismo y una mayor prevalencia de abandono de los estudios.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>8</p>
<p>Los jóvenes que consumen en exceso esta sustancia muestran cuando están abstuense, menor capacidad para recordar, mayor lentitud para procesar la información, problemas de atención y dificultad para realizar las tareas.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>3</p>	<p>La mezcla con mariguana potencia algunos efectos de ambas sustancias.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>6</p>	<p>Un consumidor habitual tardaría más de un mes en estar completamente "limpio".</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>9</p>	<p>Son múltiples las sustancias, más o menos tóxicas, con las que suele mezclarse: betón, henna, alquitrán, bano, cera, aceite de coche usado, plomo compactos, cenizas, estireno...</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>10</p>
<p>El consumo cuando se está bajo los efectos del alcohol produce una falsa sensación de sobriedad (la persona cree estar menos "borracho") y de mejora del rendimiento psicomotor. Esto puede llevar a conductas de riesgo.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>11</p>	<p>Puede provocar un aumento del diámetro de la pupila, sangrado en la nariz, problemas respiratorios, alteración del sueño, hipertensión, dolor de cabeza e incluso infarto cerebral, crisis de ansiedad, inquietud y pánico.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>12</p>	<p>Tras el consumo se experimenta euforia, sequedad de boca, enrojecimiento de los ojos, sensaciones placenteras de calma y bienestar, risa fácil, alteraciones de la percepción del tiempo y del espacio, aumento del habla, etc.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>14</p>	<p>Produce una subida de la temperatura corporal con riesgo de golpe de calor y deshidratación, temblores y convulsiones.</p> <p>¿Qué sustancia es?</p> <p>16</p>

ACTIVIDAD 4

- **Objetivos:**
 - Identificar las creencias erróneas que modulan el consumo , cuestionándolas a partir de la información recibida siendo capaces de modular argumentos objetivos
- **Dinámica:** se reparten las tarjetas sobre los mitos o creencias erróneas entre los asistentes. Cada uno colocará la tarjeta en el panel de la sustancia que cooresponda, solicitando la conformidad o no del grupo con la ubicación elegida y en todo caso argumentandose siempre las razones que coorespondan.

Tarjetas



Paneles



SESIONES 6-11 ÁREA MOTIVACIONAL:

¿Por qué consumo?

¿Qué siento?

Sesión 6 Las fases del cambio

Sesión 7 La ambivalencia

Sesión 8 Los valores y los roles

Sesión 9 Las emociones

Sesión 10 La autoeficiencia

Sesión 11 Estrategas de afrontamiento. Inteligencia emocional.

SESIÓN 6

LAS FASES DEL CAMBIO

1. Introducción

Se presenta el enfoque motivacional a los participantes a través de las fases del cambio de Prochaska y DiClemente. Se explica a los participantes que el técnico responsable del taller es consciente de que todos están allí porque han sido presionados para ello. Sin embargo, *que el taller sea de utilidad para ellos, que hagan algún cambio significativo en su vida en lo referente al consumo de tóxicos, depende por entero de ellos, y es su decisión*. En el taller *no se utilizará la confrontación* (ni por parte del responsable del taller ni por parte de ninguno de los participantes), sino la exploración, en grupo, de las emociones, pensamientos y conductas relacionadas con el consumo de tóxicos, y también las emociones, pensamientos y emociones, relacionadas con el no consumo de tóxicos. En el taller se espera que todos tengan una actitud empática, de aceptación y respeto por la situación individual de cada participante.

97

2. Objetivos

- Enseñar a los participantes el modelo de los estadios del cambio.
- Conseguir que cada participante se evalúe a sí mismo usando el modelo en lo referente a su consumo de tóxicos.
- **Precontemplación:** Fase en la que la persona ni considera que tiene un problema ni cree que tenga que cambiar.
- **Contemplación:** Fase en la que la persona considera de forma activa la existencia de un problema y la posibilidad de cambiar. Se evalúan las opciones pero todavía no se considera actuar para cambiar.
- **Preparación para la acción:** Fase en la que hay un compromiso de cambio y se inicia la preparación del mismo.
- **Acción:** Fase en la que se ponen en marcha las conductas de cambio.
- **Mantenimiento:** Fase en la que el cambio alcanzado se consolida y se integra en el estilo de vida de la persona.

3. Desarrollo de la Sesión

- **Presentación de las fases del cambio y debate (25 minutos. Actividad en grupo)**

Con la ayuda de una figura que representa las fases del cambio el responsable del taller presenta las distintas fases y se debaten con los participantes

- **Ejercicio práctico en grupo sobre las fases del cambio (45 minutos. Actividad grupal)**

En grupos de 5-10 participantes se diseñan viñetas (breves párrafos) ilustrativas de cada estadio/ fase del cambio. Las viñetas se ponen posteriormente en común. Cada grupo lee sus viñetas y los demás participantes debaten sobre la fase / estadio a la que creen que pertenece.

- **Realiza una AUTOVALORACIÓN (40 minutos. Actividad individual)**

En pocas líneas, entre cinco y diez, cada participante define su fase de cambio con respecto al consumo problemático de tóxicos que le llevó al programa. Al final, se ponen en común como en el ejercicio grupal.

4. Debate y conclusiones

Resumen de las fases del cambio, insistiendo en su flexibilidad y en la necesidad de que cada persona sea consciente de su estadio de cambio para aquellas situaciones que generan problemas en sus vidas.

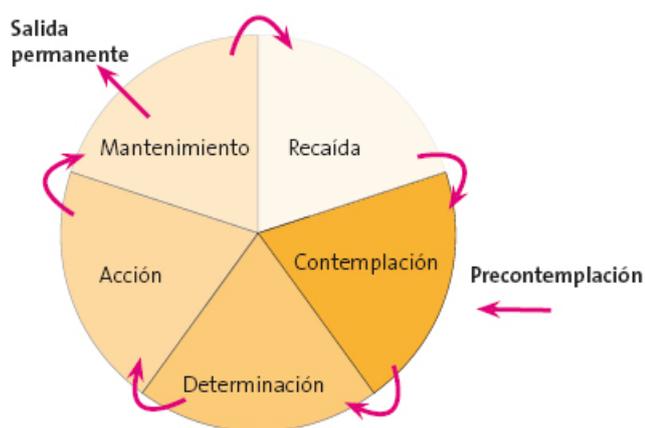


Figura 1. Valoración del estado para cambiar: fases (Prochaska y DiClemente)

Tomado de: Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas delictivas⁸.

SESIÓN 7

AMBIVALENCIA

1. Introducción

Se presenta la *ambivalencia como un proceso natural en la vida de las personas*. El problema es que puede ser un proceso que genere estrés y haga que las personas intenten no pensar en el porqué de su ambivalencia perpetuándola. Con frecuencia las personas piden consejo a otras personas (familiares, amigos o expertos) sobre que hacer para resolver su ambivalencia. Por desgracia, muchas veces estos bienintencionados consejos no tienen en cuenta la existencia de la ambivalencia, y arrastran a la persona en el sentido contrario (es decir si una persona duda entre hacer A o B, cuando se le aconseja hacer A se siente inclinado de forma automática hacia B y viceversa).

100

2. Objetivos

- Entender la ambivalencia como un proceso natural y no patológico.
- Dotar a los participantes de estrategias para explorar y “resolver” su ambivalencia.
- Conceptos clave:
 - Situaciones generadoras de ambivalencia:
 - Bueno – Bueno: Hay que escoger entre dos cosas buenas.
 - Malo – Malo: Hay que escoger entre dos cosas malas.
 - Bueno y Malo a la vez: Hay que escoger entre hacer o no hacer una sola cosa.
 - Doble Bueno y Malo a la vez: Hay que escoger entre dos opciones que tienen cosas buenas y malas. Lo más habitual.
 - Conceptos que se relacionan con la ambivalencia:
 - Importancia: Intensidad emocional y cognitiva que supone el cambio o el “no cambio”.
 - Confianza: Estimación de la capacidad que tiene la persona para ejecutar el cambio o el “no cambio”.
 - Disposición para el cambio: Voluntad para realizar el cambio o el “no cambio” en el futuro inmediato.
 - Resistencia: Distancia que hay entre la disposición real para el cambio de una persona y la presión que esa persona siente que el medio ejerce sobre ella con respecto al cambio.
 - Discurso de cambio o de “no cambio”:
 - Preparación: Deseos, razones, necesidades y habilidades.
 - Movilización: Disposición o compromiso, activación, dar pasos.

3. Desarrollo de la Sesión

- **Presentación sobre la ambivalencia y debate (25 minutos. Actividad en grupo)**

El responsable del taller presenta los distintos conceptos clave y se debaten con los participantes.

- **Ejercicio práctico en grupo sobre la ambivalencia (45 minutos. Actividad grupal)**

En grupos de 5-10 participantes se diseñan viñetas (breves párrafos) ilustrativas de cada concepto clave. Las viñetas se ponen posteriormente en común. Cada grupo lee sus viñetas y los demás participantes debaten sobre el concepto clave que representa la viñeta.

- **Realiza una AUTOVALORACIÓN (40 minutos. Actividad en pareja)**

Cada participante expone a su pareja una situación de su vida en la que hay ambivalencia. El compañero la explora utilizando los conceptos clave. Una vez explorado mide en una escala de 1 a 10 la importancia, confianza y disposición para el cambio de su pareja. Al final, se ponen en común y se debaten.

4. Debate y conclusiones

Utilizando lo aprendido en el ejercicio previo se insiste en la normalidad de la ambivalencia y en la necesidad de explorarla y resolverla.

SESIÓN 8

VALORES Y ROLES

1. Introducción

Todos tenemos cosas en la vida a las que damos más importancia, no se trata de bienes materiales sino de *principios y actitudes que nos gustaría que orientasen nuestra conducta*, especialmente ante las decisiones difíciles. A veces, en la vida, hay problemas que nos distancian de las conductas adecuadas a nuestro sistema de valores, generando una discrepancia. Reconocer esta situación y corregirla es una gran forma de vivir de una forma más coherente con nosotros mismos.

Nuestros valores son determinantes a la hora de decidir cómo vivir los roles *que nos asigna la familia y la sociedad en la que vivimos*. De nuevo, la correcta ejecución de estos roles puede verse afectada por distintos problemas.

2. Objetivos

- Identificar los valores propios de cada participante. Detectar obstáculos a una vida coherente con esos valores.
- Identificar los roles que el participante ejecuta en su vida diaria. Detectar obstáculos para la mejor ejecución de los roles.
- Conceptos clave:

La vida como conducir hacia el este: dirección, acciones, la cualidad de la acción, son elecciones

- No son objetivos o metas: cosas que se consiguen, situaciones que se alcanzan, objetos que se poseen... Aunque ayudan a mantenerse en dirección. Ejemplo: depresión post título.
- No son sentimientos: no tienen que ver con sentirse bien, menos a corto plazo... aunque a veces sí. Ejemplo: Adicto.
- El dolor y los valores: el dolor como guía de los valores. Ejemplo: fobia social.
- No son resultados: no hay garantías, se revelan cuando las condiciones son propicias. Ejemplo: relación con el padre.
- No significa que el camino siempre sea recto: según donde se mire. Ejemplo: Divorcio.
- No están en el futuro: están presentes en cada acción que se lleva a cabo aquí y ahora.
- Valores, recaídas y responsabilidad: la habilidad de responder aún en los tropiezos ¿al servicio de qué está la culpa, el autorreproche? ¿No ser vulnerable es la dirección?
- Se eligen libremente: No tienen por qué ser congruentes con las normas de una sociedad. Ejemplo: las sufragistas en el Reino Unido.
- No son dogmas: No deben tiranizar la conducta.
- No se justifican: Son como el sabor de los helados.
- Debe priorizarse las conductas relacionadas con los valores, no los valores en si mismos: Los valores son como los lados de un cubo.

3. Desarrollo de la Sesión

- **Presentación sobre valores y roles (25 minutos. Actividad en grupo)**

El responsable del taller presenta los distintos conceptos clave y se debaten con los participantes.

- **Ejercicio práctico individual sobre valores (45 minutos. Actividad individual)**

Aplicación del cuestionario de valores de Wilson et al, 2012. Se realiza de forma individual, se debate en grupo.

IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestra preocupación es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida. Marca la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo, 1 significa que esa área no es nada importante para ti y 10 significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que no para todo el mundo estas áreas son importantes y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo que ahora importa es que los valores en función de la importancia que para ti personalmente tenga cada una de ellas.

105

AREAS	<input type="checkbox"/> Nada importante					Extremadamente importante <input type="checkbox"/>				
1- Familia (diferente de esposo/a hijos/as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3- Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4- Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5- Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6- Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7- Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8- Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de ti. Asumimos que una persona lo hace mejor en unas áreas que en otras. La gente también se comporta mejor en unas áreas que en otras. Lo que queremos saber es lo que has estado haciendo durante la semana pasada. Marca usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde 1 significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores y 10 significa que tus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

AREAS	<input type="checkbox"/> Nada importante					Extremadamente importante <input type="checkbox"/>				
1- Familia (diferente de esposo/a hijos/as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3- Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4- Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5- Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6- Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7- Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8- Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- **Ejercicio de roles (40 minutos. Actividad en grupo)**

Identificar roles en grupo. Los participantes seleccionan luego de forma individual los roles que se ajustan a sus vidas. Posteriormente deben identificar obstáculos para ejecutar esos roles.

4. Debate y conclusiones

Utilizando lo aprendido en los ejercicios previos se insiste en el papel que valores y roles juegan en nuestras vidas y en las dificultades para ejecutarlos.

SESIÓN 9

EMOCIONES

1. Introducción

Las emociones son la actividad cerebral básica que orienta la conducta en los mamíferos. *Evolutivamente son anteriores al pensamiento racional y consciente, y por ello, se activan con más rapidez y potencia que este último.* Cada emoción puede tener distintas funciones y activar a su vez conductas, pensamientos y nuevas emociones. En ocasiones los estados emocionales intensos alteran la vida de las personas y les llevan a realizar conductas destinadas a atenuar esos estados, muchas veces, estas conductas se convierten en un problema.

108

2. Objetivos

- Entender la experiencia emocional individual, identificando, observando y describiendo las emociones.
- Comprender para que sirven las emociones.
- Entender el vínculo que existe entre las emociones y las conductas, y como en ocasiones pueden interferir con una vida plena basada en valores y roles personales.
- Conceptos clave
 - Emociones básicas: Miedo, enfado, ira, alegría, tristeza, separación, cuidado, empatía, búsqueda, juego, pareja, sexual.

3. Desarrollo de la Sesión

- **Presentación acerca de las emociones y debate (25 minutos. Actividad en grupo)**

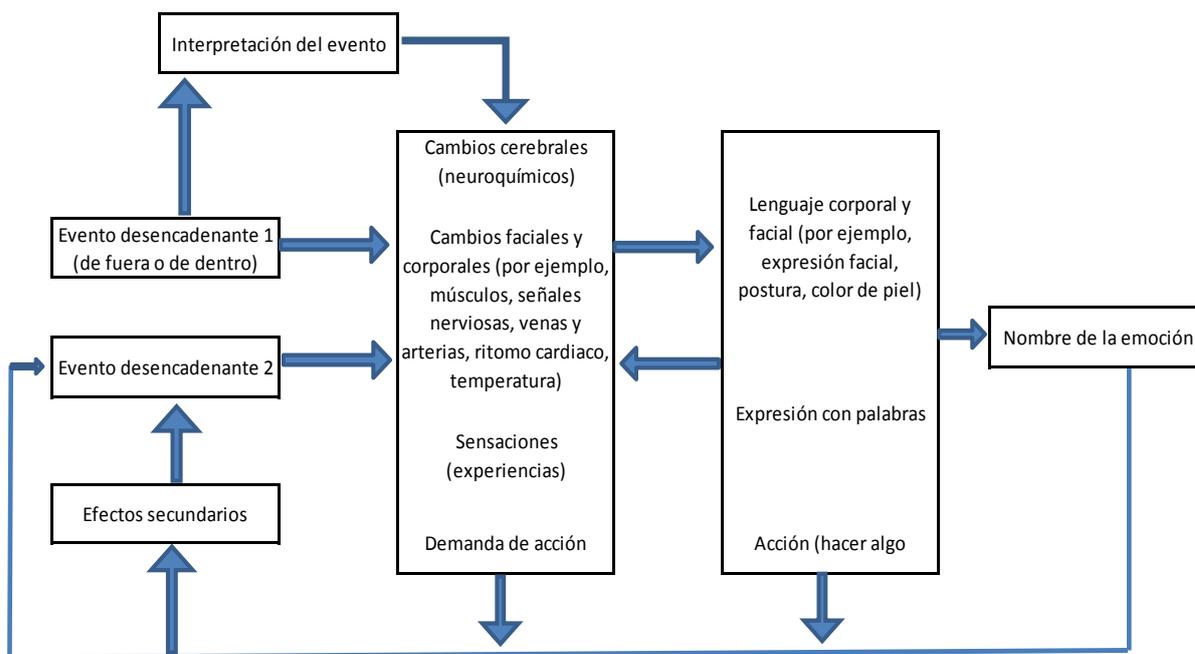
El responsable del taller presenta los distintos conceptos clave y se debaten con los participantes sobre: en que situaciones (externas o internas) se activa cada emoción, como se experimenta cada emoción, como se expresa cada emoción y que consecuencias trae cada emoción.

- **Ejercicio práctico individual sobre las emociones (45 minutos. Actividad grupal)**

Trabajando con la ficha de regulación de las emociones de Linehan (1993) se completará, en grupos, toda la secuencia usando un ejemplo para cada emoción (cada grupo trabajará una emoción).

FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 3

Modelo para describir las emociones



Fuente: Manual de formación de habilidades para el tratamiento de personalidad límite. Marsha Linehan, ©1993. The Guilford Press

- **Ejercicio de emociones (40 minutos. Actividad individual)**

Cada participante usará los conocimientos adquiridos en los ejercicios anteriores para explorar que emociones, y sus consecuencias, pueden interrumpir o alterar sus planes para llevar una vida acorde a sus valores y roles.

4. Debate y conclusiones

Utilizando lo aprendido en los ejercicios previos se acentúa la necesidad de conocer las emociones y regularlas para que interfieran lo menos posible en un estilo de vida orientado hacia los valores y roles de cada uno de los participantes.

SESIÓN 10

AUTOEFICIENCIA

1. Introducción

Al hablar de reforzamiento de la Autoeficacia, partimos del “Modelo de autocontrol para la Depresión” de Rehm, una teoría basada en el aprendizaje social y que integra elementos de distintas teorías (de Lewinsohn, Beck y Seligman) en el modelo de autocontrol de Kanfer. Se trata de una teoría del comportamiento humano que se centra en los procesos de regulación de la propia conducta que implican la manipulación de diferentes aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para obtener metas a largo plazo. Este modelo incorpora el concepto de bucle de retroalimentación, haciendo énfasis en el continuo ajuste, adaptación y readaptación conductual a los cambios de las circunstancias. El modelo de Kanfer describe el control de la propia conducta a través de un proceso integrado por tres fases que son las que forman el bucle de retroalimentación: auto-observación, autoevaluación y autorreforzamiento.

La percepción de consecuencias no deseadas por parte del individuo inicia el proceso de autocontrol, que es representado por Kanfer como una espiral en la que tres fases se enlazan en una retroalimentación continua:

- 1ª fase: Autoobservación.
- 2ª fase: Autoevaluación.
- 3ª fase: Autoreforzamiento.

La 1ª fase implica la atención consciente a la propia conducta, a sus antecedentes y consecuentes o a la interrelación de estos elementos. Por ejemplo “el número de bebidas alcohólicas que consumo en un día”.

En la 2ª fase La información obtenida en la fase anterior es comparada con algún criterio interno para el comportamiento que se quiere lograr y se realiza un juicio sobre la adecuación de la conducta. Por ejemplo: “estoy haciéndolo mal, bebo más de lo que sería saludable”.

En la 3ª fase, para fortalecer y mantener la conducta considerada deseable cuando el refuerzo externo no se encuentra disponible o las consecuencias inmediatas son aversivas, el sujeto puede proceder a la autoadministración de recompensas y castigos contingentes. Así actúan las personas con alto autocontrol o autoeficacia, mientras los que tienen una baja, tienden a no administrárselos, en gran parte consecuencia de la mala ejecución de las fases anteriores, y en parte por fallo en las tres fases del proceso, y también en esta de la dispensación de “refuerzos internos” o “auto refuerzos”.

Déficit de autocontrol en la depresión

Autoobservación

1. Atención selectiva a los sucesos negativos en detrimento de los sucesos positivos.
2. Atención selectiva a los efectos inmediatos de su conducta, en perjuicio de los resultados a largo plazo

Autoevaluación

1. Tendencia a fijarse criterios rigurosos.

2. Atribución de resultados positivos a factores externos y de resultados negativos a factores internos.

Autorefuerto

1. Administración excesiva de castigos

2. Administración insuficiente de recompensas

Rehm aplica el modelo de Kanfer a un tipo específico de estrés, el determinado por la ausencia o pérdida de reforzadores, y postula que los individuos depresivos presentan déficit concretos en las conductas que configuran el proceso de autocontrol. La ocurrencia de un episodio depresivo vendrá dada por la función conjunta del grado de estrés o magnitud del refuerzo perdido y las habilidades de autocontrol que el sujeto posee para combatirlo. Así, el medio favorece o dificulta la aparición del síndrome, incluso en personas vulnerables.

Con estas bases, Rehm desarrolla un programa terapéutico altamente estructurado que consiste en presentar, didácticamente, el concepto de autocontrol con ejercicios que faciliten su adquisición y tareas para realizar entre las sesiones.

2. Objetivos específicos

- Aumentar la expectativa personal de éxito en relación a comportamientos personales.
- Aumentar la expectativa de éxito respecto a comportamientos personales adaptativos.

3. Desarrollo de la Sesión

Nuestros comportamientos se aprenden y mantienen mediante el refuerzo y éste puede ser de dos tipos:

- Refuerzo externo: Es el reconocimiento de nuestra pareja, hijos, padres, amigos..., ante algo que hemos hecho bien.
- Refuerzo interno o auto refuerzo: es nuestro reconocimiento ante algo que hemos hecho bien.

El Refuerzo Interno o autorefuerto lo hemos ido aprendiendo desde niños, así, si desde pequeños nos han reconocido nuestro trabajo como consecuencia de nuestro esfuerzo, y ante un comportamiento positivo siempre se nos ha reforzado, progresivamente vamos aprendiendo a responsabilizarnos de nuestros comportamientos y a premiarnos cuando los consideramos positivos.



De esta forma vamos adquiriendo Autocontrol, que no es más que la capacidad de hacer lo que querríamos hacer, reconocer nuestros méritos y premiarnos si pensamos que lo hemos hecho bien. Esta capacidad de controlar nuestro comportamiento como cualquier capacidad aprendida se puede ir mejorando a cualquier edad.

A la hora de ir aprendiendo este Autocontrol de una forma más ordenada, hay que tener en cuenta estos 3 aspectos:

- **Autoobservación:** Significa que debemos ser capaces de ver, de observar aquellas cosas que hacemos bien, y que son la mayoría de lo que hacemos, es decir, de auto observarnos.



- **Autoevaluación:** Tenemos que ser conscientes que si algo está bien hecho se debe a nuestro mérito, las cosas no están bien por azar, o porque siempre salgan bien, sino porque nosotros las hacemos así. Debemos ser capaces de autoevaluarnos correctamente.

- **Autoreforzo:** Si hemos hecho cosas positivas y bien hechas y se debe a nosotros y a nuestro mérito, nos merecemos un refuerzo; y si es Auto refuerzo mejor, porque así no dependerá del estado de humor e intereses de los demás.



Si actuamos así cada vez tendremos mayor control de nuestros comportamientos, estaremos más seguros de nosotros mismos y seremos más conscientes de nuestros derechos, tendremos una mejor **Autoestima**.

Actividad 1: 15 minutos

Explica con tus palabras y pon un ejemplo de lo que entiendas por:

- Refuerzo Interno o Auto refuerzo:
- Autocontrol:
- ¿Cómo aprendemos el autocontrol?

Actividad 2: 10 minutos

Respecto al tema de consumos, se pedirá a cada participante del grupo que anote en un folio cómo evalúa sus propios consumos: (hay que tener en cuenta que los participantes del grupo tendrán consumo de sustancias diferentes. Cada uno de ellos deberá rellenarla de manera personal.

Sustancia que consumo: _____

El consumo de esta sustancia:

Me va genial, no tiene ningún tipo de consecuencias.	Afecta un poco a mi salud, a mis relaciones familiares y/o laborales	Afecta mucho a mi salud, a mis relaciones familiares y/o laborales

Después se realiza una puesta en común sobre las conclusiones a las que ha llegado cada participante.

Actividad 3: 20 minutos

Mediante la técnica de lluvia de ideas se solicitará a todos los participantes que vayan expresando diferentes autorrefuerzos que ellos utilizarían para evitar consumos.

4. Debate y conclusiones

Mediante debate, pedir a los participantes si consideran importantes los conceptos explicados y de qué modo los pueden aplicar a su vida diaria.

5. Tareas para casa:

Anota comportamientos y consecuencias:

COMPORTAMIENTOS	CONSECUENCIAS

UNIDAD 11

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. INTELIGENCIA EMOCIONAL

1. Introducción

Según Mayer y Salovey la Inteligencia Emocional se puede definir como la habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás. Este modelo de Inteligencia Emocional implica cuatro grandes habilidades:

- Percepción emocional: Habilidad para percibir las propias emociones y la de los demás, así como percibir emociones con objetos, arte, historia y otros estímulos.
- Asimilación emocional: Habilidad para generar, usar y sentir las emociones necesarias para comunicar sentimientos, o utilizarlas en otros procesos cognitivos.
- Comprensión emocional: Habilidad para comprender la información emocional, cómo las emociones se combinan y progresan a través del tiempo y saber apreciar los significados emocionales.
- Regulación emocional: Habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás así como promover la comprensión y el crecimiento personal.

Estas habilidades están enlazadas de forma que para una adecuada regulación emocional es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión eficaz requerimos de una apropiada percepción emocional. Así pues, la Inteligencia Emocional es la capacidad de reconocer, aceptar, utilizar y expresar las emociones con fines adaptativos. Esto es, la habilidad para razonar con emociones. A través de la Inteligencia Emocional y el desarrollo de ésta, podemos iniciar una vía de conocimiento hacia uno mismo y hacia los demás. Por emoción, se entiende ese grupo de sensaciones corporales que movilizan y orientan la energía del cuerpo para que podamos concluir y satisfacer cualquier experiencia o resolver una necesidad.

Una persona con un buen nivel de inteligencia emocional, elige bien los pensamientos a los que va a prestar atención con objeto de no dejarse llevar por su primer impulso e, incluso, aprende a generar pensamientos alternativos adaptativos para controlar posibles alteraciones emocionales. Del mismo modo, una regulación efectiva contempla la capacidad para tolerar la frustración y sentirse tranquilo y relajado ante metas que se plantean como muy lejanas. Tampoco se puede pasar por alto la importancia de la destreza regulativa a la hora de poner en práctica nuestra capacidad para la automotivación. En este sentido, el proceso autorregulativo forma parte de la habilidad inherente para valorar nuestras prioridades, dirigir nuestra energía hacia la consecución de un objetivo, afrontando positivamente los obstáculos encontrados en el camino, a través de un estado de búsqueda, constancia y entusiasmo hacia nuestras metas.

Así pues, la enseñanza de emociones inteligentes depende de la práctica, el entrenamiento y su perfeccionamiento y, no tanto, de la instrucción verbal. Lo esencial es ejercitar y practicar las capacidades emocionales y convertirlas en una parte más del repertorio emocional de las personas. De esta forma, técnicas como el modelado y el role-playing emocional se convierten en herramientas básicas de aprendizaje.

2. Objetivos específicos

- Definir el concepto de emoción e inteligencia emocional.
- Entrenar en percepción, etiquetaje, comprensión, expresión y regulación de las emociones, tanto de las propias emociones como de las ajenas.
 - Identificación de las emociones.
 - Identificación de los obstáculos mientras evoluciona la emoción.
 - El aumento de eventos emocionales positivos.
 - El aumento de la atención a las emociones actuales.
 - Tomar la acción opuesta a la emoción molesta.
 - La aplicación de técnicas de tolerancia al malestar.
- Adquirir competencias en autogeneración y mantenimiento de emociones positivas.

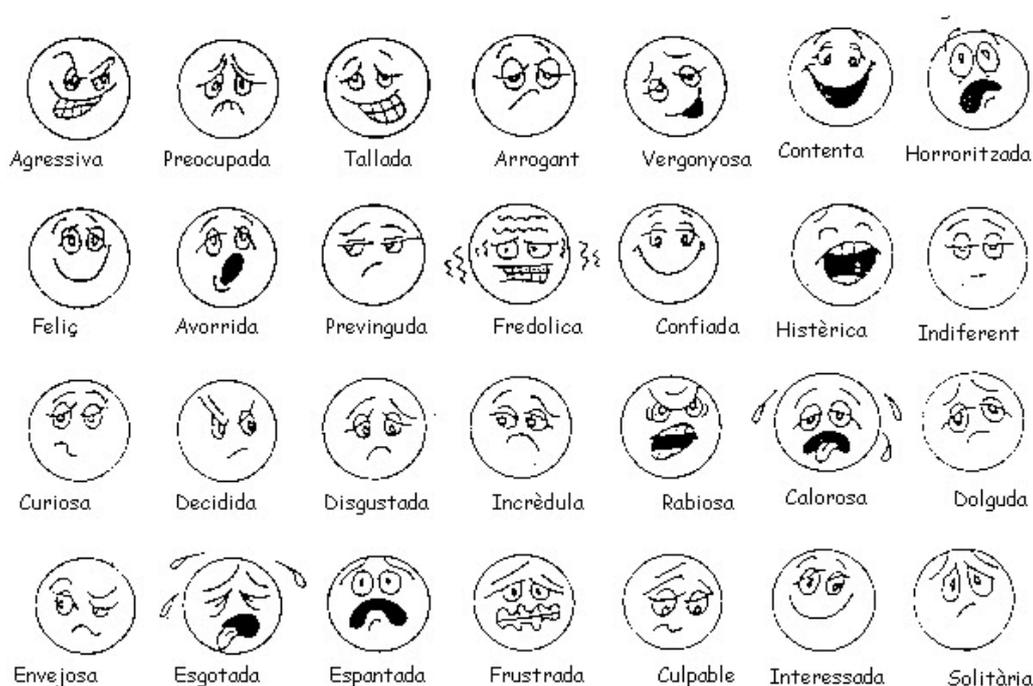
3. Desarrollo de la Sesión

- Aprender de las emociones
- Concepto de emoción
- Inteligencia emocional
- Autoconciencia emocional

Actividad 1. Expresión de emociones: 20 minutos

- Orientar a los participantes para aprender a reconocer sus emociones de todo un día y de situaciones concretas.
- Reconocer que sus emociones influyen en otras personas de su entorno para expresarlas en el momento adecuado y la necesidad de autocontrol en lo relativo a las emociones negativas.

Se entrega una hoja con distintas emociones y un cuestionario con las siguientes preguntas:



<http://pamthefirstday.blogspot.com.es/2012/09/un-circo-de-emociones.html>

1. ¿Cuál de estas emociones displacenteras/placenteras sueles sentir? Busca un ejemplo: el más reciente, el más intenso, el que mejor lo explica, etc.
2. En general,.. ¿Cuándo se te dispara esta emoción (externamente)?
3. ¿Cómo la vivencias internamente? (sensaciones físicas, qué imaginas, qué piensas)
4. ¿Cómo sueles reaccionar ante esa emoción? (lo que haces, lo que dices)

Actividad 2. Brújula de las emociones: 25 minutos



El objetivo de esta herramienta es distinguir “qué emoción se siente, en el momento que se está experimentando”. Éste es el primer paso en la Inteligencia emocional, se llama: Autoconciencia emocional.

Al Norte, la ALEGRÍA, una emoción agradable. Es lo que solemos sentir cuando logramos algo que esperábamos o que nos sorprende. Te hace sentir expansivo. Pregunta clave: ¿Qué he logrado?

Al Sur, la emoción opuesta, la TRISTEZA. Es lo que sentimos cuando perdemos algo. Te hace sentir vacío. Pregunta clave: ¿Qué he perdido?

Al Este, el ENOJO. Es una emoción potente y a menudo ciega. Es lo que sentimos al percibir peligro, un ataque que nos predispone a defendernos y si es necesario, a atacar. Pregunta clave: ¿Qué está en riesgo? ¿Qué me ataca?

Al Oeste, el opuesto del enojo: el MIEDO. Es una emoción que, o bien nos detiene, o bien favorece la huida. Pregunta clave: ¿Qué es lo que no puedo enfrentar?

Para completar la brújula, podemos ubicar otras emociones: ANSIEDAD, FRUSTRACIÓN, VERGÜENZA, CULPA, CELOS, ABURRIMIENTO, ASCO, SORPRESA...

4. Debate y conclusiones

El objetivo final es la regulación emocional, siendo además, la habilidad más compleja de la Inteligencia Emocional. Esta dimensión incluiría la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre los mismos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su utilidad. Además, incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas. Abarca además el manejo de nuestro mundo intrapersonal y también el interpersonal, esto es, la capacidad para regular las emociones de los demás, poniendo en práctica diversas estrategias de regulación emocional que modifican tanto nuestros sentimientos como los de los demás. Esta habilidad alcanzaría los procesos emocionales de mayor complejidad, es decir, la regulación consciente de las emociones para lograr un crecimiento emocional e intelectual. Por ejemplo, cada vez que una persona se ve involucrada en un conflicto interpersonal en su vida cotidiana, una resolución no agresiva del conflicto implica la puesta en práctica de habilidades de regulación o manejo de situaciones interpersonales. Igualmente, cuando existan



estresores personales y la ansiedad empieza a incrementarse, cada persona podrá utilizar diferentes estrategias de regulación intrapersonal para sobrellevar esa etapa de estrés sin que le afecte en el rendimiento, así pues la utilización de habilidades de autoconocimiento y regulación emocional son indispensables y sumamente recomendables.

5. Tareas para casa:

Autorregulación y afirmaciones positivas

Una afirmación positiva es una frase que tiene como objetivo cambiar nuestras creencias, conductas y pautas mentales.

Se solicita a los miembros del grupo que escriban enunciados positivos que expresen cómo quieren que sea su vida. Un punto importante es formular siempre los enunciados en TIEMPO PRESENTE, diciendo «soy» o «tengo», por ejemplo.

119

6. Actividades Complementarias

Autorregulación y valores

El objetivo de este ejercicio es trabajar los valores y objetivos que la persona tiene en la vida. Se presenta el ejercicio y se solicita al grupo que contesten a estas preguntas para luego ponerlas en común: ¿Qué le da sentido a mi vida? ¿Cuáles son mis principales responsabilidades en el mundo? ¿Mi vida tiene sentido cuándo...? ¿Cuál es mi mayor talento? ¿Cuándo, cómo, dónde y con quién disfruto realmente...?

SESIONES 12-17 ÁREA CONDUCTUAL-COGNITIVA:

¿Cómo actúo? ¿Cómo pienso?

- Sesión 12 Reestructuración cognitiva
- Sesión 13 Manejo del estrés
- Sesión 14 Habilidades sociales: comunicación
- Sesión 15 Habilidades sociales: asertividad
- Sesión 16 Planificación
- Sesión 17 Prevención y manejo recaídas

SESIÓN 12

REESTRUCTURACION COGNITIVA

1. Introducción

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. La Terapia Racional-Emotiva Conductual, la Terapia Cognitiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso son los modelos de abordaje clínico a emplear en este programa.

122

Cognición: Atención y lenguaje interno

- Examinar las relaciones existentes entre los estímulos externos y la valoración personal de los mismos.
- Mostrar la relación entre cogniciones, estados afectivos y las conductas resultantes.
- Trabajo con modelo del ABC de Ellis: Localizar acontecimientos activadores, analizar el sistema de creencias, valoraciones y demandas inflexibles (creencias irracionales) a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones y pensamientos y finalmente, las acciones subsiguientes disfuncionales o desadaptativas. Finalizando mediante el debate racional emotivo o diálogo socrático modificado (búsqueda de evidencias y refutación de ideas) enfocado a conseguir un nuevo efecto más sano y adaptativo.
- Trabajo con la terapia cognitiva de Aaron T. Beck, centrada en los pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas.

Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011; Wilson y Luciano, 2002) y centrada explícitamente en los valores personales (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006) que se ha desarrollado coherentemente con un marco teórico y filosófico que está a la base de esta intervención, fundamentada en investigación básica y aplicada. ACT sostiene que a la base de los problemas psicológicos se encuentra el lenguaje, haciendo inevitable que en ciertas condiciones surjan pensamientos y sensaciones que puedan vivirse como molestos. El hecho de ser verbales, facilita, además, el que las personas se enzarcan en luchar contra los propios eventos privados, y persistan en ello a pesar de que con frecuencia los resultados de tales luchas resulten contraproducentes. Mediante metáforas, paradojas y ejercicios experienciales los miembros del grupo aprenden a contactar con los pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones, tanto los previamente temidos y evitados como cualesquiera otros que surjan. De esta forma, las personas aprenden la habilidad de re-contextualizar estos eventos privados, clarifican lo que les importa en su vida y adquieren el compromiso con los cambios necesarios en la acción.

- Realizar un análisis funcional que ejemplifique el patrón de evitación de las funciones aversivas según la historia individual, las contingencias que están operando en el patrón y señalando el costo-beneficio del mismo.
- Estrategias para aumentar las capacidades de adaptación a la frustración y aumentar el repertorio de conductas más funcionales.

- Estrategias para detectar sus valores y las acciones en dirección a los mismos.
- Trabajo con metáforas, paradojas y ejercicios experienciales.

2. Objetivos específicos

- Conocer el papel de los pensamientos en nuestras emociones y conductas.
- Aprender a diferenciar los pensamientos de las emociones, de las verbalizaciones, de las conductas.
- Aprender a diferenciar entre pensamientos negativos irracionales y preocupaciones racionales.
- Conocer una clasificación de las definiciones de las distorsiones cognitivas, saber diferenciarlas.
- Identificar las distorsiones cognitivas en sus propios pensamientos.
- Identificar cómo influyen en sus emociones y su conducta.
- Aprender respuestas racionales alternativas a las distorsiones y saber diferenciarlas.
- Realizar prácticas en su realidad de forma sistemática.

123

3. Desarrollo de la Sesión

“La forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, J., 1995)

Nuestras emociones, comportamientos y conductas están bajo la influencia de pensamientos o interpretaciones que generamos en las situaciones. Además estos pensamientos e interpretaciones están influidos por nuestras creencias aprendidas a lo largo de nuestra vida. Así todo sentimiento negativo es el resultado de un pensamiento distorsionado.

Características de los pensamientos automáticos:

- Son espontáneos: Aparecen de repente y por tanto son difíciles de controlar. Frecuentemente ni nos damos cuenta de su presencia.
- Consisten en mensajes muy simples y de pocas palabras.
- Son creídos por nosotros mismos.
- Suelen ser de carácter negativo.
- Son aprendidos.

Actividad 1: Crear una dinámica participativa. 30 minutos

Sentado en la plaza veo un vecino y pasa de largo. Ante esta situación puedo tener diversas interpretaciones:

- 1- Pienso que estaba con otras cosas en la cabeza e iba con prisa. Además es muy despistado y no se ha dado cuenta que estaba allí.
- 2- Pienso que está mosqueado conmigo y no sé por qué. Me quedo preguntándome que le habré hecho.

Con el primer pensamiento lo más probable es que respondiéramos emocionalmente con tranquilidad mientras que con el segundo pensamiento podríamos generarnos preocupación, ansiedad e incluso angustia.

En la sesión de hoy nos centraremos en identificar las ideas irracionales y los pensamientos distorsionados para después modificarlos y con ello equilibrar nuestras respuestas emocionales, conductas etc.

Actividad 2: por parejas rellenar el cuadro. 15 minutos

Situación	Emociones	Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Respuestas racionales alternativas	Resultado	comentario
Describe brevemente el acontecimiento o real que provocó la emoción desagradable		Escriba el pensamiento espontaneo o auto verbalización correspondiente.	Identifique cual de la lista corresponde a cada pensamiento	Anote un pensamiento racional alternativo al automático.	Explique la emoción posterior.	

4. Debate y conclusiones

Para terminar la sesión, mediante una lluvia de ideas de los asistentes, se elaboraran las conclusiones de lo trabajado en la sesión identificando las ideas irracionales y los pensamientos distorsionados para modificarlos y con ello equilibrar nuestras respuestas emocionales, conductas, etc.:

5. Tareas para casa:

- Entregar a los participantes hoja de auto-registro de distorsiones para que registren algunas situaciones durante el periodo entre sesiones.
- Realizar practica en sesión grupal para corroborar la correcta identificación y la correspondiente cognición racional.

6. Actividades Complementarias

Aprender respuestas racionales alternativa a las distorsiones y saber diferenciarlas.

- Hacer un ejercicio de identificación sobre las distorsiones más frecuentes en cada persona y en la dinámica grupal encontrar alternativas racionales.
- Realizar prácticas en su realidad de forma sistemática

SESIÓN 13

MANEJO DEL ESTRÉS

1. Introducción

Para poder manejar nuestro estrés, es importante que seamos capaces de identificarlo para poder ser activos en su manejo.

Podemos considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal.

Todas las personas sienten estrés en determinados momentos de su vida, por espacios de tiempo más o menos largos. Por tanto, podemos considerar el estrés como algo que todas las personas pasan en algún momento de su vida.

Las personas, siempre buscamos formas de “controlar” el estrés, pero aquellas cosas que intentamos “controlar” al final se nos escapan de las manos, es decir, se produce el efecto contrario y acaba apareciendo el “descontrol”, es decir, las consecuencias a medio y largo plazo del estrés. Es habitual utilizar como herramienta de control “técnicas” de evasión de la realidad, lo que en vez de ayudar a solucionar el problema, generalmente lo agrava más, añadiendo nuevas dificultades.

El estrés hay que manejarlo, ya que no lo vamos a poder evitar, ni hacer desaparecer, sobre todo cuando los estresores son externos y/o no dependen de nosotros. Su manejo, minimiza sus consecuencias y nos permite afrontarlo de una forma eficaz.

Por tanto, el objetivo del taller es aprender a reconocer cuándo estamos estresados, qué nos estresa y a manejar el estrés.

2. Objetivos específicos

Es necesario que conozcamos y seamos conscientes de qué cosas nos estresan. Generalmente, a poco que pensamos somos capaces de reconocer algunos, sobre todo, aquellos que son “externos”.

Antes de dar a conocer distintos estresores, tantearemos todos aquellos que el grupo ya conoce y después matizaremos esta información. Una vez que conozco qué me estresa, es necesario identificar qué me pasa cuando me estreso.

- Reconocer qué nos estresa
 - Reconocer situaciones estresantes
 - Facilitar herramientas para paliar el estrés



3. Desarrollo de la Sesión

Actividad 1. Lluvia de ideas: 10 minutos

Todo el grupo va aportando aquellos estresores que cada uno identifica (conoce) y los vamos apuntando en una lista en la pizarra.

Una vez recogidas todas las ideas. Hablaremos brevemente de los diferentes tipos de estresores e iremos incluyendo en cada tipo los que hayan surgido en la lluvia de ideas. Si hay alguna categoría que tiene pocos o ningún estresor, tras haberlo explicado facilitaremos que surja alguno y si no, los pondremos.



Actividad 2: Qué me pasa cuándo me estreso: 25 minutos

Se dividirá al grupo en subgrupos más pequeños. A cada subgrupo se entregará el dibujo de una silueta humana para identificar en ella qué les ocurre al sentirse estresados: 10/15 minutos.

Pasado este tiempo, cada subgrupo compartirá los síntomas han identificado cuando se estresan con el resto de los subgrupos, viendo así en qué aspectos han coincidido. En un dibujo nuevo y “en blanco” iremos poniendo todos estos aspectos comunes. Luego revisaremos aquellos aspectos en que no han coincidido y...si todo el grupo concluye que debería estar representado en el dibujo, se añadirá.

Mientras vamos colocándolos en la figura puesta en común, iremos distinguiendo si se trata de consecuencias físicas o cognitivo-emocionales.

Actividad 3. Qué puedo hacer: 10 minutos

Por parejas, pensarán en autoinstrucciones que puedan ser útiles para ellos en situaciones de estrés. Después las pondrán en común con todo el grupo y se realizará un registro de las mismas.

Se tratará de la importancia de “saber desconectar” de nuestras preocupaciones con una ocupación “sana” del tiempo libre.

Por último se tratará la relajación y su importancia para disminuir los niveles de ansiedad y estrés y que facilitará la puesta en marcha y el mantenimiento de las demás técnicas.

4. Debate y conclusiones

Para terminar la sesión, mediante una lluvia de ideas de los asistentes, se elaboraran las conclusiones de lo trabajado en la sesión.

5. Tareas para casa:

Los participantes en el taller deberán describir una situación que a ellos les haya creado estrés. Deberán identificar qué cosas hicieron para estresarse más y qué cosas hicieron y les sirvió para calmarse.

6. Actividades Complementarias

Expone el experto:

Se forman 3 grupos y cada grupo resumirá uno de los temas trabajados: gestión emocional, habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva. Cada grupo expone su resumen.

Sesión de relajación: LA NUBE

Podemos utilizar cualquier sesión de relajación guiada. En este caso utilizaremos “la nube”, pero pueden utilizarse muchas otras, incluso podemos buscar aquella que más nos ayude a entrar en la parte de imaginación dependiendo de nuestras preferencias...

Adopta tu postura de relajación, por unos momentos simplemente para, observa ese detenerse..... algo cesa..... cuando te dispones a la relajación concluye la necesidad de prisa..... a partir de ahora la velocidad no importa..... importa la calma..... importa aflojar.... descansar

Siento la respiración..... tranquila, toda mi atención está en ella..... observo como el aire al entrar refresca mis fosas nasales..... simplemente observo como las refresca.....el aire entra fresco.....sale tibio..... entra fresco..... sale tibio..... con cada respiración el oxígeno llega hasta la última célula de mi cuerpo. Conforme respiro mi cuerpo se relaja..... más y más.....

A partir de este instante vas a visualizar una nube cálida que desciende sobre ti, es una nube preciosa que te acoge, esta nube cálida y protectora contacta en primer lugar con tus pies conforme se acerca a ellos los notas más ligeros..... una nube blanco azulada toca tus pies y les transmite su tibieza agradable, y los vuelve ligeros, la nube tiene unos efectos positivos sobre cada lugar en que contacta con tu cuerpo, los pies se vuelven ligeros.....y descansan, la circulación de tus pies mejora conforme los sientes más ligeros y protegidos por la nube blanco azulada

Mi respiración es tranquila, con cada respiración tu cuerpo se relaja más y más..... más tranquilo....más relajado.....

La nube contacta con tus pantorrillas y los músculos se relajan, los gemelos se relajan, más y más..... con cada respiración más y más relajados..... más descansados. Rodillas.....relax..... rodillas relax..... Siento el contacto de la nube cálidamente en los muslos, ambos muslos derecho e izquierdo relajados..... descansados.....calientes, las pantorrillas derecha e izquierda relajadas.... descansadas.... calientes..... los pies derecho e izquierdo.... relajados..... descansados..... calientes..... La nube sigue lentamente contactando con mi cuerpo, toca mis caderas y las vuelve ligeras, toca el abdomen..... y el pecho.....todo el tronco ligero....relajado.... descansado....muy ligero.... muy descansado.... toca mis caderas y las vuelve ligeras, toca el abdomen..... y el pecho.....todo el tronco ligero....relajado.... descansado....muy ligero.... muy descansado...

La nube contacta con mis brazos, siento los dedos de ambas manos más ligeros, como si fueran a desprenderse de la colchoneta..... las manos ligeras..... las muñecas ligeras los antebrazos relajados..... descansados.....ligeros.....los brazos ligeros.... relajados... descansados.... colchoneta..... las manos ligeras..... las muñecas ligeras los antebrazos relajados..... descansados.....ligeros.....los brazos ligeros.... relajados... descansados....

La nube me envuelve y me acoge con su calidez, me comunica su ligereza, siento todo mi cuerpo ligero..... mi cabeza....los brazos....el tronco....las piernas..... mi cabeza....los

brazos....el tronco....las piernas.....todo mi cuerpo muy relajado...muy descansado.....tomo conciencia de este estado de relax..... de paz.... de tranquilidad.....

Siento mi respiración..... tranquila, toda mi atención está en ella..... observo el aire al entrar..... simplemente observo.....el aire entra fresco.....sale tibio..... entra fresco..... sale tibio..... con cada respiración el oxígeno llena mi cuerpo y me vuelvo más ligero, más liviano, mi circulación mejora, mi cuerpo se relaja..... .conforme respiro mi cuerpo se relaja..... más y más.....

Me preparo para abandonar el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes e inconsciente que me proporciona.....contamos lentamente 12 3..... abro y cierro las manos lentamente, tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad.....realizando una respiración profunda..... y abro los ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación

SESIÓN 14

HABILIDADES SOCIALES COMUNICACIÓN

1. Introducción



Cuando hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables. El término habilidad puede entenderse como destreza, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (intercambio).

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas de forma natural (y por tanto, pueden ser enseñadas) que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas (implica tener en cuenta normas sociales y normas legales del contexto sociocultural en el que tienen lugar, así como criterios morales), y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales (refuerzos sociales) o auto-refuerzos.

La comunicación es el proceso básico que facilita el intercambio de información entre personas. La comunicación puede ser verbal (positiva o negativa) y no verbal (todo aquello que no es expresado mediante palabras).



El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Ésta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos. En la actualidad se entiende que el buen funcionamiento de la sociedad depende no sólo de que estos intercambios existan, sino de que sean óptimos en cierto sentido.

2. Objetivos específicos

- Conocer que son las Habilidades Sociales y las conductas que incluyen.
- Aprender a identificar las señales no verbales y la utilización de la comunicación no verbal adecuadamente.
- Aprender y adquirir una buena comunicación (respetar turnos de palabra, iniciar y mantener conversaciones...).
- Identificar y aprender a utilizar habilidades de escucha.

3. Desarrollo de la Sesión

Actividad 1. El rumor: 30 minutos

Objetivo: vivenciar cómo la información se distorsiona a partir de la interpretación que cada uno le da.

Desarrollo

- I. El facilitador preparará un mensaje escrito que dirá:

"Dicen que 483 personas están atrapadas bajo un derrumbe, después que pasó el ciclón se inició el rescate. Se han movilizado miles de personas llevando medicinas, vendas y otros elementos. Pero dicen que la gente atrapada no fue por accidente, sino que fue un secuestro, pues hay gente de mucho dinero entre los atrapados."

- II. Se piden un mínimo de 6 voluntarios que se numerarán. Todos menos el primero salen del salón. El resto de los participantes son los testigos del proceso de distorsión, que se da al mensaje; van anotando lo que va variando de la versión inicial.
- III. El Facilitador lee el mensaje al No. 1, luego se llama al No. 2. El No.1 le comunica al No. 2 lo que le fue leído, sin ayuda de nadie. Así sucesivamente, hasta que pasen todos los compañeros.
- IV. El último compañero, en lugar de repetir el mensaje oralmente, es más conveniente que lo escriba en el rotafolios o pizarrón, si es posible. A su vez, el Facilitador anotará el mensaje original para comparar.
- V. El Facilitador llevará a cabo una discusión que permita reflexionar que la distorsión de un mensaje se da por no tener claro el mensaje, pues por lo general, se nos queda en la memoria aquello que nos llama más la atención, o lo que creemos que es más importante. Permite discutir cómo nos llegan en la realidad las noticias y acontecimientos, y cómo se dan a conocer; cómo esto depende del interés y de la interpretación que se le da.
- VI. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida

Actividad 2. Las figuras. 15 minutos

Objetivo: analizar la importancia de una comunicación amplia de ambas partes. Analizar la limitación de la comunicación en una sola dirección.

Material: Lápices y hojas blancas, Muestra de dibujo (1 copia).

Desarrollo:

Se trata de que los participantes dibujen dos series de cuadros, siguiendo las indicaciones que se van dando.

1. Quien esté coordinando, o alguien del grupo, vuelto de espaldas al grupo, empieza a explicar cómo dibujar los cuadros de la figura núm. 1, sin que el grupo vea el dibujo.
2. El grupo no puede hablar ni hacer preguntas a quien está haciendo la explicación. El coordinador debe controlar el tiempo que dura esta fase.
3. Concluida la explicación para el dibujo núm. 1, se repite lo mismo para la figura núm. 2 (el dibujo que han hecho de la núm. 1 se guarda) pero quien explica la figura 2 debe hacerlo de frente al grupo sin hacer gestos.

Se permite que hablen y que pregunten, pero no ver el dibujo.
Cada quien confronta los dos dibujos que ha hecho.

- El coordinador pone las muestras en el pizarrón.
- Es importante seguir el orden de los dibujos

- Después se compara el tiempo utilizado en explicar cada figura, y cuál de los dibujos es más preciso, según la ubicación de los cuadros de la muestra.

Generalmente el resultado es el siguiente:

- Se utiliza más tiempo en realizar el segundo dibujo, pero el resultado es más correcto.
- Esto nos permite ver la riqueza de una comunicación amplia entre todos/as, en comparación con el tipo de comunicación de la primera figura, (vertical y en una sola dirección).
- Ver la expresión del rostro y los gestos son parte importante de la comunicación directa y mucho más completa. En este ejercicio sólo se utiliza la comunicación oral.
- También se analiza cómo se hizo la descripción de las figuras: si se dio bien la explicación; si se planteó el objetivo que se quería; si se dio la información necesaria, etcétera.
- Aplicar las conclusiones del ejercicio para discutir cómo se dan las diferentes maneras de comunicación en nuestra vida cotidiana (medios de comunicación, escuela, organización, familia, etcétera).

133

4. Debate y conclusiones

- Es esencial la comunicación y ser conscientes de nuestra forma de comunicarnos.
- En la comunicación tan importante es la verbal como la no verbal, y debemos ser conscientes de ambas.
- La escucha activa es clave para que nuestra comunicación mejore.
- Mejorar nuestra capacidad de comunicación tendrá una repercusión directa en nuestras relaciones y nuestra vida.

5. Tareas para casa

Tarea 1. Mi punto débil y mi punto fuerte.

El objetivo es identificar qué habilidad de comunicación se necesita fortalecer y cuál está ya adquirida y se debe mantener:

Debe reflexionar sobre sus últimas relaciones de comunicación, tanto las que hayan funcionado bien como las que hayan terminado en disputa, de forma que reflexione cuáles son puntos más débiles y los fuertes dentro de lo trabajado, con ejemplos de las situaciones que ha vivido.

Tarea 2

Se solicita a los asistentes que analicen una conversación que han tenido con alguna persona de su entorno inmediato y establezcan, de acuerdo con lo trabajado en la sesión:

- qué factores han facilitado la comunicación
- qué factores han dificultado la comunicación
- qué efecto han tenido en ell@s mismos y en la otra persona unos y otros factores

Tarea 3. Escucha activa

Se solicita a los asistentes que registren una conversación en la que se han sentido escuchados y qué hacía o qué decía su interlocutor/a para que se hayan sentido realmente escuchados.

- Describir una situación en la que el participante del grupo tuvo una buena comunicación incidiendo en los diferentes factores que la favorecieron (atención, tono de voz, expresión de sentimientos, elección del lugar y el momento adecuado...).

6. Actividades Complementarias

La fábula de la ostra y el pez (ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL)

Érase una vez una ostra y un pez. La ostra habitaba las aguas tranquilas de un fondo marino, y era tal la belleza, colorido y armonía del movimiento de sus valvas que llamaba la atención de cuantos animales por allí pasaban. Un día acertó a pasar por el lugar un pez que quedó prendado al instante. Se sintió sumamente atraído por la ostra y deseó conocerla al instante. Sintió un fuerte impulso de entrar en los más recónditos lugares de aquél animal misterioso. Y así partió veloz y bruscamente hacia el corazón de la ostra, pero ésta cerró, también bruscamente, sus valvas. El pez, por más y más intentos que hacía para abrirlas con sus aletas y con su boca, aquellas más y más fuertemente se cerraban.

Pensó entonces en alejarse, esperar a cuando la ostra estuviera abierta y, en un descuido de ésta, entrar veloz sin darle tiempo a que cerrara sus valvas. Así lo hizo, pero de nuevo la ostra se cerró con brusquedad. La ostra era un animal extremadamente sensible y percibía cuántos mínimos cambios en el agua ocurrían, y así, cuando el pez iniciaba el movimiento de acercarse, esta se percataba de ello y al instante cerraba sus valvas. El pez, triste, se preguntaba ¿por qué la ostra le temía?, ¿cómo podría decirle que lo que deseaba era conocerla y no causarle daño alguno?, ¿cómo decirle que lo único que deseaba era contemplar aquella belleza y compartir las sensaciones que le causaban?

El pez se quedó pensativo, y estuvo durante mucho rato preguntándose qué podría hacer. ¡De pronto!, se le ocurrió una gran idea. – Pediré ayuda, se dijo. Sabía que existían por aquellas profundidades otros peces muy conocidos por su habilidad para abrir ostras, y hacia ellos pensó en dirigirse. Pero sabía que eran peces muy ocupados y no deseaba importunarles.

Deseaba que le escucharan y que le prestaran su ayuda. Comenzó a dudar si aquella idea era una buena idea. Pensó –seguro que estarán tan ocupados que no podrán ayudarme. ¿Qué pudo hacer?, se preguntó. Tras pensar algún rato llegó a la conclusión que lo mejor era informarse por otros peces que les conocían cuál era el mejor momento para abordarles, cómo tendría que presentarse. Después de informarse muy bien, eligió el momento más oportuno y hacia ellos se dirigió.

- Hola, dijo el pez. ¡Necesito vuestra ayuda! Siento grandes deseos de conocer una ostra gigante pero no puedo hacerlo porque cuando me acerco cierra sus valvas. Sé que vosotros sois muy hábiles en abrir ostras y por eso vengo a pedir os ayuda.

El pez continuó explicándoles las dificultades que tenía y los intentos por resolverlas. Llegó a decirles la sensación de impotencia que le entraba y los deseos de abandonar tras tantos intentos fallidos.

Los peces le escucharon con suma atención, le hicieron notar que entendían su desánimo pues ellos se habían encontrado en circunstancias similares. Le felicitaron por el interés que mostraba en aprender y la inteligencia que demostraba tener al pedir ayuda y querer aprender de otros.

El pez se sintió mucho más tranquilo y esperanzado, les contó los temores que tenía al pedirles ayuda y fue "abriéndose" cada vez más a toda la información que aquellos avezados peces le contaban. Escuchó con atención cómo ellos también habían aprendido de otros peces y cómo incluso hacían cursos de entrenamiento en abrir ostras. Escuchó cómo a pesar de sus habilidades había algunas ostras que les resultaban difíciles de abrir, pero ello más que ser un motivo de desánimo, esa dificultad les estimulaba a seguir investigando y reunirse para intercambiar conocimiento y mejorar sus prácticas de abrir ostras.

Los peces continuaron en animada conversación.

- Mira, algo muy importante que has de lograr es suscitar en la ostra el deseo y las ganas de comunicarse contigo.
- ¿Y cómo podré lograrlo?
- De la misma manera que tú has logrado comunicarte con nosotros y "abrir nuestras valvas" de pez.
- ¿Cómo?
- Tú deseabas que nosotros te escucháramos y te prestáramos ayuda. Nos has dicho que dudabas de si podrías lograrlo, ¿no es verdad?
- Sí, así es.
- Podías haberte quedado con la duda, pero en lugar de eso, diseñaste un plan de acción. Buscaste información acerca de nosotros, te informaste de cuál era el mejor momento de abordarnos y qué decirnos. Tú sabías que nosotros éramos muy sensibles a la expresión honesta y sincera de "necesito vuestra ayuda". También sabías que nos agrada, como a todo hijo de pez, el reconocimiento de nuestra competencia y veteranía en abrir ostras. Te confesamos que todo ello nos agradó mucho. También nos gustó tu mirada franca y serena y tus firmes y honestas palabras.
- Sí, en efecto eso es lo que hice. Ahora que lo decís mis "valvas de pez" se sintieron también abiertas al notar que me escuchabais con atención. Me agradó mucho el que os hicierais cargo de mi impotencia, ¡y por qué no decirlo!, me agradó también el que me felicitarais por pedir ayuda...
- Claro, todo esto suele ser recíproco, contestaron los peces.
- Muy bien, pero ¿cómo podré hacerlo con la ostra? No conozco su lenguaje, sus costumbres, sus miedos, no conozco tampoco qué es lo que le agrada...
- Bien, también has diseñado un plan de acción para "abrir la ostra". El primer paso ha sido el de visitarnos para que te informemos de sus costumbres, de sus miedos, de todo aquello que le agrada...

Te podemos decir todo aquello que suele suscitar temor en las ostras. Les asusta el movimiento brusco de las aguas, de hecho habrás observado que cuando hay tempestades y hay mucho oleaje las ostras están fuertemente cerradas. Es por eso que si te acercas a ellas cuando hay muchas turbulencias tendrás grandes dificultades para lograr que se abran. Les asusta el que algún animal se acerque de modo imprevisto. Les agrada en cambio los movimientos suaves, los besos y las caricias y el que no se entre en sus interioridades sin antes conocerse durante algún tiempo.

También les agrada mucho el que se les hable en su lenguaje. Habrás observado que lanzan a través de sus valvas pequeñas pompas de aire. Si las observas con suma atención podrás aprender los códigos que utilizan.

De este modo, los peces continuaron asesorándole. Le invitaron a pasar largos ratos observando el comportamiento de la ostra. Le invitaron también a asistir a alguno de los cursillos que organizaban y le regalaron un manual: "El Manual del abridor de ostras".

Tras varias semanas de observación, aprendizaje y entrenamiento, el pez pudo por fin disfrutar con aquella bellísima ostra. Pudo, ¡al fin!, lograr entrar en las interioridades de la ostra y compartir las sensaciones que le causaba. Pudo también abrir otras ostras, incluso ostras extremadamente sensibles y que se cerraban con suma facilidad

FIN DE LA FÁBULA

Manual del abridor de ostras:

LISTA DE "CIERRAOSTRAS" (Obstáculos en la comunicación)

1. Objetivos contradictorios
2. El lugar o momento elegidos como inadecuados
3. Estados emocionales que perturban la atención, comprensión y recuerdo
4. Acusaciones, amenazas y/ o exigencias ("mensajes TU")
5. Preguntas de reproche
6. Declaraciones de tipo "deberías"
7. Inconsistencia de los mensajes
8. Cortes de conversación
9. Etiquetas
10. Generalizaciones ("siempre")
11. Consejo prematuro y no pedido
12. Utilización de términos vagos
13. Ignorar mensajes importantes del interlocutor
14. Juzgar los mensajes del interlocutor
15. Interpretar y "hacer diagnósticos de personalidad" ("careces de motivación", "tu carácter te lleva a...", "quizás por la educación recibida")
16. Disputa sobre diferentes versiones de sucesos pasados
17. Justificación excesiva de las propias posiciones
18. Hablar "en chino"
19. No escuchar

Lista de "Abreostras" (Facilitadores de la comunicación)

1. El lugar o momento elegido adecuado
2. Estados emocionales facilitadores
3. Escuchar activamente
4. Empatizar
5. Hacer preguntas abiertas o específicas
6. Petición de parecer ("¿qué se te ocurre que podríamos hacer?" "me gustaría conocer tu opinión sobre...", etc.

7. Declaración de deseos, opiniones y sentimientos con “Mensajes Yo” (“me gustaría...”, “no deseo que...”, “me siento...”)
8. Mensajes consistentes
9. Aceptación o acuerdo parcial con una crítica, objeción o argumento
10. Acomodación del contenido a las necesidades del interlocutor, objetivo, momento...
11. Información positiva
12. Ser recompensante
13. Utilización del mismo código
14. Mención de conductas y observaciones específicas
15. Expresar sentimientos

SESIÓN 15

HABILIDADES SOCIALES: ASERTIVIDAD

1. Introducción

La comunicación interpersonal constituye uno de los pilares fundamentales de la existencia humana; es una dimensión a través de la cual se reafirma la condición de seres humanos. La persona capaz de mantener una comunicación interpersonal asertiva, contribuye al bienestar y calidad de vida de sí misma y de los demás. La condición del ser social, hace a los sujetos partícipes de las relaciones interpersonales y de la comunicación, desde el momento mismo de su nacimiento, la supervivencia y el desarrollo del individuo van a estar ineludiblemente vinculados a estas relaciones sociales y comunicativas.

Los fundamentos teóricos de la asertividad se enmarcan en la psicología cognitivo-conductual. Fue definida por primera vez por el psicólogo Wolpe en 1958, y posteriormente fue desarrollada por Lazarus, con quien colaboró. Rápidamente, la asertividad formó parte del cuerpo teórico del campo de las habilidades sociales. En España, Caballo (1993) ha desarrollado ampliamente el concepto de asertividad en sus estudios sobre las habilidades sociales. De modo paralelo al desarrollo de la asertividad, se han elaborado recursos y técnicas de entrenamiento asertivo.

El método de aprendizaje de la conducta asertiva parte del modelo teórico de la modificación de la conducta a partir del modelado y la práctica de conductas alternativas.

La conducta asertiva se puede entrenar y de esa manera aumentar el número de situaciones en las que vamos a tener una respuesta asertiva y disminuir al máximo las respuestas que nos provoquen decaimiento u hostilidad.

2. Objetivos

Objetivo general: desarrollar destrezas en la comunicación asertiva y la convivencia para la disminución de los conflictos interpersonales

Objetivos específicos:

- Aprender a distinguir las conductas asertivas y a diferenciarlas de las no asertivas
- Tomar conciencia de que la conducta asertiva es la más adecuada para tener una buena relación interpersonal
- Practicar técnicas para poner en práctica las conductas asertivas

3. Desarrollo de la Sesión

Actividad 1. Cuestionario de asertividad de Lazarus: 20 minutos

Se entregará a cada uno de los asistentes el cuestionario asertivo de Lazarus junto con las instrucciones de autocorrección. *Anexo 1*

Posteriormente, el “orientador” del grupo explicará la interpretación de los resultados del cuestionario y dejará unos minutos para que cada uno de los participantes reflexione sobre sus respuestas.

Se propone el cuestionario de Lazarus, pero en función de las características de los participantes, el orientador del grupo puede decidir la idoneidad de otro cuestionario como pueden ser: el test de asertividad de Rathus, Test de Gambrill y Richey (1975)

Actividad 2: 25 minutos

El orientador del grupo, mediante una metodología participativa, explicará:

- Concepto de asertividad
- La importancia de la asertividad en la comunicación
- Estilos de comportamiento: pasivo, agresivo, asertivo. Las características, consecuencias para uno mismo y para los demás, la conducta general, verbal, mirada, postura,... de cada uno de los estilos
- Algunas técnicas asertivas: Disco roto, banco de niebla, aplazamiento asertivo, técnica de ignorar, de acuerdo asertivo, de pregunta asertiva, etc.

140

4. Debate y conclusiones

Se plantean diferentes ejemplos de situaciones debatiendo entre los miembros del grupo las diferentes respuestas para cada situación. En cada una de las respuestas se intentará definir si es pasiva, agresiva o asertiva y elaborar cuál sería la respuesta asertiva usando alguna de las técnicas explicadas.

El orientador del grupo, en función de las características de los participantes decidirá la metodología a utilizar en la actividad: roll-playing, trabajo en pequeños grupos, etc.

Caso 1:

Imagina que estás haciendo una fila para entrar al banco y pagar tus recibos de agua y luz. Llevas más de 20 minutos esperando. De repente observas que una persona se acerca a una de las ventanillas y conversa con el cajero. ¿Qué harías en esta situación?

Existen diferentes maneras de responder a las situaciones que no podemos responder de manera agresiva, pasiva o asertiva.

A continuación citaremos las posibles respuestas que podemos darle a la situación mencionada.

Respuesta 1. Pasiva. La persona de la cola hace un gesto de desagrado y comenta con la persona que está delante suyo "...Es un fresco, se mete en la cola como si nada...".

Respuesta 2. Agresiva. La persona de la cola alza la voz y dice "...Oiga, nosotros estamos haciendo cola hace rato, no sea sinvergüenza y haga su cola o llamo a seguridad para que lo saque a palazos".

Respuesta 3. Asertiva. La persona de la cola dice: "Señor, todos estamos aquí desde temprano haciendo cola, Ud. También debe esperar su turno y respetar a los que hemos llegado antes que Ud. Así que haga el favor y colóquese al final de la cola."

Caso 2:

Una colega te da constantemente su trabajo para que la ayudes a terminarlo. Y de tanto y tanto pedir ayuda, ya resulta ser un poco fastidioso a tal punto de molestar tu tranquilidad y concentración. Tú decides acabar con esta situación. Y ese mismo día tu colega nuevamente viene a pedirte ayuda en su trabajo. ¿Qué le contestarías?

Respuesta 1. Pasiva. Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar.

Respuesta 2. Agresiva. Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un empleado tuyo, no seas desconsiderado.

Respuesta 3: Asertiva. Muy frecuentemente me pides que te eche una mano en el trabajo que te asignan, porque no te da tiempo o porque no sabes hacerlo (hechos). Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo (sentimientos), así que intenta hacerlo tú mismo (conductas), seguro que así te costará menos la próxima vez (consecuencias).

141

Caso 3:

Un amigo acaba llega a cenar, pero una hora más tarde de lo que había dicho. No ha llamado para avisar que se retrasaría. Estás irritado por la tardanza.

Respuesta 1. Pasiva. Saludarle como si tal cosa y decirle “Entra la cena está en la mesa”

Respuesta 2. Agresiva. Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que Te invito a cenar.

Respuesta 3. Asertiva. He estado esperando durante una hora sin saber lo que pasaba (hechos). Me has puesto nervioso e irritado (sentimientos), si otra vez te retrasas avísame (conducta concreta) harás la espera más agradable (consecuencias)

Caso 4:

Vas a un restaurante a cenar. Cuando el camarero trae lo que has pedido, te das cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Se trata de llevarse bien con el camarero para que nos sirva bien, pero eso no es un buen servicio.

Respuesta 1. Pasiva. No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.

Respuesta 2. Agresiva. Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que como el servicio es asqueroso nunca volverás a ir a ese establecimiento.

Respuesta 3. Asertiva. Llamar al camarero y, mirándole a la cara y sonriendo, pedirle que por favor le cambie la copa.

5. Tareas para casa:

Se solicita a los asistentes que realicen un registro de las situaciones que se les han planteado en la vida cotidiana y si han utilizado alguna de las técnicas asertivas explicadas en la sesión, describiendo:

- la situación
- la técnica empleada
- el resultado conseguido

6. Actividades Complementarias

- Trabajar el resto de ejemplos que no se hayan trabajado en la sesión
- Elaborar respuestas asertivas a cada uno de los ítems que aparecen en el cuestionario de asertividad de Lazarus.

CUESTIONARIO ASERTIVO DE LAZARUS

Responda sí o no a las siguientes situaciones:

1.- Cuando una persona es abiertamente injusta, ¿tiene usted a no decirle nada al respecto?	
2.- ¿Siempre hace lo posible para evitar problemas con otras personas?	
3.- ¿Suele evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado?	
4.- Si algún amigo le ha traicionado revelando algún secreto suyo, ¿le dice lo que piensa realmente?	
5.- Si compartiera la habitación con otra persona, ¿insistiría en que él/ella haga parte de la limpieza?	
6.- Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llegó después de usted, ¿se lo hace notar?	
7.- ¿Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien?	
8.- ¿Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo?	
9.- Si usted prestó una suma de dinero de importancia a una persona que parece haberse olvidado de ello, ¿se lo recordaría?	
10.- Si una persona se burla de usted constantemente, ¿tiene dificultad para expresar su irritación o desagrado?	
11.- ¿Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos con tal de no buscar asiento delante?	
12.- Si alguien pateara constantemente en el respaldo de su butaca en el cine, ¿le pediría que dejara de hacerlo?	
13.- Si un amig@ le llamara todos los días a altas horas de la noche, ¿le pediría que no le llamara más tarde de cierta hora?	
14.- Si usted estuviera hablando con otra persona que de pronto interrumpe la conversación para dirigirse a un tercero, ¿expresaría su irritación?	
15.- Si usted está en un restaurante elegante y su bistec está demasiado crudo, ¿le pediría al camarero que lo cocinará un poco más?	
16.- Si el propietario de un piso que usted alquila no ha hecho ciertos arreglos a los que se comprometió, ¿usted le insistiría en que los hiciera?	
17.- ¿Devolvería una prenda con taras que compró unos días antes?	
18.- Si una persona a quien usted respeta expresa opiniones contrarias a las suyas, ¿se atrevería a exponer su propio punto de vista?	
19.- ¿Puede decir "no" cuando le piden cosas poco razonables?	
20.- ¿Considera que cada persona debe defender sus propios derechos?	

143

CORRECCION:

Respuestas asertivas:

1-Sí	2-No	3-No	4-Si	5-Si	6-Si	7-No	8-No	9-Si	10-No
11-No	12-Si	13-Si	14-Si	15-Si	16-Si	17-Si	18-Si	19-Si	20-Si

INTERPRETACIÓN:

Compare los totales asertivos y no asertivos. El predominio de cada uno de ellos le indicará su tendencia asertiva o no asertiva. También puede considerar sus respuestas no asertivas por sí mismas, como indicativo de esa situación particular, por si desea trabajarla.

SESIÓN 16

PLANIFICACIÓN

1. Introducción



Planificar es el esfuerzo que se realiza para cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos. El proceso de planificación requiere respetar una serie de pasos que se fijan en un primer momento, para lo cual se utilizan diferentes herramientas y expresiones.

La planificación supone trabajar en una misma línea desde el comienzo de un proyecto, ya que se requieren múltiples acciones cuando se organizan cada uno de los proyectos. El paso inicial es trazar el plan que luego se llevará a cabo.

La planificación es la ejecución de un plan. Si se ha hecho una planificación se necesita concretar, definir, detallar y, sobre todo, ejecutar esa planificación.

Los beneficios de una correcta planificación son:

- Sensación de eficacia
- Ahorro de tiempo
- Disminución de esfuerzo

Las características de una buena planificación son:

- REALISTA: que la puedas cumplir
- FLEXIBLE: que tenga en cuenta los imprevistos que puedan surgir. Readaptarla cuando resulte necesario
- PUNTUAL: comenzar siempre a la misma hora
- EQUILIBRADA: repartir bien el tiempo para cumplir todos los objetivos

2. Objetivos específicos

Capacitar a los miembros del grupo a poner en marcha un método que les permita ejecutar planes de forma directa, que serán realizados y supervisados en función del planeamiento realizado.

Distribuir y determinar con precisión las 24 horas del día o un proyecto concreto que quieran llevar a cabo.

3. Desarrollo de la Sesión

Actividad 1. Planificar el día. 30 minutos

1.a. Se solicita a cada participante que escriba en un papel cuáles son sus objetivos principales.

1.b. Mediante la técnica lluvia de ideas, los integrantes del grupo deben ir mencionando diferentes aspectos a tener en cuenta a la hora de planificar el día.

Una vez recogidas las aportaciones del grupo, se explican **las claves para planificar cada día**.

Claves para planificar cada día

1.- Establecer, siempre que sea posible, momentos de tiempo específicos para realizar cada una de las tareas planificadas. Por ejemplo, no anotar sólo en la agenda la actividad que se quiere realizar sino especificar también con claridad a qué hora se iniciará y acabará, con quién y dónde se realizará. De este modo se dispondrán de indicaciones concretas a seguir, y se evitarán posibles distracciones que puedan provocar una desviación del objetivo propuesto.

De este modo, el hecho de tener todo el día planificado, conlleva 2 beneficios:

- una liberación de la mente de tener que estar constantemente pensando en algo para que no se olvide.
- Evita posibles desviaciones de nuestra meta/objetivo personal.

2.- Respetar la actividad planificada. Si se presenta alguna actividad imprevista, hay que intentar realizarla en un momento en que no haya prevista ninguna otra. En muchas ocasiones se tiende a valorar mucho más los compromisos que las reservas de tiempo que se realizan para conseguir las propias metas.

3.- Intentar enlazar las actividades que tenga que realizar a lo largo del día. De esta manera si está prevista la realización de una actividad de 8:00 a 8:30 es deseable programar la siguiente a las 8:30. Así se consiguen dos beneficios: el primero es acabar la primera actividad a la hora programada y la otra iniciar una nueva actividad programada de forma consecutiva con lo que disminuye el riesgo de realizar una actividad no programada que se aleje del objetivo.

4. Calcular de forma adecuada el tiempo que se va a dedicar a cada actividad. Debe tenerse en cuenta si la actividad será sencilla. Dependiendo de eso se deberá invertir más o menos tiempo en ella.

5.- Planificar la realización de aquellas tareas que hayan de estar finalizadas para una fecha determinada con anterioridad a la llegada de esa fecha. Si se debe tener realizada una tarea para un día concreto es importante, planificar su finalización para 2 o 3 días antes. De este modo se tendrá la tranquilidad que la actividad estará finalizada antes del tiempo programado y dará tiempo a su revisión en el caso de que surjan imprevistos. Si se trata de una tarea o actividad larga, es aconsejable realizarla en diferentes períodos de tiempo evitando realizarla en un mismo período de tiempo.



6.- Planificar las tareas más importantes a comienzo de semana. De este modo se tendrán más posibilidades de que éstas se finalicen debido a que, al final de la semana el tiempo se vuelve más escaso porque suele haber más temas que solucionar.

7.-. Dejar espacio para los imprevistos. Durante el día van apareciendo actividades o tareas imprevistas.

8.-Mantener siempre presentes los objetivos en la vida. Es importante no perder de vista los objetivos o metas principales. Eso contribuirá a planificar la mayoría de acontecimientos cotidianos de la vida.

9.-La Planificación debe incluir los aspectos profesionales y personales de su vida. Las actividades de ocio, las actividades específicas con los amigos y con la familia son importantes que estén planificados.

10. Agrupar tareas. Por ejemplo: Si tenemos que comprar fruta y un enchufe.... Es mejor hacerlo todo en la misma salida. Aprovechar que ya se está en la calle para hacer estas dos gestiones.

11. No más de una tarea por tiempos. Es decir, por ejemplo si planificamos limpiar la cocina, no podemos ordenar a la vez el cuarto de baño o tender la ropa de la lavadora.

12. Evitar interrupciones. Si se está realizando una actividad previamente planificada, hay que evitar, en lo posible, interrupciones. Estas interrupciones pueden ser propias o ajenas. Las interrupciones propias, son abandonar la actividad para ir al baño, ir a picar algo a la nevera, hacer una llamada de teléfono... y son ajenas aquellas que no se controlan... como recibir una llamada, un mensaje.... Se deben evitar estas interrupciones. Sólo así conseguiremos acabar la actividad planificada y evitaremos posibles desvíos de los objetivos o metas propuestos.

Actividad 2. Planificación individual. 15 minutos

Realizar la planificación de un día de forma individual teniendo en cuenta los aspectos trabajados anteriormente.

4. Debate y conclusiones

Para terminar la sesión, mediante una lluvia de ideas de los asistentes, se elaboraran las conclusiones de lo trabajado en la sesión.

5. Tareas para casa

Se solicita a los participantes que planifiquen las actividades para un día concreto, con el cronograma de cada actividad y con quién se realizarán.

Deberán anotar si han cumplido la planificación, si se han realizado todas las actividades programadas en los tiempos marcados. Explicar las dificultades y/o ventajas de la planificación diaria.

6. Actividades Complementarias

Realizar una dinámica mediante la que los participantes expresen situaciones concretas que los alejaron de su objetivo por una falta de planificación.

SESIÓN 17

PREVENCIÓN Y MANEJO DE RECAÍDAS

1. Introducción

Según el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985), la recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de poner en marcha los mecanismos de afrontamiento que le garanticen el mantenimiento de la abstinencia.

Si el sujeto es capaz de afrontar la situación de riesgo de forma adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá porque su percepción de control aumentará; en cambio, si no es capaz de afrontarla, su percepción de autoeficacia disminuirá y con ella la probabilidad de recaída aumentará.

Siguiendo el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1986), el proceso de cambio en las adicciones no es lineal, sino dinámico y en espiral y una caída (desliz o falta) o una recaída (paso atrás, no fracaso), son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio.

2. Objetivos específicos

- Reforzar las razones para el cambio
- Identificar que situaciones pueden precipitar una recaída
- Reflexionar sobre cómo afrontar estas situaciones de riesgo
- Trabajar las consecuencias de una recaída
- Reforzar los objetivos alcanzados durante el proceso de cambio

3. Desarrollo de la Sesión

Actividad 1. Definir recaída. Diferencia entre caída y recaída: 10 minutos

Ideas clave a transmitir:

- Para que hablemos de recaída o caída debe haberse producido un período de abstinencia determinado.
- Un desliz o consumo puntual debe entenderse como un pequeño retroceso en el intento que una persona ha hecho para cambiar.
- Una recaída supondría el uso más continuado de la sustancia, acompañada de una vuelta a las conductas que acompañan la adicción/consumo abusivo. La recaída es un proceso que se va produciendo tras un desliz puntual.

Exponer ejemplos.

Actividad 2. Reflexionar las razones para mantener la abstinencia: 35 minutos

Se plantea a los asistentes que escriban los pros y contras de mantener la abstinencia y los pros y contras de recaer.

	PROS/VENTAJAS	CONTRAS/DESVENTAJAS
MANTENER LA ABSTINENCIA		
RECAER/CONSUMIR		

Puesta en común.

Ideas clave a transmitir:

- Conveniencia de recordar con frecuencia nuestras razones para no recaer, como refuerzo del éxito que se está logrando.
- Aprovechar la puesta en común para trabajar sobre mitos e ideas erróneas que favorecen el autoengaño. (Pueden aparecer al hablar de los contras de mantener la abstinencia o pros de recaer).

4. Debate y conclusiones

Aprender a detectar situaciones de riesgo

Se entrega a los miembros del grupo un listado de situaciones de riesgo (podemos elaborarla tomando como base el cuestionario de confianza situacional, al final de la descripción de la sesión adjunto un ejemplo de cómo podría ser). Deben ordenarla de mayor a menor en función de que situaciones, estados emocionales o pensamientos serían los que les pueden llevar con más probabilidad a una recaída.

Ordena esta lista en función del riesgo personal que percibes para que se produzca una recaída. (Pon un 1 para la situación que percibas como más peligrosa, 2 para la segunda...y así hasta un 20 para la que percibas como menos peligrosa/sin riesgo de recaer en esa situación)

ORDEN	SITUACIÓN	CATEGORÍA
	Si estuviera deprimido.	EMOCIONES DESAGRADABLES
	Si me sintiera solo y que no tengo a quién acudir.	
	Si tuviera un acontecimiento que me ha disgustado mucho.	
	Si tuviera dificultades para dormir	MALESTAR FÍSICO
	Si me encontrase muy nervioso	
	Si sintiese que todo me está saliendo muy bien	EMOCIONES AGRADABLES
	Si me sintiera contento, eufórico.	
	Si quisiera celebrar una ocasión especial, como una boda, la navidad...	PROBANDO AUTOCONTROL
	Si quisiera probar que puedo consumir algo sin problemas	
	Si sintiera que he superado mis problemas con la droga/alcohol	NECESIDAD/CRAVING
	Si viera un anuncio o una imagen que me trae recuerdos muy fuertes de la droga/bebida	
	Si pasara por delante de donde compraba/bebía	
	Si hubiera discutido con una persona importante de	

	mi vida (pareja, amigo...)	CONFLICTO INTERPERSONAL
	Si me sintiera inseguro/rechazado ante otras personas	
	Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos	
	Si tuviera problemas en casa	
	Si saliera con amigos y estos se pusieran a beber/consumir	PRESIÓN SOCIAL
	Si me ofrecieran tomar una copa/consumir y no supiera rechazar la invitación	
	Si estuviera con amigos a los que hace mucho que no veo y me sintiera muy emocionado	MOMENTOS INTERPERSONALES AGRADABLES
	Si estuviera con alguien que me gusta y quisiera aumentar la cercanía	

Trabajo en pequeños grupos: Se dan instrucciones de trabajo sobre cómo afrontarían cada una de las situaciones que han valorado de mayor riesgo para cada uno. Si en un grupo dos o varias personas coinciden en la misma situación, se trabajaría sobre la situación que han elegido como la segunda de mayor riesgo.

Puesta en común.

Ideas clave a transmitir:

- Un consumo o recaída se produce al exponerse la persona a una situación de riesgo donde no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes.
- Hay diferentes formas para afrontar estas situaciones: control, evitación, escape...para cada tipo de situación hay unas más fáciles de llevar a cabo que otras
- Cuando logramos afrontar con éxito una situación de riesgo, favorecemos que en el futuro sea menos probable una recaída porque aumentamos nuestra sensación de control, nuestra expectativa de éxito y nuestra percepción de autoeficacia.
- Constatar la importancia de disponer de situaciones y actividades que faciliten la aparición de comportamientos alternativos al consumo.

5. Tareas para casa: Carta al futuro

Consiste en escribirse una carta (a sí mismo) como si fuese dentro de un año. Es una invitación a reflexionar sobre el comportamiento actual y el impacto que tiene en el futuro. En ella se han de incluir las dudas iniciales, los motivos para hacer el cambio, los pasos que se siguieron, lo orgulloso que se está de haber hecho el esfuerzo y todo lo positivo que ha supuesto el cambio.

6. Actividades Complementarias

Técnicas de Afrontamiento de la recaída:

- Evaluación de los logros: Valoración del proceso hasta la caída/recaída, cambios realizados hasta el momento, tiempo de abstinencia, expectativas de futuro...
- Introducción de cambios (proceso inteligente / proceso emocional). Trabajar que la fuerza de voluntad no lo es todo y que si ha habido un fallo en el proceso es debido a la falta de planificación inteligente del mismo.

- Continuación y adherencia al tratamiento: la importancia de no abandonar y de admitir la recaída para trabajar los factores de riesgo que no se tuvieron en cuenta.
- La abstinencia total versus la abstinencia relativa: ventajas y desventajas. El autoengaño.

SESIONES 18-20 RECURSOS COMUNITARIOS Y RECURSOS

PERSONALES:

¿A dónde acudir?

Sesión 18 Recursos comunitarios y recursos personales

Sesión 19 Empleo y formación

Sesión 20 Ocio y tiempo libre

SESIÓN 18

RECURSOS COMUNITARIOS Y RECURSOS PERSONALES

1. Introducción

En esta Unidad se plantea el tema de los recursos comunitarios y de los recursos personales, desde una perspectiva que pretende transitar de la situación, frecuente, de carencia o ausencia de vinculación a los mismos, hacia la instauración de un uso adecuado y capacitante. Considera que adquirir información y unas mínimas estrategias de uso de los recursos tanto generales como individuales, determina un crecimiento y autonomía personal, muy necesaria en el perfil común de este tipo de usuarios.

155

2. Objetivos

- Divulgativo: dar información, aumentar el nivel de conocimiento de los recursos generales, así como dotar de estrategias de identificación de las propias necesidades.
- Familiarizar: con la existencia de dispositivos comunitarios, acercando los dos ámbitos (usuario/dispositivos).
- Disposición al uso: Instar, favorecer el uso de los dispositivos/recursos generales disponibles tanto para la población en general, como para este tipo de usuarios en particular.
- Recursos/redes personales: Autovaloración ajustada de las capacidades personales y posibilidades reales de los usuarios.
- Conceptos clave
 - Vínculo: necesidad que tiene el ser humano de integración social plena.
 - Autoidentificación: capacidad del ser humano para conocer y aceptar sus posibilidades y limitaciones.

3. Desarrollo de la Sesión

Opción 1

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

a) ¿Puedes ayudar a Luisa?

Luisa Sánchez se ha enterado de que un amigo de su hermano, que padece una enfermedad que le ha supuesto dejar de trabajar y, además, le supone importantes limitaciones físicas, está recibiendo una ayuda económica. De esta ayuda se enteró, al parecer, por mediación de otra persona, que también sufre su misma enfermedad, y con la que coincide en unos grupos de autoayuda a los que acuden los dos. Esto la ha hecho pensar. Ella también tiene una serie de problemas de salud importantes, se encuentra actualmente desempleada sin recibir ningún tipo de subsidio y, por si fuera poco, tiene que atender a sus padres, a dos hijos suyos y su sobrino, el hijo de su hermano. La gustaría recibir ayuda. Pero no sabe cómo hacer. Ni qué tipo de ayudas podría obtener. Tampoco cómo priorizar sus necesidades ¿Puedes ayudar a Luisa?

- Se formarán 3 grupos de unas cinco o seis personas, y en función de la composición de los asistentes. Cada grupo asumirá el rol de Luisa. Durante los 50 minutos deberán analizar la situación de Luisa
 - a) Grupo 1: ¿cómo orientarla? ¿qué debería hacer? ¿dónde dirigirse? ¿Cómo buscar? ¿qué es lo que le haría falta? Se trataría de adoptar el rol de orientador/informador
 - b) Grupo 2: ¿Cómo ayudarla? ¿cómo planificar? Se trataría de adoptar el rol de terapeuta detectando necesidades, carencias.
 - c) Grupo 3: Luisa se dirige a tres recursos a los que va a solicitar ayuda. A una empresa que está ofreciendo trabajo a mujeres, aunque es muy difícil que consiga el trabajo dada su situación. A un centro de rehabilitación donde lleva mucho tiempo en lista de espera y todavía no puede ser atendida. A una oficina municipal para que la den algún tipo de ayuda económica.

Este grupo debe diseñar las mejores estrategias para Luisa.

Opción 2

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Marco:

Con 14 años empieza a consumir porros con su grupo de amigos, al principio solo los fines de semana, con 16 años consumía todos los días. A los 17, 18 años su consumo era diario de 4 a 5 porros al día, comenzando con problemas en los estudios. No tenía percepción del riesgo. Termina el bachillerato y empieza la Universidad a la vez que aumenta el consumo diario de hachís. En este momento comienza el tráfico de hachís vende a sus amigos y a los amigos de sus amigos y de esta forma puede mantener el consumo y el coste del mismo. Durante dos años en la Universidad, no aprobó ninguna asignatura, su aspecto empieza a ser descuidado, con tendencia al desorden y al abandono de higiene y sobre todo no hacía nada, como el describía "empanado todo el día ". En su casa los problemas eran cada vez más graves, sus padres no entienden su cambio de actitud y comportamiento, que el negaba con mentiras constantes, produciendo un distanciamiento mayor de su entorno por lo que decide irse a estudiar a otra ciudad, aumentando cada vez más el consumo. Su conducta empieza a cambiar, duerme mal y empieza a sentirse muy raro, sus amigos se asustan, Y LLAMAN A SUS PADRES.

- Se formarán tres o cuatro grupos de unas cinco o seis personas, en función de la composición de los asistentes. Deberán analizar la situación de Marco. ¿Piensas que sus amigos han hecho bien avisando a sus padres? ¿Crees que debe ser ingresado en algún centro? En caso afirmativo explica que tipos de centros y en caso negativo, ¿Qué alternativa tiene?
 - a) Sabrías orientar a Marco y a su familia sobre el itinerario que deberían realizar. Donde debe acudir en primer lugar, a que puertas debe llamar.

- b) Podrías orientar a Marco y su familia sobre los recursos existentes para poder iniciar un tratamiento de drogas.
- c) Como orientarías a su familia en concreto para afrontar esta situación.

Opción 3

- Presentar dinámica de reflexión (30 minutos. Actividad en grupo)

MATERIAL: Hojas de papel y lápiz para cada participante.

El terapeuta entrega a los participantes una hoja de papel y les pide que en el lado derecho de la hoja hagan una lista de sus habilidades, talentos, capacidades, recursos y fuerzas positivas y en el izquierdo, debilidades, limitaciones, incapacidades y errores, haciendo hincapié en que sean revisadas todas las áreas:

- Física
- Intelectual
- Emocional
- Social.

Al terminar el listado, se les pedirá que analicen sus respuestas y pongan: una "C" si es factible de cambio, "D" si es factible de desarrollo y "A" si no es factible ninguna de las dos.

En subgrupos de 4 personas se les pide que comenten lo anterior sacando en conclusión: ¿Qué necesitamos para poder lograrlo?

Puesta en común de las conclusiones de cada subgrupo y análisis de como se puede aplicar lo aprendido en su vida

Opción 4

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Sebastián de 43 años de edad, casado y con dos hijos de 13 y 11 años de edad, viene padeciendo desde hace tres años aproximadamente un problema de adicción a las máquinas tragaperras. Desde hace un largo tiempo es aficionado a todo tipo de loterías, destinado a esta actividad no más de once euros semanales, pero es desde hace tres años donde ha empezado a tener problemas serios con las tragaperras. Su relación familiar se está deteriorando por este tipo de adicción, ha cambiado su relación con sus hijos y su mujer, al igual que ha influido en la situación económica de la familia.

Se forman tres grupos de cinco o seis personas en función de la composición de los asistentes. Se analizará la situación de Sebastián.

- a) Sebastián ha llegado a un punto que no puede más, ve peligrar su familia, su trabajo. ¿Dónde debe acudir? ¿Existen recursos para el problema de la ludopatía? ¿Cómo buscar la información relacionada con esta problemática?
- b) ¿Cómo enfocar su situación económica? ¿Existen ayudas económicas? ¿Dónde debe acudir para informarse en este sentido?

- c) A los hijos le ha afectado mucho esta situación, ya que el comportamiento de su padre ha cambiado radicalmente. ¿Cómo les orientarías? ¿Cómo informar a su familia de que debería hacer? ¿Se deben involucrar en el proceso rehabilitador?

4. Debate y conclusiones

Es necesario familiarizarse con los recursos sociocomunitarios y su utilización. Debe existir un conocimiento adecuado y ponderado de las necesidades de cada individuo. Todas las personas necesitamos ayudas.

SESIÓN 19

EMPLEO/FORMACIÓN

1. Introducción

La Formación es algo trascendental para el desarrollo de las personas, además de para el desarrollo profesional. Es una herramienta de mejora de la empleabilidad, facilitando un acceso al empleo en mejores condiciones. Por otro lado, el empleo es la base de la prosperidad, la inclusión y la cohesión social y un barómetro claro de la salud social e individual.

159

2. Objetivos

- **Prioridad:** La formación tiene una importancia clave en nuestros días. No debe considerarse como algo estático e inamovible.
- **Expectativas:** es preciso conocer adecuadamente las posibilidades personales y ajustar a éstas las estrategias laborales.
- **Proactividad:** fomentar la implicación personal en el proceso de integración formativo-laboral.
- **Herramientas personales:** Autovaloración ajustada de las capacidades personales y posibilidades reales de los usuarios.
- **Curriculum:** ayuda y orientación en el proceso de elaboración del curriculum personal.
- **Conceptos clave**
 - Integración: el trabajo como un motor de integración evidente
 - Carencias: paliar el nivel carencial y los desajustes frecuentes en estos usuarios.

3. Desarrollo de la Sesión

Opción 1

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Se formarán 3 grupos de unas 5-6 personas.

¿A quién contratarías para trabajar en un banco?

1. EL primer candidato es un hombre de unos 30 años, que tiene experiencia en banca e idiomas, está dispuesto a todo para poder ascender en la empresa, únicamente no quiere salir de su ciudad para trabajar.
2. La segunda candidata es una mujer también de 30 y tantos años, con un poco menos de experiencia en banca, lleva dos años sin trabajar porque tuvo que hacerse cargo de su hijo tras su separación, ahora debido a su situación económica debe volver a trabajar, vive con un ex compañero del trabajo anterior, y no cree necesario tener que salir de la oficina para llevar a cabo una buena comercialización de los productos.

3. La tercera es una chica de 20 y tantos, con experiencia no relacionada en banca pero sí en administrativo, no tiene madre y se ha criado con padre y hermanos, pertenece al grupo que organiza las fiestas de su barrio, tiene novio, y quiere independizarse.
4. El último es un chico que acaba de terminar sus estudios, sabe inglés, que aprendió en Londres cuando trabajó como camarero, no tiene más experiencia, es muy amigable y sociable, siempre organiza las típicas cenas para salir de fiesta, a veces se toma demasiadas confianzas y tiene comentarios que se pueden malinterpretar

¿A quién contratarías Para trabajar en una tienda de muebles?

A cada participante le dan dos piezas de mobiliario perteneciente a una cocina, por ejemplo un armario y un lavavajillas, o la lavadora y un escobero. Hay que amueblar la cocina de una pareja joven de X m2 que no comen en casa ni cenan por su trabajo, obviamente no caben todos los muebles.

Los participantes deberán decidir qué hacer. Normalmente se esforzarán por amueblar la cocina sin prescindir de los muebles que les han sido asignados. Olvidando que su trabajo será para atender al público, no para decorar cocinas. Y que tal vez sería mejor 'negociar' con los compradores de qué cosas podrían o deberían prescindir para su pequeña cocina.

En esta dinámica lo que realmente se busca es si los candidatos tienen claro de qué va el trabajo en banca en la actualidad, inconscientemente cada participante suele elegir al candidato con el que se identifica. Solo se está midiendo si se tienen claras las funciones del trabajo

Opción 2

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Se formarán tres grupos de cinco o seis personas según los asistentes.

Ana Carmen es una mujer inmigrante, ecuatoriana de 25 años de edad y un nivel académico equivalente a la ESO en España. Su experiencia profesional en Ecuador fue de cajera de comercio durante tres años, en España su experiencia está basada en el servicio doméstico durante seis meses y sin contrato laboral. Vive en España desde hace dos años, con su pareja también de nacionalidad ecuatoriana y activo laboralmente, tienen una hija de un año de edad, de nacionalidad española. Está actualmente en desempleo y busca trabajo. Dispone de permiso de residencia en vigor.

- a) ¿Cómo orientarías laboralmente a Ana Carmen?
- b) ¿Cómo le enseñarías a elaborar un curriculum o actualizarlo?
- c) ¿Cómo debe abordar las entrevistas laborales?

Opción 3

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Entrevista. Necesario un ordenador y ejemplo

<https://www.youtube.com/watch?v=R41muknWF18>

Tras el visionado de la entrevista, se debate en el grupo sobre la actitud tanto del entrevistado como del entrevistador. Así mismo también se puede asumir el rol del entrevistado y del entrevistador y analizar cómo se debe afrontar una entrevista, la actitud, cómo debes ir vestido, si debes prepararla con anterioridad, etc.

Opción 4

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

El terapeuta explicara los aspectos verbales y no-verbales de la comunicación, señalando que aunque los individuos parecen basarse en la comunicación verbal, la no-verbal (gestos, postura, tono de voz etc.) es también de suma importancia. Para reforzar este punto, demuestra en qué forma los intercambios no-verbales pueden contradecir o confirmar un mensaje verbal.

La actividad consistirá en realizar un role-playing en el que se exploraran los efectos de diferentes actitudes.

1. Los participantes adoptan tres diferentes posturas con el cuerpo (un minuto cada una): inclinado hacia delante, derecho y encorvado permaneciendo en silencio cada vez que cambien de posición y estarán atentos al efecto que produce su forma de sentarse.
2. Se colocaran espalda con espalda sin hablar, después un minuto se ordena que se sienten de frente.
3. Después de pasado otro minuto, cada participante discute su reacción a la actividad. El terapeuta solicita observaciones de la experiencia a todo el grupo.
4. Mientras están sentados frente a frente, silenciosamente experimentan diferentes contactos visuales (un minuto cada uno), uno de ellos intenta mirar al otro directamente a los ojos, mientras que el otro miembro mira hacia abajo o a lo lejos y posteriormente a ambos se miran directamente a los ojos. Después de asimilar la experiencia del contacto visual, el terapeuta dirige una discusión sobre las reacciones de los participantes a la secuencia de actividades. Enfoca la discusión en la integración y la aplicación de este aprendizaje. un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

4. Debate y conclusiones

Se analizan las propuestas que hayan surgido de cada uno de los grupos de trabajo. Se trata no sólo de analizar, si no de orientar por parte del profesional encargado de la actividad, hacia un uso adecuado de los recursos, desarrollar habilidades sociales para el proceso de búsqueda y adquisición de un puesto de trabajo, dotar de las herramientas, técnicas y habilidades para el proceso de búsqueda, etc.

- a. Es necesario contextualizar adecuadamente qué se busca en cada caso y qué se necesita por parte de quien ofrece el trabajo.
- b. Cualidades positivas para el trabajo: solidaridad, compromiso, colaboración, actitud positiva
- c. Ámbito en el que se quiere trabajar
- d. Emplear el tiempo en ello

- e. Conocer las habilidades y destrezas personales a la hora de llevar a cabo un trabajo.
- f. Importancia de trabajar en algo que nos interesa, debido a las consecuencias positivas que genera tanto en el aspecto psicológico como físico y en la repercusión que tiene en las personas que tenemos alrededor.
- g. Saber elaborar un curriculum, si es acorde a la realidad que vivimos, si está actualizado y sobre todo si es creativo. Es muy importante ya que habla de nosotros.
- h. Desenvolvimiento ante una entrevista de trabajo.

SESIÓN 20

OCIO Y TIEMPO LIBRE

1. Introducción

La escisión entre trabajo y tiempo libre es una de las características más destacables de la vida en sociedad. El tiempo de trabajo, con valor económico. El tiempo de ocio como tiempo integrador e identificador del individuo, aumenta de manera muy notable los niveles satisfacción personal y social.

2. Objetivos

- Motivación: al ocio saludable.
- Organización: estructuración del tiempo libre.
- Estrategias: para el ocio saludable.
- Herramientas personales: Autovaloración ajustada de las capacidades personales y posibilidades reales de los usuarios.
- Conceptos clave
 - Ampliación: del rango de las limitadas posibilidades que suele tener las personas con problemas adictivos, como crecimiento personal
 - Carencias: paliar el nivel carencial y los desajustes frecuentes en estos usuarios.

3. Desarrollo de la Sesión

Opción 1

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

a) Tú tomas tus propias decisiones

Estás conduciendo tu coche en una noche de tormenta terrible. Pasas por una parada de autobús donde se encuentran tres personas esperando:

1. Una anciana que parece a punto de morir.
2. Un viejo amigo que te salvó la vida una vez.
3. El hombre o la mujer de tus sueños.

¿A cuál llevarías en el coche, habida cuenta que sólo tienes sitio para un pasajero?

Este es un dilema ético-moral. Podría llevarse a la anciana, porque va a morir y por lo tanto debería salvarla primero; o podría llevar al amigo, ya que el le salvó la vida una vez y está en deuda con él. Sin embargo, tal vez nunca vuelva a encontrar al amante perfecto de sus sueños.

Opción 2

- Presentar un caso (45 minutos. Actividad en grupo)

Tú y siete personas más os encontráis en una isla desierta fruto del naufragio del crucero en el que pasabais unas tranquilas vacaciones en el pacífico. Encontráis un bote con enseres que os pueden ser útiles y asegurar vuestra supervivencia, pero el bote lleva escrito un mensaje, de los 8 objetos, sólo podrás escoger 5 por la maldición del capitán Sparrow. Los objetos son: una brújula, una manta, una bengala, un mechero, una botella de agua, un botiquín, un paracaídas y una sierra de madera. ¿Qué objetos eliges? ¿Cuáles elige el grupo? ¿Eres capaz de convencer al grupo de que tu decisión es la acertada?

4. Debate y conclusiones

Es posible un ocio estructurado y creativo. Todas las personas pueden tomar decisiones respecto a los derroteros por los que transcurre su vida.

IV.- EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

Evaluar un programa supone emitir un juicio de valor sobre los recursos, actividades y resultados. Este juicio se basa en indicadores que se corresponden con los elementos del programa evaluado en normas o estándares que son los valores de referencia de los criterios que permiten realizar el juicio de valor.

La evaluación de programas es un instrumento de gestión con una duración determinada que trata de valorar de manera sistemática y objetiva la pertinencia, el rendimiento y el éxito del programa.

La evaluación se realiza con carácter selectivo para dar respuesta a determinadas preguntas y orientar a los encargados de tomar decisiones. También sirve para obtener información que permita determinar si las teorías e hipótesis básicas que se utilizaron al formular el programa resultaron válidas, qué surtió efecto o no, y las causas. En la evolución de cualquier programa, se puede plantear desde diferentes enfoques: estructura, proceso y resultado.

Respecto a la evaluación de la **estructura**, la cuestión clave se refiere a si se han dispuesto los recursos humanos y físicos necesarios para la realización del programa. Esto tiene que ver no sólo con los equipos y profesionales requeridos; también con la estructura de la organización, cambios organizativos y cualificación o formación del personal.

La evaluación de proceso permite conocer si el programa se desarrolla con arreglo a la planificación. Indicadores de proceso:

Durante las sesiones el formador/terapeuta recogerá información de los siguientes indicadores:

- ✓ Nivel de asistencia de los penados a las sesiones
- ✓ Participación e involucración de los penados en la intervención
- ✓ Valoración del desarrollo de cada sesión

Instrumentos:

- ✓ Cronograma
- ✓ Plantillas de asistencia y participación
- ✓ Cuestionario de desarrollo de las sesiones

La evaluación de satisfacción recoge la opinión de los destinatarios de la actividad programada. Al finalizar el programa recogerá información de los siguientes indicadores:

- ✓ Opinión de los participantes: valoración del programa.
- ✓ Opinión de los terapeutas/formadores y recomendaciones en la planificación y desarrollo de las sesiones.

Instrumentos:

- ✓ Cuestionarios de valoración de las sesiones

La evaluación de impacto en qué medida se han alcanzado los objetivos planificados, para conocer el impacto hay que medir la situación previa antes de iniciar las sesiones y posterior al desarrollo de las mismas, una vez finalizado el programa. Indicador:

- ✓ Percepción del riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas pre y post-tratamiento.

Instrumentos:

- ✓ Cuestionario de percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: CUESTIONARIOS Y PLANTILLAS

ANEXO. Plantillas y cuestionarios de evaluación

Plantilla de Planificación y seguimiento de las sesiones

	Fecha	horario/tiempo	Terapeuta responsable	Oportunidades de mejora de las sesiones: contenidos para modificar
Sesión 0				
Sesión 1				
Sesión 2				
Sesión 3				
Sesión 4				
Sesión 5				
Sesión 6				
Sesión 7				

	Fecha	horario/tiempo	Terapeuta responsable	Oportunidades de mejora de las sesiones: contenidos para modificar
Sesión 8				
Sesión 9				
Sesión 10				
Sesión 11				
Sesión 12				
Sesión 13				
Sesión 14				
Sesión 15				
Sesión 16				

	Fecha	horario/tiempo	Terapeuta responsable	Oportunidades de mejora de las sesiones: contenidos para modificar
Sesión 17				
Sesión 18				
Sesión 19				
Sesión 20				

Plantilla de seguimiento de penados asistentes a cada sesión

Sesión nº Penados asistentes	Asistencia	Puntualidad	Participación	Observaciones

Cuestionario de evaluación diaria de las sesiones¹¹

El objetivo de este cuestionario es obtener información para mejorar las sesiones. Le agradecemos que conteste con toda sinceridad. Todas las preguntas se refieren a lo trabajado en la sesión de hoy.

Asistente: número

Varón/Mujer (subraye lo que proceda)

Edad:

173

Subraye, por favor la respuesta QUE CONSIDERE MÁS ADECUADA

En el día de hoy:

1.- ¿Cómo le ha resultado la sesión?

- Muy interesante
- Interesante
- Aburrida
- Muy aburrida
-

2.- ¿Cómo calificaría las explicaciones del formador?

- Muy claras
- Bastante claras
- Aburridas
- Muy aburridas

3.- ¿Cómo calificaría su participación en la sesión?

- Muy participativa
- Bastante participativa
- Poca participativa
- Nada participativa

4.- ¿Considera que ha aumentado sus conocimientos o habilidades, o ha modificado sus actitudes sobre el tema tratado en la sesión?

- Si
- No

¹¹ Este cuestionario se cumplimentará por los asistentes cada vez que finalice una sesión

5.- ¿Qué aspectos o contenidos de la sesión cree que deberían mejorarse?

Muchas gracias por su colaboración

Cuestionario de percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas¹²

AHORA NOS GUSTARÍA SABER SU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS [DE SALUD O DE OTRO TIPO] QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.

Ponga una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 25 "X" porque hay 25 filas de cuadrillos. Con "**alguna vez**" queremos decir "una vez al mes o menos frecuentemente". Con "**habitualmente**" queremos decir "aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente".

175

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabe
Fumar tabaco alguna vez	0	1	2	3	9
Fumar un paquete de tabaco diario	0	1	2	3	9
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas	0	1	2	3	9
Tomar 1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	0	1	2	3	9
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas	0	1	2	3	9
Consumir tranquilizantes/sedantes o somníferos alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir tranquilizantes/sedantes o somníferos habitualmente	0	1	2	3	9
Fumar hachís/marihuana (cánnabis) alguna vez	0	1	2	3	9
Fumar hachís/marihuana (cánnabis)	0	1	2	3	9
Fumar base (cocaína base, crack) alguna vez	0	1	2	3	9
Fumar base (cocaína base, crack) habitualmente	0	1	2	3	9
	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabe
Consumir cocaína en polvo alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir cocaína en polvo habitualmente	0	1	2	3	9
Consumir GBH o éxtasis líquido alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir GBH o éxtasis líquido habitualmente	0	1	2	3	9
Consumir éxtasis alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir éxtasis habitualmente	0	1	2	3	9
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir anfetaminas o speed habitualmente	0	1	2	3	9
Consumir alucinógenos (LSD, tripis o setas mágicas)	0	1	2	3	9
Consumir alucinógenos (LSD, tripis o setas mágicas)	0	1	2	3	9

¹² Este cuestionario se aplicará en la sesión introductoria y al finalizar la sesión 20

Consumir heroína alguna vez	0	1	2	3	9
Consumir heroína habitualmente	0	1	2	3	9
Inyectarse drogas alguna vez	0	1	2	3	9
Inyectarse drogas habitualmente	0	1	2	3	9

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, J., Hernández, M., Aguilar, R., Choren, S., Luque, Y., Vidal, T. (2006). Las drogas desde un enfoque preventivo I. Valencia: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las drogodependencias.

Beck, J, 1995, Cognitive Therapy: Basics and beyond, p.14.

Beverly Hare. *Sea Asertivo*, Ediciones Gestión 2000.

Berjano, E. y Pizano, S. (2001). *Interacción social y comunicación*. Valencia: Tirant lo Blanch

Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (1993): *Manual de evaluación y entrenamiento en las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI

Castanyer, O. *La Asertividad: expresión de una sana autoestima*. DDB. Bilbao. 1996.

Cortés, MT., Giménez, JA., Dolz, L., Samper, P., Espejo, B. y Belda, L. (2010). MIRAT, programa de prevención selectiva para jóvenes sancionados por tenencia/consumo de sustancias en la vía pública. Valencia: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.

Elias, M.; Tobias, S., y Friedlander, B. (1999): *Educación con inteligencia emocional*. Barcelona, Plaza y Janés.

Ellis, Albert; Abrahams, Eliot (2005). *Terapia racional emotiva*. Mexico: Editorial PAX. ISBN 978-968-860- 776-3.

Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. Editorial Pax, México.

Fensterheim, Herbert y Baer, JEAN. *No diga sí cuando quiera decir no*, Ediciones Grijalbo, 2003.

Engle DE, Arkowitz A. *Ambivalence in Psychotherapy. Facilitating Readiness to Change*. New York: The Guilford Press; 2006.

Fernández-Berrocal, P.; Salovey, P.; Vera, A.; Ramos, N., y Extremera, N. (2001): *Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar*, en: Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 4.

Fernández-Berrocal, P., y Ramos, N. (2002). *Corazones Inteligentes*. Barcelona, Kairós.

Flores Galaz, M.M. *Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy*. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. 2002; Número 221 segundo trimestre 2002. 34-47

Goleman, D. (1996): *Inteligencia emocional*. Barcelona, Kairós.

Güell, M., y Muñoz, J. (1999): *Desconóctete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*. Barcelona, Paidós.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (Second revised edition). New York: The Guilford Press; 2012.

Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculations. En C. Neuringer y J.L. Michael (eds.), *Behaviour modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York.

Lazarus, R. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud Barcelona, 1976

Lazarus, R.S. *Psychological stress and the coping process* New York: Ma Crow Hill. 1966

Levenson, R.W. (1994). *Human emotion. A functional view*. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.) *The nature of Emotions: Fundamental Questions* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.

Lineham MM. *DBT Skills Training Manual*. Second Edition. New York: The Guilford Press; 2014.

Loscertales, F. y Núñez, T. (coord.) (2001). *Comunicación y Habilidades Sociales para la intervención en grupos*. Córdoba: Fonoruz

Mayer, J.D. y Salovey, P. What is emotional intelligence? In: P. Salovey & D.J. Sluyter *Emotional Development and emotional intelligence*. New York. P. 3-32 (1997)

Miller WR. Rollnick S. *Motivational Interview*. Third Edition. Helping People Change. New York: The Guilford Press; 2012.

Monjas, I. (1993): *Programa de entrenamiento en Habilidades de Interacción Social (PEHIS)*. Salamanca. Trilce

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1, 1-20.

Palmer, P. *El monstruo, el ratón y yo*. Promolibro. Madrid. 1991.

Ponce de Leon Hernandez C., Morillas Urda M., Scigliano Herbon N. *Enfoque psicológico de la depresión*. En: *Varios autores. Estrategias para el tratamiento de la depresión*. Madrid. Ed. Prous; 1995.

Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C. (1982): *Terapia Transteórico: hacia un modelo más integrador de cambio*. *Psicoterapia: Teoría, Investigación y Práctica*, Vol 19

Rehm, L.P (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

Sanz J. y Vazquez C. (1995) *Trastornos del estado de animo: Teorías psicológicas*. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol.II (pag. 341-378). Madrid. McGraw Hill. ISBN 84-7986-000-6

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco

Smith, Manuel J. *Cuando digo no, me siento culpable*, Nuevas ediciones de bolsillo, 2003.

Sobell MC, Sobell MB. *Group Therapy for Substance Use Disorders. A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press; 2011.

Tomás, S., Mateu, MJ., Torrijo, MJ., Aguilar, J., García del Castillo, JA., Poveda Andrés, JL. (2007). *Visión científica de las drogas. "Si sabes, no te metes"*. Valencia: Editorial. Contrastes Culturales.

Velasquez, MM, Maurer CC, Crouch C y Diclemente CC. *Group Treatment for Substance Abuse. A Stages-of-Change Therapy Manual*. New York: The Guilford Press; 2001.

Wagner CC, Ingersol KS. *Motivational Interviewing in Groups*. New York: The Guilford Press; 2012.

Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wolpe, J (1958). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Editorial española Desclée de Brouwer, Bilbao, 1981.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 2013.

Babu, K. M., McCurdy, C. R. y Boyer, E. W. (2008). Opioid receptors and legal highs: Salvia divinorum and Kratom. *Clinical toxicology (Philadelphia, Pa.)*, 46(2), 146–152.

Baumann, M. H., Partilla, J. S., Lehner, K. R., Thorndike, E. B., Hoffman, A. F., Holy, M.,...Schindler, C. W. (2013). Powerful Cocaine-Like Actions of 3, 4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV), a Principal Constituent of Psychoactive "Bath Salts" Products. *Neuropsychopharmacology*, 38(4):552-62.

Cancer therapy. *Biochemical Society Transactions*, 33:4, 712-714. (Patsos, H.A y cols. 2005),

Colado, MI., Gutierrez López, MD., O'shea, E. (2012). Neurotoxicidad asociada a MDMA y consecuencias derivadas del consumo de éxtasis. *SEBBM*. 172 :18-21.

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988. Nueva York, Naciones Unidas, 1988. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf. Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. Nueva York, 1961. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf.

Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, 1971. Nueva York, Naciones Unidas. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf.

Duran, M., Laporte, J.R y Capellà, F. (2004). "Uso terapéutico del cannabis. *Revista de sociodrogalcohol* 16 (2004): 143-152

Duran, M., Laporte, J.R.; Capellà, D. (2004). Novedades sobre las potenciales terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide. *Medicina Clínica*, 122:10, 390-398.

España. Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte. *Boletín Oficial del Estado*, de 17 de octubre de 1990, núm 249.

España. Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 1988, núm. 274.

España. Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de marzo de 1990, núm 63.

España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de marzo de 2015, núm. 105-6.

España. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de marzo de 2015, núm. 77.

España. Real Decreto 2110/1998, de 2 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. *Boletín Oficial del Estado*, de e 16 de octubre de 1998, núm 248.

España. Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. *Boletín Oficial del Estado*, de 6 de noviembre de 1982, núm 267.

España. Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

Gaire, B. P. y Subedi, L. (2013). A review on the pharmacological and toxicological aspects of *Datura stramonium* L. *Journal of Chinese Integrative Medicine*, 11(2), 73–79.

Koob GF, Lemoal M. What is addiction? In; *Neurobiology of addiction*. Koob GF, Le Moal M (eds), Elsevier/Academic Press, Amsterdam/Boston, 2006; 1-22

Koob GF. (1995): Animal models of drug addiction. In Bloom FE, Kupfer DJ (eds), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York, Raven Press.

Lizasoain, I. Moro, M.A. Lorenzo, P. (2002). *Revista Adicciones*, 14 (1); 57-64

Lizasoain, I. Moro, M.A. Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Revista Adicciones*, 14 (1); 57-64.

Peter Clapp, Ph.D.; Sanjiv V. Bhave, Ph.D.; and Paula L. Hoffman, Ph.D. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIAAA. [Serial en internet] <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh314/310-339.htm>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence. NIAAA Publications . (pubs.niaaa.nih.gov)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). El problema de la dependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu>.

Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Patsos, H.A.; Hicks, D.J.; Greenhough, A.; Williams, A.C.; Paraskeva, C. (2005) *Cannabiboids and cancer: potential for colorectal cancer therapy*. Biochemical Society Transactions, 33 (4), 712-714.

Spaderna, M., Addy, P. H. y D'Souza, D. C. (2013). Spicing things up: synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology*, 228(4): 525-40.

Tung, C. K., Chiang, T. P. y Lam, M. (2012). Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists*, 22(1): 31-3.

United Nations Office on Drugs and Crime (2013). The Challenge of New Psychoactive Substances. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf

Walsh, D., Nelson, K.A. and Mahmoud, F.A. (2003). Established and potential therapeutic applications of cannabinoids in oncology. *Support Care Cancer*, 11(3):137-43.

<http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/221/ru2214.pdf>

<http://www.maseficaz.com/Los5Secretos.html>

<http://thinkwasabi.com/2011/12/la-tecnica-de-planificar-por-bloques-de-tiempo/>

<http://www.maseficaz.com/Los5Secretos.html>

<http://crecimiento-personal.innatia.com/c-como-gestionar-el-tiempo/a-planificardia.html>

<https://www.youtube.com/watch?v=R41muknWF18>

RECURSOS

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/>:

- **Información sobre drogas**

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>

- **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**

<http://www.institucionpenitenciaria.es/>

- **Información sobre Penas y Medidas Alternativas a la Prisión**

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas>

- **Qué hacer ante la sospecha o evidencia de consumo:**

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/legislacion/home.htm><http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/queHacerConsumo/home.htm>

Delitos por consumo y/o tráfico de Drogas en España e información sobre posibles sanciones  <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/legislacion/home.htm>