

DIRECTORES ACADÉMICOS

Dr. Darío Gigena Parker

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

Médico – Especialista en Psiquiatría

Magíster en Drogadependencias (U.N.C)

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

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

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

Lic. Pablo Martin Bonino

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

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

Lic. en Psicología (UNC)

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

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

COORDINACIÓN ACADÉMICA

Lic. Paula Takaya

Licenciada en Psicología (UNC).

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

ASPECTOS GENERALES

Introducción

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

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

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

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

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

MODULOS ELECTIVOS

Módulo electivo A - “Nuevas Sustancias Psicoactivas”

Docente

Dra. Geraldine Peronace (Buenos Aires). Médica - Especialista en Psiquiatría. Maestría en asistencia y prevención de conductas adictivas. Investigadora sobre consumo de sustancias, nocturnidad y ocio nocturno

Clase ingresando al siguiente link

https://www.youtube.com/watch?v=ISH_h18IZIs

FUNDAMENTACIÓN

Las drogas de síntesis son sustancias estimulantes del sistema nervioso central que se sintetizan en laboratorios clandestinos sin control sanitario. Se presentan en forma de pastillas y/o comprimidos, tienen formas, colores e iconos diferentes con multitud de nombres que cambian según la moda y los criterios del mercado ilegal. Se les atribuyen 2 propiedades: la entactógena (sensación de aumento de la propia sensibilidad, autopercepción) y la empatógena (sensación de aumento de la comunicación social) y se han extendido notablemente en el mercado más joven, vinculadas principalmente con el tiempo libre, el ocio y la diversión. Generalmente se policonsumen entre ellas mismas y con otras drogas, básicamente como tabaco, alcohol, derivados del *Cannabis*, alucinógenos y cocaína.

En el año 1984, la Comisión de Estupefacientes Estadounidense, formada por los organismos Drug Enforcement Administration (DEA) y National Institute on Drug Abuse

(NIDA), incluyó, a propuesta de la Organización Mundial de la Salud, los derivados tipo MDMA (éxtasis) en la lista 1 de sustancias merecedoras de control internacional. En España se incluyeron la MDA y la MDMA en las listas de sustancias psicotrópicas en los años 1985 y 1986, respectivamente. En 1994 las Naciones Unidas inculparon a las llamadas «drogas de diseño» como las causantes de muchos accidentes de tráfico registrados en jóvenes de entre 18 y 25 años, y la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association incluyen las drogas de síntesis en el capítulo de «Trastornos mentales y del comportamiento inducidos o provocados por otros estimulantes»

Hoy el desafío que tenemos es poder abordar estrategias preventivas y asistenciales ante las intoxicaciones por este tipo de drogas, dado que la rapidez con la que están surtiendo el mercado hace que los efectos de la mayor parte de estas sustancias sobre la salud de los consumidores sea un verdadero problema de la salud pública, por su toxicidad y efectos secundarios a largo plazo. Por ello es imprescindible mejorar las herramientas existentes para su identificación, ampliar el conocimiento para el correcto control de los cuadros de intoxicación y alertar sobre los peligros de su consumo.

TEMAS PRINCIPALES

1. **Consumo de Sustancias Vinculadas a la Nocturnidad** : Breve repaso sobre las más utilizadas por los jóvenes hoy (Policonsumo)
 - Éxtasis
 - Ketamina
 - GHB
 - 25 i NBombe
 - LSD
 - Popper
 - Alcohol
2. Tendencias sobre los nuevos consumos. Nuevas Sustancias Psicoactivas(NSP)
 - Catinonas
 - Cannabinoides Sintéticos
 - Crispy
 - 2 CB
 - MDPV
 - Benzilpiperazinas

- Etc
3. Reseñas sobre el último informe SEDRONAR 2017 (puntos a destacar en relación al consumo en nuestro país) así como el Rol de la industria del Ocio (como se constituye la noche con su movida y los distintos consumos)

El uso recreativo del éxtasis se popularizó en la década de los 80 en algunos países europeos, en las entonces conocidas fiestas electrónicas (rave parties). Desde allí se expandió a los Estados Unidos y luego al resto del mundo. Una de las razones de su rápida expansión tiene que ver con su facilidad de elaboración y de tráfico. Hacia fines de los 2000 la pureza del éxtasis declinó en Europa, impactado por el surgimiento de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) con efectos similares: 1-benzilpiperazina (BZP), metilendioxiprovalerona (MDPV) y, en particular, la efedrina; sin embargo, a comienzos de la década pasada el éxtasis compuesto principalmente por MDMA resurgió en Europa. Las sustancias tipo éxtasis tienen una presencia significativa en América del Norte en los últimos años.

El mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. En un esfuerzo por promover una terminología común para identificarlas, UNODC utiliza únicamente el término “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), definidas como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,72 pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”.

El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones -- varias NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años -- sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas en las convenciones mencionadas.

Una de las principales características del mercado de NSP es la aparición de un gran número de nuevas sustancias de diferentes grupos químicos. Comercializadas de diferentes formas, las NSP a menudo surgen rápidamente y desaparecen de la misma manera, mientras que otras son utilizadas regularmente por pequeños grupos de consumidores.

La prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiacepinas presenta nuevos desafíos no sólo para el tratamiento de drogas, sino también para la salud pública y las políticas de drogas en general. Si bien la mayoría de las nuevas drogas que aparecen en las Américas tienen una prevalencia baja, su impacto potencial en la salud es significativo. Estados Unidos y Canadá están experimentando graves epidemias de opioides y NSP, lo que resulta en algunas de las tasas más altas de sobredosis en la historia del consumo de drogas. Esto es costoso, sobre todo en el número de vidas perdidas, como también en el impacto económico a largo plazo del problema en estos países. Las señales indican que es probable que el uso de dichas drogas continúe propagándose, lo que las convierte en un punto clave de preocupación .

Las variaciones en las conductas del consumo de drogas continúan planteando nuevos desafíos tanto para el tratamiento como para poder trabajar en prevención.

Tiempos Modernos , jóvenes y Consumos de Sustancias Psicoactivas



Dra. Geraldine Peronace. Psiquiatra



A que llamamos drogas de síntesis???

-Bajo el epígrafe “Drogas de síntesis” o “Drogas de diseño “, termino acuñado por Gary Henderson, farmacólogo de la Universidad de California, durante los años sesenta, se agrupan una serie de **sustancias de origen sintético** que en esa época comenzaban a ser objeto de trafico ilegal .En general son sustancias psicoactivas **creadas a partir de** la modificación de la estructura química de determinados **productos naturales o de determinadas sust. utilizadas como medicamentos**, que en su mayor parte adoptan la forma de pastillas, y que pueden ser fácilmente sintetizadas por métodos químicos sencillos.

-Se tratan de sustancias que se encuentran **en plena fase de expansión en su consumo** ya que **sus efectos se ajustan a las expectativas de los consumidores** y responden a los requerimientos de un mercado muy activo.

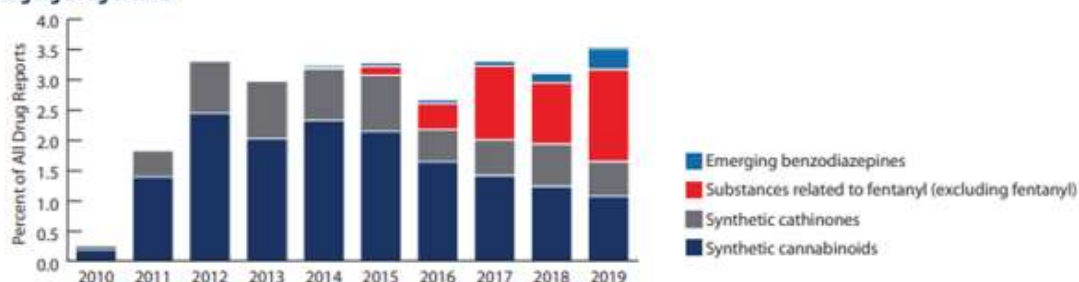
-La mas difundida de ellas es la MDMA, conocida vulgarmente como Éxtasis, pudiendo ser de diferente colores y formas, lo que las camufla bajo una apariencia inofensiva que realmente no es tal, al tiempo que aumenta la curiosidad de los jóvenes, haciendo que se identifiquen con los diferentes símbolos y estereotipos que representan.

El Observatorio Europeo de Drogas (OEDT) alerta :

- ✓ 2009- 166 NSP (65 países)
- ✓ 2010- 206 NSP
- ✓ 2011- 243 NSP
- ✓ 2012- 316 NSP
- ✓ 2013- 389 NSP (90 países)
- ✓ 2014- 541 notificaciones de NSP (95 países)
- ✓ 2015- 602 nuevas sustancias
- ✓ 2016- 644 NSP (102 países)
- ✓ 2018- 888 NSP (118 países)
- ✓ 2020- 950 NSP (120 países)



Emerging Drug Trends



NPS: *consideraciones relevantes:*

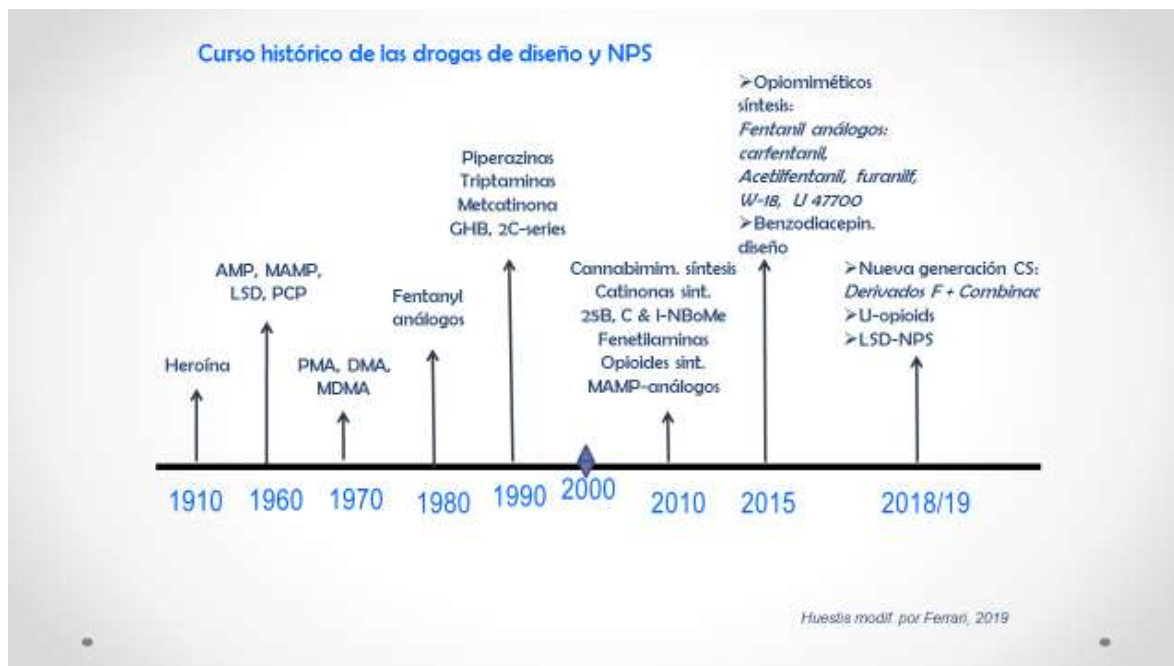
- Toxicidad aguda y crónica son aún poco conocidas
- Incursión repentina y desaparición en mercado por oleadas
- La potencia y dosis: también poco conocidas
- La presencia de contaminantes tóxicos: no previsible... muy variable naturaleza de cortes.
- Vías de administración: fumado o inhalado, oral, intranasal, intravenosa, sublingual, dérmica..... Otras menos frecuentes.
- Vendido en Internet (criptomarket o dark-market, mediante bitcoin), negocios, tiendas de convivencia, festivales electrónicos.
- Perfil de usuario, combinación de sustancias, nuevos ritos. Experiencias transmitidas por Web.

Gran Problema :

"Son muy imprevisibles, pero la mayoría tienen más capacidad de producir psicosis, ansiedad y depresión"

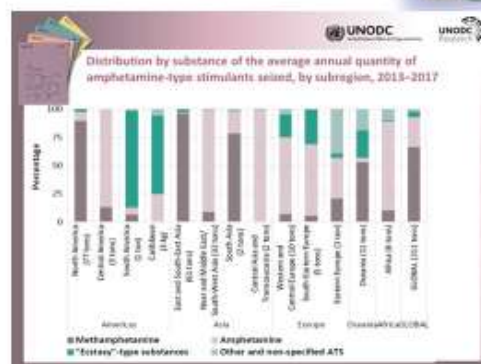
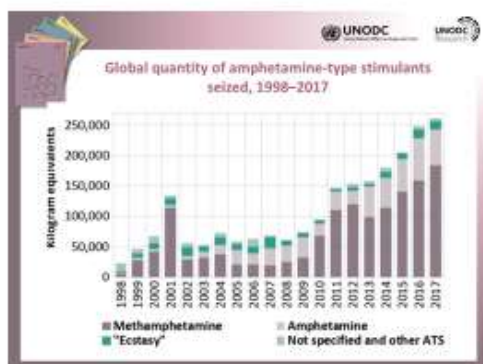
"toxicidad cardiovascular aguda muy grave, con muertes descritas, o fallo multiorgánico".

"A estos consumidores se les atiende casi siempre en los servicios de urgencias; no llegan a los servicios de drogodependencias"



ANFETAMINAS , METANFETAMINAS Y SUSTANCIAS RELACIONADAS

INFORME UNODC 2019

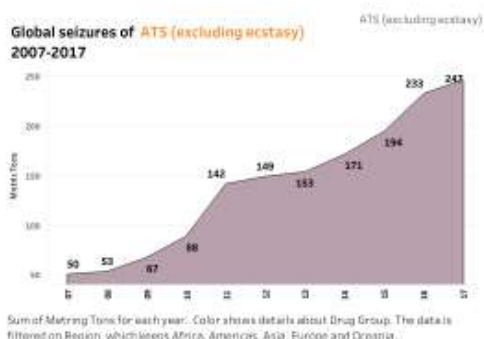


Dirección Nacional del
Observatorio Argentino de Drogas



Presidencia de la Nación

ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS REPORTE UNODC 2019



Dirección Nacional del
Observatorio Argentino de Drogas

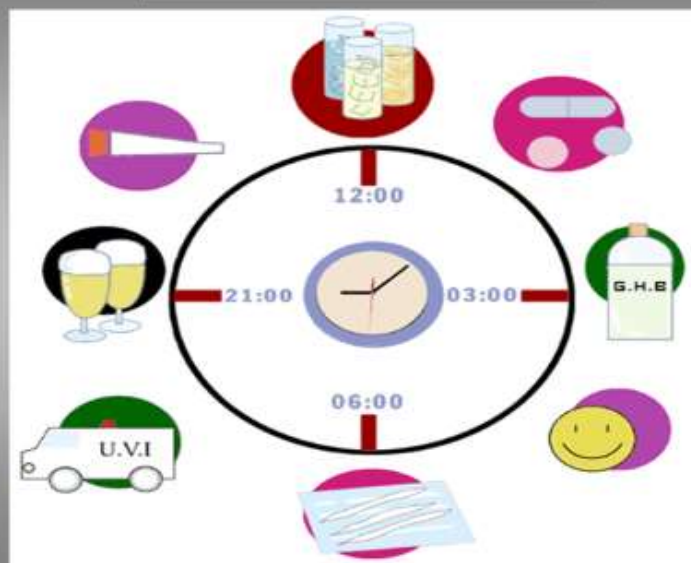


Presidencia de la Nación

- Usuarios Clásicos (Alcohol, cocaína, marihuana, etc)
- Dos tipos de consumidores: los adolescentes y adultos jóvenes que las asocian a sus noches de fiesta y los buscadores de nuevas sensaciones de la generación de los millennials, con entre 20 y 30 años (Psiconautas)



Circulo de la Noche



A que llamamos Drogas de sintesis???

- **Ketamina:** Anestésico con efecto disociativo psicodélico.
Efecto: estimulante a bajas dosis y disociativo cercano al trance.
- **Extasis (MDMA):** feniletilaminas. Se relaciona con la sustancia estimulante psicomotora anfetamina y la sustancia alucinógena mescalina.
Efecto: Euforizante, Entactógena/ Empatógena; estimulante
- **G.H.B:** Ac. gamma-hidroxibutírico. Droga depresora del SNC.
- **Crystal:** Droga análoga de la anfetamina.
Efecto: Estimulante (psicotomimético)
- **Popper:** un tipo de drogas que se toman por inhalación y que están compuestas por nitrito de amilo, butilo o isobutilo
Efecto vasodilatador.
- **L.S.D.:** Ac. Lisérgico de dietilamida. Es la droga psicodélica patrón.
Efecto: Psicoedélica (Psicotomimético).

Éxtasis-MDMA

Desarrollada por Laboratorio Merck en 1912 se le otorga la patente recién en 1914. El Dr. Shulgin la re sintetiza en 1965 y la prueba en si mismo en 1976 (fue un antes y un despues)

Nombre Común & Slang

Ecstasy; E; X; XTC; Rula; Pasti; Pastilla; Pirula

Cada una lleva un estampado un dibujo atractivo y posee un simpatico nombre: , Arroba, Adam, Popeye, Versace, Mitsubishi, Intelligent, Calvin Klein, M&M, etc

CLASIFICACION SEGÚN EFECTO

Euforizante, Entactógena/ Empatógena; estimulante

NOMBRE QUIMICO

3,4-metilenedioximetanfetamina.

DESCRIPCIÓN

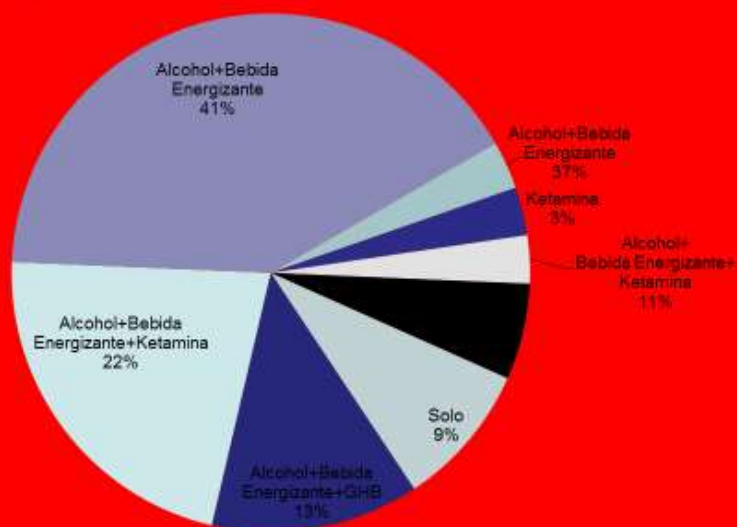
Es una base sintética derivada de las feniletilaminas y relacionada estructuralmente con la sustancia estimulante psicomotora anfetamina y la sustancia alucinógena mescalina, compartiendo propiedades de ambos compuestos.

PRECAUCIÓN:

Los comprimidos de extasis son notoriamente impuros, comunmente estan elaboradas con otros productos quimicos diferentes al mdma. Se pueden encontrar en Ecstasydata.org los resultados de los pill testing.



Extasis
Porcentaje de uso con otras sustancias



Algo de Historia:

- Fue sintetizada por primera vez en Diciembre de 1912 y patentada por el laboratorio Merck en Amsterdam (Alemania) en 1914 – en realidad la sustancia patentada fue la MDA (3,4 metilendioxi anfetamina)
- El interés de patentarla residía en la intención de introducirla en el mercado como fármaco anorexígeno, aunque nunca llegó a ser comercializada y luego cayó en el olvido.
- 1953 el ejército Nortamericano la utilizó junto con otras sust. En estudios toxicológicos con animales constatándose su toxicidad a dosis elevadas en los que llegó a producir convulsiones y muerte. (Estaban en busca de armas químicas para el contraespionaje).
- En 1965 Alexander Shulgin resintetiza el MDMA y comienza a ensayar y a difundirla entre personas cercanas a él.
- Luego en 1978 Shulgin con sus colaboradores Nichols publican el primer informe sobre los efectos psicoactivos en el hombre.
- De todas maneras en 1970 comienza el laboratorio clandestino en California a sintetizar la sustancia hasta que en 1985 se produjeron 500.000 dosis al mes y ya no solo estaba disponible en California sino en 21 estados más, además de Canadá y comienza por ende su distribución en Europa.
- A partir de los '80 hubo una creciente popularización, convirtiéndose en 1983 en la droga sacramental del movimiento New Age.
- 1984 la DEA sitúa al MDMA en la lista 1 como sust. de alto potencial de abuso, nociva para la salud pública y sin utilidad terapéutica.



Mecanismo de acción:

- Es similar al de la anfetamina, actúa liberando las monoaminas noradrenalina, dopamina y serotonina al espacio sináptico. La diferencia radica en que las anfetaminas tienen más acciones dopaminérgicas y adrenérgicas que serotoninérgicas y las drogas de síntesis son más activas en la transmisión serotoninérgica. (En todo caso ni la una ni las otras son del todo selectivas).
- La MDMA además inhibe la actividad de la triptófano hidroxilasa que es el paso limitante de la síntesis de serotonina, de esta manera se produce una liberación muy importante de serotonina impidiendo así su recaptación y produciendo un agotamiento de las reservas vesiculares que se agrava por la disminución de su síntesis. Siendo el resultado un gran aumento inicial de serotonina que se acompaña de una disminución tras unas 2-4 horas y que persiste durante más de 24 hs.



- Se sugiere una disminución de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos pre sinápticos (D2) que se acompañaría de un aumento en la liberación de dopamina y una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos postsinápticos (D1)-(En los cuadros de psicosis tóxica aguda tras su adm. repetida se postula este fenómeno de sensibilización o Kindling)



Efectos Subjetivos :

+Empatía: es decir una participación afectiva con reconocimiento intelectual y emocional de los pensamientos, sentimientos y comportamientos del otro, pudiendo existir o no una situación de simpatía (coparticipación de su comportamiento)

+Aumento de la Sensualidad y no de la sexualidad!!!!!!

+Euforia Vitalista

+Extroversión

+Humor expansivo

-Efectos Entactógenos: al tener efecto empáticos facilitan las relaciones interpersonales, son capaces de facilitar el acceso al interior de la conciencia del individuo para un mejor control de los conflictos emocionales (por esto ha sido utilizado en algunas psicoterapias)

-Efectos Simpatomiméticos: (de tipo amfetamínico)

-Efectos de estimulación simpática:

- | | |
|--|----------------|
| -Taquicardia | - Piloerección |
| - Arritmias | - Hipertermia |
| - Hipertensión | - Midriasis |
| - Hipertermia | - Trismo |
| - Temblores | - Parestesias |
| - Hiperreflexia | - Bruxismo |
| - Neurológicos y psíquicos | |
| - Insomnio y Anorexia (por activación adrenergica y serotoninérgica) | |



•Efectos Indeseables que mas frecuentemente aparecen tras la administración controlada de MDMA son:

- Sensación de frío inicial y luego calor
- Temblor
- Tensión muscular y bruxismo
- Sequedad de boca
- Sed
- Inestabilidad
- Dificultad para concentrarse
- Pérdida del apetito



Efectos Indeseables a corto plazo (hasta 24 hs post administración) mas frecuentes son:

- Fatiga
- Pesadez de piernas
- Boca seca
- Pérdida del apetito
- Insomnio
- Somnolencia
- Debilidad
- Tensión muscular
- Falta de energía
- Dificultad para concentrarse
- Cefalea



(Vollweider et al, 1998 ; Lietchi y Vollweider, 2001)

Neurotoxicidad:

Serotoninergica :

alteraciones neuroquímicas selectivas sobre el sist. Serotoninergico, acompañadas de alteraciones estructurales (axones y nervios) puestas de manifiesto por métodos inmunohistoquímicos, autorradiográficos, etc.

-Dopaminergica: Experimento con monos y babuinos tras la administración secuencial de 2 a 3 tomas (equivalentes a las consumidas por adultos con fines recreativos) produjeron un deterioro de las neuronas dopaminérgicas en el cerebro con manifestaciones parkinsonianas. Por ende no es apresurado pensar que los individuos consumidores de MDMA tengan mayor riesgo de desarrollar un sdr. Parkinsoniano a medida que se vayan haciendo mayores, a lo que también contribuiría el hecho de que la dotación de dopamina en el cerebro va siendo menor a edad avanzada. Esta disminución de la actividad neuronal dopaminérgica unida a la reducción ya conocida de la actividad serotoninérgica, contribuiría al desarrollo de manifestaciones de vejez prematura desde el punto de vista neuropsicológico.

(Estos estudios estan siendo realizados por G. Ricaurte , Universidad John Hopkins)



Éxtasis/Diseño/Glamour



Drogas de síntesis: éxtasis y derivados

A Tener en cuenta:

- El consumo de éxtasis y derivados se presenta en una población de características especiales, acompañado del policonsumo de sustancias tóxicas y adictivas con diferentes propiedades e imprevisibles efectos en su uso simultáneo, por lo tanto, cualquier estrategia farmacológica debe tener presente estos factores
- El Alcohol incrementa un 10% las concentraciones en sangre de las Anfetaminas y sus derivados



Diagnóstico Intoxicación Moderada

Somáticos	Psíquicos
Midriasis	Agitación
Taquicardia	Ansiedad
Taquipnea	Disminución del hambre y la sed
Hipertensión	Sensación de vigor
Diaforesis	Percepción distorsionada del tiempo
Temblores	Despersonalización
Nauseas, Vómitos	Ilusiones sensoriales
Retención Urinaria	Ideas Delirantes
Trismo y Bruxismo	Euforia
Mioclonias	Ataque de Pánico

Intoxicación Grave

Delirio
HTA
Hipotensión
Hiperpirexia (40 o más)
Coma
Convulsiones
Déficit Neurológico local
Arritmias
Rabdomiolisis
CID
IAM
Miocardiopatía Aguda
Isquemia o Infarto Renal

Recordar :

Triada Sintomática
de la Intox. Aguda

- Midriasis
 - Taquicardia
 - Hipertensión
- (Sdr. Serotonínico)



Entre las **reacciones agudas psiquiátricas por MDMA**, que se presentan durante el consumo o en las 24 horas posteriores se encuentran crisis de ansiedad, ataques de pánico, insomnio y flashbacks y en consumos altos (por encima de 200mg) se ha descrito sintomatología paranoide y alucinaciones visuales y auditivas. En los que predomina sintomatología orgánica grave (hipertermia, rabdomiolisis) se recomienda el tratamiento hospitalario con Diazepam, Lorazepam o Midazolam para combatir la agitación junto a los tratamientos de urgencia apropiados para la sintomatología física acompañante. En estos casos agudos, con patología orgánica asociada, es de vital importancia tener precaución en la utilización de antipsicóticos e ISRS, ya que pueden agravar la hipertermia.



Comorbilidad psiquiátrica:

- Trastornos psicóticos
- Trastornos afectivos (depresión mayor)
- Trastornos por ansiedad



Crystal

- La primer anfetamina fue sintetizada en 1887
- 1893 la metanfetamina fue sintetizada apartir de la efedrina por los japoneses.
- 1919 fue sintetizada en forma de cristal
- Se utiliza legalmente en el Tratamiento de ADHD bajo el nombre de Desoxyn tanto para adultos como para niños y también para tratar la obesidad x periodos cortos, en algunos casos se permite su uso para la narcolepsia (aprobada x la FDA).
- En la via ilegal se consigue como dextro meta anfetamina (es una sal hidrociorada en forma de polvo o cristales)
- La vías de adm son : inhalación, Fumada, oral e inyectable.
- En Arg principalmente se utiliza x via oral diluida en tragos.



Que efectos buscan los usuarios?

Euforia e intensa energía. Aumento de la autoestima. Aumento de la actividad sexual

Como es esta Droga?

Es un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor.

CRYSTAL

Nombre Común & Slang

Crystal, sales de anfeta, speed.

Clasificación según Efecto

Estimulante (psicoticomimético)

Nombre Químico

Análogo de la anfetamina (d-N-metilanfetamina)

Algunas Características: Su paso al SNC es atreves de la BHE por su mayor solubilidad, siendo también su duración mas prolongada de 6 a 24 hs.

Mecanismo de acción:

Simpaticomiméticos indirectas y alteraciones de vías dopaminérgicas y serotoninérgicas.



Methamphetamine
Photo by Speed Freak. © 2001 Erowid.org

Efectos:

- Insomnio (disminuye la necesidad de dormir)
- Anorexia
- Disminución de la sensación de fatiga
- Aumento de la capacidad de atención
- Aumento de la autoestima

Peligro:

Cuadros alucinatorios y estados paranoides. Rápida dependencia psicológica. Grandes pérdidas de peso. Convulsiones y síntomas cardiovasculares (hta, arritmias, hemorragias cerebrales) Toxicidad añadida por los productos intermedios en su procesos de síntesis



From the print ad campaign from the Partnership for a Drug Free America.

G.H.B



Gold Bottle
Photo by Erowid. © 2001 Erowid.org

Sintetizada por Laborit en 1967

Nombre Común & Slang

Extasis líquido, Gotero, "G"

Clasificación según efectos:

Droga depresora del SNC

Nombre Químico:

Ac. gamma-hidroxibutírico

Generalidades: El GHB es un ácido graso que aparece de manera natural en el cuerpo humano. Presenta algunas semejanzas con el neurotransmisor GABA (ácido gamma aminobutírico), parecería ser que es un metabolito del GABA. Hay indicios que señalan que podría ser un neurotransmisor.

En el cerebro de la rata se demostró que cuenta con una enzima específica para su síntesis; es sintetizado en neuronas y existen mecanismos de recaptación química en las terminales presinápticas. El GHB se encuentra en el cerebro y se concentra en el hipotálamo y los ganglios basales

Utilización del GHB con fines clínicos:

- Las primeras investigaciones evidenciaron que el GHB producía sedación y anestesia, indicando que se trataba de un depresor del SNC, con algunas semejanzas con otros depresores tales como las BZP y el alcohol.
- Se ha utilizado como una ayuda para dormir en personas con problemas de sueño, en particular con Narcolepsia. (En EEUU la FDA la aprobó para su investigación con este fin).
- En 1964 se introdujo en Europa como agente anestésico sobre todo en niños, sin embargo su uso no se extendió al existir algunos casos de vómitos y convulsiones.
- En los 80: Un estudio japonés encontró que estimulaba la liberación de hormona del crecimiento por parte de la hipófisis (con informes que indicaban un incremento de 9 a 16 veces entre los 30-60 min de la adm. IV). Así fue como en los 90 se extendió en el mundo de los fisicoculturistas/ deportistas como promotor del crecimiento y facilitador de la pérdida de peso.



En 1991, dos científicos de California informaron sobre los 10 primeros casos de intoxicación por GHB y denunciaron su gran potencial como sustancia de abuso. La FDA (EEUU) lo retiró del mercado por seguridad pública.





Que efectos buscan los usuarios?

Euforia suave, alegría, reduce ansiedad y pánico (deshinibe), inhibe hostilidad e ideas paranoides. Para muchos es afrodisíaco ya que prolonga el orgasmo y deshinibe la conducta (?)

- Los efectos aparecen al cabo de 15-30 min de la ingestión y, habitualmente se prolongan de una hora y media a tres horas.
- + Es un líquido incoloro, inodoro e insípido (algunos refieren que es levemente salado) se mezcla con las bebidas energizantes en general así como con alcohol, potenciando su riesgo!
- El MAYOR riesgo con esta droga es que pequeños incrementos en la cantidad de GHB consumido pueden producir enormes diferencias en los efectos sobre el consumidor!!! (una gota de mas hace la diferencia ya que los puede llevar al coma por que no se puede determinar la potencia y la dosis correcta)
- Puede desarrollar tolerancia y dependencia física, lo que viene sugerido por la existencia de un Sdr. De abstinencia que puede incluir insomnio, calambres musculares, temblores , ansiedad , delirios y alucinaciones, taquicardia ligera , hta, etc



Efectos adversos e indeseados

Mareos
Nauseas y vómitos
Debilidad
Confusión / alucinaciones
Agitación
Somnolencia (sueño profundo)
Sudoración profusa
Clonus (una contracción rápida y rítmica de los músculos que podría describirse como espasmo muscular)
Convulsiones y actividad epileptógena
Depresión Respiratoria y muerte



Popper

es el nombre genérico que designa a un tipo de drogas que se toman por **inhalación** y que están compuestas por **nitritos** de amilo, butilo o isobutilo. Es un líquido incoloro y con un fuerte olor característico. Comenzó a ser utilizado por la comunidad homosexual en la década del 70 y principios de los 80. El *popper* regresó con fuerza en

los 90 y ahora se distribuye ilegalmente en discotecas de todo el mundo .



Que tipo de efecto Buscan los usuarios?

Los efectos se producen muy rápido (a los seg de ser inhalado), y su duración es muy breve (max 15 min).

La inhalación de los nitritos relaja los músculos, incluyendo los del esfínter de ano y de la vagina, por lo que a menudo es empleado en el acto sexual, aunque también puede acarrear la pérdida de la erección. Dilata los vasos sanguíneos (que causa una bajada repentina en la presión arterial), aumenta el ritmo cardíaco, y produce una sensación de calor y de euforia, que dura generalmente un par de minutos, y aumenta la satisfacción sexual.



Peligro:

Por ser un vasodilatador su acción sobre el sistema circulatorio repercute en el corazón, pudiendo provocar: Taquicardia, mareos, hipotensión, cefalea, flushing, vómitos, síncope, ruptura de aneurismas congénitos /ACV), delirios, disminución del ritmo cardíaco.

Otros: hipertensión ocular, anemia hemolítica, dermatitis x contacto (con el uso concomitante de otras sust. predispone a la Psicosis Tóxica)

Nunca debe consumirse al mismo tiempo que otros vasodilatadores como el viagra ya que sus efectos se suman, corriendo un grave peligro de muerte. Está totalmente desaconsejado su uso si se tiene algún problema cardíaco.





Descubierta por Calvin Stevens en 1962 para laboratorio Parke Davis

Ketamina

Nombre Común & Slang

Ketamina, Keta.

Clasificación según efecto

Anestésico disociativo (cercano al trance);
Psicodélico; alucinógeno; estimulante.

Nombre Químico

2-(2-chlorophenyl)-2-(methilamino)-
cyclohexanone

Descripción

Ketamina es una droga con efecto disociativo psicodélico usada comúnmente en anestesia veterinaria y humana. En humanos se la utiliza como un anestésico de acción breve, se adm. Por vía IM o EV, produce anestesia disociativa en la que el paciente puede permanecer consciente aunque amnésico e insensible al dolor.

Es adictiva. se asocio con el investigador John Lilly.

Es un derivado de la fenilciclidina, con acción parecida pero menos intensa.

La droga afecta a distintos sistemas del cerebro Ej: glutamato, dopamina, serotonina, opioides, noradrenalina, cortisol, entre otros.





Que es un trastorno disociativo???

Se define como una pérdida parcial o completa de integración entre recuerdos del pasado, la conciencia de identidad, las sensaciones inmediatas y el control del movimiento (OMS, 1992)

Generalidades:

Es un estimulante en dosis baja , lo que permite bailar.

- Se la usa en asociación con otras sust. Estimulantes como anfetaminas, cocaína, mdma, etc.
- Su consumo creció considerablemente en los últimos años con fines recreativos en la cultura dance.
- Su uso es por vía intranasal, en forma de polvo, con efecto mas estimulante.
- Una vez absorbida por la sangre se dirige en primer lugar al hígado, donde una cantidad importante de la misma se transforma en 2 metabolitos norketamina y dehidronorketamina este metabolito tiene efectos mas adormecedores, sedantes y prolongados que la ketamina.
- Los efectos comienzan 5-10 min después de su consumo intranasal.
- La duración de los efectos psicodélicos oscila en 4 hs.
- Genera tolerancia y su poder puede ser diluido con otras sustancias.



El Viaje

Produce un aparente estado de disociación del cuerpo, es el efecto mas típico. Pueden darse experiencias de abandonar el propio cuerpo, una percepción de haber trascendido el tiempo, una clara extensión de la conciencia mas allá del consenso realidad, espacio tiempo hacia otros universos, símbolos, los muertos, campos de energía, arquetipos, etc. Algunos lo asemejan al soñar con lucidez ya que el individuo puede influir y controlar el sueño.

Los cambios en la percepción del cuerpo son comunes, las visiones pueden ser de brillantes colores, se crean nuevos vocablos con significados que no se pueden explicar(neologismos).

Se ha utilizado en terapias para generar las experiencias cercanas a la muerte y al nacimiento.



Como un anestésico puede causar excitación?

En este caso el secreto se encuentra en la dosis , que es sub anestésica ! Ya que se liberan los receptores de glutamato lo que se traduce en excitación.

Entonces en dosis bajas origina euforia y sensación de despersonalización, además de estimulación simpática, taquicardia, Hta, midriasis, así como nistagmo y modificaciones de la percepción al dolor (por efecto analgésico). Así como náuseas y vómitos con el riesgo de bronco aspiración.

Dosis elevadas producen cuadros de agitación, comportamientos violentos, estados alucinatorios y paranoides y por estimulación simpática hipertermia e hiperreflexia. Casos mas graves pueden llevar a la rhabdomiolisis, acidosis y paro respiratorio.



Problemas de su consumo:

En general se relacionan con problemas de salud mental:

- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Flashbacks
- Trastornos por estrés post traumáticos
- Manía
- Depresión
- Suicidio
- Insomnio
- Cambios perceptivos persistentes
- Delirios paranoides
- Alucinaciones persistentes
- Fragmentación de la personalidad
- Despersonalización
- Genera **Tolerancia** y **Dependencia** conductual

Conclusion: El consumo no medico de la ketamina ha aumentado en los últimos quince años, vinculado al crecimiento de la cultura dance por sus numerosos efectos psicodelicos. Esto hace que sea de suma importancia el control de dicha sustancias para el uso medico y veterinario!



¿De qué hablamos cuando utilizamos el término “Nuevas Sustancias Psicoactivas”?

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) han sido conocidas en el mercado por términos tales como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “hierbas euforizantes”, “sales de baño”, “productos químicos de investigación” y “reactivos de laboratorio”.



Alucinógenos NPS

- A. - NBOME y serie 2C B. LSD-NPS
- A. Compuestos 2 C y NBOME



2C-B (R4: Br)
2C-C (R4: Cl)
2C-D (R4: CH₃)
2C-E (R4: CH₂CH₃)
2C-I (R4: I)
2C-N (R4: N₂O)
2C-P (R4: CH₂CH₂CH₃)
2C-T (R4: S)
2C-T2 (R4: S-CH₂CH₃)
2C-T4 (R4: S-isopropyl)
2C-T7 (R4: S-propyl)

N-BOME: 33 posibles compuestos. Todos listados en Decreto 772/2015

Compuesto	R ₁	R ₂	R ₃	R ₄
234-NBOMe (1)	H	OCH ₃	H	H
234-NBOMe (2)	H	H	OCH ₃	H
244-NBOMe (3)	H	H	H	OCH ₃
254-NBOMe (4)	H	OCH ₃	H	H
264-NBOMe (5)	H	H	OCH ₃	H
274-NBOMe (6)	H	H	H	OCH ₃
284-NBOMe (7)	H	OCH ₃	H	H
294-NBOMe (8)	H	H	OCH ₃	H
304-NBOMe (9)	H	H	H	OCH ₃
314-NBOMe (10)	H	OCH ₃	H	H
324-NBOMe (11)	H	H	OCH ₃	H
334-NBOMe (12)	H	H	H	OCH ₃
344-NBOMe (13)	H	OCH ₃	H	H
354-NBOMe (14)	H	H	OCH ₃	H
364-NBOMe (15)	H	H	H	OCH ₃
374-NBOMe (16)	H	OCH ₃	H	H
384-NBOMe (17)	H	H	OCH ₃	H
394-NBOMe (18)	H	H	H	OCH ₃
404-NBOMe (19)	H	OCH ₃	H	H
414-NBOMe (20)	H	H	OCH ₃	H
424-NBOMe (21)	H	H	H	OCH ₃
434-NBOMe (22)	H	OCH ₃	H	H
444-NBOMe (23)	H	H	OCH ₃	H
454-NBOMe (24)	H	H	H	OCH ₃
464-NBOMe (25)	H	OCH ₃	H	H
474-NBOMe (26)	H	H	OCH ₃	H
484-NBOMe (27)	H	H	H	OCH ₃
494-NBOMe (28)	H	OCH ₃	H	H
504-NBOMe (29)	H	H	OCH ₃	H
514-NBOMe (30)	H	H	H	OCH ₃
524-NBOMe (31)	H	OCH ₃	H	H
534-NBOMe (32)	H	H	OCH ₃	H
544-NBOMe (33)	H	H	H	OCH ₃

Figure 6: Estructura básica de NBOMe, con cada uno de los sustituyentes en diferentes sitios de la estructura desde luego a los 33 compuestos.



Sintetizada por Albert Hoffmann en 1938
para laboratorio Sandoz

L.S.D

Nombre comun & Slang

Ácido; Pepa, Trip, carton

Clasificación segun Efectos

Psicodélica / Psicoticomimética (toda sust. cuyo consumo humano remede la psicosis)

Nombre Químico

Ac. Lisérgico de dietilamida

Descripción

LSD es la droga psicodélica patron. Se destaca por su extraordinaria potencia los efectos se hacen sentir con solo millonesima de gramo.



Como se vende (en Arg.):

En forma de cartoncitos, se necesita que sea papel absorbente. También se utiliza dentro de comprimidos de Éxtasis (conocido vulgarmente como Ext. Peposos). Solamente en el extranjero se lo consigue el gel tabs y en comprimidos

•Es inodoro, incoloro, pero no insípido, tiene un sabor ligeramente amargo. (Hofmann, 1983)



• 1938 Hofmann la sintetiza junto con otros ergoderivados "derivados de los alcaloides del cornezuelo de centeno" o Claviceps Purpurea. Por tratarse del numero 25 de una serie recibió el nombre LSD 25.

•1943 intencionalmente toma (250 ug) de LSD por primera vez siendo este el primer caso de uso intencional de la sustancia.

Farmacocinética:

- Es relativamente rápida, con una vida media de eliminación de 3 hs.
- El LSD se absorbe bien por cualquier vía aunque la habitual es la oral hay personas que la inhalan (se fuma) y otras que lo usan vía rectal.
- Tan solo una parte infinitesimal del orden de una a dos millonésimas de gramo logra pasar la BHE.
- Se metaboliza casi completamente y en muy pequeña cantidad se excreta sin alterar por la orina.
- Sus efectos aparecen al cabo de unos 30-90 min, tiene su máximo unas 3-5 hs después de la ingesta y luego va declinando, aunque puede durar de 8 a 12 hs y hasta varios días.

Los Efectos que podemos llamar deseados son:

• **Psicodélico** (Revelación de la mente)

van desde el aumento de la intensidad subjetiva de las percepciones – formas, colores, sonidos, sensaciones táctiles- hasta verdaderas distorsiones ilusorias no solo de formas y colores sino también de espacio y tiempo.

Ej.: la vivencia de revelación de novedad subjetivamente cargada de significado que depara la contemplación de objetos normales y corrientes- la complejidad insólita y misteriosa de una flor, la trama macroscópica de un tejido, etc.

(**pseudoalucinaciones** que el sujeto reconoce como irreales).

Al cerrar los ojos se informa sobre **visiones caleidoscópicas** de colores en movimiento.

Sinestesias: ver un sonido o sentir el perfume de un color.



- Efectos de disolución de imágenes en formas puras de luz y color.
- Disociación mente-cuerpo (despersonalización) un síntoma para psicótico que alude a una intensa y desagradable sensación de extrañeza con uno mismo.
- Profundas sensaciones de armonía interior y de sintonía con el universo, incluso se habla de éxtasis y de la convicción íntima de arribar a la intuición definitiva, última, de todas las cosas.

Efectos Adversos:

- Crisis de ansiedad, bastantes frecuentes y a veces de gran intensidad, con Diagnóstico psiquiátrico de Ataque de pánico.
- Desrealización: sensación de extrañeza ante la realidad.
- Despersonalización:
- Disociación
- Pérdida de la identidad.
- Flashback: es la reviviscencia de los efectos psicoactivos a distancia temporal del consumo (se repite la experiencia pasada la ingesta)
- Trastorno Perceptivo Persistente: angustiante con presencia de distres, de reversión lenta.
- Conductas suicidas!!!



A nivel físico los síntomas somáticos tras la ingestión incluyen náuseas, dilatación pupilar, aumento de la presión arterial y el ritmo cardiaco, debilidad corporal, somnolencia y aumento de la temperatura corporal. También induce contracción de las fibras del músculo uterino, por lo que las mujeres embarazadas deben abstenerse de usar este psicoactivo. La revista Science avaló la declaración de que la LSD no produce lesiones genéticas, no lesiona cromosomas y no es teratogena ni cancerígena para el ser humano.

Tolerancia/ dependencia:

- En la especie humana no ocasiona pautas de uso continuado durante periodos prolongados, lo mas común consiste en consumos esporádicos, separados por intervalos de semanas o meses.
- Una de las razones para su uso esporádico es que la euforia no es constante y se trata mas bien de un efecto secundario e infrecuente así como el consumo continuado provoca tolerancia de los efectos psicológicos.
- No produce conducta de búsqueda perentoria de la droga ni vivencia de dependencia, por lo que no se considera que sea una sustancia adictiva, al menos en humanos.
- El cese del consumo no produce sintomatología de abstinencia.



Existen la doble gota y triple gota

Conclusiones: El LSD entraña riesgos para la salud mental- trastornos de ansiedad, depresivos, perceptivos persistentes o flashbacks y psicóticos. Raramente puede causar la muerte.

"25I-NBOMe"

- La sustancia denominada 25-NBOME llegó desde España a nuestro país y se trata de una fenetilamina psicodélica de media duración con efectos principalmente psicodélicos. Es potente y se puede dosificar en secantes o blotters.
- Es un potente agonista total del receptor 5-HT2A para los neurotransmisores endógenos

Como la **serotonina**, **dopamina** y **noradrenalina**

- Vías administración: oral (sublabial), sublingual, inhalada, intravenosa, intramuscular, rectal
- La droga que es diez veces más potente que el LSD. Genera "viajes" de hasta 16 horas en sus consumidores.



- es una nueva sustancia, y se conoce muy poco acerca de los riesgos farmacológicos o comportamentales tras su uso. La DL50 no es conocida.

Esta sustancia no tenía antecedentes de uso humano antes de ser vendidos en 2010 por Internet como droga de diseño. En el circuito donde se comercializa también se la conoce como "Smiles", "N-bomba", y "25I".



POSITIVO

- fuertes visuales con los ojos cerrados y abiertos, incluyendo caminos, cambios de color, brillo, fractales, etc
- levanta el ánimo
- euforia
- estimulación mental y física
- aumenta el pensamiento asociativo y creativo
- Produce mayor conciencia y apreciación de la música
- fuertes experiencias espirituales
- pensamientos eróticos, sexuales y sensaciones
- sentimientos de amor y empatía



NEGATIVO

confusión/looping/revueltos en la comunicación
náusea/insomnio
pensamiento repetitivo, recursivo, fuera de control
paranoia, el miedo y el pánico
sentimientos no deseados y abrumadores
Despersonalización
Desrealización
Distonías
Pérdida de conciencia / Convulsiones/ muerte

Síndrome serotoninérgico

RIESGO: La "subida" puede demorarse hasta dos horas, lo que lleva a algunos consumidores a re dosificarse ante la falta de efectos. Mayor riesgo de toxicidad y muerte.



2CB / Tuci

- ✓ Su nombre científico es 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina y pertenece a la familia de las fenetilaminas psicodélicas. Se le conoce como Nexus o "Pastillas Triposas". En ocasiones es vendida como éxtasis o MDMA ("pastillas triposas").
- ✓ La presentación más habitual es en comprimidos aunque también es posible encontrarlo en polvo o cápsulas (Cocaína Rosa)
- ✓ Efectos: Produce unos efectos que se entre mezclan entre la LSD y la MDMA, pero no iguales a los producidos por la mezcla de estas dos sustancias. Sus efectos psicodélicos no son tan intensos como los del LSD, y es algo menos estimulante y positiva que la MDMA. A dosis bajas predominan los efectos estimulantes y de "buen rollo", y los efectos psicodélicos se acrecientan a dosis más altas.



Donde Actúa?

La 2C-B es un agonista parcial selectivo de los receptores de serotonina 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} de baja eficacia,³ e inclusive un antagonista completo

Subida: Los efectos tardan más en aparecer que los de la MDMA. Tras su ingesta, y dependiendo de si se tiene el estómago vacío o lleno, puede tardar en subir entre 1 y 2 horas.

Duración: Los efectos suelen durar entre 4 y 8 horas y, en total, suelen transcurrir unas 8-10 horas desde la ingesta hasta que se retorna al estado inicial, siempre dependiendo de la dosis y de la persona.



Efectos *Durante la subida:*

- Sensación de inquietud pasajera. /
- Aumento de la energía en el cuerpo.
- Sensación de comenzar a percibir las cosas de distinta manera a la cotidiana.

Durante la experiencia:

- Dilatación de las pupilas.
- Patrones visuales con ojos abiertos y cerrados.
- Estimulación mental.
- Nuevas formas de ver las cosas.
- Sensación de perspicacia.
- Cambios emocionales (buen humor o introspección).
- Ansiedad.
- Confusión.



Síntomas de toxicidad leve:

- Sensación de inquietud pasajera.
- Alucinaciones placenteras o malignas.
- Midriasis.
- Mareos.
- Taquicardia.
- Hipertensión.

Síntomas de toxicidad severa:

- Agitación severa.
- Convulsiones.
- Hipertermia maligna.
- Delirio.
- Psicosis.
- Depresión respiratoria.
- Coma.
- Arritmias ventriculares.

Cuando niños / Cuando grandes



¿Que son los cannabinoides sintéticos?



El Gran Problema : Como la composición química de muchos cannabinoides sintéticos es desconocida y/o cambiante de un lote a otro, es muy posible que estos productos contengan sustancias que causan efectos dramáticamente diferentes de los que espera el consumidor.

Los consumidores de los cannabinoides sintéticos reportan varios efectos similares a los efectos producidos por la marihuana, tales como:

- emociones elevadas
- relajación
- percepción alterada—conciencia aumentada de las condiciones y objetos circundantes
- síntomas de psicosis—delirios o pensamientos desorganizados o desconectados de la realidad



Los efectos psicóticos incluyen:

- ansiedad extrema
- confusión
- paranoia—extrema e injustificada desconfianza de otros
- alucinaciones—sensaciones e imágenes que parecen reales pero no lo son

Otros efectos adversos

- aumento del ritmo cardiaco
- vomito
- comportamiento violento
- pensamientos suicidas



CATINONAS SINTÉTICAS (Sales de Baño)

Las catinonas sustituidas son una gran familia de derivados sintéticos de feniletilaminas con un grupo beta-ceto en la cadena lateral. Aparecieron en el mercado de drogas recreacionales a mediados de los años 2000 por lo que aun son pocos los estudios epidemiológicos sobre estas sustancias. Químicamente están relacionados al compuesto original catinona, un alcaloide presente naturalmente en la planta Khat. Se le llama genéricamente catinonas a la familia de derivados sintéticos de esta molécula.



Química

La catinona es estructuralmente muy similar a la anfetamina, difiere de ella sólo en el grupo funcional presente en el carbono β . Las mismas modificaciones estructurales que han generado el amplio rango de compuestos derivados de la anfetamina (los cuales se denominan genéricamente anfetaminas) pueden ser introducidas al esqueleto de la catinona. Es así como ya se han encontrado diferentes derivados de la catinona como la mefedrona, metilona, metcatinona, Alfa PVP, etc



**Los Peligros De
Las Sales De Baño**

Efectos recreacionales. Que buscan los usuarios?

Las catinonas sustituidas tienen propiedades estimulantes y entactógenas o empatógenas. Entre los efectos deseados más comunes descritos por usuarios están euforia, intensificación de los sentidos, aumento de la sociabilidad y la energía, estimulación mental, conexión empática, franqueza, aumento de la percepción sensorial, disminución de la inhibición y excitación sexual.

Cuanto dura el efecto?

De 2 a 7 hs y puede
Comienzo de Acción 15 a 30 min
Pico máx a las 3 hs
After effects de 48 hs



Efectos adversos/tóxicos

Los signos físicos de una intoxicación con catinonas sintéticas están asociados con un toxidrome simpaticomimético, entre ellos se cuentan taquicardia, palpitación cardíaca, arritmia, aumento de la presión sanguínea, dilatación capilar y hemorragia. También se puede presentar jaqueca, dilatación pupilar, náuseas/vómitos, supresión del apetito, bruxismo, hipertermia, deshidratación, sofocos, sudoración y convulsiones. En pacientes con sobredosis se ha visto desde hipertermia severa, hiponatremia, acidosis y convulsiones hasta edema cerebral, colapso cardiovascular, infarto al miocardio, falla multiorgánica y muerte. Efectos de comportamiento incluyen insomnio, confusión, agitación, ataque de pánico, ansiedad, paranoia severa, alucinaciones, psicosis, ideas suicidas y comportamiento autodestructivo, agresivo y violento.



MECANISMO DE ACCIÓN

la marihuana ocupa una categoría propia

- *psicoestimulante*
- *psicodepresora*
- *alucinógena*
- *Farmacológico: estimulante sobre receptores CB1-CB2*

Características y efectos de la droga Creepy Weed o Crippy Weed o Marihuana gourmet



Historia : La Cripy Nace en Colombia

La marihuana cripy puede considerarse como un producto "made in Colombia". Años atrás en Bogotá, Cali y otras zonas de Colombia se comenzó a seleccionar y experimentar con variedades de marihuana con altos contenidos de THC, provenientes fundamentalmente de Estados Unidos, Holanda y España.

Al mismo tiempo por medio de pruebas y ensayos se buscó el obtener unas flores de sabor agradable y cuyo olor no llamase mucho la atención. El sabor pensando en los compradores y el olor para evitar llamar la atención.

En la actualidad no sólo es posible encontrar marihuana cripy casi en cualquier lugar, sino que además las semillas de algunas de sus variedades están al alcance de todo el mundo. Ahora que su código genético es de libre acceso es posible su perfección y mejora



una droga es muy costosa se vuelve más atrayente y apreciada. Seduciendo especialmente a los jóvenes y al público con una alto poder adquisitivo; la Cripny Weed no está al alcance de todos los bolsillos.

Esta droga está muy de moda entre los más jóvenes; sobre todo en fiestas y discotecas



Características de la Marihuana Cripny

La principal peculiaridad de la Cripny Weed es su alto contenido de THC. La presencia de este componente activo se sitúa en niveles que van entre el 12% y el 22%

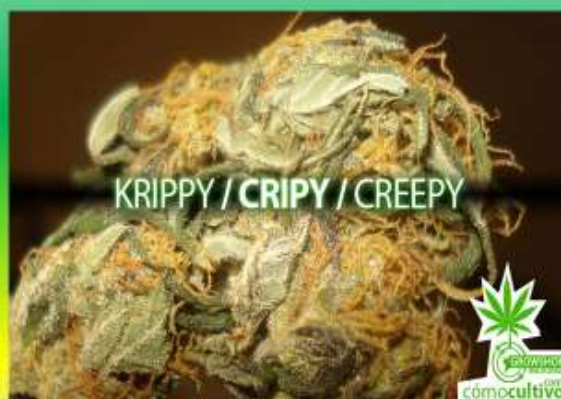


Cantidad mucho más alta de lo que tiene la marihuana convencional. Según diversas versiones el nombre de Cripny procede de criptonita; mineral ficticio capaz de debilitar a superman.

Otras interpretaciones afirman que Cripny se deriva de Tripi. En relación a la marihuana triplosa.

La gran familia de variedades Cripny se desarrolla mejor y llega a una esplendorosa floración en un cultivo indoor. En los cultivos de interior se suelen controlar mejor todas las variables que intervienen en la evolución de las plantas.

Tanto la temperatura y la humedad como la luz son más estables en un indoor que en cultivos de exterior. De la misma manera la Creepy Weed se adapta perfectamente a cultivos hidropónicos.



Tipos de Cripy

La palabra Cripy se utiliza para designar a un conjunto de cepas de marihuana con unas características comunes. Todas ellas poseen un altísimo contenido en THC; un sabor agradable y un olor escaso.

Otra peculiaridad a destacar es que aún siento todas la variedades resultado de cruces, en casi todos los casos la genética predominante es la sativa

Cripys más conocidas; más de 30 están reconocidas como tal.

"Blueberry", "Skunk #11" y "White Widow" son sin duda de las más populares.

"Fulanita", "Super Star", "Wi-wi", "American Golden" y "Purple #1" son otras cepas Cripy muy apreciadas.

Blueberry a su vez se divide en subtipos, si atendemos a su color; rosada, azul y morada. Otras singularidades de Blueberry es que tiene dominancia índica y es originaria de Estados Unidos.



Efectos de la Marihuana Cripky

Los efectos de la cripky no son muy diferentes a los de otros tipos de marihuana. Pero no puedes olvidar que suele contener entre un 12% y un 22% de THC.

Al tener una mayor concentración de THC, su efecto es más rápido y prolongado.

Con lo cual te encontraremos básicamente con los clásicos efectos de la marihuana, pero exponenciados. Los efectos secundarios más comunes asociados a su consumo son: ojos rojos, ansiedad, falta de saliva, taquicardias, ritmo cardiaco alto y conductas agresivas.

Desde el punto de vista psicológico su consumo excesivo y diario puede causar apatía depresión y falta de apetito. Pudiendo desembocar en paranoia y brotes psicóticos

También es muy probable que genere problemas de memoria y aprendizaje

Otros riesgos de su consumo son "alteraciones en el neurodesarrollo, pérdida de la motivación, memoria y de capacidades ejecutivas, que permiten organizar o planificar tareas y actividades

Neurocientíficos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale (EE.UU.) estudiaron el fenómeno y llegaron a conclusiones que pueden tener importantes implicaciones médicas.

De acuerdo al estudio, el crispy afecta las neuronas del cerebro que son responsables de suprimir el apetito

De manera muy superficial, las jóvenes sobretodo mujeres, se han valido de esta característica del crispy para convertirla en la aliada para "bajar de peso", sin saber las graves consecuencias que trae consigo, tanto física como mentalmente



Alertas Mundiales

- El aumento de la concentración de MDMA en las pastillas de éxtasis (2009 -100 mg de MDMA; 2016 -150 mg de MDMA)
- Pastillas de MDMA que contienen Catinonas
- ChemSex: chemical sex, sexo químico. es el uso combinado de metanfetaminas o crystal meth, GHB o éxtasis líquido y mefedrona (acompañados de otros estimulantes como el poppers y la viagra).



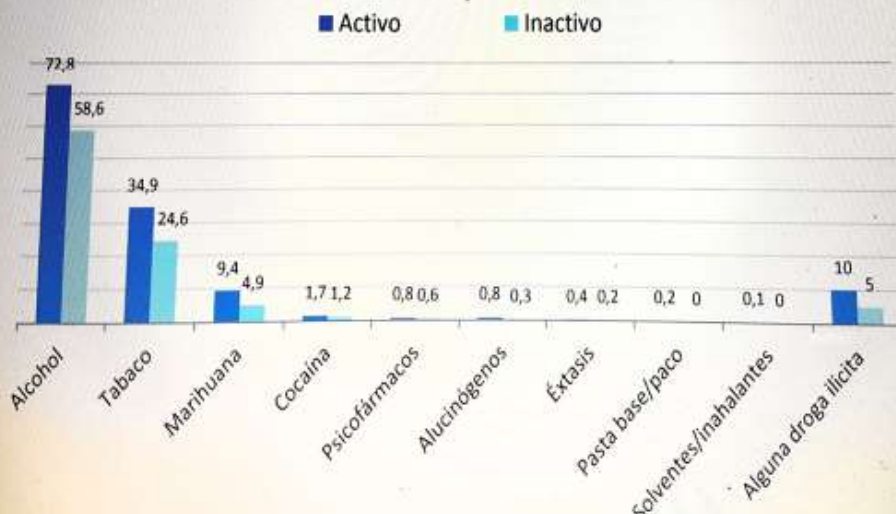
Droga Patrón



Alcohol



Gráfico N° 5: % Prevalencia de año por tipo de sustancia, según condición de actividad. Población de 16 a 65 años. Argentina, 2017.



Alcohol: (SEDRONAR 2017) Población de 12 a 65 años

- **Abuso de Alcohol**: en niños y adolescentes que consumieron alcohol en el último mes , 1 de cada 2 lo hizo de forma abusiva. Esto representa 82.453 niños y adolescentes.
- Hay 2.299.598 nuevos consumidores de Alcohol en el último año de los cuales 319.994 son preadolescentes y adolescentes
- Alto consumo de Alcohol y Drogas en la red social de niños y adolescentes. Cerca del 40% , equivalente a 630.479 de los niños y adolescentes de 12 a 17 años , declaró tener 2 o más amigos o familiares que se emborrachan y más del 25% , equivalente a 398.924 dijo tener 2 amigos o más amigos que consumen drogas.

OMS: “Una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol”
Siendo la CEEA una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema sociosanitario.

(CEEa= Consumo excesivo esporádico de alcohol)



Sociedad Americana del Cáncer para la detección temprana del cáncer



Han surgido patrones claros entre el consumo de alcohol y el padecimiento de los siguientes tipos de cáncer:

- ✓ Cánceres de cabeza y cuello: en especial de los cánceres de la cavidad oral (sin incluir los labios), de faringe (garganta) y de laringe-
- ✓ Cáncer de esófago
- ✓ Cáncer de hígado
- ✓ Cáncer de Mama
- ✓ Cáncer colorrectal



Recordar que su adquisición está prohibida hasta los 18 años, por lo que al permitirlo o incluso facilitar su compra se está cometiendo un delito.



La falta de comunicación con los padres supone uno de los factores de riesgo. "Para intentar prevenir estas conductas es fundamental que los padres estén presentes en la vida de sus hijos tanto física como emocionalmente y que les enseñen a gestionar sus frustraciones y su esfuerzo. Es básico que sepan decir 'no'. Si nunca han escuchado esta palabra es imposible que después la repitan cuando alguien les ofrezca tabaco, alcohol u otras sustancias"

Marihuana

En el 2010 algo más de 1 de cada 100 niños y adolescentes consumió Marihuana en el último mes y en el 2017 lo hicieron 3 de cada 100, de los cuales 9.800 niños y adolescentes son dependientes de la marihuana.

- En comparación al 2010 , en el 2017 se **duplicó** el porcentaje de niños y adolescentes que considera que “NO” es riesgoso fumar Marihuana alguna vez. Esto se corresponde con 339.864 personas de 12 a 17 años.



Éxtasis



- El consumo de Éxtasis en niños y adolescentes aumento un 200% .
- El inicio en el consumo de éxtasis en 2010 era a los 16 años. En 2017 es a los 14 y Medio .

Otros Datos Relevantes :

- En comparación con el 2010, se **“TRIPLICO”** el consumo de Cocaína de alguna vez en la vida entre niños y adolescentes .



- El consumo de alguna droga ilícita en niños y adolescentes aumentó un 146 %.

- Mas de la mitad de Niños y Adolescentes manifestaron les **sería fácil** conseguir Marihuana en **24 hs.** Esto representa 862.456 niños y adolescentes.



- Un tercio de los niños y adolescentes manifestaron que les sería fácil conseguir **COCAINA** en 24 hs. Esto representa 531.477 niños y adolescentes.

Las **Adicciones** son un problema de Salud que en general conducen a un sentimiento de vergüenza o 'pecado', y ni es un 'vicio' ni es un 'pecado'. Se trata de una **enfermedad** (conflicto/crisis personal) que como cualquier otra **enfermedad** requiere de **Tratamiento Medico !!!!**



Gracias

Instagram: @geralperonace
Facebook: Geraldine Peronace

Módulo electivo B - “Memoria, trauma y consumo de sustancias”

Docente

Lic. Sergio Landini (Buenos Aires). Psicólogo. Entrenador en terapias de exposición para traumas complejos. Director del Programa Psicológico Asistencial "Valorarte".

Clase ingresando al siguiente link

<https://www.youtube.com/watch?v=aZNN8xDcVE4>

FUNDAMENTACIÓN

Una experiencia traumática es aquella en la que algo muy aterrador, triste, o peligroso le sucede a uno mismo o a alguien cercano. Algunos ejemplos de experiencias traumáticas son: Desastres naturales tales como terremotos, huracanes, o tornados; Eventos ocasionados por el hombre tales como un incendio o un ataque terrorista; Eventos violentos tales como abuso físico, sexual o emocional, violencia doméstica, un tiroteo desde un coche, una golpiza, o una violación.

Los eventos traumáticos pueden suceder una sola vez y durar poco tiempo, o pueden suceder muchas veces durante meses o aún años. Durante y después de estos eventos traumáticos es posible que experimentar sentimientos muy fuertes y sentir que no se pueden controlar. Cuando nos enfrentamos con un evento traumático, los sistemas de alarma del cuerpo se activan y se ponen en alerta para ayudar a responder a la amenaza. Como resultado, se pueden sentir diversas reacciones físicas y emocionales de temor (Lira, 2010).

Algunas veces los efectos de un evento traumático se desvanecen una vez que el trauma ha pasado. Sin embargo, para otros estos efectos no desaparecen con el tiempo;

pues aunque la amenaza ya no exista, los sistemas de alarma del cuerpo continúan trabajando y los pensamientos de la persona continúan regresando al evento doloroso. Como resultado la persona continúa experimentando reacciones molestas, tales como: repetición del trauma, sentir elevada excitación, presentar dificultades para manejar el comportamiento.

Para quienes han sufrido un evento traumático, el uso de drogas algunas veces es una manera de distraer al cerebro y adormecer los recuerdos y por ende, las reacciones dolorosas. Por un momento, las drogas, quizás funcionaron para la finalidad de olvidar el evento; pero a largo plazo, éstos solamente causan nuevos problemas, algunos de ellos, pueden ser peores que el evento traumático original (The National Child Traumatic Stress Network, 2008).

RESUMEN DE CONTENIDOS BÁSICOS.

Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes

VERDEJO GARCÍA, A.; LÓPEZ-TORRECILLAS, F.; OROZCO GIMÉNEZ, C.; PÉREZ GARCÍA, M.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de
Psicología. Universidad de Granada.

RELEVANCIA E IMPACTO DE LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON DROGODEPENDIENTES.

Una vez establecidos los principales deterioros neuropsicológicos que pueden producirse como consecuencia del consumo crónico de drogas, así como las áreas y mecanismos cerebrales implicados en su aparición, analizaremos las principales implicaciones que se derivan de la existencia de estos deterioros para la práctica clínica con drogodependientes.

La aparente reversibilidad de los déficits (tanto en poblaciones adultas como adolescentes), la co-existencia de trastornos de la personalidad y del estado de ánimo, y la presencia de anosognosia y déficits específicos de control de impulsos y toma de decisiones son factores que pueden influenciar considerablemente las condiciones, estrategias, herramientas y parámetros temporales del tratamiento, así como sus resultados y potencial eficacia. Resulta conveniente, por tanto, analizar la relevancia e impacto de estos factores asociados a alteraciones neuropsicológicas sobre la práctica clínica con sujetos consumidores.

2.1. Reversibilidad de los déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas: implicaciones para el tratamiento y la rehabilitación. Entre los posibles déficits neuropsicológicos que pueden resultar del consumo prolongado de sustancias estarían: (a) los que son propios de la intoxicación inducida por la droga; (b) los que se producen como consecuencia de los efectos agudos de la sustancia y (c) aquellos que persisten una vez que la droga ha abandonado el organismo, como consecuencia de alteraciones perdurables en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (Pope Jr. et al., 1994). Allen y Landis (1998) sistematizaron los hallazgos neuropsicológicos que tradicionalmente se habían asociado al consumo de drogas en función del tipo de sustancia y de estas tres categorías. Los consumidores de cannabis mostraban déficits en resolución de problemas, abstracción, atención, lenguaje expresivo, receptivo y memoria como consecuencia de la intoxicación inducida por el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), los deterioros resultantes de los efectos agudos de la droga (hasta 24 horas después de la intoxicación) abarcaban tareas de atención, funciones ejecutivas, aritmética mental y recuperación inmediata de información verbal. En cambio, a largo plazo, aquellos estudios que han logrado constatar la existencia de efectos perdurables del cannabis sobre el SNC (Mendhiratta et al., 1988; Schwartz et al., 1999) ubican los déficits en atención, memoria a corto plazo y funciones viso-motoras. Asimismo, en opiáceos, mientras que los efectos agudos de la droga inducen deterioros en memoria visual y verbal demorada, atención y concentración, fluencia verbal y habilidades viso-espaciales y visomotoras, los déficits a largo plazo incluyen funciones ejecutivas y razonamiento no verbal. Por otro lado, en consumidores de cocaína, el espectro de funciones dañadas también se reduce - respecto a los estudios que detectan efectos agudos (Beatty et al., 1995; Berry et al., 1993)- cuando analizamos sus efectos residuales (Strickland et al., 1993; Selby y Azrin, 1997). Existen datos suficientes para sugerir que los déficits cognitivos detectados en sujetos consumidores de sustancias no son estáticos, sino que experimentan mejoras dinámicas una vez que se inicia la abstinencia. Hay una cantidad significativa de recuperación de funciones neuropsicológicas durante el primer mes de abstinencia, especialmente en áreas de aprendizaje verbal, procesamiento viso-espacial y

destrezas motoras (Goldman, 1983; Goldman, Williams y Klisz, 1983; Parsons y Leber, 1982). La memoria a corto plazo y la velocidad motora continúan mejorando durante los meses y años subsiguientes (Klisz y Parsons, 1977; Schau, O'Leary y Chaney, 1980). En cambio, la recuperación de ciertas destrezas como el razonamiento abstracto o la resolución de problemas puede llevar mucho más tiempo y en muchos casos no retornar nunca a niveles normales (Effenberg et al., 1980; Goldman, 1983). Jasiukaitis y Fein (1999), resumiendo las conclusiones de diversos estudios constataron la existencia de recuperación moderada de funciones entre la quinta y sexta semana y el sexto mes de abstinencia en consumidores de cocaína. Gillen et al. (1998) correlacionaron negativamente la cantidad de daño con el periodo de abstinencia transcurrido. La duración de la abstinencia ha sido positivamente correlacionada con la mejora del rendimiento cognitivo en consumidores de alcohol, cocaína y en policonsumidores (Azrin et al., 1992; Yuspeh et al., 1992). Selby y Azrin (1997) demostraron mejoras del funcionamiento neuropsicológico en un 60% de las medidas para consumidores de alcohol y de un 33% para policonsumidores. Existe, por tanto, reversibilidad o recuperación de los déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas. Esta reversibilidad parece estar relacionada con la duración de la abstinencia y ocurre en grado diferencial para las distintas funciones afectadas, de modo que algunas de ellas recuperan rápidamente, mientras que otras -caso de las funciones ejecutivas recuperan más lentamente y en raras ocasiones logran retornar a sus niveles premórbidos. Alcanzado este punto, y desde una perspectiva clínica, se nos plantea una segunda cuestión de crucial relevancia.

Dado que existe reversibilidad de los déficits, ¿resulta conveniente aplicar estrategias de rehabilitación neuropsicológica sobre las funciones dañadas? Strickland et al. (1993) advierten que aunque la recuperación ocurre de hecho durante la abstinencia inicial, déficits cognitivos y anormalidades neuropsicológicas persistentes son hallados a menudo, incluso después de prolongados periodos de abstinencia. Estos déficits específicos podrían resultar de especial relevancia para el éxito de las actuales estrategias de intervención terapéutica en drogodependencias. Durante la fase de deshabitación, en la que se establecen la filosofía, las normas y los objetivos del programa terapéutico y se implementan diversas técnicas de importante carga cognitiva: reestructuración de pensamientos, terapia racional emotiva, deterioros específicos en atención, concentración y memoria a corto plazo pueden comprometer la asimilación de diversos contenidos relevantes del programa. Mantener la atención durante prolongadas sesiones terapéuticas puede resultar -por ejemplo- extraordinariamente dificultoso para los sujetos consumidores debido a la pervivencia de estos déficits. Asimismo, déficits de memoria a

corto plazo y de memoria prospectiva (recordar tener que recordar) pueden dificultar la consolidación de material clave referente al tratamiento y la ejecución de los ejercicios y tareas que los terapeutas les sugieren. Para Rogers y Robbins (2001), los daños neuropsicológicos pueden contribuir al abuso y la adicción a las drogas de al menos dos formas. En primer lugar, pueden interferir la capacidad de los usuarios para asimilar y participar en programas de rehabilitación que tengan énfasis educativo o cognitivo, y en segundo lugar, pueden incrementar la probabilidad de conductas de búsqueda de sustancias a través de distintos tipos de déficits cognitivos, incluyendo fracasos en los mecanismos de control de impulsos. Los deterioros neuropsicológicos detectados en las funciones ejecutivas prefrontales del córtex ventromedial y sus conexiones con diversas áreas funcionales subcorticales (amígdala, núcleo accumbens) suponen un problema añadido para el objetivo de implementar estrategias de mantenimiento de la abstinencia y resistencia a los impulsos de consumo, especialmente durante la fase de prevención de recaídas.

Estos deterioros pueden afectar:

- (1) a la capacidad de los sujetos consumidores para aprender de la experiencia, debido a su incapacidad para re-experimentar y evocar estados emocionales asociados al castigo (Bechara, et al., 2000);
- (2) a su habilidad para prevenir recaídas, ya que en sus procesos de toma de decisiones otorgan una valencia emocional exagerada a los estímulos potencialmente reforzantes asociados a la droga (Di Chiara, 1999), presentan déficits de control de impulsos (Volkow y Fowler, 2000) y exhiben una ausencia de respuesta emocional previa a la elección de consecuencias desventajosas (Bechara et al., Verdejo, A.; López-Torrecillas, F.; Orozco, C.; Pérez, M. 11 2000);
- (3) a su habilidad para buscar nuevas fuentes de recompensa, ya que tienen muchísimos problemas para identificar objetivos y metas relevantes y para organizar y monitorizar su propia conducta en función de esas metas (Mateer, 1997);
- (4) y en conjunto, a sus habilidades para intentar cambiar de estilo de vida, en función de sus problemas de iniciación, secuenciación y planificación de conducta y de posibles alteraciones de la personalidad (Prigatano, 2001).

Por tanto, y aunque podemos asumir la existencia de cierta recuperación espontánea asociada a la abstinencia, pueden permanecer dañadas funciones específicamente

relevantes para el éxito en la manutención de esa abstinencia y la prevención de posibles recaídas. Fals-Stewart et al. (1992; 1993; 1994a; 1994b) sugirieron que la presencia de déficits neuropsicológicos estaba relacionada con incrementos de la violación de reglas, peores estimaciones clínicas y mayores tasas de abandono involuntario de tratamientos de desintoxicación y deshabitación. Dado el curso natural de recuperación de las funciones neuropsicológicas en este tipo de población y el auge de los programas de tratamiento de la adicción a muy corto plazo, muchos de estos sujetos no alcanzan la recuperación total de funciones durante el transcurso del tratamiento, y suelen concluirlo justo en el momento en que sus habilidades cognitivas han experimentado una recuperación suficiente como para obtener efectos beneficiosos del tratamiento, además de regresar a su entorno en condiciones de alto riesgo respecto a la ocurrencia de recaídas. Éste es uno de los retos más importantes a los que debe enfrentarse el neuropsicólogo en la práctica clínica con sujetos consumidores de drogas, puesto que en función de los parámetros temporales impuestos por la estructura externa del programa de tratamiento, debe ajustar la rehabilitación del paciente al ritmo del programa en unas condiciones neuropsicológicas que distan de ser óptimas, y tratar de reincorporarlo a su contexto de origen asumiendo el menor número de riesgos posible.

No obstante, Sohlberg y Mateer (1989), que realizaron una revisión exhaustiva de los procedimientos de rehabilitación cognitiva en sujetos consumidores constataron que tanto el número de funciones recuperadas como el grado de recuperación incrementaban como consecuencia de la aplicación de estrategias de rehabilitación cognitiva. El entrenamiento cognitivo parece acelerar la reversibilidad de los déficits e incluso optimizar la recuperación de funciones por encima de los niveles que podrían ser alcanzados mediante recuperación espontánea, y dado que el estatus neuropsicológico parece tener un papel mediador sobre los resultados de tratamiento, este incremento en la recuperación puede resultar clave para el éxito del mismo. Aunque aún no disponemos de un protocolo establecido de rehabilitación de estas funciones neuropsicológicas que haya mostrado su eficacia diferencial respecto a los programas de intervención que actualmente se utilizan en este tipo de población, la constatación de la existencia de un perfil bien delimitado de deterioro, la eficacia demostrada por las estrategias rehabilitación neuropsicológica en otras poblaciones con déficits similares, y los nuevos hallazgos y posibles focos de intervención revelados por los estudios más novedosos en el campo (autorregulación, control de impulsos, toma de decisiones), permiten hipotetizar los beneficios potenciales de un abordaje neuropsicológico de estos déficits integrado en el marco de un programa de intervención que incluya otras estrategias de intervención psicológicas y farmacológicas. A

partir de los hallazgos neuropsicológicos más recientes en relación al abuso de sustancias y de sus principales implicaciones clínicas, podemos sugerir que estas estrategias de rehabilitación neuropsicológica deben focalizarse en los siguientes objetivos: (a) optimizar los mecanismos de procesamiento de información, atención, concentración y memoria, funciones que se han mostrado consistentemente dañadas como consecuencia del consumo (Ardila y Roselli, 1996; Strickland et al., 1998) y cuya recuperación propiciaría una mejor asimilación de las normas, filosofía y contenidos de los programas de tratamiento (Goldman, 1990); (b) incidir en la recuperación de las funciones ejecutivas localizadas en los lóbulos prefrontales: flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, mecanismos de control de impulsos y toma de decisiones (Bechara et al., 2001; Ornstein et al., 2000; Rogers et al., 1999; Volkow y Fowler, 2001) que permitirán al sujeto: mejorar su funcionamiento diario, mejorar su resistencia a posibles estresores (Estímulos Condicionados asociados a la droga), incrementar su capacidad de autocontrol, prevenir conductas de búsqueda y regresar a su entorno en condiciones óptimas para afrontar decisiones relacionadas con el consumo-no consumo.

Trastorno de Identidad Disociativo o Identidad Múltiple

Anabel González – Dolores Mosquera. Ed. Síntesis. (2015)

La teoría de la disociación estructural

La traumatización, para Van der Hart, Nijenhuis y Steel (2003, 2008), implica en esencia un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos o sistemas de acción que constituyen la personalidad del sujeto. La personalidad normal se consideraría la organización dinámica de esos sistemas (Allport, 1981; Janet, 1907). Los sistemas de acción son básicamente de dos tipos: unos orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado hijos, alimentación, etc.) y otros a la defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión). En la disociación se produce una escisión entre ambos sistemas. Una o más de las partes disociadas de la personalidad del sujeto evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria, mientras que una o más partes de ella siguen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas. Esta alternancia y coexistencia entre la reexperimentación del trauma y la evitación del mismo serían para estos autores

características del trastorno de estrés postraumático. La parte de la personalidad fijada a la defensa y la reexperimentación del trauma se denomina parte de la personalidad emocional (PE). Esta parte contiene recuerdos traumáticos que son diferentes de la memoria autobiográfica, en cuanto a que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias (Brewin, 2003; Van der Kolk y Van der Hart, 1991). Por el contrario, otra parte de la personalidad debe seguir con la vida cotidiana, y para ello evita los contenidos traumáticos. Esta parte es denominada por estos autores parte de la personalidad aparentemente normal (PAN). Los síntomas disociativos negativos del TEPT y del TEPT complejo, este último secundario a traumas tempranos, repetidos o prolongados (Herman, 1992; Ford, 1999; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk y Mandel (1997); y Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005) se relacionan generalmente con la PAN y estos constituyen pérdidas de funciones o fenómenos. Los síntomas positivos se relacionan generalmente con la PE y estos representan fenómenos de intrusión.

Desde la teoría de la disociación estructural, los síntomas disociativos psicológicos y somáticos se entienden como fenómenos derivados de este mismo mecanismo. También se consideran síntomas disociativos no solo los síntomas positivos (siguiendo la terminología de Janet) como las intrusiones, sino también los negativos. Por ejemplo, la falta de asertividad en la personalidad aparentemente normal es un síntoma disociativo negativo psicomorfo, que contrasta con la energía, la resistencia y la rabia acumuladas en algunas partes emocionales. De acuerdo con estos planteamientos, los autores señalan varios niveles de disociación. Cuanto mayor es la gravedad y cronicidad del trauma, y cuanto más tempranamente se produce, mayor es la fragmentación de la personalidad. En el trastorno de identidad disociativo, encontramos varias partes emocionales y varias partes aparentemente normales. El individuo funciona a veces desde una reacción de lucha (mostrando por ejemplo agresividad), otras de huida (conductas evitativas) y en otras de sumisión (reacción dependiente frente a una pareja maltratadora), mientras mantiene áreas de funcionamiento a veces bastante adecuadas (por ejemplo, puede ser un trabajador eficiente o un padre o madre abnegado) o presenta, cuando mantener el control sobre el caos y el conflicto interno consume mucha energía, un bajo nivel de eficiencia mental y de funcionalidad general. Por todo lo anterior podemos encontrar muy distintos grados de afectación entre pacientes con el mismo diagnóstico.

La teoría de la disociación estructural de la personalidad ofrece un marco teórico global desde el que se pueden conceptualizar y entender todos los trastornos del espectro postraumático, incluido el más severo de todos, que sería el trastorno de identidad disociativo. Por ello, a la hora de describir estos cuadros, utilizaremos con frecuencia terminología propia de esta perspectiva teórica.

Cuadro. Tipos de sintomatología disociativa.

	<i>Disociación psicomorfa</i>	<i>Disociación somatomorfa</i>
Síntomas disociativos negativos	Amnesia Abulia, apatía En el carácter faltan emociones o rasgos Falta de criterio propio, sugestionabilidad	Anestesia Analgesia total o parcial Pérdida de control motor (p. ej., parálisis) Pérdida de funciones (voz, vista, etc.)
Síntomas disociativos positivos	Actos fuera de control voluntario Ideas fijas Crisis disociativas Pensamientos intrusivos Alucinaciones auditivas	Síntomas somatomorfos intrusivos Pseudocrisis

Fuente: modificado de Janet y Nijenhuis.

Memoria y disociación

A través de investigaciones experimentales y observaciones clínicas, se ha encontrado evidencia sobre diversos procesos de memoria para los hechos traumáticos, tanto conscientes como no conscientes. Los estudios experimentales han demostrado que el contenido de la memoria es dinámico y está sujeto a la sugestión y distorsiones. Los recuerdos traumáticos difieren a nivel cognitivo y por sus características psicobiológicas de los procesos ordinarios de memoria. Incluso vemos que las características de la memoria traumática son muy variadas y dependientes de la naturaleza de los hechos traumáticos, así como del nivel de desarrollo evolutivo según la edad en la que fueron experimentados.

Una traumatización breve o limitada conlleva un incremento en la claridad o en la forma de recordar o en la recuperación la memoria (hipermnesia), y un elevado nivel de precisión en cuanto a los detalles centrales de la experiencia. Por otro lado, una grave traumatización temprana y crónica puede estar correlacionada con la negación, la disociación y la amnesia. Los estudios clínicos apoyan la existencia de amnesia y de memorias recuperadas especialmente para los casos graves y crónicos de abuso infantil (Chu, Matthews, Frey y Ganzel, 1996). El debate sobre el síndrome de las falsas memorias y los estudios sobre la modificación de los recuerdos ha ayudado a la investigación sobre los recuerdos traumáticos, y está ampliamente aceptado que estos recuerdos, sobre todo cuando ocurren en edades tempranas, pueden ser más vulnerables a la distorsión y a los errores. Esto da gran importancia a una evaluación cuidadosa que, sin minimizar o negar la realidad de los hechos traumáticos, tome precauciones para no inducir o modificar dichos recuerdos. En la presentación clínica del TID, uno de los criterios definidos en el DSM es la amnesia o la incapacidad para recordar que va más allá del olvido ordinario. Esta amnesia disociativa se diferencia de la amnesia orgánica en que puede no ser completa o estable, y en algún momento puede ser reversible. Por ejemplo, un paciente que no recuerda su infancia puede reconocer sensaciones derivadas de ella cuando responde a un cuestionario específico. El recuerdo puede ser borroso o confuso, como si estuviera cubierto por una niebla, pero no completamente inaccesible. La persona puede notar sensaciones corporales o emociones desconectadas del recuerdo donde se originaron, o tener un recuerdo narrativo totalmente desprovisto de emoción. La amnesia infantil es un fenómeno normal hasta los cinco años, pero muchas personas tienen periodos delimitados de amnesia posteriores a esa edad. Por ejemplo, no recuerda nada entre los nueve y los doce años, aunque puede contar situaciones previas y posteriores. Esto suele orientar a que en esta etapa ocurrieron sucesos de alta carga traumática. En algunos casos la persona llega a desarrollar una confabulación para rellenar sus lagunas. Por ejemplo, da una descripción genérica de la infancia, generalmente con altos niveles de idealización, pero es incapaz de poner ningún ejemplo. A veces simplemente se "salta" el periodo amnésico cuando habla de su biografía, y resulta evidente únicamente con una entrevista atenta a la cronología de los hechos. Este tipo de amnesia remota, frecuente en los cuadros disociativos, puede presentarse en muchos otros trastornos, en general ligados a historia de trauma temprano. Más específicas de los trastornos disociativos son las lagunas de memoria reciente. El individuo puede reconocer que hay como huecos en el transcurrir del día, trozos que no recuerda y de los que no puede dar cuenta aunque se esfuerce. Estas lagunas a veces no son conscientes, la persona cae en la cuenta porque está haciendo algo y no recuerda lo que pasó antes, se encuentra en un

sitio sin saber cómo llegó allí, a veces sin saber qué lo llevó a ese lugar (microfugas) o encuentra pruebas de haber hecho cosas que no recordaba haber hecho. En algunos casos, los pacientes pueden llegar a "rellenar" estos huecos u omitirlos cuando se les pregunta, como si el tiempo simplemente diera un salto. En ocasiones son los demás los que les cuentan estos hechos. Algunos pacientes lo relatan así: De repente aparezco en un sitio y no tengo ni idea de cómo he llegado hasta allí, ni por qué iba a ese sitio. Llego a casa y veo un queso. Y digo... "Qué es esto, si a mí no me gusta el queso...". Y salgo a comprar otra vez. Me pasa muchas veces, me encuentro con cosas en la compra que ni siquiera me gustan. Mi escritura cambia totalmente. A veces se deforma. Otras veces es infantil, totalmente de niña. Encuentro notas por casa a veces con estas letras y yo no recuerdo haber escrito eso. ¿Qué hago los fines de semana? Duermo, duermo mucho. (La paciente afirmaba dormir tres días seguidos, sin despertar ni un solo minuto. Más adelante resultó evidente que los fines de semana hacía cosas, saliendo con gente de un estilo muy distinto al suyo). La sintomatología negativa de la memoria (amnesias) puede alternar con hipermnesia en relación a los recuerdos traumáticos, que se reactivan con una extraordinaria viveza. El paciente revive determinados eventos como si estuviesen sucediendo ahora, pudiendo llegar a presentarse una desorientación temporoespacial transitoria. Estos recuerdos pueden venir también espontáneamente a modo de flashbacks o pesadillas. Al tiempo que estos recuerdos se presentan con gran nitidez perceptiva, el paciente puede tener memorias más confusas debido a la edad en la que se produjeron, a que están en la base de la fragmentación de la personalidad y la persona no puede acceder de modo global a todos los elementos de ese recuerdo, o a que se sucedieron en medio de periodos del desarrollo tempranos y se vieron afectados los propios mecanismos de procesamiento de la información (Van der Hart, Bolt y Van der Kolk, 2005).

Disociación, memoria y amnesia

La memoria no es una función única, sino que está compuesta de varios subsistemas. La memoria explícita o declarativa, mediada por el hipocampo derecho y el córtex orbitofrontal, conforma la narrativa que da sentido a una experiencia. La memoria implícita almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. El tipo más primitivo de memoria implícita es la memoria procedimental. Un trauma puede provocar trastornos mucho antes de que exista memoria declarativa, en fases preverbales del desarrollo infantil. También puede ocurrir que la experiencia, aunque acontezca cuando el lenguaje esté consolidado, se almacene solo a nivel implícito. Scaer (2001) propone que las respuestas defensivas que

no han podido ser llevadas a cabo quedan bloqueadas en la memoria procedimental dando lugar a síntomas. Parte de las discordancias en los recuerdos, así como la gran cantidad de sintomatología somatomorfa en los pacientes traumatizados podría explicarse teniendo en cuenta los distintos niveles de procesamiento y almacenamiento de la información. La amnesia podría corresponder a la falta de un recuerdo explícito o declarativo: la memoria solo se almacena a nivel implícito por ocurrir en una etapa preverbal, o porque por su intensidad emocional, la disonancia cognitiva que genera y la falta de un adulto que le dé sentido a la experiencia el recuerdo no puede elaborarse en una narrativa coherente. Esta falta de narrativa puede también cumplir una función protectora, y de este modo el recuerdo es deliberadamente evitado. Para sobrevivir a una situación angustiosa y a una emoción intolerable, hacer como si "no hubiera ocurrido" puede ser la única manera de manejarlo. Esto nos permite seguir adelante con la vida diaria, manteniendo al margen las experiencias abrumadoras. Otra de las posibles explicaciones de la amnesia se relaciona con la compartimentalización. En los distintos estados mentales o partes, con sus distintos patrones de conducta, emoción, cogniciones y recuerdos, tienen además distintos recuerdos o distintas partes de esos recuerdos. Las partes que se ocupan de las situaciones cotidianas con frecuencia presentan amnesia para los traumas previos. Necesitan estar libres de esta información y de la repercusión emocional que representarían para poder ocuparse de afrontar la vida diaria. Cuando el paciente experimenta una reacción emocional de rabia o tristeza puede activarse un estado mental diferente, en el cual los recuerdos traumáticos están claramente presentes. Mi pérdida de memoria fue retroactiva. Yo (PAN) no recordaba que mi padre me hubiera tocado nunca sexualmente. Yo no recordaba haber visto jamás a mi padre desnudo. No recordaba que mi padre me hubiera visto alguna vez desnuda a mí. En el futuro, cuando mi padre me abordaba sexualmente, me convertía en mi otro yo (PE) y después (PAN) no recordaba nada de lo que había ocurrido. ¿Quién era mi otro yo (PE)? Aunque habíamos dividido una personalidad entre las dos, yo (PAN) era la accionista mayoritaria. Fui a la escuela, hice amigos, cogí experiencia, desarrollando mi parte de la personalidad, mientras que ella (PE) siguió siendo moral y emocionalmente una niña, funcionando por instinto más que con inteligencia. Ella comenzó como mi criatura, forzada a hacer lo que yo me negaba a hacer, pero, por borrar su existencia, escapó de mi control, como el personaje de un sueño (Sylvia Fraser, *My father's house*, 1987, p. 24). La "memoria dependiente de estado" se ha propuesto como uno de los mecanismos implicados en este fenómeno. Los datos pueden no estar disponibles si el individuo está en otro estado mental, como ocurre en la disociación (Steinberg, 2002). La información almacenada en un estado mental se recuperará posteriormente con más facilidad cuando

la persona se encuentra en ese mismo estado. Veamos esto en un ejemplo clínico: una paciente responde a la entrevista estructurada DDIS hablando de una historia de maltrato por parte de su padre alcohólico, contado diversos ejemplos de aquellas situaciones. Cuando vuelve a consulta, dos meses después y el terapeuta le pregunta sobre ello, la paciente niega haber dado tal información, y lo hace con tal convicción que el terapeuta llega a dudar de sus propias notas. Ese día describe al padre de modo más benévolo, como un hombre que bebía, pero al que el alcohol solo le había causado problemas físicos y no había influido en su carácter. Más adelante, en otras entrevistas la paciente volvió a hablar de nuevo del carácter agresivo de su padre. El terapeuta fue observando que el estado emocional y el patrón conductual de la paciente diferían en un tipo de sesiones y en otras, con una actitud más fantasiosa, más infantil y con mayor desconexión emocional cuando mantenía la versión más amable de su familia de origen.

Módulo electivo C - “Comunidad, arte y cultura para la transformación social”

Docentes

Lic. Gonzalo Montiel (Córdoba). Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología (UNC). Presidente y co-fundador de Fundación La Morera. Organización Social que desarrolla proyectos que vinculan Salud, Cultura y Educación. Asesor en el Programa de Vinculación y Comunitaria. Secretaría de Extensión de la Universidad Provincial de Córdoba. Tutor por Fundación la Morera en la ejecución del programa de Prevención territorial de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Docente en Diplomatura en Políticas Culturales para el Desarrollo Local - Facultad de Artes, UNC. Director de Proyecto Entreversos. Niñas, niños y jóvenes: Participación Cultural, Inclusión Social y Ejercicio de Derechos. Terapeuta Gestáltico. Posgrado en Terapia Gestalt.

Lic. Martín Gomez (Villa Allende). Contador Público UNC. Licenciatura y Profesorado en composición UNC. Diplomatura en diseño de Políticas Públicas. Fundador de Rosas y Espinas ONG y A.S.A (Academia Solidaria de Arte), Pastor iglesia La Misión y funcionario Ministerio Desarrollo Social Provincia Córdoba.

Clase ingresando al siguiente link

<https://www.youtube.com/watch?v=o4rebRUn6ko>

FUNDAMENTACIÓN

El presente módulo propone abordar, desde una mirada preventiva y de promoción de la Salud, el potencial de la cultura, la comunidad y el arte, como conceptos y herramientas, para trabajar sobre las complejas problemáticas asociadas al consumo de drogas y las adicciones.

Se busca colaborar con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2017), que promueve profundizar el entendimiento de las interrelaciones entre la Cultura y la Salud, a los fines de mejorar la capacidad de los sistemas de salud pública para responder de manera efectiva a las problemáticas que sufren las personas en diversos contextos. También, aportar una mirada sobre estas problemáticas comprendiéndolas como emergentes culturales, es decir, relacionadas a las formas cotidianas en las que el ser humano vive y se relaciona con los demás en los diferentes contextos. Este vivir – convivir cultural ocurre en comunidades, ámbitos de la vida cotidiana donde la gente se encuentra y se sujeta a sus condiciones concretas de existencia. Así, el vivir-convivir cultural comunitario se revela como un espacio privilegiado para la reproducción de problemáticas asociadas al consumo y también contienen un potencial único para generar transformaciones hacia experiencias saludables. Y el arte, las disciplinas artísticas, se constituyen en herramientas potentes para trabajar sobre la dimensión cultural y fortalecer entramados comunitarios.

La propuesta está enmarcada en una Perspectiva de Derechos. Derechos Humanos en términos generales, y Derechos Culturales y Derecho a la Salud en particular.

RESUMEN DEL CONTENIDO

Temática: Prevención Inespecífica, Arte y Transformación Social

1. El Mitten

- Quitar el arte del pedestal de **performance**, de actividad de “elite” destinado a unos pocos virtuosos, dotados por la vida, de talentos excepcionales para la ejecución de disciplinas artísticas.
- Quitarle al arte la compleja necesidad de un espectador especializado, intérprete cultivado, que puede acceder desde su intelecto y experiencia al goce estético de ese “arte”, porque ha tenido el privilegio de adquirir facultades para tan fin. Abordar las afirmaciones anteriores nos llevará a develar algunos secretos ocultos en el universo del arte.

La intención de este módulo es re-pensar el arte, re-interpretarlo filosóficamente. Al respecto abordaremos una conceptualización fundada en el pensamiento del filósofo Jacques Derrida, desde la cuál, deconstruiremos el imaginario del arte descubriendo así, esencias necesarias para la prevención inespecífica y la transformación social. “Hay que decir que la belleza absoluta, el **telos** o la esencia final de lo bello aparece en el arte y no

en la naturaleza en cuanto a tal.” (Derrida, 2001, p37). Desde la afirmación anterior, Derrida nos invita a pensar que la belleza artística es superior a la belleza natural, porque está inspirada y producida por un espíritu superior. Esto nos lleva a vislumbrar dos orillas separadas por un abismo, que necesitan ser unidas por un puente (analogía que Derrida desarrolla). Una orilla es: la naturaleza, lo natural, lo tangible, lo sensible, los fenómenos externos; y la otra es: el espíritu, lo intangible, lo suprasensible, los fenómenos internos. El puente necesario que sobrevuela el abismo, no puede ser la razón, sino el arte. Es el medio, el **Mitten**, que toca ambos extremos opuestos y heterogéneos, y se permite preguntarse, ser ambiguo y no tomar partido por ninguno, por su función de médium, ir y venir entre ambos, buscando resolver la oposición.

Tomar conciencia de ambas orillas, sus características, y la necesidad imperiosa del puente, es lo que nos permitirá encontrar sustento para la prevención inespecífica y la transformación social.

Lo natural, lo tangible, lo que sucede, lo que está, la realidad, lo estadístico, lo que es; tiene mayor comprensión en el imaginario general, justamente por su condición de concreto y palpable; pero lo espiritual, lo que no sucede (o, sucede pero no se ve), lo que no está, lo imaginario, lo soñado, lo ideal, lo que es imposible de medir, al menos con herramientas provenientes de la otra orilla, lo que puede ser; necesita ser mas trabajado, explicado, necesita de mas experiencias que lo hagan florecer. El arte como **Mitten** en este abismo, no se plantea desde el paradigma de una expresión elitista de **performance**, tampoco tiene mucho que ver con las disciplinas artísticas conocidas o con las mal llamadas “bellas artes”, no se encuentra tomando partido por una de las orillas haciendo apología de lo espiritual, introspectivo, suprasensible o de lo concreto de una obra de arte, sino, con una función y responsabilidad concreta al respecto de evitar que las personas caigan en dicho abismo. El arte es funcional a una sociedad hundida. Es el medio (**mitten**), el puente por donde transitar para no hundirnos.

2. De la Creatividad

2.1- La creatividad La **creatividad**, su democratización y el estudio de sus componentes, es fundamental para profundizar la necesaria: **imaginación, acción e innovación**, que requiere la prevención inespecífica y la transformación social. Desde fundamentos teóricos brindados por Sir Ken Robinson, incorporaremos estos aspectos.

¿Qué es la creatividad?, ¿Todos somos o podemos ser creativos?, ¿Se puede aprender a ser creativo?, ¿Existen formas de practicar la creatividad?, ¿Yo debo creerme lo que el sistema educativo dice que soy?, ¿Porque no soy más creativo?, ¿Si una vez no fui creativo, es porque no soy creativo? ¿Se puede ser creativo a veces?, ¿La creatividad está ligada a las disciplinas

vinculadas al arte?, ¿Cuando era niño era más creativo?, ¿La creatividad se pierde con la edad? ¿Es necesario ser creativo? Ken Robinson inicia el prefacio con una frase hermosa “La creatividad es el mayor don de la inteligencia humana. Cuanto más complejo se hace el mundo, más creativos necesitamos ser para afrontar sus retos.” (Robinson, 2012, p13) y define que la creatividad es “el proceso de tener ideas originales que tengan valor” (Robinson, 2009, p202) Con esto comienzo respondiendo a la pregunta de si es necesario ser creativo: ¡Si, absolutamente! Pero no solo como una cuestión de crecimiento a nivel laboral o para aumentar la producción o descubrir nuestro talento individual, sino como una herramienta para solucionar los problemas de un mundo extremadamente complejo y dinámico, que varía exponencialmente con el correr de los nuevos años a través de distintos factores entrelazados como los sociales, económicos, demográficos, culturales, tecnológicos, ecológicos, etc.

- Todas las personas son y/o pueden ser creativas. Si bien algunas pueden sobresalir en algunos aspectos, como algunos artistas o científicos o inventores, etc. Todas las personas somos creativas.

- Se puede aprender a ser creativo, se puede entrenar la creatividad. Algunos piensan que la creatividad es una característica genética hereditaria y no es así. Robinson utiliza un ejemplo contundente. A una persona que no sabe leer y escribir no se le dice que no ha nacido con la capacidad de hacerlo, simplemente se supone que nadie nunca le ha enseñado a hacerlo. Con la creatividad pasa lo mismo. (Robinson, 2012)

- No solo son creativos los que trabajan o están vinculados a disciplinas artísticas. Solemos creer que los creativos, o son músicos, compositores, bailarines o diseñadores y seguramente están vestidos con muchos colores, sus peinados son extravagantes o

directamente no se peinan, se levantan tarde y nunca jamás se pusieron zapatos o corbata. Error. Cualquier tarea, trabajo o profesión requiere de creatividad, un científico, un analista de sistemas, un docente, un funcionario público, un chef, una ama de casa, hasta incluso un operario que trabaja en una línea de producción puede manifestar su creatividad en distintas dosis. Y Para aumentar más el razonamiento podemos argumentar diciendo que, aunque en su trabajo una persona no pueda ser creativa (porque su entorno se lo impide), lo puede ser en el resto de su vida. Conozco personas que realizan trabajos rutinarios, pero tienen un

increíble don para animar las fiestas, contar chistes, hacer trabajos manuales, arreglar cosas domésticas o autos, pintar, dibujar, escribir, etc.

- Estimular la creatividad no es solo jugar y ser libre de manera desordenada o desconcentrada. La creatividad puede y debe ser dirigida, se debe y puede controlar a través de la práctica y el mejoramiento de las destrezas implicadas.

2.2- Sistemas de Tensión Creativa La creación de **dispositivos** de prevención inespecífica y transformación social y su visualización a través de **Sistemas de Tensión Creativa**, nos invitará a descubrir el pensamiento de Peter Senge. Este sistema se basa en las fuerzas que existen entre la **realidad** y la **visión**, o entre una **realidad** y una **visión** determinada; al medio, la **brecha** existente entre una y otra es el espacio para la creatividad, para ejercer una **tensión** positiva, la cual tendrá el objetivo de atraer la **realidad** hacia la **visión**. Como toda fuerza/tensión, tiende a su liberación, en el sistema hay dos posibilidades: “impulsar la realidad hacia la visión, o impulsar la visión hacia la realidad. Lo que ocurra dependerá de nuestra adherencia a la visión” (Senge, 2012, p.193), y agregó, dependerá de la comprensión y dominio que tengamos del sistema de tensión creativa. Como se puede ver, en consonancia con el punto 1 del presente curso, este sistema y su manejo, nos permitirá tener herramientas a la hora de intentar construir/tender puentes sobre el abismo. Y como dice Senge: “El dominio de la tensión creativa conduce a un camino fundamental en nuestra actitud ante la realidad. La realidad deja de ser un enemigo para transformarse en un aliado” (Senge, 2012, p.198). La terminología que definiremos será: *propósito; visión, realidad, brecha, tensión*. “Pero *visión* no es lo mismo que *propósito*. Propósito similar a dirección, a un encabezamiento general. La visión es un destino específico, la imagen de un futuro deseado. El propósito es abstracto. La visión es concreta. El propósito es “afinar la capacidad de hombre de explorar los cielos”. La visión es “un hombre en la luna a fines de los años 60”. El Propósito es “ser todo lo que puedo ser”, “excelencia”. Visión es correr una milla en 4 minutos”. (Senge, 2012, p.190).

3. De la soledad del artista a la política pública.

La necesidad de pasar de un nivel de introspección creativa o de una actividad solidaria a un *diseño de política pública* a través del camino que va desde: *análisis, diseño, gestión, y evaluación*, será fundamental para el efecto a largo plazo y la regularidad que necesita todo proceso de prevención inespecífica y transformación social. “Analizar, diseñar, gestionar y evaluar políticas públicas, esa debe ser la gran meta, si se quiere superar la ineficacia gubernamental/administrativa y el consiguiente escepticismo ciudadano.” (Graglia, 2012, p.80) Si bien estos pasos metodológicos parecen obvios, constituyen el núcleo metodológico del modelo relacional (Graglia 2012). Y estos pasos tienen dos importancias a la hora de relacionarlos con prevención y arte. La primera es que a veces pecamos de ingenuos o de bohemios al pensar que proyectos que abordan la espiritualidad, el descubrimiento del proyecto de vida, o la introspección, realizados por el tercer sector o por diferentes organizaciones no necesitan ser deliberadamente planificados, ejecutados y evaluados. En este aspecto descubriremos una gran ausencia metodológica de herramientas de medición de la transformación social. ¿Cómo mido la prevención?

¿Cómo cuantifico cuantos jóvenes evitaron ingresar al consumo problemático de sustancias porque ciertos diseños tuvieron impacto? ¿Cómo se miden dignidades que se descubren? , etc. Estas preguntas están en el necesario desarrollo del método en cuestión. La segunda importancia es que “en las “organizaciones públicas”, demasiadas veces se diseña sin conocer ni entender las políticas existentes y se gestiona sin alternativas diagnosticadas ni proyectos (programas o planes) decididos. Esta contradicción explica (pero no justifica) por qué los problemas siguen irresueltos y las necesidades siguen insatisfechas, por qué la insatisfacción social y la desaprobación ciudadana se mantienen o aumentan”. (Graglia, 2012, p.83)

4. Storytelling

La experiencia en territorio, que nos muestra el efecto/impacto, y el posterior análisis de lo fáctico, a través de experiencias comunitarias, de testimonios de vida, donde el arte ha sido y es *el elemento, el medio, el puente*, de la prevención inespecífica y la transformación social

será otra parte crucial de este curso. Para ello traeremos casos de impacto locales, concretos y cuantificables.

Bisagras. Momentos experienciales Todos los módulos serán abordados, introducidos y/o practicados en un espacio experiencial, artístico, emocional, con posibilidades co-crear. Los participantes no solo se llevarán un conocimiento teórico-técnico de alto nivel de interrelación de disciplinas, sino que también accederán a vivenciar el arte desde la arista de la transformación social.

Experiencia 1 Orquesta humana de liberación: Experiencia el arte como Mitten.
Experiencia 2. La cinchada creativa. A través de una dinámica especial alrededor del juego de la cinchada, aprehenderemos activamente los conceptos del Sistema de Tensión Creativa de Peter Senge.

Experiencia 3. A través de experiencias lúdicas creativas aprehenderemos el proceso (*diagnóstico, diseño, ejecución, y evaluación*) para diseño de políticas.
Experiencia 4 El círculo literario de la vida. Cosecha. Cocreación final

Experiencias

- Gomez, M. [Martín Gomez]. (2020, marzo 5). Martín Gomez. ASA-Barrio Abierto. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=tgEIJigUwiY>
- Gomez, M. [Martín Gomez]. (2018, setiembre 17). Gladys. ASA-Barrio Abierto. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=ycjJ-K_YJm4
- Gomez, M. (7 de enero de 2016). Un baile sanador. Medium [Blog]. Recuperado de <https://medium.com/@mgomez.villaallende/un-baile-sanador-f8b49d5ef061>
- ASA. [Academia Solidaria de Arte]. (2019, diciembre 5). 10 años ASA. Teatro Real. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=blErKaO7AhE&t=38s>
- Occhiuzzi, M. [Mariana Occhiuzzi]. (2018, junio 7). Susurro de Colibrí, arte en espacios de salud. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=_l0QytfXa6I&t=108s
- Comunicación Facultad de Artes [Comunicación Facultad de Artes]. (2019, diciembre 11). Orquesta La Barriada - Red de orquestas infantiles barriales de Córdoba. [Archivo de video].

Recuperado

de https://www.youtube.com/watch?v=xkl_vU2ruv8

- Ascochinga. [Ascochinga] (2019,12 de diciembre). Ascochinga en función profes de la orquesta sinfónica escuela. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.facebook.com/Ascochinga.banda/videos/418769092100699/?v=418769092100699>
- LandfillHarmonic [LandfillHarmonic]. (2012, 17 de noviembre). Teaser of the upcoming documentary film "Landfill Harmonic" [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fXynrsrTKbl>

**Trabajo Cultural
en la Promoción de la Salud
Una Perspectiva Integral**

Lic. Gonzalo Montiel 

**Prevención de Problemáticas Asociadas
a Consumo y Adicciones**

Promoción de la Salud - Pública

**Políticas de prevención
pueden reducir el uso de sustancias y los
daños derivados. (Mc Lellan)**

Accidentes, crímenes, lesiones, deterioro en la salud, muerte. Efecto financiero en nuestras comunidades y la sociedad en general - riesgos para la salud pública, etc.

Problemáticas de exclusión social y sufrimiento familiar comunitario

**Factores de riesgo
Factores de Protección**

- No hay un solo factor.
- Pueden ser modificados - políticas de prevención y programas para reducir la vulnerabilidad.
- La adolescencia y la adultez temprana son períodos de riesgo críticos.

Factores protectores

- actividades escolares.
- actividades saludables recreacionales y sociales.
- el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- reducir las vulnerabilidad.

- Vulnerabilidad - Vulneración de Derechos

Estado de Derecho

Derechos Humanos

Factores protectores que promueven
Reducción de la vulneración de derechos
Ampliar el ejercicio efectivo de derechos

Opera en la Cultura

Cultura - (Unesco - México 1982)

*El conjunto de los rasgos distintivos,
espirituales y materiales, intelectuales y
afectivos que caracterizan a una sociedad o un
grupo social.*

Lo que da al hombre la capacidad de *reflexionar* sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros **seres específicamente humanos**, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella **discernimos los valores y efectuamos opciones**. A través de ella ser humanx se **expresa**, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un **proyecto inacabado**, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente **nuevas significaciones**, y **crea obras** que lo trasciende.

Prevención - Promoción de la Salud
Factores de Riesgo - Protección

Vulnerabilidades - Derechos
Ejercicio de Derechos Culturales

Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural **Pluralismo (Unesco - París 2001)**

La **pluralidad de culturas** debe ser considerada como fuente de intercambio, innovación y creatividad.

Es necesario garantizar una **interacción armoniosa** y una voluntad de convivir de personas y grupos con **identidades culturales** a un tiempo **plurales, variadas y dinámicas**.

DIVERSIDAD CULTURAL y DERECHOS HUMANOS -

Defender la dignidad de las personas respetando y promoviendo la **diversidad cultural** es un imperativo de compromiso con los derechos humanos fundamentales.

Los derechos culturales son inseparables y están dinámicamente vinculados con los derechos humanos. Para un desarrollo pleno de los derechos culturales es necesario la promoción y expansión de la **diversidad creativa**.

Comunidades -

Reconocimiento y construcción de lo común.

Cultura - *El conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social.*

Cultural - Comunitario

Es ella la que hace de nosotros **seres específicamente humanos**, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella **discernimos los valores y efectuamos opciones.**

Se reconoce como un **proyecto inacabado**, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente **nuevas significaciones**, y **crea obras** que lo trasciende

Arte - Dimensión artística potencial transformador.

Creatividad - Novedad - Desvíos -

Disciplinas artísticas. Lenguajes - Fotografía - Música.

Cultura - Humberto Maturana

Una cultura es una red de conversaciones que define un modo de vivir, un modo de estar orientado en el existir.

E involucra un modo de actuar, un modo de emocionar.

Perspectiva Integral

Trabajo Cultural - Multidimensional

Historización singular y comunitaria.
Cuidados de los vínculos.
Re-conocimiento y co-construcción.
Creatividad y Diversidad - Pluralidad.

Complejidad

El pensamiento complejo entraña una comprensión del mundo como **sistemas entrelazados, tramas y redes de relaciones** de tal inmensidad que es imposible fragmentarse en conocimientos parcelados.

Un conocimiento **multidimensional** es capaz de entender que los sucesos vividos en los trabajos, y el saber que busca ser sistematizado, pueden sostenerse en profundas ambigüedades, pueden tensarse por fuerzas antagonistas y complementarios, y pueden aceptar la incertidumbre que impone una mirada compleja de las realidades. Realidades que acontecen en un contexto temporal que no está aislado de sus antecedentes y el horizontes por devenir.

Paradigma de Simplicidad al Paradigma de Complejidad

Rebelión realizativa que transitamos en cada taller, espacio de trabajo, contra algunos aspectos del paradigma hegemónico vigente, que opera en lógicas **lineales y reduccionista**, empobreciendo y mutilando realidades.

Principios de la Complejidad

La dialógica posibilita transitar de ida y vuelta desde experiencias de conflictos y tensiones junto encuentros, relajación y disfrute. Sosteniendo estas dualidades al amparo de la conciencia de unidad. Mientras el concepto de **recursividad** permite pensar los procesos términos de bucle, en el cual las consecuencias de un hacer retroactúa sobre las fuente y motivo del hacer. Las producciones pueden ser productoras de transformaciones de quien las produce.

Acoger experiencias contradictorias y superar pensamientos lineales.

Principio hologramático.

Significa que el **todo está presente en cada parte, y en cada parte también está presente el todo.**

Esto nos anima pensar que, en la aventura realizativa compleja que moviliza a Entreversos, si la parte es cada taller y el todo es la mundo, al lograr que en cada taller se genere un contexto de aprendizajes y conocimientos transformadores estamos aportando saberes concretos con información capaz de transformar, o mejor dicho, de ir transformando, el mundo. Los mundos.

La producción social de estas ausencias desemboca en la **sustracción del mundo y en la contracción del presente y, por consiguiente, en el desperdicio de la experiencia.**

Cultura

Doble dimensión

Producción Artística Participativa

Matriz Constitutiva de la Humanidad

La cultura es entendida como una **matriz** que contiene, genera, entrama y enuncia en el lenguaje los vínculos propiamente humanos, relaciones sustentadas y entrelazadas en **redes de conversaciones** que circulan y constituyen **las identidades sociales** y **las instituciones** que organizan las formas de relacionarnos en la realidad cotidiana.

Realidades recursivas que se sostienen en **acciones y decisiones de todos los días**, relaciones, emociones entramadas en conversaciones que reproducen y transforman las identidades culturales que nos constituye.

Producción de objetos artísticos: películas, fotografías, exposiciones, discos de música, programas audiovisuales, libros, entre otras obras. Una vasta cantidad de producciones desde un **enfoque participativo**, donde los objetos son creados como narrativas vivas, como obras que expresan y que contienen huellas de su creadores. Podemos decir que son obras en las que *resisten* aspectos de lxs sujetos que le dieron origen.

Trabajamos sobre **problemáticas complejas** de exclusión social.

Al pensar como problemáticas complejas nos arriesgamos en decir que la exclusión social encuentra su eficacia en los **sistemas de fragmentación social**. Cultura hegemónica que somete a poblaciones humanas a la idea de que la realidad está gobernada por una **división inconexa entre las personas**, entre instituciones y entre personas y medios ambientes. Somos subordinados a un paradigma que nos presenta **como individuos aislados**, apartado de las otrxs. Impulso del pasado y omnipotentes hacia el futuro.

Los sujetos y grupos humanos arrojados a la exclusión sufren un **arrasamiento de las representaciones sociales que les dan identidad singular, cultural, histórica y territorial**. Son asediados por quienes concentran el poder totalitario para ser subordinados a las representaciones e intereses que sirven y tributan al ese otro dominante. Los dueños, los soberanos.

Monocultura del tiempo lineal,

Común a todas estas formulaciones es la idea de que el tiempo es lineal y en al frente del tiempo están los países centrales del sistema mundial, y, junto a ellos, los conocimientos, las instituciones y las formas de sociabilidad que en ellos dominan. Esta lógica produce no existencia **declarando atrasado**

Monocultura de clasificación racial y la clasificación sexual son las manifestaciones más señaladas de esta lógica.

Monocultura de los criterios de productividad capitalista.

Trabajo Cultural para Problemáticas de Exclusión Social

Trabajo Cultural Problemáticas de Exclusión

Problemáticas de Exclusión Social

En nuestro tiempo vivimos bajo la **hegemonía de una cultura moderna** que se sostiene sobre profundas desigualdades, opresiones y sufrimientos. En Entreversos reconocemos ese dolor, y elegimos, como herramienta conceptual para trabajarla en situaciones concretas, el término de campos de exclusión social - cultural.

Sabiendo que la expresión **exclusión** no abarca la totalidad de la crisis que atraviesa nuestro presente. Podríamos también hablar de desintegración social o **fragmentación de lazos sociales**, conceptos que designan procesos que forman parte de estas complejas dificultades. Pero hablamos de exclusión, que etimológicamente nos acerca al significado "dejar fuera" o "cerrar la puerta en la cara".

Líneas abismales - Boaventura de Sousa Santos

El pensamiento occidental moderno es un pensamiento abismal.

Este consiste en un **sistema de distinciones visibles e invisibles.**

Visibiliza ciertas cosas al mismo tiempo que invisibiliza otras.

Las invisibles constituyen el fundamento de las visibles y son establecidas a través de **líneas radicales que dividen la realidad social en dos universos,**

El universo de «este lado de la línea» y el universo del «otro lado de la línea».

La división es tal que «el otro lado de la línea» desaparece como realidad, se convierte en no existente, y de hecho es **producido como no existente.**

No existente significa **no existir en ninguna forma relevante o comprensible de ser.**

Conocimientos populares, villeros, laicos, plebeyos, campesinos o indígenas al otro lado de la línea. la mayoría de los casos, podrían convertirse en objetos o materias primas para las investigaciones científicas

Lo que une a las diferentes **lógicas de producción de no existencia** es que todas sean **manifestaciones de la misma monocultura racional**

La primera lógica deriva **de la monocultura del saber y del rigor del saber.**

Todo lo que el canon no legitima o reconoce es declarado inexistente. La no existencia asume aquí la forma de **ignorancia o de incultura.**

Pensamiento pos abismal -

El reconocimiento de la persistencia del pensamiento abismal es conditio sine qua non para comenzar a pensar y actuar más allá de él.

Esto confronta la monocultura de la ciencia moderna con la **ecología de los saberes**.

Es una ecología porque está basado en el reconocimiento de la **pluralidad de conocimientos heterogéneos** (uno de ellos es la ciencia moderna) y en **las interconexiones continuas y dinámicas** entre ellos sin comprometer su autonomía.

La ecología de saberes se fundamenta en la idea de que el conocimiento es interconocimiento.

Ecología de Saberes 1 (5)

Saberes e ignorancias

En la ecología de los saberes, los conocimientos interactúan, se entrecruzan y, por tanto, también lo hacen las ignorancias.

Las formas de ignorancia son tan heterogéneas e interdependientes como las formas de conocimiento.

no hay ignorancia en general ni saber en general. **Toda ignorancia es ignorante de un cierto saber y todo saber es la superación de una ignorancia particular**

De este principio de **incompletitud de todos los saberes se deduce la posibilidad de diálogo y disputa** epistemológica entre los diferentes saberes.

Ecología de Saberes 2 (5)

La *diálogo y disputa*

Como una epistemología posabismal, la ecología de saberes, mientras **fuera la credibilidad para un conocimiento no científico, no implica desacreditar el conocimiento científico.**

Simplemente implica su **uso contrahegemónico.**

Ese uso consiste, por un lado, en explorar la **pluralidad interna** de la ciencia, esto es, **prácticas científicas alternativas** que han sido hechas visibles por epistemologías feministas y poscoloniales y, por otro lado, en promover la **interacción e interdependencia entre conocimientos científicos y no científicos.**

Ecología de Saberes 3 (5) - Pragmática -

La ecología de saberes está basada en la **idea pragmática de que es necesario revalorizar las intervenciones los trabajos concretos** en la sociedad y en la naturaleza que los diferentes conocimientos pueden ofrecer.

La ecología de saberes favorece **jerarquías, conocimientos más importantes, dependientes del contexto, a la luz de los resultados concretos pretendidos o alcanzados por diferentes prácticas de conocimiento.**

La preferencia debe ser dada a la **forma de conocimiento que garantice el mayor nivel de participación a los grupos sociales involucrados en su diseño, ejecución y control, y en los beneficios de la intervención.**

Ecología de Saberes 4 (5) Diálogo - Traducción

la inconmensurabilidad no impide necesariamente **la comunicación y que incluso puede permitir insospechadas formas de complementariedad.**

Todo ello depende del uso de procedimientos adecuados de traducción intercultural. A través de la traducción, llega a ser posible **identificar preocupaciones comunes, enfoques complementarios y, por supuesto, también contradicciones intratable**

Ecología de Saberes 5 (5) Diálogo Acción con Clinamen

Para mi noción de acción-con-clinamen, de Epicuro y Lucrecio el concepto de clinamen, entendido como el inexplicable «quiddam» que altera las relaciones de causa y efecto, lo que es lo mismo, **la capacidad de desviación**

A diferencia de lo que sucede en la acción revolucionaria, la creatividad dela acción-con-clinamen no está basada en una ruptura dramática sino en un **viraje o desviación leve cuyos efectos acumulativos inciden posiblemente en las combinaciones complejas y creativas entre los átomos,**

El clinamen no rechaza el pasado; por el contrario, **asume y redime el pasado al tiempo que se desvía de él.**

Perspectiva Integral

Producción artística en una búsqueda transformadora de Matriz constitutiva de la humanidad.

Enfoque Complejo - Multidimensional

Ecología de Saberes.

Módulo electivo D - “El rol de las familias frente al consumo de sustancias”

Docentes

Lic. Valentina Munguía. Licenciada en Psicología, UNC. Formación en terapia cognitivo conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) Behavioural Tech. Equipo técnico de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba.

Lic. Agostina Lumello. Licenciada en Psicología, UNC. Formación en terapia cognitivo conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) Behavioural Tech. Equipo técnico de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba.

Clase ingresando al siguiente link

<https://www.youtube.com/watch?v=a3f-EAugMoE>

FUNDAMENTACIÓN

Es fundamentalmente en la familia donde se adquieren y desarrollan las actitudes, creencias, valores, estilos de vida y comportamientos que determinarán el modo en que los niños, niñas y adolescentes se desenvolverán en la vida. Aún cuando la escuela y la sociedad también educan, la familia es determinante en la formación de los niños/as, porque la relación que se establece con los adultos responsables de crianza, basada en el cariño y el respeto, es un vínculo intensamente significativo y protector

frente a futuras situaciones complejas, propias del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (CONACE, 2003).

Cabe aclarar que la mayoría de los modelos de prevención familiar basados en evidencia orientan a los padres, madres y/o adultos responsables de crianza a: cómo prestar atención y recompensar el comportamiento deseado, cómo ignorar el comportamiento indeseado, y cómo dar instrucciones de modo simple y efectivo (Coyne y Murrell, 2009). Se considera imprescindible guiar activamente a los adultos responsables de crianza en habilidades y pautas de crianza efectivas, pero también a validar y acompañar emocionalmente a las familias en el proceso de fortalecimiento.

Desde la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, existe el Programa de Fortalecimiento Familiar, que busca brindar a los adultos referentes los conocimientos y habilidades necesarias para afrontar con éxito los problemas que se presentan en la crianza, así como favorecer su rol como adultos significativos y aumentar el bienestar y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que integran cada familia (Rey, 2006). Asimismo, se orienta a proveer de estrategias a los adultos responsables de crianza a partir de la enseñanza de técnicas de modificación de conductas que intentan mejorar la calidad de las interacciones dentro del espacio familiar (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017).

EL ROL DE LAS FAMILIAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Lic. Lumello Agostina
 - Lic. Munguía Valentina
- Equipo RAAC Interior



OBJETIVOS DEL ENCUENTRO

- Realizar un breve recorrido del surgimiento de la Terapia de familia en el ámbito de las adicciones.
- Profundizar sobre la Terapia Familiar basada en los modelos conductuales.
- Conocer el modelo terapéutico de Terapia Familia que se utiliza en el CAs Córdoba, y sus herramientas.



TERAPIA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Década del '50.
- La visión predominante, apoyada por los profesionales de la salud mental de aquella época, ponía el énfasis en que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que requerían por tanto una terapia centrada en el individuo (Marcos Sierra y Garrido Fernández, 2009).
- En este contexto comienzan a surgir modelos que dan importancia a la terapia familiar, como otro eje importante dentro del tratamiento del paciente.



ENFOQUES TERAPÉUTICOS FAMILIARES

- En la década del '60 comienza una rápida expansión de estos modelos, considerando a las adicciones principalmente como resultado de una predisposición genética.
- En los años '70 y '80 surgen modelos que asumen al abuso de drogas como un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto, cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento (Marcos Sierra y Garrido Fernández, 2009).



ÉXITO DE LAS TERAPIAS CON FAMILIARES

- Reducen las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandono y por recaídas tempranas.
- Aumentan el compromiso de los pacientes y con los programas de tratamiento.
- Aumentan la adherencia al tratamiento
- Disminuyen el uso de sustancias postratamiento.
- Mejoran el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

(Becerra y Cortés, 2008; Girón, Martínez-Delgado y González-Saiz, 2002)



ACTUALES TENDENCIAS DE TRATAMIENTO

- Mayores componentes de programas de tipo ambulatorio (RAAC 2).
- Ingresos hospitalarios breves (RAAC 3).
- Programas residenciales de corta duración (RAAC 4).

Estos tipos de tratamientos suponen que los pacientes permanezcan en sus hogares con sus familias, de ahí la enorme importancia que han adquirido en la actualidad los intervenciones basadas en la familia.



¿QUÉ NECESITAN LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON ADICCIONES?

Tienen una necesidad doble:

- Experimentan una intensa necesidad de ayudar a su ser querido
- Experimentan una intensa necesidad de recibir ayuda frente a sus propias experiencias dolorosas. Su dolor es doble.

José Quintero, 2019



TERAPIA FAMILIAR BASADA EN EL ENFOQUE CONDUCTUAL

- Incluyen técnicas como el análisis funcional, identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, asignación de tareas, el control estimular, manejo de contingencias y entrenamiento en habilidades de comunicación (O'Farrell y Fals-Stewart, 2001; O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).



VENTAJAS DEL FORMATO GRUPAL PARA TRABAJAR CON FAMILIAS

- Ofrece la oportunidad de obtener apoyo social.
- Ayuda a reducir el estigma.
- Permite ensayar y obtener feedbacks, modelar, moldear, identificar obstáculos al uso de habilidades, estar expuesto a múltiples ejemplos para ampliar el repertorio conductual e invita a la toma de perspectiva a partir de compartir experiencias con otros que están en un momento diferente en relación a la problemática.

José Quintero, 2019



CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE FAMILIARES EN EL CENTRO ASISTENCIAL CÓRDOBA

- Están basados en modelos conductuales.
- Se realizan semanalmente, 1 vez por semana, con una duración de 2 horas.
- Cada encuentro se divide en un momento inicial, en el cual se presentan los y las participantes, se da espacio a dudas o consultas, revisión de ejercicios para la casa y presentación de la temática a trabajar. Luego se realiza el momento de desarrollo del grupo, en el cual se presenta la herramienta a trabajar, y por último la fase de cierre, en la cual se realiza un resumen del tema abordado, y se deja una tarea.



CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE FAMILIARES EN EL CENTRO ASISTENCIAL CÓRDOBA

- Son grupos abiertos, por lo cual en cualquier momento puede haber ingreso de nuevos/as participantes. Reiteración de normas y acuerdos grupales.
- Total de 21 encuentros.
- Es un grupo cíclico, es decir que se estima una duración de 6 meses, y en caso de que el miembro de la familia quiera continuar puede hacerlo, dando una segunda vuelta del ciclo.



OBJETIVO GENERAL

- Entrenar a los familiares en habilidades y herramientas para el efectivo acompañamiento del paciente en recuperación.



EJES CENTRALES



Regulación
emocional



Psicoeducación



Manejo de
contingencias



Efectividad
interpersonal



REGULACIÓN EMOCIONAL

- El consumo de sustancias implica una estrategia para evitar el malestar, es una forma de regulación emocional considerando que una regulación emocional insuficiente es un factor de riesgo para el mantenimiento y recaída en el consumo de drogas.
- Intentos que hace el individuo para influenciar en sus emociones, y determinar cuándo tenerlas, cómo expresarlas y experimentarlas.

Sloan & Krings, 2007



REGULACIÓN EMOCIONAL

- En los talleres de familia se busca aumentar la capacidad de identificación, descripción y etiquetado de emociones de modo de aumentar la comprensión y regulación de la propia experiencia emocional así como la de los demás para lo cual se entrenan habilidades de psicoeducación emocional, registro emocional, termómetro y mapa de las emociones.
- Para aumentar la efectividad de las respuestas de los familiares frente a situaciones de crisis y de y de riesgo se incluyen habilidades de tolerancia al malestar

José Quintero, 2019



PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL

- Las emociones son experiencias subjetivas que surgen de eventos internos o externos y que pueden ser valoradas como agradables o desagradables y forman parte del desarrollo evolutivo humano. Todas las emociones tienen función, valor o utilidad.
- Se busca que los asistentes puedan identificar impulsos de acción de las emociones y que puedan evaluar en cada caso si actuar el impulso de acción fue efectivo o no.
- Es importante poder registrarlas, ponerle un nombre, observar el impulso de acción, notar ante que evento apareció, y si se ajusta a la situación.



Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?



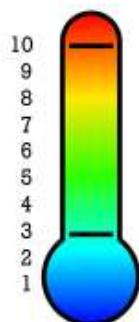
ENOJO



AMOR



TRISTEZA



PSICOEDUCACIÓN

- Compartir la información científico técnica que los profesionales poseen acerca del trastorno por consumo de sustancias con los familiares.
- En el tratamiento familiar de las adicciones, un primer paso debería ser intentar corregir las atribuciones causales de culpa y las experiencias de tratamiento inútiles de la familia.



Marcos Sierra & Garrido Fernández, 2009

PSICOEDUCACIÓN

- La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas. Dicho proceso le permitirá identificar las señales de peligro, con ello podrá prevenir y además, poner en práctica una actuación adecuada y consciente, en caso de que sucedieran nuevos episodios de consumo en el futuro.

En los grupos de familia se trabajan con los siguientes temas:

- Factores de riesgo
- Factores de protección
- Recaída
- Mitos sobre la recaída
- Codependencia



FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

- Estos encuentros tienen como objetivo psicoeducar sobre los factores que contribuyen al inicio y mantenimiento del consumo (factores de riesgo), aquellos que disminuyen la probabilidad de que la persona desarrolle una adicción (factores de protección), y presentar en conceptos básicos sobre el trastorno por consumo de sustancias (uso, abuso, dependencia, abstinencia, tolerancia, adicción).
- Presentamos diferentes tipos de factores de riesgo y de protección:
 - Personales
 - Sociales/culturales
 - Familiares



RECAIDA

- Consumo reciente de cualquier droga, con consecuencias en la persona que se encuentra en abstinencia como resultado del proceso de recuperación. La recaída se debe entender como una posibilidad real dentro del tratamiento.
- El objetivo es psicoeducar a las familias en la recaída y en el los talleres entrenar en estrategias de afrontamiento para poder ayudar a su familiar en este proceso.



CODEPENDENCIA

- Es el estado psicológico de una persona quien se caracteriza por mostrar un interés y preocupación exagerada e inadecuada por las situaciones y problemas de otro, con quien guarda un vínculo emocional intenso. El codependiente se olvida de sí mismo para centrar su atención en el otro.
- Tiene un efecto contraproducente en el largo plazo dado que el codependiente está realmente apoyando ("facilitando") el comportamiento adictivo de la persona que presenta esta problemática.
- El objetivo es psicoeducar sobre los vínculos codependientes y que los asistentes puedan registrar este tipo de vínculos su entorno familiar.



REFUERZOS Y CASTIGOS

- Refuerzo hace que aumente la probabilidad de que aparezca una conducta. ¿Cómo sabemos cuáles estímulos funcionan como refuerzos para nuestro hijo/a? la única manera es probándolo, esto quiere decir que los refuerzos van a depender de los intereses y gustos de cada persona.
- Castigo es el método que permite disminuir la presencia de una conducta también a través de sus consecuencias, por lo que, al igual que el refuerzo, será necesario conocer los gustos e intereses de mi hijo/a para que este estímulo funcione como tal.



EFFECTIVIDAD INTERPERSONAL

- Las habilidades de efectividad interpersonal permiten que los miembros de la familia adquieran un estilo de comunicación que permita crear y mantener un entorno de validación mutuo (Ekdahl, Idvall y Perseius, 2014).
- Para aumentar la efectividad interpersonal y mejorar así la comunicación se incluyen habilidades de comunicación efectiva como es la asertividad usando la herramienta de DEAR MAN.

VALIDACIÓN

- Definida como la habilidad de comprender que las emociones, pensamientos y conductas de las otras personas son entendibles en función de su historia de vida, y también de las circunstancias actuales. Es importante destacar que no necesariamente tenemos que estar de acuerdo con lo que siente la otra persona para validarla, sino que implica ser empáticos/as con la experiencia emocional del otro.
- Auto validación.



ASERTIVIDAD

- La comunicación asertiva se caracteriza por respetar los derechos propios de expresarnos, y también los de la otra persona al transmitir el mensaje de una forma efectiva, tanto en el contenido como en lo gestual o no verbal. Se trata de reconocernos a nosotros mismos en un lugar de derecho, desde el cual expresarnos e interactuar con los otros.
- DEAR MAN: hacer pedidos o expresar lo que se siente o piensa.
- VIDA: auto respeto.



MITOS QUE INTERFIEREN EN EL USO DE HABILIDADES

- La finalidad es identificar los pensamientos y creencias que funcionan como obstáculos para la utilización de las habilidades, y reformularlos o resignificarlos para darles otro sentido.
- Ejemplos:

Existe una forma correcta de sentir en cada situación.

Cambio: *Cada persona responde de manera diferente a cada situación, no hay una forma correcta o incorrecta.*

