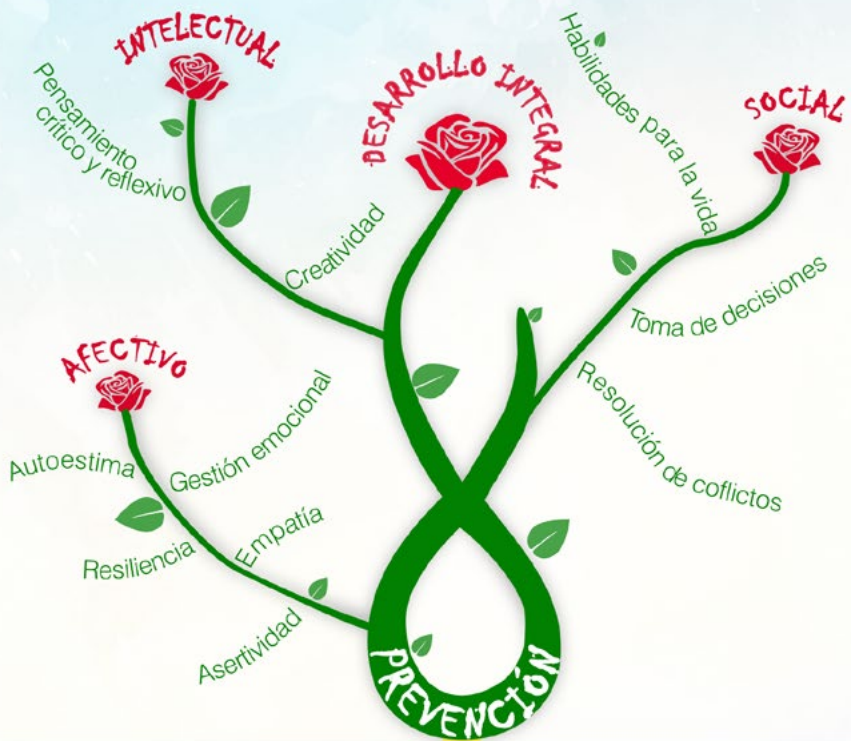




XXVI JORNADA SOBRE ADICCIONES
¿CÓMO ES LA PREVENCIÓN QUE QUEREMOS?
Repensemos, diseñemos, actuemos



JUEVES, 14 DE DICIEMBRE DE 2017
Aula Magna. Facultad de Medicina. Universitat de València

XXVI JORNADA SOBRE ADICCIONES
¿CÓMO ES LA PREVENCIÓN QUE QUEREMOS?
Repensemos, diseñemos, actuemos

JUEVES, 14 DE DICIEMBRE DE 2017
Aula Magna. Facultad de Medicina. Universitat de València



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Francisco J. Bueno Cañigral

Secretaria

Laura Ferrer Mora

Vocales

Rocío Benito Corchete

Vicent Ferrer i Marco

Asunción Hernández Lahuerta

Mario Jordá Gilabert

Ana Quiles Puchades

COMITÉ TÉCNICO

Presidente

Rafael Aleixandre Benavent

Secretario

Ricardo Pérez Gerada

Vocales

Antonia Arjona García

Salvador Campins Espí

Juan Manuel Carrillo Villar

Amparo Gómez Requena

Armando Serrano Badía

EDITA:

Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)

Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA-València)

Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes

Ajuntament de València

ISBN: 978-84-9089-132-2

Imprime: Martín Gràfic

Depósito Legal: V-2149-2018

ÍNDICE

CONFERENCIA INAUGURAL

PRESENTACIÓN: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral	5
Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València). Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.	

SUJETOS DE ESPERANZA

PREPARARNOS A TODOS A PRUEBA DE FUTURO	10
D. Carlos Magro Mazo Especialista en estrategia digital y educación.	

INAUGURACIÓN OFICIAL

Dr. D. Federico Pallardó Calatayud	20
Decano de la Facultat de Medicina. Universitat de València.	
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral	23
Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València). Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.	
Dña. Elena Martín Maganto	27
Vocal Asesora de la Unidad de Apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.	
Dña. Lourdes Cardona Pérez	30
Jefa de Sección del Servicio de Gestión de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.	
D. Ignacio Calderón Balanzategui	34
Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).	

MESA REDONDA

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EMOCIONAL EN EL AULA	37
Modera: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València). Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.	

VISUAL THINKING COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN	52
---	----

Dña. Garbiñe Larralde Urquijo

Profesora de Bachillerato y Coordinadora TIC en Colegio Jesús María, Bilbao.

PROFUNDIZANDO EN EL SIGNIFICADO DE LA INCLUSIÓN ESCOLAR	63
--	----

Dña. María Isabel Villaescusa Alejo

Directora CEFIRE Específico de Educación Inclusiva.

MESA REDONDA

ACTUACIONES CONCRETAS EN PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES; NOS MOVEMOS	72
---	----

Modera: Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador CSIC. UISYS (CSIC-Universitat de València). Ingenio (CSIC-UPV).

NUESTRO SISTEMA ENDO-CANNABINOIDE (SEC). CANNABINOIDES, NATURALES Y DE SÍNTESIS	78
--	----

D. Ricardo Pérez Gerada

Responsable de Prevención Comunitaria. PMD/UPCCA-València

UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS DESDE LA FORMACIÓN Y EL EMPREDIMIENTO	125
--	-----

D^a. Inma Pellicer Niclós, D^a. María Belenguer Crespo y D^a. M^a José Aparisi

Orientadora y alumnas del IES Jordi de San Jordi de València

CONFERENCIA DE CLAUSURA

PRESENTACIÓN: Dña. Laura Ferrer Mora	140
---	-----

Responsable programas FAD en PMD/UPCCA-València

LA INNOVACIÓN SOCIAL Y LA EXCELENCIA COMO RESPUESTA A LA FRAGILIDAD	142
--	-----

Dr. D. Luis María López-Aranguren

Doctor en Pedagogía y experto en itinerarios de inserción de jóvenes

CONFERENCIA INAUGURAL

PRESENTACIÓN: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD).
Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València).
Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.

Muy buenos días.

En nombre propio como Jefe de Servicio de Drogodependencias y en el de todos los profesionales que trabajan en el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) / Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València) de la Concejalía de Sanidad y Salud del Ajuntament de València, os doy la bienvenida a esta Aula Magna de la Facultad de Medicina de Valencia que tan buenos recuerdos nos evoca a muchos de nosotros; a la vez que os agradezco vuestra asistencia a la **XXVI Jornada sobre Adicciones** que hemos titulado “¿Cómo es la prevención que queremos? Repensemos, diseñemos, actuemos”.

Estamos en plena era digital y muchos consideran que lo presencial ya no tiene interés. Pero viendo un año más vuestra numerosa asistencia a esta Jornada, que es la número 26, nos anima a todos a seguir trabajando para abordar temas actuales y diferentes cada año tanto sobre la prevención de las adicciones con sustancia, como de la prevención de las adicciones sin sustancia, con temáticas y ponentes muy cualificados y diversos; pero con una orientación común, trabajar todos en la información y en la formación de estudiantes y profesionales en este campo tan amplio, para promocionar la salud de las personas y prevenir las adicciones en la ciudadanía. Muchas gracias por vuestra asistencia a esta Jornada, lo presencial siempre tendrá validez e interés común.

Joaquín Estefanía en su libro **“La nueva economía: la Globalización”** publicado en 1996 manifestaba que: *“La globalización es la principal característica del post-capitalismo. Se trata de un proceso por el que las economías nacionales se integran progresivamente en la economía internacional, de modo que su evolución dependerá cada vez más de los mercados internacionales y menos de las políticas económicas de los gobiernos. Ello ha traído mayores cotas de bienestar en muchos lugares. Pero también una cesión de poder de los ciudadanos, sin debate previo, sobre sus economías*

y sus capacidades de decisión, en beneficio de unas fuerzas indefinidas que atienden al genérico de mercados...alguien ha denominado también este proceso: *Mundialización Mutilada*”.

Esta globalización entre otros fenómenos importantes nos ha traído una gran apertura de las economías y de las fronteras, con resultados muy importantes como el incremento de los intereses comerciales, los movimientos de capitales, la amplia circulación de personas y de ideas, la difusión de la información y la difusión de conocimientos y técnicas cada día más novedosas.

Esta globalización conlleva un proceso de desregularización geográfica y sectorial, ya que se ha globalizado la salud, la enfermedad, la educación, las desigualdades, los conocimientos, la capacitación, el aprendizaje, etc.

No estamos en el año 2017 atravesando sólo una época de cambios, no estamos solamente ante una crisis económica o social; sino que estamos viviendo unos grandes cambios históricos, ya que las personas hemos cambiado enormemente y para siempre en la forma en que nos informamos, nos comunicamos, nos relacionamos, estudiamos, trabajamos, amamos, odiamos, reivindicamos o protestamos. Los paradigmas válidos hace diez años, hoy no nos sirven. Los paradigmas que son válidos hoy, no nos servirán posiblemente dentro de cinco años.

Muchos autores han puesto diferentes adjetivos al mundo en el que vivimos hoy. Es un mundo inestable, cambiante, desbocado, tecnológico, innovador, inseguro, frágil, digital, incierto, consumista y hedonista, rápido e inmediato, desigual, desequilibrado, etc.

Lo único cierto es el permanente cambio al que estamos sometidos, por lo que la adaptación continua a los retos que la sociedad nos plantea a diario es una obligación que todos tenemos, potenciando la innovación con la creación de espacios de intercambio de información y de conocimiento, aumentando la participación y la colaboración entre todas las personas sin ninguna exclusión.

La educación no es una excepción a estos cambios, al contrario, las formas de enseñar y de aprender requieren sistemas y formas diferentes, que sean novedosas, inclusivas, permeables y adaptativas, siendo su objetivo fundamental la adecuada formación y capacitación de la ciudadanía.

Para hablarnos de todos estos temas, con mayores y sólidos conocimientos sobre la materia, tengo el gran honor de presentar a D. Carlos Magro Mazo, que impartirá la Conferencia Inaugural de esta Jornada “Prepararnos a prueba de

futuro” y a quien le agradezco su deferencia con el Ayuntamiento de Valencia participando en esta Jornada.

D. Carlos Magro Mazo, es

- Licenciado en Ciencias Físicas por la Universidad Complutense de Madrid.
- Licenciado en Geografía e Historia por la Universidad Autónoma de Madrid
- MBA por la Escuela de Organización Industrial.
- Consultor en las áreas de estrategia y comunicación corporativa, especialmente en proyectos de transformación digital y en el sector educativo.
- Con amplia experiencia en la gestión del conocimiento y su transmisión.
- Especialista en innovación educativa.

Ha sido:

- Responsable del Programa Ciencia y Sociedad de la Comunidad de Madrid de 2002 a 2005.
- Director de la Oficina de Información Científica de la Fundación mi+d en la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, Responsable de la Feria Madrid es Ciencia y de la Semana de la Ciencia y de la «Semana de la Ciencia. De 2005 a 2008.
- Director de Innovación y Director de Comunicación y Marketing de la Escuela de Organización Industrial de 2008 a 2012.
- Ha impartido clases relacionadas con la innovación digital y educacional en el Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y Formación del Profesorado (INTEF), el Instituto Cervantes, la Cámara de Comercio de Madrid o Telefónica Educación, entre otras instituciones.
- Ha participado en el Programa de Investigación sobre Producción de Objetos Científicos y Mundialización de la Ciencia en el Centro de Estudios Históricos del CSIC, realizando estancias de investigación en las Universidades de Harvard, Paris VII, Universidad Nacional de México, entre otras.
- Imparte de manera regular cursos y conferencias en estos ámbitos y escribe sobre educación y sobre el impacto digital en las organizaciones en el blog Co.labora.red.

-
-
- Compagina su trabajo como Vicepresidente de la Asociación Educación Abierta con el puesto de Director Académico del Instituto Europeo de Design (IED Madrid).

Muchas gracias por su participación.

Tiene la palabra D. Carlos Magro Mazo

<https://www.youtube.com/watch?v=WQuF4lI94Qo>



D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral



D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral y D. Carlos Magro Mazo

SUJETOS DE ESPERANZA PREPARARNOS A TODOS A PRUEBA DE FUTURO

D. Carlos Magro Mazo

Especialista en estrategia digital y educación

“Todos los niños y jóvenes del mundo, con sus fortalezas y debilidades, con sus deseos y expectativas, tienen derecho a la educación. No son nuestros sistemas educativos los que tienen el derecho a determinados tipos de niños. Por lo tanto, es el sistema escolar de cada país el que tiene que ajustarse para cubrir las necesidades de los niños.”

B. Lindqvist. UN-Rapporteur.1994

“No hay que dejar nunca que los niños fracasen; hacerlos triunfar ayudándoles si es necesario, mediante una generosa participación del maestro. Hay que hacerlos sentirse orgullosos de su obra. Así será posible conducirlos hasta el fin del mundo.”

Celestin Freinet. Técnicas Freinet de la escuela moderna. Siglo XXI.1969

La educación es un derecho fundamental¹. Es una de las dimensiones más importantes para el bienestar de la infancia. *“De todos los derechos civiles por los que el mundo ha luchado y peleado durante 5.000 años, el derecho a aprender es, sin duda, el más fundamental”*, señalaba en 1949 el sociólogo y activista por los derechos civiles W.E.B. Dubois, apenas un año más tarde de que se aprobara la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la ONU en 1948.

La educación es una necesidad básica. Es un bien no negociable². Y lo es no sólo porque tenga valor en sí misma, sino también porque nos habilita para el acceso, la participación y el aprovechamiento de otros derechos fundamentales. Del cumplimiento del derecho a aprender depende en gran parte el desarrollo

¹ ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 26. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

² Dieterlen, Paulette (2001). Derechos, necesidades básicas y obligación institucional. CLACSO. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>

del resto de derechos recogidos en la Convención sobre Derechos del Niño³. Es, desde luego, un factor clave para el desarrollo humano y es, para muchos, un mecanismo para equilibrar las desigualdades sociales.

Garantizar hoy el derecho a aprender sigue siendo en gran parte del Mundo garantizar el acceso de niños y jóvenes a la educación. No debemos olvidar que, según el último informe UNESCO, hay 264 millones de niños y jóvenes en el Mundo que todavía no van a la escuela⁴.

Pero garantizar el derecho a aprender hoy no es solo garantizar el acceso a la educación. Es también algo más. No basta ya con extender el acceso y la cobertura educativa. Una cosa es el acceso a la educación y otra distinta, en muchos casos, el logro de la formación necesaria y deseable.

Garantizar hoy el derecho a aprender pasa por garantizar una educación que no excluya a nadie, que sea capaz de ofrecer a todos y todas las máximas oportunidades para desarrollarse en todos los ámbitos de la vida (personal, colectivo, académico y profesional), sean cuales sean sus características y particularidades. Lo que nos obliga a recordar que la educación pertenece al universo de la ética, la justicia social, la democracia y la equidad, que es todo lo contrario a la lógica de los méritos, la rentabilidad y la eficiencia que a veces predomina en el debate educativo⁵.

Garantizar el derecho a aprender hoy pasa por garantizar el acceso a una educación equitativa y de calidad. Garantizar calidad y equidad simultáneamente es algo tan sencillo y tan complejo al mismo tiempo como garantizar una educación de calidad para todas y todos. Es garantizar, como dice Lars Bonell, una *educación con calidad equitativa*, entendida ésta como “*la capacidad de articular los distintos aspectos del proceso educativo de forma que todos los alumnos y alumnas puedan alcanzar los mejores resultados posibles -en términos de aprendizaje-, que demanda*

³ UNICEF (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. 1946-2006. Unidos por la Infancia. Disponible en <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

⁴ UNESCO (2017). Accountability in Education: Meeting our Commitments. GEM Report 2017-2018. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002593/259338e.pdf>

⁵ Serge Thomazet (2009). From integration to inclusive education: does changing the terms improve practice?, International Journal of Inclusive Education, 13:6, 553-563, DOI: 10.1080/13603110801923476

*la sociedad actual, posibilitando así la integración del alumnado y su aportación al desarrollo de la misma*⁶”.

Lo que nos lleva inexorablemente a hablar de inclusión educativa, entendida como el proceso que lleva a la escuela a buscar soluciones para educar a todos de la manera más normal posible. Lo que, a su vez, nos sitúa, de nuevo, ante su dimensión ética (*la educación inclusiva como una oportunidad ética*) y su dimensión democrática (*la educación inclusiva como un modelo del tipo de democracia que nos gustaría ver en toda la sociedad*), como ha señalado Serge Thomazet⁷.

Garantizar una educación de calidad para todos y todas nos obliga también a hablar del reverso de la inclusión, la exclusión, entendida no solo como el proceso que deja fuera de la escuela a algunos sino también como los procesos que se dan dentro del propio sistema escolar, en centros y aulas, y que impiden “*la satisfacción del derecho a la educación plena y con sentido, que debería garantizarse a todas las personas*⁸.”

La exclusión educativa es, para UNICEF, “*el resultado de dinámicas propiamente educativas y está relacionada con aspectos que tienen que ver con políticas tales como la financiación de la educación, la provisión educativa, las características del currículum, la pedagogía, la evaluación o las relaciones de apoyo, acompañamiento y reconocimiento entre diferentes actores dentro del sistema educativo.*” La exclusión escolar es la otra cara de la integración escolar.

Calidad equitativa significa entonces *respeto a las diferencias en la búsqueda de la igualdad educativa* (Lars Bonell⁹). Igualdad de oportunidades, pero también igualdad de resultados.

⁶ Lars Bonell (2006). Calidad y equidad en educación: hacia una escuela inclusiva, dialogante y democrática. Disponible en <https://barcoordis.files.wordpress.com/2008/04/bonell-hacia-una-escuela-inclusiva-dialogante-y-democratica.pdf>

⁷ Serge Thomazet (2009). *Op. cit.*

⁸ UNICEF (2017). Factores de exclusión educativa en España. Mecanismo, perfiles y espacios de intervención. Disponible en https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Factores_de_exclusion_educativa_en_espana.pdf

⁹ Lars Bonell (2006). *Op. Cit.*

Y aunque nuestro sistema, como señala José Saturnino Martínez¹⁰, “es razonablemente equitativo desde el punto de vista de las competencias”, tiene signos de equidad claramente negativos en otros tres indicadores que proyectan oscuras sombras sobre el horizonte, como ha explicado brillantemente Lucas Gortázar¹¹: el de *la equidad en el acceso a centros con compañeros de distintos entornos socioeconómicos* (España tiene niveles preocupantes de segregación escolar); el de *la repetición*, con cifras excesivamente altas, con casi un tercio de los jóvenes de 15 años habiendo sido repetidores durante primaria o secundaria frente a la media de la OCDE que está en torno al 11%; y el del *abandono escolar temprano*, que aunque se ha reducido en los últimos años lo ha hecho de manera desigual según grupos socioeconómicos.

Hablar del derecho a aprender requiere, por tanto, que abordemos cuestiones como la repetición, el abandono escolar temprano, el fracaso escolar y el absentismo.

El fracaso escolar es un fenómeno tan antiguo como la escuela misma, dice Escudero¹². El fracaso escolar resulta de un desencuentro entre lo que la escuela y sus profesores esperan y exigen y lo que algunos alumnos son capaces de dar y demostrar. No es un fenómeno natural. Es una realidad construida. El fracaso educativo es un proceso, no solo un producto final. Se va construyendo a lo largo de los años. Responde a un largo proceso de gestación en el que intervienen factores múltiples y combinados. Es acumulativo y aunque se suele hacer evidente en la Secundaria, empieza a gestarse mucho antes. No debemos pensar el fracaso en términos cerrados sino más bien como algo gradual, con valores y fases distintas.

En palabras de Juan M. Escudero, el fracaso escolar (constructo relacionado con indicadores diversos como los bajos rendimientos escolares, absentismo escolar, abandono prematuro, no titulación e incluso desenganche afectivo y conductas “inadecuadas”) es el resultado de la interacción de múltiples factores situados en

¹⁰ José Saturnino Martínez (2017). El puzzle de la equidad educativa. Agenda Pública (12/10/2017). Disponible en <http://agendapublica.elperiodico.com/puzzle-la-equidad-educativa/>

¹¹ Lucas Gortázar (2017). Una panorámica de la (in)equidad educativa. Politikon (11/5/2017). Disponible en <https://politikon.es/2017/05/11/una-panoramica-de-la-inequidad-educativa/>

¹² Juan M. Escudero Muñoz (2005). Fracaso Escolar, exclusión educativa: ¿De qué se excluye y cómo? Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado, 1, (1). Disponible en <https://www.ugr.es/~recfpro/rev91ART1.pdf>

niveles distintos: “familias y entornos de socialización de los estudiantes, relaciones con el grupo de iguales, organización y gestión de los centros escolares, el currículo, la enseñanza y evaluación, la consideración y la formación del profesorado, los sistemas y dinámicas de asesoramiento escolar”.

Para los alumnos, el fracaso tiene incidencias no solo académicas sino también sobre su autoconcepto y sus expectativas, y en sus relaciones sociales. Y en este sentido a todos debería preocuparnos, como decía recientemente Miguel Ángel Santos Guerra¹³,

“que algunos de nuestros alumnos tengan el autoconcepto destruido. Que no se valoren, que no crean en sí mismos, que se sientan una basura...que no acepten su imagen, que desprecien su forma de ser. ... porque les hace vivir una gran angustia. Y porque les hace relacionarse con los demás de una manera negativa. Y porque afrontan sus responsabilidades de estudiantes y su futuro desde la desconfianza y el desánimo.”

Y aunque nadie puede negar que el éxito o el fracaso escolar están fuerte y directamente asociados a las condiciones materiales de vida y al capital cultural de las familias, es una amenaza creciente para todos que se manifiesta, por ejemplo, en un aumento del absentismo o la desafección hacia la escuela, así como un renacimiento de las posturas desescolarizadoras. Recordemos, el fracaso escolar es exclusión educativa y todos estamos en riesgo de exclusión educativa. La línea es más delgada de lo que puede parecer¹⁴.

Pero el fracaso no es una fatalidad sobre la que no podamos hacer nada. El fracaso es evitable. Es precisamente su carácter como proceso multifactorial que se produce a lo largo del tiempo lo que nos permite poder actuar sobre él. Para hacerlo, debemos nuevamente recuperar las dimensiones ética y democrática que mencionábamos más arriba. Es desde la perspectiva de una escuela más justa y más equitativa que debemos combatirlo.

¹³ Miguel Ángel Santos Guerra. El signo menos en la frente. La opinión de Málaga (11/11/2017). Disponible en <http://mas.laopiniondemalaga.es/blog/eladarve/2017/11/11/signo-menos-la-frente/>

¹⁴ Luis Mena Martínez, Mariano Fernández Enguita y Jaime Rivière Gómez (2010). desenganchados de la educación: procesos, experiencias, motivaciones y estrategias del abandono y del fracaso escolar. Disponible en http://www.revistaeducacion.mec.es/re2010/re2010_05.pdf

Combatir el fracaso escolar es trabajar por una escuela inclusiva, que no excluya y garantice el derecho de personas con procedencias, bases y capacidades diferentes a entrar y permanecer en la escuela, pero también trabajar por una reestructuración y cambio de las organizaciones educativas y del sistema en su conjunto en orden a responder a todos los estudiantes¹⁵. No podremos eliminar o reducir significativamente el fracaso escolar sin un cambio profundo del sistema¹⁶ y de la cultura escolar predominante.

Combatir el fracaso escolar tiene que ver, en parte, con actuar sobre el funcionamiento interno de los centros, la dirección y el liderazgo, los compromisos y las relaciones entre los docentes. Tiene que ver con el currículo y con una enseñanza y unos aprendizajes debidamente trabajados según valores y principios incluyentes¹⁷. Tiene que ver con las prácticas de aula. Y tiene que ver con desarrollar la capacidad interna de los centros. Con proyectos de centro transformadores que incluyan a toda la comunidad educativa y pongan realmente en el centro de las preocupaciones a los alumnos.

“Asegurar el derecho de aprender a todos los niños, en los términos contemplados por los nuevos estándares educativos que la sociedad de hoy demanda, exige un cambio drástico en la enseñanza, mucho más profundo que lo que supone enseñar más hechos y temas de los libros de texto. El mismo concepto de enseñanza ha de cambiar. Los profesores han de ir mucho más allá de la mera transmisión de información, de los exámenes al uso y las calificaciones.”¹⁸

Combatir el fracaso escolar, trabajar por una escuela que no excluya, garantizar el derecho a aprender de todos y todas pasa *“por revisar y transformar ideas y concepciones sobre el conocimiento, la cultura escolar, las oportunidades que se crean para que los estudiantes aprendan, los patrones inveterados de tipificación, clasificación*

¹⁵ Juan M. Escudero y Begoña Martínez (2011). Educación inclusiva y cambio escolar. Disponible en <http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/110308.pdf>

¹⁶ Lucas Gortazar y Octavio Medina (2018). El abandono temprano estructural. *Politikon* (2/2/2018). Disponible en <https://politikon.es/2018/02/02/el-abandono-temprano-estructural/>

¹⁷ Juan M. Escudero y Begoña Martínez (2011). Op. cit

¹⁸ Linda Darling Hammond (2001). El derecho de aprender. Crear buenas escuelas para todos. Ariel. p.59

y devaluación de aquellos estudiantes que no se ajustan a la escuela porque, en lo que a ella le toca, tampoco les tiene suficientemente en cuenta.¹⁹”

Pasa por “transitar desde un modelo selectivo, que se define por una variabilidad mínima de las condiciones de aprendizaje y en el que apenas hay disponible una escasa serie de opciones instructivas y un rango muy limitado de formas de demostrar el éxito, hacia otro modelo adaptado y flexible en el que el ambiente educativo pueda proporcionar una amplia gama de oportunidades de éxito²⁰”.

Pasa también por preguntarnos, en cada comunidad educativa, por el sentido de la educación²¹. Pasa por preguntarnos qué educación es la que hoy debe ser considerada indispensable y debe ser garantizada a todas las personas como uno de los derechos básicos. Lo que nos sitúa en el debate de las competencias tal y como lo ha planteado Philippe Perrenoud²².

Pasa, también, por reconocer que la evaluación condiciona todo el proceso de enseñanza y aprendizaje y que debemos movernos desde una cultura de la evaluación como calificación a otra centrada en el aprendizaje, ya que como ha dicho Neus Sanmartí²³.

“un factor importante del fracaso escolar reside en el hecho de que los profesores estamos más preocupados por transmitir correctamente una información que por entender por qué los estudiantes no la comprenden.”

Como sostiene José Gimeno Sacristán:²⁴

“el fracaso escolar, sin dejar de representar un problema de los alumnos y alumnas, es un ejemplo del fracaso del sistema para cumplir con el

¹⁹ Juan M. Escudero Muñoz (2005). Fracaso Escolar, exclusión educativa: ¿De qué se excluye y cómo?. Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado, 1, (1). Disponible en <https://www.ugr.es/~recfpro/rev91ART1.pdf>

²⁰ Linda Darling Hammond. 2001. *El derecho de aprender. Crear buenas escuelas para todos*. Ariel. p.72-73

²¹ José Gimeno Sacristán (2013). *En busca del sentido de la educación*. Ediciones Morata. Madrid

²² Philippe Perrenoud (2009). Enfoque por competencias ¿una respuesta al fracaso escolar? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, núm. 16, marzo, 2009, pp. 45-64. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135012677004>

²³ Neus Sanmartí (2007) *Evaluar para aprender. 10 ideas clave*. Graó. Barcelona. p.10

²⁴ José Gimeno Sacristán (2013). *Op. Cit.* p.80

mandato de la modernidad...El fracaso escolar es una evidencia del incumplimiento del proyecto moderno que significó que los sistemas educativos se convirtieran en el instrumento para la realización del derecho universal a la educación para todos.”

Si algo hemos aprendido en las últimas décadas sobre el cambio educativo es que la solución ante los enormes desafíos que enfrenta hoy la educación no pasa ni por una vuelta al pasado, ni por más de lo mismo, reforzando los sistemas actuales en una huida hacia adelante, ni por acabar con la escuela institucionalizada a favor de nuevos de mecanismos de mercado. Pasa por más escuela, pero una escuela distinta²⁵. La escuela necesita un cambio profundo a través de un proceso de re-escolarización, caracterizado por una nueva cultura del aprendizaje basada en el fomento del diálogo, la atención al desarrollo personal, la confianza, la cooperación, las emociones, el aprender haciendo y el aprendizaje continuo, y por una cultura organizacional caracterizada por la colaboración, la innovación, la autonomía, el reconocimiento y la atención a la diversidad y la apertura y la vinculación con las familias, la comunidad y el entorno.

Tenemos una oportunidad para superar unas maneras de enseñar excesivamente transmisivas que fomentan, en muchos casos, un aprendizaje memorístico y superficial de conocimientos que dificulta su transferencia a la vida real, y que son efectivas solo para unos pocos, por lo que dejan fuera y excluyen del sistema a muchos alumnos.

Redefinir el derecho a aprender pasa por hacer que nuestras escuelas giren en torno a las personas que aprenden y a sus aprendizajes. Pasa por fomentar *“prácticas centradas en los aprendices y centradas, igualmente, en el aprendizaje, que presten atención, por lo tanto, y de forma simultánea, a las necesidades de alumnos diferentes y a las demandas de contenidos desafiantes”*²⁶.

Y pasa por convertir de nuevo a la escuela en una institución optimista.

La tarea de enseñar es ahora más compleja que nunca pero también más estimulante. La afirmación de que las cosas no pueden ser de otro modo, decía Paulo Freire, es odiosamente fatalista, pues decreta que la felicidad pertenece solamente al que tiene poder.. Las cosas no son así, están así y podemos

²⁵ Mariano Fernández Enguita (2018). Más escuela y menos aula. Ediciones Morata. Madrid

²⁶ Linda Darling Hammond (2001). El derecho a aprender. Ariel. p. 414

cambiarlas. Son muchos los datos que demuestran que, aquí y allí, aparecen ventanas de oportunidad que son aprovechadas por docentes, casi siempre anónimos, comprometidos con su trabajo, pero con frecuencia carentes de apoyos, de orientaciones y, sobre todo, de reconocimiento.

En un mundo lleno de miradas catastrofistas sobre la educación, necesitamos más que nunca esperanzas practicables e inspiraciones alcanzables²⁷. No podemos predecir el futuro. Pero sí podemos soñarlo, imaginarlo y proyectarlo. Sí podemos construir una utopía, que pasa por imaginar visiones de futuro que sean valientes, coherentes, inspiradoras y realistas.

Cierro con una frase que dijo Luis María López Aranguren, mi compañero en estas **XXVI Jornadas sobre Adicciones** organizadas por el Ayuntamiento de Valencia, a través de su Plan Municipal de Drogodependencias PMD/UPCCA-València, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y la Universitat de València: *“nada es inamovible, construimos nuestra historia en cada momento.”*

Urge recuperar el sueño, la esperanza y la utopía para la escuela. Urge recuperar la esperanza, como el mecanismo para ver la realidad sin determinismos, y la utopía, vinculada al inconformismo y entendida como proyecto de transformación.

Urge educar para la esperanza y la utopía.

Urge que pensemos y miremos a nuestros alumnos, como decía Paulo Freire, como sujetos de esperanza.

²⁷ Axel Rivas, Fernando André, Lucas Esteban Delgado (2017). 50 innovaciones educativas para escuelas. EduLab Cippec. Disponible en <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/08/978-950-46-5369-1-CIPPEC-50-Innovaciones-educativas.pdf>



D. Carlos Magro Mazo



D. Carlos Magro Mazo

INAUGURACIÓN OFICIAL

Dr. D. Federico Pallardó Calatayud

Decano de la Facultat de Medicina. Universitat de València

Buenos días.

Les doy la bienvenida a todos ustedes a esta Aula Magna de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València.

Agradezco a los organizadores y a las personas que me acompañan en esta mesa, al Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral, Jefe de Servicio de Drogodependencias (PMD/UPCCA-València) de la Regidoria de Sanitat i Salut del Ajuntament de València; D. Ignacio Calderón Balanzategui, Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD); Dña. Elena Martín Maganto, Vocal Asesora de la Unidad de Apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a Dña. Lourdes Cardona Pérez, Jefa de Sección del Servicio de Gestión de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana; por haber elegido un año más la Facultad de Medicina para realizar esta Jornada sobre Adicciones, que se ha convertido en una cita anual obligatoria con los profesores, ponentes, profesionales, estudiantes, etc., que quieren exponer, conocer e intercambiar experiencias y opiniones sobre las drogodependencias.

Esta Jornada lleva por título “**¿Cómo es la prevención que queremos? Repensemos, diseñemos, actuemos**” y creo que el marco universitario es especialmente apropiado para hablar de estos temas, ya que esta Jornada tiene un programa muy completo en lo referente a los diferentes aspectos sobre la prevención de las adicciones, que es muy conveniente que se expongan y debatan.

La prevención es fundamental en todas las actividades y no sólo en las relacionadas con las Ciencias de la Salud, donde tiene la Medicina Preventiva y la Salud Pública grandes cometidos, sino también en Ciencias de la Educación, entre otras muchas disciplinas. La Universidad representa estos ámbitos tan diversos y a la vez complementarios, pues en ella se imparten todas las disciplinas que están

relacionadas con la prevención y sus diversos y variados abordajes, que se adecuan a la realidad social cada vez más cambiante aplicando las metodologías más certeras.

Felicito a los organizadores de estas Jornadas por elegir una vez más el Aula Magna de nuestra Facultad para su realización y por su labor constante desarrollada año tras año, para con excelentes ponentes y con temas muy actuales, hacer que la Jornada sea muy atractiva y con gran interés científico. También felicito a todos los asistentes, muchos de los cuales ya son asiduos a estos eventos, con la seguridad de que las expectativas que tienen depositadas en los contenidos de esta Jornada van a verse totalmente cumplimentadas.

Reitero mi sincera felicitación a la Concejalía de Sanidad y Salud del Ayuntamiento de Valencia, a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana, a la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a la vez que les animo a seguir trabajando juntos en la encomiable tarea de la prevención de las adicciones y de la promoción de la salud de toda la ciudadanía.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia a esta Jornada.



D. Federico Pallardó Calatayud



Mesa inaugural



Mesa inaugural

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD).

Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València).

Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.

Dr. D. Federico Pallardó, Dña. Elena Martín, Dña. Lourdes Cardona, D. Ignacio Calderón, estimados ponentes, moderadores, organizadores y asistentes; buenos días a todos y a todas, bienvenidos y bienvenidas a esta **“XXVI Jornada sobre Adicciones”** que se organiza desde la Concejalía de Sanidad, y Salud del Ayuntamiento de Valencia en coordinación la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), con la extraordinaria colaboración de la Universitat de València, y de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.

Doy las gracias al Decano de la Facultad de Medicina el Dr. D. Federico Pallardó por cedernos cada año el uso de estos espacios emblemáticos, donde muchos de los aquí presentes pasamos seis años de nuestra vida.

En esta ocasión, como ya saben, la Jornada lleva por título **¿Cómo es la prevención que queremos?” Repensemos, diseñemos, actuemos.**

Tengo que disculpar la ausencia en este Acto Inaugural de Dña. Maite Girau Meliá, Regidora de Sanitat, Salut i Esports del Ajuntament de València, que en estos momentos está en una reunión de una Comisión Informativa Municipal, que tiene durante el día de hoy una apretadísima agenda y que lamentablemente no tiene el don de la ubicuidad. Les transmito en su nombre un afectuoso saludo y les agradezco su asistencia.

Destaco la participación de las entidades de tercer nivel de la ciudad de Valencia, que hoy nos acompañan: ADSIS-Hedra, Alcohólicos Anónimos, APROVAT, AVANT, AVEX, Comité Ciudadano Antisida, Patim y Proyecto Hombre

Pues con todas ellas colaboramos en diferentes actividades de información y formación, encaminadas a la prevención de las adicciones. Muchas gracias por vuestra participación y colaboración permanente.

Felicito a todos los profesionales del Plà Municipal de Drogodependencias (PMD) / Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València),

-mis compañeras y compañeros de trabajo diario-, por el esfuerzo realizado un año más para llegar a celebrar esta Jornada, por la propuesta cada año de un tema nuevo y de actualidad, que hagan de estas Jornadas un evento anual y de obligatoria asistencia en Valencia, debido a la idoneidad de las conferencias y de las mesas redondas, a la pertinencia y actualidad de los temas que en ellas se abordan cada año.

Muy especialmente felicito a Vicent Ferrer i Marco por su trabajo diario, siempre bien hecho, a Ana M^a Quiles Puchades por su capacidad resolutive y Sandra Roch por su creatividad.

Agradezco a los extraordinarios ponentes D. Carlo Magro, Dña. Garbiñe Larralde, Dña. Mabel Villaescusa, D. Ricardo Pérez, Dña. Inma Pellicer, Dña. María Belenguer, Dña. María José Aparisi y a D. Luis M^a López-Aranguren por aceptar su participación en esta Jornada.

También agradezco al Dr. Rafael Aleixandre Benavent y a Dña. Laura Ferrer Mora por sus tareas de moderación y presentación en esta Jornada.

A todos estos excelentes profesionales, expertos y expertas en las diversas materias motivo de esta Jornada, les felicito por su compromiso diario en las tareas divulgativas, educativas, innovadoras y de prevención de las adicciones.

¿Cómo es la prevención que queremos?”

Repensemos, diseñemos, actuemos.

En la portada del programa de esta Jornada hay una planta, con sus correspondientes raíces, tronco, tallos, hojas y flores. No le hemos puesto espinas, porque pensamos siempre en positivo.

En las raíces que fijan la planta al suelo, absorbe los minerales y agua necesaria para la alimentación de la planta destacan la **Familia**, la **Escuela** y la **Comunidad**, desde donde se agrupan diferentes palabras, que confluyen todas en un tronco, bulbo o núcleo central que es la **PREVENCIÓN** y del que crecen unos tallos que terminan en flores que son los componentes más importantes de la vida: el **Afectivo**, el **Intelectual**, el **Social** y el **Desarrollo Integral**. De estos tallos brotan palabras esenciales para comprender y desarrollar adecuadamente la conducta humana.

Esto es sólo una idea, una nítida imagen, pues podíamos haber escrito en las raíces y en los tallos muchas más palabras; no lo hemos hecho, porque estamos convencidos que la palabra es el arma más poderosa que tenemos las personas y además como dijo Thomas Jefferson *“No hay talento más valioso que el de no usar dos palabras cuando basta una”*.

Hoy quiero reivindicar la palabra desnuda y que los expertos durante la Jornada nos desgranen sus significados, porque las palabras están cada vez más presentes en nuestra realidad cotidiana. Las palabras están ampliadas y distorsionadas millones de veces por las diversas Tecnologías de la Información y de la Comunicación en constante expansión. Hoy circulan en el mundo más palabras que nunca y lamentablemente hemos pasado ya de utilizar el término posverdad, a decir claramente que esto o aquello es mentira. Porque lamentablemente, se miente descaradamente y aquí no pasa nada.

Debemos seguir trabajando con las palabras y por y para las personas. Todos individualmente somos únicos e irrepetibles por lo que tenemos que potenciar nuestra autoestima y la de los demás.

Debemos trabajar todos juntos buscando la excelencia, el rigor, la certeza, cuidando las raíces y los tallos de nuestra vida, siendo exigentes con nosotros mismos, pero también con el resto de la ciudadanía, porque un país que lleva 18 ediciones de “Gran Hermano”, algo le pasa, no sé con exactitud lo que es, pero algo raro nos está pasando.

Porque si seguimos por el camino del **“todo vale”**, de la **“posverdad”**, de lo **“políticamente correcto”**, de **“informarnos y formar nuestra opinión sólo con los 140 caracteres de un tuit”**, de **“me gusta”**, etc.; seguro que nuestro futuro discurrirá por la dejadez, la incultura, la decadencia, la apatía y las adicciones.

Para finalizar recurro al **Diccionario de la Lengua Española** de la RAE para leer y recordar el significado de tres palabras:

PREVENCIÓN

1. Acción y efecto de prevenir.
2. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.

PREVENIR

1. Preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin.
2. Prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio.
3. Precaver, evitar, estorbar o impedir algo.
4. Advertir, informar o avisar a alguien de algo.
5. Imbuir, impresionar, preocupar a alguien, induciéndolo a prejuzgar personas o cosas.
6. Anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción.
7. Disponer con anticipación, prepararse de antemano para algo.

PREVENIDO / DA

1. Provisto, abundante, lleno.
2. Próvido, advertido, cuidadoso.

D. Carlos Magro en su brillante Conferencia **“Prepararnos a prueba de futuro”** ya nos ha ilustrado con palabras que debemos tener muy en cuenta cada día para afrontar un futuro que nos espera apasionante.

Estoy seguro que las dos Mesas Redondas: **“Nuevos lenguajes, nuevas oportunidades para la inclusión”** y **“Actuaciones concretas en prevención de las adicciones; nos movemos”**, sí como la Conferencia de Clausura **“La innovación social y la excelencia como respuesta a la fragilidad”** despertarán nuestro interés, nos aportarán mucha formación y nos ayudaran bastante a responder la pregunta de esta Jornada ¿Cómo es la prevención que queremos?, porque tenemos una apasionante y gran tarea común que es **repensar, diseñar y actuar.**

Muchas gracias por vuestra atención.

Dña. Elena Martín Maganto

Vocal Asesora de la Unidad de Apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Buenos días.

Quiero agradecer en nombre del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Dr. D. Francisco de Asís Babín Vich la invitación a participar en este acto y dar la enhorabuena a los organizadores de esta jornada que sin duda, como las 25 anteriores, nos proporcionará un espacio de reflexión del que extraer conclusiones y pautas para continuar trabajando en el ámbito de las adicciones.

Durante todo este año 2017 hemos venido trabajando en la nueva Estrategia Nacional sobre Adicciones, que marcará el camino a seguir durante los próximos 8 años. Y una de las cuestiones fundamentales por las que nos hemos preguntado y por la que hemos preguntado a todos los sectores que han participado en su elaboración, ha sido precisamente, ¿cómo es la prevención que queremos, cómo es la prevención que necesitamos?

Desde la responsabilidad que implica la tarea de la DGPNSD de impulso y coordinación de las políticas públicas de adicciones lógicamente concluimos que, si queríamos llegar a responder a la pregunta, deberíamos tener en cuenta el resto del título de esta jornada, deberíamos repensar, deberíamos diseñar y deberíamos actuar en consecuencia.

Deberíamos repensar desde la solidez de la información con la que ya contamos, repensar desde el conocimiento de la realidad que nos proporcionan las encuestas periódicas del Plan Nacional sobre Drogas que nos informan, además de las adicciones más prevalentes, por ejemplo del alto grado de tolerancia social frente alguna de ellas.

Repensar a partir de la información obtenida de la evaluación de la anterior Estrategia que pese a mostrar que, términos generales, los indicadores de prevención han mejorado en su conjunto (edad de inicio, mayor cantidad de programas evaluados y con mayor calidad), también nos indica que debemos redoblar esfuerzos en ámbitos como la implicación familiar, cuyo papel continúa

siendo fundamental, la interconexión de diferentes escenarios familiar, educativo, de ocio etc. o en el ámbito de la prevención ambiental.

Y repensar también a la luz del conocimiento existente sobre las causas y las consecuencias de las adicciones. Hemos pasado de una gran alarma social producida por el consumo de sustancias a la normalización y esta normalización se ha convertido su vez en un factor de riesgo.

El siguiente paso, diseñar, se materializará la próxima semana en la que la estrategia Nacional de adicciones se llevará a aprobación a la Conferencia Sectorial del PNSD.

Una Estrategia que pone el acento en la prevención de las adicciones, con y sin sustancia, adoptando un enfoque de salud pública integral que incluye a la persona, a su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad, para lograr una sociedad más saludable, segura e informada.

Todo ello en marcado dentro de los principios rectores de equidad, perspectiva de género, evidencia científica, transparencia, participación, intersectorial e interdisciplinariedad, participación, calidad, eficiencia y sostenibilidad, que orientan y dirigen los objetivos para finalmente poder Actuar, a través del Plan de Acción que desarrollará la Estrategia, con herramientas basadas en la evidencia y buenas prácticas, que actúen sobre el contexto y sobre la persona, teniendo en cuenta el consenso de los objetivos alcanzados con todos los actores implicados y los avances en el conocimiento.

Estoy segura de que las conclusiones que se extraigan de esta jornada contribuirán a responder la pregunta que le da título y a continuar haciendo frente a los retos que tenemos por delante.

Muchas gracias.



Dña. Elena Martín Maganto

Dña. Lourdes Cardona Pérez

Jefa de Sección del Servicio de Gestión de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana

Buenos días.

Quiero agradecer a la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia la invitación para participar en estas tan interesante y a la vez necesaria Jornada y deseo disculpar al Director General de Asistencia Sanitaria, D. Rafael Sotoca Covalada, que por motivos de agenda imprevistos de última hora, no ha podido estar con nosotros.

Básicamente la prevención tiene el propósito de evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad. La prevención es una labor de todos y todas, en la que cada persona puede aportar algo. Se trata de que vayamos reduciendo los factores de riesgo y creemos un estilo de vida saludable, tanto individual como colectivo.

El marco de la actuación preventiva en la Comunitat Valenciana es la Ley 10/2014 de 29 de diciembre de la Generalitat, de Salud de la C.V, que en el Título II insta a los municipios mayores de 20.000 habitantes a disponer de una UPCCA, dotándolas de los medios técnicos y humanos necesarios, así como a la elaboración, aprobación y ejecución de un plan municipal sobre trastornos adictivos.

Las UPCCA constituyen los recursos centrales de carácter especializado encargados de la articulación y puesta en marcha de diferentes estrategias de intervención para el desarrollo de las políticas de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana.

Esto Implica elaborar planes estratégicos y actuar desde las instituciones para que un problema no aparezca o, en su caso, para disminuir sus efectos.

La Ley de Salud pretende coordinar y homogeneizar, en todo el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, todas las intervenciones desarrolladas por los ayuntamientos y recogidas en los distintos Planes Municipales de Trastornos Adictivos que son cuatrianuales y que se presentan anualmente en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y de los cuales emitimos informe preceptivo, con el objetivo de conocer y mejorar la planificación estratégica.

Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase, en este caso el consumo de drogas. En prevención no existen soluciones mágicas, sino que se van realizando un conjunto de actuaciones en diversas direcciones, escolar, familiar, comunitaria y laboral, entre otras.

Según los datos de la última memoria anual publicada de 2016 y que está disponible en la página web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, la red local de las UPCCA cuenta con 78 servicios autorizados y subvencionados alcanzando una cobertura geográfica de 265 municipios y una cobertura poblacional de 4.220.477 habitantes (84.74% sobre el total de la población valenciana). Seguimos trabajando para alcanzar el 100% de la población total. De hecho hoy podemos decir que ya contamos con 82 UPCCA.

A continuación, daré algunos apuntes sobre los tipos de prevención recogidos en los planes municipales en los apartados de Prevención Escolar, Familiar, Laboral y Comunitaria para promover hábitos de vida saludable.

La acción preventiva en el ámbito Escolar a través de programas o mediante actividades de carácter informativo, formativo o lúdico-preventivo en las que los técnicos utilizan materiales ofertados desde el Servicio de Gestión de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos o herramientas elaboradas por los propios técnicos.

Desde cualquier tipología de intervención utilizada, los contenidos se relacionan con temáticas de educación para la salud (valores, hábitos, habilidades) tan necesarias para el desarrollo individual como colectivo.

Con el Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas de la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia, coordinamos acciones preventivas, impulsamos programas conjuntamente y atendemos a todas sus necesidades.

Las acciones de Prevención Familiar persiguen como objetivos principales la sensibilización de padres y madres sobre la importancia de su papel como agentes de salud a través de la mejora de sus habilidades educativas, sentido de competencia y capacidad de resolución de conflictos, con programas dirigidos a favorecer la comunicación entre progenitores e hijos/as, incrementar en vínculo afectivo-emocional y prevenir las drogodependencias y otros problemas de salud física, mental, y social. Por ejemplo “Curso virtual para padres: en familia: profundizando”, que tanto éxito tiene.

La Prevención Comunitaria, es la prevención en el tiempo libre, que tal y como señala la literatura científica las variables relativas a la ocupación del tiempo de ocio se relacionan directamente con los hábitos de consumo de drogas, constituyendo factores de riesgo a trabajar, en esta línea se impulsan desde la UPCCA programas, acciones formativas de capacitación, y acciones lúdicas preventivas dirigidas a la generación de aficiones saludables.

En las actividades para el Tiempo Libre, englobaría la oferta de talleres lúdico-preventivos durante los fines de semana, video-fórum, grafitis, teatro, concursos, la promoción del deporte a través de iniciativas como carreras populares, día de la bici, carreras en festividades patronales, en fin todas aquellas actividades que fomenten actitudes, principios y valores para favorecer la mejora en actitudes cívicas y comprometidas con la sociedad en la que se convive.

Además abordamos la problemática que ha ido surgiendo con las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Es evidente que tal como indica el título de esta Jornada, en cada momento hay que repensar, diseñar y actuar y estar atentos a los cambios que se van produciendo en la sociedad. Por tanto estoy segura que todas las intervenciones y las conclusiones de esta Jornada serán muy interesantes para articular nuevas propuestas, que mejoren permanentemente la acción preventiva a desarrollar en un futuro al que estaremos atentos.

Muchas gracias por vuestra tención.



Dña. Lourdes Cardona Pérez

D. Ignacio Calderón Balanzategui

Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

Buenos días.

Es una gran satisfacción para mí estar un año más en Valencia con todos ustedes en esta Inauguración de la **XXVI Jornada sobre Adicciones** que muy acertadamente tiene el título de “**¿Cómo es la prevención que queremos? Repensemos, diseñemos, actuemos**”.

Cada día estoy más convencido de que estamos atravesando a marchas agigantadas momentos de grandes cambios en la sociedad, y que estos cambios cada vez tienen una profundidad más grande. Este es un gran país que ha pasado por diferentes épocas que han supuesto una gran transformación social, desde la construcción de una sociedad destruida que exigía unos valores de esfuerzo, de sacrificio, de aporte, y por tanto, exigía también una educación que aportase esos valores. Era la época de la educación basada en el conocimiento, ya que había que saber sobre todo idiomas, preferentemente inglés y además materias técnicas que contribuyesen al desarrollo de todos nuestros pueblos y ciudades.

Felicito al Ayuntamiento de Valencia porque en el trascurso de estos veintiséis años ha ido planteando diversos temas muy acordes con la realidad y con las necesidades de cada momento. Felicito a Dña. Maite Girau Meliá, Concejala de Sanidad, Salud y Deportes, por su empeño en hacer las cosas bien, en plantear retos a los profesionales que sirvan para informar y debatir sobre aspectos innovadores en la prevención de las adicciones y que además sean de mucha utilidad para todos como punto de referencia para la realización de su trabajo diario.

Felicito también al Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral y a todo su gran equipo de profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia, por su trabajo entusiasta y continuado en beneficio de toda la sociedad. Año tras año nos traen un tema nuevo e importante para que todos escuchemos, aprendamos y debatamos. Entre todos consiguen llenar cada año esta Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, a quien agradezco que nos acoja con tanto cariño y con tanta disposición en este marco académico incomparable.

La pregunta que nos planteamos en esta Jornada tiene mucha importancia actualmente en una sociedad tan cambiante como he dicho antes. ¿Cómo es la prevención que queremos? **Repensemos, diseñemos, actuemos.** Seguro que los excelentes ponentes que en esta Jornada han participado y van a participar nos ayuden a contestar entre todos a esta pregunta y aplicar sus respuestas en los diferentes ámbitos de actuación en que nos encontramos todos nosotros. Porque tenemos que seguir trabajando, cada uno en su actividad competencial, por una sociedad consciente de los problemas de las adicciones; una sociedad sin drogas sería utópico e inasumible. Pero así que es factible crear todos juntos una sociedad que conozca los factores de riesgo de las drogodependencias, que conozca los factores protectores ante las mismas, que sea consciente de la importancia que tienen todas las actividades preventivas, que sepa que nos estamos jugando el futuro tanto individual como colectivo y que debemos estar siempre preparándonos para ese futuro tan incierto y tan cambiante.

Jornadas como esta son una expresión de una gran voluntad de acción, de desarrollo de buenas prácticas preventivas, de innovación social y de búsqueda de la excelencia como respuesta a los cambios sociales rápidos. Por lo tanto felicito a todos los ponentes y a los moderadores, que nos señalan los caminos por donde hay que ir, que nos enseñan cómo mejorar. Son caminos que creo que nos van a sorprender, porque la transformación de la sociedad es muy rápida y en un futuro próximo va a ser enorme. Pero también es verdad que estas Jornadas lo que hacen es que facilitan esa capacidad de escuchar ponencias de importancia, de alto nivel, que hacen un señalamiento de caminos, que nos permiten a todos reflexionar, y estoy seguro y además deseo que nos permitan actuar después a cada uno en su actividad profesional, que es la gran responsabilidad de que tenemos todos, ustedes y nosotros.

Muchas gracias por su asistencia y por su atención.



D. Ignacio Calderón Balanzategui

MESA REDONDA

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EMOCIONAL EN EL AULA

MODERA: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD).

Unitat de Prevenció Comunitaria en Conductes Addictives (UPCCA-València).

Regidoria de Sanitat, Salut i Esports. Ajuntament de València.

1. INTRODUCCIÓN

El título de esta primera Mesa Redonda **“Prevención y educación emocional en el aula”** es muy novedoso y sugestivo y las ponencias que se van a exponer en la misma son de actualidad y además debemos de tenerlas muy en cuenta en un futuro próximo.

Las ponentes de esta Mesa Redonda son dos excelentes y expertas profesionales, que nos transmitirán sus experiencias en este campo y que les presento a continuación:

En primer lugar **Dña. Garbiñe Larralde Urquijo**, Profesora de Bachillerato y Coordinadora TIC en Colegio Jesús María de Bilbao, que nos expondrá **“Visual thinking como herramienta de prevención”**.

En segundo lugar Dña. María Isabel Villaescusa Alejo, Directora del CEFIRE Específico de Educación Inclusiva, Servei de Formació del Professorat de la Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació de la Generalitat Valenciana, que nos expondrá la ponencia **“Profundizando en el significado de la inclusión escolar”**.

El título de esta primera Mesa Redonda tiene palabras que han sido y son muy importantes y que continuamente son utilizadas en la mayoría de las actividades laborales que desarrollamos muchas de las personas que estamos hoy en esta **Jornada sobre Adicciones: “¿Cómo es la prevención que queremos?”**

Repensemos, diseñemos, actuemos”, por lo que, a modo de introducción al tema, haré una breve reseña de las mismas, sin menoscabo de que cada una de las dos capacidades ponentes abunden con mayores conocimientos que yo sobre estos temas.

2. PREVENCIÓN

Según el Diccionario de la Lengua Española (DLE) de la Real Academia Española (RAE), la palabra **prevención**, que proviene del latín “*praeventio, -ōnis*” y que de las siete acepciones que nos da el DLE, nos interesa resaltar tres:

- 1ª. Acción y efecto de prevenir.
- 2ª. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.
- 3ª. Provisión de mantenimiento o de otra cosa que sirve para un fin. (1)

El verbo **prevenir** proviene del latín “*praevenīre*”, y tiene siete acepciones:

- 1ª. Preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin.
- 2ª. Prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio.
- 3ª. Precaver, evitar, estorbar o impedir algo.
- 4ª. Advertir, informar o avisar a alguien de algo.
- 5ª. Imbuir, impresionar, preocupar a alguien, induciéndolo a prejuzgar personas o cosas.
- 6ª. Anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción.
- 7ª. Disponer con anticipación, prepararse de antemano para algo. (1)

El participio del verbo prevenir es **prevenido, da**, que significa: Provisto, abundante, lleno, pródigo, advertido, cuidadoso. (1)

Prevención, del latín *praeventio, -onis*, es por tanto la acción y el efecto de prevenir; la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo; la provisión de mantenimiento o de otra cosa que sirve para un fin. (1)

En epidemiología la **prevención** se define como las acciones orientadas a la erradicación, eliminación o minimización del impacto de la enfermedad y de la discapacidad. (2) Incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas.

Y específicamente en las drogodependencias, la **prevención** puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. Las premisas básicas que deben orientar el trabajo preventivo de los profesionales son:

- Las estrategias de prevención deben ser estructuradas globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgo, tanto individuales y como ambientales, así como para aumentar los factores de resiliencia o de protección.
- La implicación de la comunidad es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.
- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.
- Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están adaptados a los diferentes grupos de población.

Las intervenciones preventivas pueden ser de carácter amplio, dirigidas al conjunto de la población, tales como campañas generales informativas o educativas en medios de comunicación, iniciativas de tipo comunitario y programas escolares dirigidos a jóvenes o estudiantes en general. También pueden estar dirigidas a poblaciones en situación de alto riesgo, tales como niños de la calle, jóvenes desescolarizados, hijos de personas con problemas de dependencia a las drogas, delincuentes en libertad o en prisión, etc.

Esencialmente, la prevención se dirige a los siguientes componentes principales:

-
-
- a) crear conciencia, informar y educar acerca de las drogas y de sus efectos nocivos para la salud y para la sociedad, y promover conductas prosociales y normas contrarias al consumo de drogas;
 - b) capacitar a las personas y los grupos para adquirir habilidades personales y sociales que les permitan desarrollar actitudes contrarias a las drogas y evitar su consumo; y
 - c) promocionar ambientes de apoyo y alternativas saludables, con conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del uso de drogas.
(3, 4, 5)

3. PSICOLOGÍA POSITIVA

En el transcurso de la historia han sido muchos pensadores que han manifestado sus opiniones sobre los aspectos positivos de la vida de los seres humanos. En el siglo V a.C., en Grecia está muy arraigado el pensamiento de la buena vida, podemos encontrar ideas sobre el bienestar y una vida satisfactoria en los grandes pensadores como Sócrates, Platón y Aristóteles. Este último pone a la felicidad en especial relación con el conocimiento, aborda el tema de la *eudaimonia*, felicidad entendida como la plenitud del ser que vincula a la felicidad con la posesión y desarrollo de virtudes.

Estas ideas son retomadas por otros filósofos como Baruch de Spinoza (1632-1677) que realiza ensayos sobre diversos aspectos humanos y su relación con el bienestar. Immanuel Kant (1724-1804), es el último filósofo que pretende salvar el nexo entre virtud y felicidad, aunque éste no considera que la virtud y dicha vayan siempre unidas, planteando que la virtud no es, por sí misma, felicidad o dicha, sino que la precisa como dignidad de llegar a alcanzarla (ver revisión en Fierro, 2009) (6).

En términos generales, la Psicología Positiva tiene como antecedente el movimiento humanista floreciente en los años sesenta del pasado siglo y representado por Abraham Maslow, Carl Rogers y Erich Fromm. Este movimiento pone énfasis en el funcionamiento pleno de las personas, recuperando una visión más positiva del ser humano frente a las visiones dominantes de la época en la psicología: el conductismo y el psicoanálisis. En el campo de las investigaciones sobre bienestar también hay importantes

autores que realizaron valiosas aportaciones previas a la Psicología Positiva: Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner, Carol Ryff y Ed Diener (7).

La Psicología Positiva se consolida como una rama de la psicología a partir de la iniciativa del psicólogo estadounidense (Albany 1942) Martin Seligman, que impulsa este movimiento siendo presidente de la American Psychological Association en 1998. Desde entonces han sido diversas las definiciones que se han dado a la misma:

- *“La Psicología Positiva no es sino el estudio científico de fortalezas humanas y virtudes. La Psicología Positiva redefine a la “persona promedio” con el interés de encontrar lo que funciona, lo correcto y la mejora... Psicología Positiva es simplemente Psicología”.* (8)
- *“La Psicología Positiva es el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen a la prosperidad o funcionamiento óptimo de la gente, grupo e instituciones”.* (9)
- *“La Psicología Positiva es el estudio científico de qué es lo que va bien en la vida, desde el nacimiento a la muerte y en todos los pasos intermedios, así como el ocuparse seriamente de aquellas cosas en la vida que hacen que merezca la pena ser vivida”.* (10)
- *“Psicología Positiva se refiere a perspectivas informadas científicamente sobre qué hace que la vida merezca ser vivida. Se focaliza a los aspectos de la condición humana que guían hacia la felicidad, la realización y la prosperidad”.* (11)

Son tres los niveles o dimensiones de los que se ocupa la Psicología Positiva y los elementos básicos que integran dichos niveles y que se refiera al campo de la Psicología Positiva:

- 1º. **Nivel subjetivo:** Son las experiencias subjetivas valoradas como el bienestar, la alegría y la satisfacción (en el pasado); la esperanza y el optimismo (para el futuro); el fluir y la felicidad en el presente.
- 2º. **Nivel individual:** Son los rasgos positivos individuales como la capacidad de amar y la vocación, el coraje, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la previsión, la espiritualidad, el talento de nivel y la sabiduría.

3º. **Nivel grupal:** Son las virtudes cívicas y de las instituciones que impulsan a los individuos hacia una mejor ciudadanía con valores como la responsabilidad, la crianza, el altruismo, la civilidad, la moderación, la tolerancia y el trabajo ético. (12)

El propósito de la Psicología Positiva es comenzar a canalizar un cambio en el foco de la psicología, que vaya más allá de una preocupación única por reparar las peores cosas de la vida, ocupándose también de la construcción de los aspectos y cualidades positivas de los seres humanos. (12)

La Psicología Positiva es por tanto una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología.

La Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual focalizada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención.

Las emociones positivas son muy importantes como medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas y a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. Las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas. (13)

4. INTELIGENCIA EMOCIONAL

El concepto y las definiciones de Inteligencia Emocional está en constante movimiento y desarrollo, por lo que no hay una definición única o modelo explicativo uniforme, dados los diversos autores que han trabajado y trabajan sobre este campo del conocimiento, por lo que nos encontramos con diversidad de posturas y planteamientos, tantos como autores han escrito sobre el tema. Nos limitaremos aquí a realizar una breve exposición del tema.

Fue Edward L. Thorndike, Profesor de Psicología Educativa del Teachers College de la Universidad de Columbia, quien desarrolló un concepto

relacionado con la Inteligencia Emocional y que denominó **Inteligencia Social**, definiéndola como “*la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y a las mujeres, y actuar sabiamente en las relaciones humanas*”. (14)

Howard Gardner, Profesor de la Universidad de Harvard, consideró que la inteligencia no era un conjunto unitario que agrupa diferentes capacidades específicas, sino que es como una red de conjuntos autónomos, interrelacionados. La inteligencia, por tanto, es un potencial bio-psicológico de procesamiento de información que se puede activar en uno o más marcos culturales para resolver problemas o crear productos que tienen valor para dichos marcos. Gardner realizó entre 1979 y 1983 un estudio sobre la naturaleza del potencial humano y su realización; al finalizarlo publicó la obra *Frames of mind*, que tuvo escaso eco en el mundo de la psicología, pero que provocó un gran revuelo entre los profesionales de la educación. Propone como nuevo modelo de concepción de la mente la **Teoría de las Inteligencias Múltiples**. En 1993 publicó *Multiple intelligences. The theory in practice*, que el 1995 se publica en castellano por la Editorial Paidós. (15, 16) En esta obra se expone de manera sistemática la Teoría de las Inteligencias Múltiples, preguntas y respuestas que le han ido surgiendo a lo largo de esos años, la educación de las inteligencias múltiples, su evaluación y lo que puede ser la escuela del futuro, centrada en la atención a la diversidad. Gardner distingue en 1993 siete inteligencias:

- Lingüístico-verbal
- Lógico-matemática
- Viso-Espacial
- Musical
- Corpóreo-cinestética
- Intrapersonal
- Interpersonal.

En el año 2001, Gardner añade dos inteligencias más:

- Naturalista
- Existencial

En 1986 W.L. Payne presenta un trabajo con el título *A study of emotion: Developing emotional intelligence; Self integration; relating to fear, pain and desire*, (17, 18, 19) en el mismo propone integrar la inteligencia con la emoción de tal forma que en las escuelas se enseñen respuestas emocionales a los niños. Este artículo es uno de los primeros sobre inteligencia emocional, que se tiene referencia, que se refiere a la educación de la inteligencia emocional, poniendo así de manifiesto que la inteligencia emocional en sus inicios ya tuvo una orientación hacia la educación.

P. Salovey y J.D. Mayer hacen en 1990 un primer planteamiento de la Inteligencia Emocional con la publicación del artículo *Emotional Intelligence*, dándole una primera definición, que han ido reformulando hasta llegar a considerarla como “una habilidad centrada en el procesamiento de la información emocional que unifica las emociones y el razonamiento, permitiendo utilizar nuestras emociones para facilitar un razonamiento más efectivo y pensar de forma más inteligente sobre nuestra vida emocional”. (20, 21)

Daniel Goleman, psicólogo y periodista estadounidense (Stockton, California.1946) adquirió el 1995 fama mundial por la publicación de su libro *Emotional Intelligence*, en el que define la Inteligencia Emocional como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones. (22, 23) A partir de la publicación de este libro el concepto de Inteligencia Emocional se populariza, aunque esta visión de la Inteligencia Emocional se aleja de los planteamientos expuestos por Salovey y Mayer en el año 1990, asociándose en un primer momento al carácter de la persona y en una segunda reformulación en la que “se concibe a la Inteligencia Emocional como el conjunto de competencias socio-emocionales relacionadas con el éxito en el ámbito laboral”. (24, 25)

Debido al gran éxito de difusión que tuvieron estos libros, el concepto de Inteligencia Emocional se extiende rápidamente por todo el mundo y son muchos profesionales los que realizan aportaciones diversas sobre este tema. Podemos concluir que desde 1990 hasta la actualidad se han realizado muchos estudios de investigación, se han publicado muchos artículos, libros, entrevistas, videos, etc. También se han celebrado multitud de jornadas, congresos, seminarios, talleres, etc. en diversos países, lo que pone de manifiesto la importancia de este tema en la sociedad del siglo XXI.

5. EDUCACIÓN EMOCIONAL

Fue Howard Gardner, como hemos expuesto anteriormente, quien desarrolló la Teoría de las Inteligencias Múltiples, pero quien popularizó el término de Inteligencia Emocional fue Daniel Goleman.

De todas las inteligencias descritas por H. Gardner, en este apartado nos interesan **la Inteligencia Interpersonal y la Inteligencia la Intrapersonal** ya que ambas configuran la inteligencia emocional.

La Inteligencia Intrapersonal (otros autores denominan Inteligencia Personal), nos permite comprendernos y trabajar con uno mismo.

La Inteligencia Interpersonal (otros autores la denominan Inteligencia Social), nos permite comprender a los demás y trabajar con los demás.

Como hemos dicho con anterioridad ambas inteligencias configuran la Inteligencia Emocional, que es en definitiva la capacidad de controlar y regular los sentimientos de uno mismo y de los demás y utilizarlos como guía de pensamiento y de acción; esta capacidad está en la base de las experiencias de solución de los problemas significativos para el individuo y para la especie.

Desde el punto de vista educativo es más adecuado hablar de **Educación Emocional**, acentuando que es una capacidad que se aprende y que tiene por finalidad aumentar el bienestar personal y social.

La **Educación Emocional** es una innovación educativa que se justifica en las necesidades sociales. La finalidad es el desarrollo de competencias emocionales que contribuyan a un mejor bienestar personal y social. Para ello se requieren una serie de condiciones interrelacionadas: en primer lugar diseñar programas fundamentados en un marco teórico; para llevarlos a la práctica hay que contar con profesorado debidamente preparado; para apoyar la labor del profesorado se necesitan materiales curriculares; para evaluar los programas se necesitan instrumentos de recogida de datos, etc.

La palabra clave de la educación emocional es *emoción*. Por tanto, es procedente una fundamentación en base al marco conceptual de las emociones y a las teorías de las emociones. Lo cual nos lleva al constructo de la inteligencia emocional en un marco de inteligencias múltiples. De ahí se pasa al constructo de competencia emocional como factor esencial para la prevención y el desarrollo personal y social.

El desarrollo de la competencia emocional, considerada como una competencia básica para la vida, desemboca en la educación emocional. Hay que definir objetivos, asignar contenidos, planificar actividades, estrategias de intervención, etc., para poder diseñar programas de intervención que van a ser experimentados y evaluados.

La evaluación de programas de educación emocional es un aspecto clave para pasar de la intervención a la investigación. La novedad del tema obliga a construir instrumentos y proponer estrategias de evaluación en educación emocional. Estos instrumentos van a ser utilizados en la evaluación de las competencias emocionales y también en la evaluación de programas. Se procura aplicar una complementariedad metodológica entre técnicas cuantitativas y cualitativas. (26)

Hablamos por tanto de emociones y de sentimientos. El **sentimiento** es el término que designa las experiencias que integran múltiples informaciones y evaluaciones positivas y negativas, implican al sujeto, le proporcionan un balance de su situación y provocan una predisposición a actuar. Hay sentimientos duraderos y estables. Las **emociones** serían un sentimiento breve, de aparición normalmente abrupta, que se acompaña de alteraciones físicas perceptibles (agitación, palpitaciones, palidez, rubor...).

Las habilidades que pone en juego la **Educación Emocional** pueden agruparse en cuatro bloques:

- 1º. La Conciencia de uno mismo: Es la capacidad de reconocer un sentimiento en el mismo momento en que aparece. Requiere estar atentos a nuestros estados de ánimo y reacciones (pensamiento, respuestas fisiológicas, conductas manifiestas, etc.) y relacionarlas con los estímulos que las provocan. La expresión voluntaria de diferentes emociones, su dramatización, es una forma de aprenderlas.
- 2º. La Autorregulación: Cuando tenemos conciencia de nuestras emociones tenemos que aprender a controlarlas. No se trata de reprimirlas, ya que tienen una función, sino de equilibrarlas. No tenemos que controlar que no aparezcan, sino controlar el tiempo que estamos bajo su dominio. La capacidad de tranquilizarse uno mismo es una habilidad vital fundamental y se adquiere como resultado de la acción mediadora de los demás.

3º. La Motivación: Es la fuerza del optimismo, imprescindible para conseguir metas importantes. Está relacionada con diversos conceptos psicológicos como:

- El control de impulsos (capacidad de resistencia a la frustración, de aplazar la gratificación),
- La inhibición de pensamientos negativos (para afrontar con éxito retos vitales),
- El estilo de atribuciones de éxitos y de fracasos,
- La autoestima (expectativas de autoeficacia),
- Etc.

4º. La Empatía: Es la experimentación del estado emocional de otra persona; la capacidad de captar los estados emocionales de los demás y reaccionar de forma apropiada socialmente. Tiene dos componentes:

- El componente afectivo puede ser suficiente, los niños pequeños son un ejemplo de ello.
- El componente cognitivo, que por sí sólo no es suficiente.

Las personas que tienen un trastorno de personalidad antisocial o los maltratadores, pueden “saber” cognitivamente que su víctima sufre, pero pueden continuar haciéndole daño porque son incapaces de “sentir” el dolor que le producen, no hay emoción. (27)

No encontramos, por tanto ante una disciplina muy importante tanto en la actualidad como en el desarrollo futuro, pues la educación, el aprendizaje, el entrenamiento, el desarrollo de nuevas capacidades son cada vez más fundamentales para poder desarrollar y aumentar el bienestar personal individual y social.

BIBLIOGRAFÍA

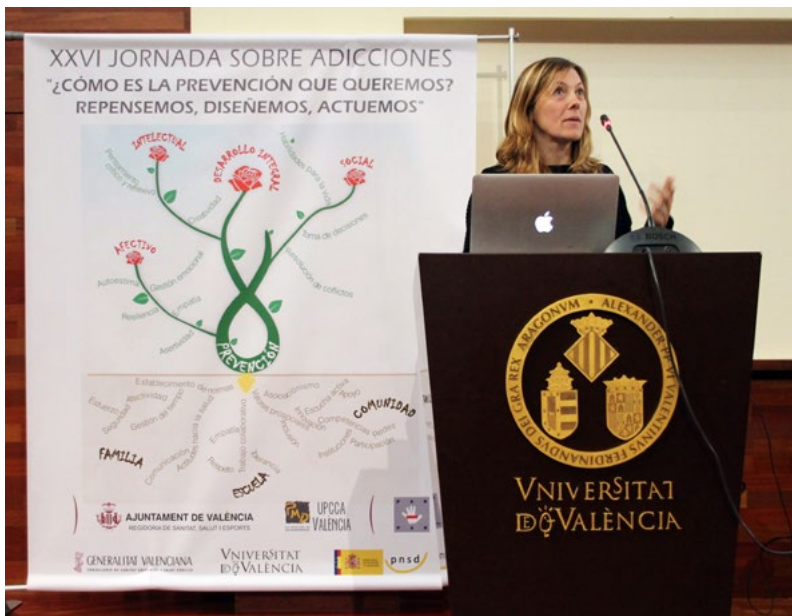
- (1) Diccionario de la Lengua Española. <http://dle.rae.es/>
- (2) Last, JM. (1989). Diccionario d Epidemiología. Salvat Editores SA.
- (3) Alonso, C.; Salvador, T. y Suelves, JM. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

-
-
- (4) United Nations International Drug Control Programme (UNDCP). (2000). Demand Reduction. A glossary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
 - (5) National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (CSAP). (1993). Prevention Primer. An Encyclopaedia of alcohol, tobacco, and other drug prevention terms. Rockville: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.
 - (6) Fierro, A. (2009). La filosofía del buen vivir. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.) *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva* (255-277). Madrid: Alianza.
 - (7) Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23, 3), 23-41.
 - (8) Sheldon, K. M., y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56, 216-217.
 - (9) Gable, S. L., y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103–110.
 - (10) Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
 - (11) Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S y Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
 - (12) Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
 - (13) Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment*, vol.3
 - (14) Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and its uses. *The Harper's Monthly*, 140, 227-235.
 - (15) Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. New York: Basic Books.
 - (16) Gardner, H. (1995). *Inteligencias Múltiples. La Teoría en la práctica*. Ediciones Paidós.

-
-
- (17) Payne, W.L. (1883/1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence;self-integration;relating to fear,pain and desire. Dissertation Abstracts International, 47, p.203A. (University Microfilms No. AAC 8605928).
- [Doctoral Dissertation at the Union Graduate School, Cincinnati, OH. Original dissertation work submitted and accepted, May, 1983].
- (18) Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (2nd ed.) (396-420). New York: Cambridge.
- (19) Mayer, J.D. Salovey, P. y Caruso, D. (2000a). Emotional Intelligence as Zeigeist, as Personality, an as Mental Ability. En R. Bar-On y J.D.A Parker. *The handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at home, School and in the Workplace* (92-117). San Francisco, Ca: Jossey Bass.
- (20) Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- (21) Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (3-31). New York: Basic Books.
- (22) Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- (23) Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Edit. Kairós. Barcelona.
- (24) Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- (25) Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Edit. Kairós. Barcelona.
- (26) Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.
- (27) Collell, J., Escudé, C. (2003). L'educació emocional. *Traç, Revista dels mestres de la Garrotxa*, any XIX, num. 37, pp. 8-10.



D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral



Dña. Garbiñe Larralde Urquijo



Dña. Garbiñe Larralde Urquijo

VISUAL THINKING COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN

Dña. Garbiñe Larralde Urquijo

Profesora de Bachillerato y Coordinadora TIC en Colegio Jesús María, Bilbao.

Email: garbinelarralde@gmail.com.

Twitter: @garbinelarralde.

Página web: enredarteayudaaprender.blogspot.com.es

Dña. Itziar López.

Email: itziarlopez@entornoalalengua.com.

Twitter: @itziarlopez_

Página web: www.entornoalalengua.com

*Si una voz te dice en tu interior que no sabes dibujar,
dibuja, y la voz se callará.*

Vincent Van Gogh (1853-1890)

ABSTRACT

En una sociedad en la que lo visual ha sido, en general, relegado del ámbito educativo, se hace cada vez más necesario devolver a la imagen el protagonismo que le ha sido arrebatado y aprovechar su potencial didáctico. En este sentido, el *Visual Thinking* puede convertirse en un poderoso aliado en el aula y una gran oportunidad para la inclusión ya que el carácter universal de las imágenes y su código directo y de fácil interpretación hace que los conceptos e ideas sean accesibles para cualquier cerebro.

PALABRAS CLAVE

Visual Thinking, pensamiento visual, imagen, *Sketchnoting*, *Graphic Recording*, mapas visuales, enseñanza y aprendizaje, prevención, inclusión.

1. EL PODER DE LA IMAGEN

Establecer relaciones entre ideas y dibujos, así como expresar pensamientos por medio de imágenes, no es algo novedoso en la historia de la humanidad y las pinturas rupestres son un buen ejemplo de ello. Y si ya en la prehistoria el ser humano utilizaba el dibujo para comunicar sus ideas y sentimientos frente a una naturaleza que no conocía, es a partir del nacimiento de la escritura jeroglífica en el antiguo Egipto cuando la dialéctica entre imagen y texto terminará convirtiéndose en una constante en la que cada una de estas formas de expresión (la visual y la verbal) fijará sus propia posición, alejándose o aproximándose en mayor o menor medida dependiendo de la época histórica en la que nos encontremos.

La narrativa visual tiene, por lo tanto, una larga historia que nace en las cavernas prehistóricas, continua en los papiros y murales egipcios, se desarrolla en las columnas y arcos conmemorativos levantados durante la época de esplendor del Imperio Romano, aflora en las vidrieras, tapices, retablos y manuscritos religiosos de las iglesias medievales, transita por los libros de notas y diarios de campo que nos regaló el Renacimiento y nos acerca a los primeros libros ilustrados.

Cerca del final de este largo viaje, no podemos obviar la importancia de un lenguaje icónico que nace con la imprenta y que pronto se convertirá en un modo de expresión independiente. Ejemplo de ello son el cómic y las historias gráficas, formados por una sucesión de viñetas ilustradas que dan paso a la novela gráfica y en su camino influyen en otros lenguajes como el grafiti, una manifestación de la cultura urbana de nuestro tiempo, que, en sus orígenes, fusiona el lenguaje textual y el visual para cubrir de mensajes las paredes de las ciudades.

De hecho, es en la actualidad donde lo visual ha cobrado una relevancia inusitada ya que, sin duda alguna, vivimos rodeados de imágenes transmisoras de información: desde los signos convencionales presentes, por ejemplo, en las señales de tráfico; pasando por los pictogramas que podemos encontrar en muchos de los lugares que frecuentamos (hoteles, restaurantes, baños públicos...); o los iconos que nos permiten acceder a las aplicaciones instaladas en nuestros dispositivos móviles (teléfonos, tabletas...); hasta la publicidad, ámbito en el que la imagen cobra una importancia incuestionable, llegando incluso, en ocasiones, a restarle protagonismo al lenguaje verbal. Y esta

combinación entre imagen y texto presente en la publicidad articula, casi sin darnos cuenta, nuestra experiencia diaria y nos guía en actos tan mecánicos como la redacción de un mensaje de WhatsApp en el que el uso de los emoticonos se ha vuelto imprescindible para enriquecer el texto y comunicar el “tono” en el que está escrito, evitando así una lectura errónea del mensaje.

Por consiguiente, la utilización de la imagen como medio de comunicación y transmisión de ideas es algo intrínseco al ser humano que hunde sus raíces en épocas muy lejanas y llega hasta nuestros tiempos. Lo realmente interesante e innovador es el protagonismo que está adquiriendo el uso de la imagen y el pensamiento visual en el ámbito educativo, y este será precisamente el eje principal de este artículo. Para ello nos centraremos en qué es y en qué consiste el pensamiento visual y qué beneficios aporta al mundo de la educación.

2. DEFINICIÓN Y ORÍGENES DEL VISUAL THINKING

El pensamiento visual (o *Visual Thinking* en inglés) consiste en plasmar ideas y pensamientos a través de dibujos sencillos, estableciendo distintas relaciones entre ellos por medio de mapas o esquemas visuales. El objetivo final sería facilitar la comprensión de aquello que queremos transmitir.

A pesar de que esta práctica, consistente en comunicar conceptos e ideas por medio de imágenes -según hemos visto ya-, hunde sus raíces en los tiempos más remotos de la humanidad, el término *Visual Thinking* o pensamiento visual, tan en boga hoy en día, aparece por primera vez en 1969, cuando Rudolf Arnheim, psicólogo y filósofo alemán especializado en arte, publicó su libro **Visual Thinking**. En esta obra, el autor cuestiona la dicotomía entre percepción y pensamiento (imagen y texto) e, influido por la psicología de la Gestalt, propone una nueva forma de entender la relación entre ambos. Así, Arnheim sostiene que la percepción y el pensamiento mantienen una relación indisoluble y defiende que el soporte visual permite proyectar y ordenar nuestras ideas para facilitar el reconocimiento y la memorización de la información que llega a nuestra mente a través de los sentidos.

“El pensamiento puramente verbal es el prototipo del pensamiento impensado, el recurso automático a conexiones almacenadas. Es útil, pero estéril. Lo que hace las palabras tan útiles para el pensamiento,

pues, no puede ser el pensar en palabras. Debe ser la ayuda que las palabras dispensan al pensamiento mientras éste opera en un medio más apropiado, como el de la imagen visual.” (Arnheim, 1986, p. 244)

Habrán de pasar varias décadas para que esta propuesta, que nace en el ámbito de la reflexión sobre las artes, sea revisada y adaptada, en este caso al mundo de la empresa, por el consultor norteamericano Dan Roam en una obra que se convertiría en poco tiempo en un éxito de ventas: **Tu mundo en una servilleta**, donde enseña a resolver problemas y vender ideas mediante dibujos sencillos. Así, Dan Roam sostiene en su libro que la mejor manera de resolver un problema es representarlo visualmente, utilizando como herramientas un bolígrafo y una servilleta, y que un simple dibujo puede ser la más poderosa arma de persuasión existente. En su obra **Bla bla bla**, publicada posteriormente, ahonda en este tema y afirma que las palabras, por sí solas, son insuficientes para resolver los problemas que nos rodean, por lo que ofrece un remedio al que denomina “pensamiento VIVIDO” y que “(...) alude a pensamiento “Visual-Verbal-InterDependiente”, lo cual significa conseguir que nuestras mentes visual y verbal trabajen juntas de nuevo.” (Roam, 2012, p. 97) En definitiva, según Dan Roam, con el “pensamiento VIVIDO” podemos lograr que los temas más complicados resulten sencillos y comprensibles y, a través de numerosos ejemplos, el autor norteamericano demuestra que cualquier persona puede ser capaz de aplicar este sistema, independientemente de las dotes artísticas que posea para el dibujo. Por lo tanto, la tan común afirmación “no sé dibujar” ya no es una excusa para adentrarse en el mundo del pensamiento visual o *Visual Thinking*.

3. FORMATOS DEL VISUAL THINKING Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Dentro del término “*Visual Thinking*” se pueden incluir formatos muy diferentes entre sí pero que comparten un elemento en común: todos tienen como objetivo aproximarse a la información por medio de la comprensión, el análisis y la representación espacial de ideas organizadas en un esquema visual global que supera los límites del necesario desplazamiento secuencial que ha de realizarse en un texto escrito tal y como afirma Arnheim:

“El lenguaje se utiliza linealmente porque cada palabra o conglomerado de palabras alude a un concepto intelectual, y tales conceptos sólo pueden combinarse en sucesión. Dado que las palabras no son imágenes sino sólo signos, la relación espacial comprendida en la expresión “cerezas en los árboles” no puede ilustrarse en la frase verbal, que es una mera enunciación de tres conceptos: cerezas, en, el árbol.” (Arnheim, 1986, p. 259)

Entre los formatos más conocidos del *Visual Thinking*, podríamos mencionar los siguientes: los mapas conceptuales, los mapas mentales, las infografías, los *Sketchnotes*, el *Graphic Recording* o facilitación gráfica y los mapas visuales.

Aunque no es frecuente encontrar este término en la literatura sobre *Visual Thinking*, en este artículo nos centramos en el uso mapa visual y el utilizamos el término, diferenciándolo de mapa conceptual y mapa mental, para unificar en un solo grupo los diagramas y gráficos multivariables que Dan Roam propone para representar secuencias o relaciones complejas entre conceptos.

Elaborar un mapa visual supone ir más allá de la organización jerárquica de los mapas conceptuales e implica superar, asimismo, la estructura radial de los mapas mentales de Tony Buzan. Entendemos los mapas visuales como aquellas estructuras, que a partir del amplio abanico de organizadores o matrices disponibles, nos permiten ordenar la información contenida en cualquier texto. Así, desde las tablas de doble entrada hasta los *Storyboards*, pasando por las líneas de tiempo o los diagramas de Venn, todas ellas son estructuras espaciales que pueden servir a una persona o equipo para organizar la información visual extraída de un texto escrito o audiovisual, recogida en una clase magistral o generada en un proceso de trabajo y otorgar al conjunto un sentido visual global.

El empleo de los mapas visuales en el aula puede enfocarse en dos sentidos:

- Como herramienta de presentación por parte de docentes, quienes pueden convertirse en creadores de mapas visuales con el propósito de resumir y presentar de forma visualmente atractiva los contenidos o procesos que quieren comunicar al alumnado.
- Como herramienta de aprendizaje por parte del alumnado, en el sentido de que, a la hora de elaborar sus propios mapas mentales, necesitan leer la

información, comprenderla, analizarla y sintetizarla para, a continuación, organizarla en un único espacio visual en el que se combine el texto y la imagen de una manera equilibrada y armónica.

4. EL VISUAL THINKING EN LA ENSEÑANZA

4.1. Razones para la utilización del visual thinking

Los cuadernos escolares de nuestra infancia estaban llenos de dibujos. De hecho, antes de aprender a leer o a escribir ya sabíamos dibujar, aunque fuera torpemente, y era precisamente la imagen la que nos ayudaba a representar el mundo que nos rodeaba y a expresar nuestros sentimientos durante aquellos primeros años. Sin embargo, llega un momento en la vida educativa de cualquier niño en la que los dibujos comienzan a arrinconarse y entra en escena la escritura; y es a partir de ese momento cuando, sin apenas darnos cuenta, la expresión mediante dibujos e imágenes va quedando paulatinamente relegada al olvido.

Sin embargo, somos seres visuales. Lo llevamos en el ADN. Nuestro cerebro, según investigaciones recientes, es un órgano eminentemente visual, capaz de procesar una imagen en solo 150 milisegundos. Por ello, a la hora de explicar el recorrido para llegar a un lugar determinado, independientemente de su habilidad con el dibujo, casi todas las personas recurren al trazado de un croquis. En estos casos es fácil comprobar que el mensaje llega al interlocutor de manera mucho más inmediata que si se explica de forma textual. En efecto, una investigación llevada a cabo por 3M Corporation concluyó que la información visual es procesada por el cerebro 60.000 veces más rápido que el formato de texto y los investigadores que afirman que entre el 75% y el 90% de la información transmitida al cerebro es visual. Y si el empleo de imágenes sirve para clarificar el mensaje que queremos transmitir, ¿por qué minusvalorar, o incluso olvidar, el enorme potencial de la imagen?

En cualquier caso, no se trata de denostar ni arrinconar la palabra sino de devolver a la imagen el poder de seducción y comunicación que la escuela le ha ido arrebatando con el paso de los años. Efectivamente, la tendencia a sobrevalorar el texto escrito y a considerar la palabra como el medio más

adecuado y efectivo de comunicación, unido a la falsa creencia de que muchas personas no tienen capacidad para crear imágenes, ha acabado relegando lo visual a un segundo plano. Y no se trata ahora de invertir los términos sino de armonizarlos, de favorecer también el pensamiento visual como herramienta para el aprendizaje.

4.2. Técnicas y recursos

Hemos visto que el *Visual Thinking* nos ayuda a pensar y a comunicar mejor nuestras ideas, y aunque es cierto que determinados formatos de *Visual Thinking* nos permiten desterrar el lápiz, en otros casos el uso del dibujo es imprescindible, por lo que, antes de introducirnos en esta práctica, es conveniente conocer algunos recursos que nos ayudarán a eliminar el miedo a dibujar y convertirán nuestra experiencia en algo placentero. Rompamos, pues, con ese bloqueo que nos impide en ocasiones adentrarnos en el interesante mundo del *Visual Thinking*.

4.2.1. Los patrones visuales

Según los teóricos de la Gestalt, las imágenes mentales que generamos a partir de la interacción con la realidad no son la simple unión de las secuencias de información que captamos a través de los sentidos, sino que nuestra mente interpreta la realidad en base a una serie de “formas” o “patrones mentales” que vamos creando, sin darnos cuenta, como un todo global. Esta teoría, que está en el origen del Pensamiento Visual propuesto por Rudolph Arnheim, defiende que la mente humana está continuamente creando estos modelos mentales a partir de lo que percibe, identificando las características particulares de los objetos para situarlos en estas estructuras complejas en las que se integran.

El pensamiento requiere algo más que la formación y asignación de conceptos. Exige la aclaración de relaciones y el descubrimiento de la estructura oculta. La confección de imágenes sirve para que el mundo cobre sentido. (Arnheim, 1986, p. 270).

Por lo tanto, para expresar nuestras ideas de un modo visual, es preciso, en primer lugar y dependiendo del contenido que queramos plasmar en el

papel, definir la estructura o patrón que va a servir de base para organizar y entrelazar los diferentes conceptos de nuestro texto.

Para realizar este proceso, Dan Roam, experto en Visual Thinking, propone en Tu mundo en una servilleta realizar una serie de pasos muy concretos: mirar, ver, imaginar y mostrar.

- Mirar consiste en observar y absorber toda la información que nos rodea para entender y sintetizar los conceptos y convertirlos en imágenes simples que recojan ese significado.
- Ver implica seleccionar y agrupar aquello que consideramos más interesante, identificando la estructura o patrón que subyace a la información a la que queremos dar forma visual.
- Imaginar conlleva ver más allá de lo que nuestros sentidos pueden captar y “dibujar” en nuestra mente esa estructura que hemos identificado y basarnos en ella para organizar los diferentes conceptos e ideas que participarán en la representación.
- Mostrar supone plasmar sobre el papel la estructura seleccionada para mostrársela a los demás, utilizando para ello dibujos muy sencillos y palabras o frases breves.

4.2.2. ¿Cómo convertir las ideas en imágenes?

Ahora bien, es posible que hayamos seguido todos los pasos del *Visual Thinking* propuestos por Dan Roam pero nos sintamos incapaces de dibujar, de plasmar con imágenes sencillas aquellos objetos, personas, conceptos o ideas que queremos representar de manera visual. Veamos cómo hacerlo.

a) Dibujo de personas y objetos

Aunque dibujar personas puede parecernos, a priori, una tarea complicada, existen fórmulas que nos permiten hacerlo de una manera sencilla. Así, por ejemplo, utilizar una determinada forma geométrica (estrella, cuadrado, triángulo, circunferencia...) como base corporal y líneas rectas para las extremidades, sin olvidar las articulaciones, facilita la representación de diferentes posturas y movimientos que reflejan las acciones que están llevando a cabo los personajes.

La expresión facial de los personajes que dibujamos es muy importante a la hora de reflejar sentimientos y emociones. Para lograr esta expresividad se utilizan los ojos, las cejas y la boca como elementos principales. Hoy en día solo tenemos que buscar referencias en el mundo del cómic o basarnos en las diferentes expresiones de los emoticonos que circulan en las redes sociales para proporcionar a los personajes que dibujamos la expresión que buscamos.

Para dibujar objetos, al igual que para dibujar personas, se puede recurrir también a las mismas formas geométricas básicas.

b) Dibujo de acciones e ideas abstractas

Dibujar acciones o ideas es una tarea más compleja que dibujar personas u objetos ya que demanda la puesta en marcha de un nivel de abstracción superior. Sin embargo, el empleo de metáforas visuales como las utilizadas en el cómic o en la publicidad, pueden ser una fuente inagotable de inspiración. Por otro lado, algunas metáforas lingüísticas son muy visuales por lo que podrán servirnos como base para expresar ideas. También podría ser de gran ayuda consultar **Marrazkiari beldurrik ez**, un libro en dos partes digitalizado por HABE y disponible en Ikasbil, en el que se explica cómo hacer dibujos sencillos de personas, objetos y acciones.

c) Dibujo de letras

La función de las letras en el *Visual Thinking* es la de acompañar a la imagen y fortalecer el significado o clarificar la información. En este sentido, el tipo, el tamaño y el grosor de la letra utilizada contribuye a expresar nuestras ideas de forma más eficaz. En cualquier caso, para conseguir que el texto sea no solo legible sino también estéticamente agradable a la vista, es conveniente distanciarse un poco de la escritura convencional y pensar que no estamos escribiendo sino dibujando palabras. Y también es importante cuidar el espacio entre las letras, la longitud de la línea, el interlineado y la justificación.

d) Dibujo de contenedores

Los contenedores son aquellos recursos visuales que nos permiten agrupar varias ideas en un solo bloque. Así, una hoja de cuaderno o libro puede ser utilizada para anotar un listado; las formas de las señales, para indicar

peligros y prohibiciones; los diversos tipos de bocadillos sirven para indicar conversaciones, pensamientos o dar informaciones varias, y elementos como cartelas, marcos y demás contenedores se usan para resaltar conceptos claves y darles mayor presencia. También la viñeta, rodeada de una línea continua o punteada, es otro elemento que se usa en los mapas visuales para ordenar conceptos, establecer categorías y generar bloques que ayuden a entender las clasificaciones.

e) Dibujo de conectores

Otro de los elementos fundamentales a la hora de organizar la información sobre el papel son los conectores, que se utilizan para representar las relaciones entre las personas, los objetos y los sucesos. Así, por ejemplo, las flechas conectan puntos o secciones y ordenan la lectura indicando el sentido de lectura, mientras que las líneas suelen emplearse para separar bloques de información.

f) Extras

El color y las sombras que proyectan letras, personajes u objetos, así como los sombreados que dan cierta sensación de volumen a los mismos, son también elementos fundamentales para dar un buen acabado a nuestros dibujos.

Para finalizar, es importante ir creando poco a poco, a partir de los dibujos que vayamos haciendo, nuestro propio diccionario visual, es decir, una especie de catálogo que recoja aquellos objetos o conceptos que más utilicemos y al que podamos recurrir de forma rápida cuando los necesitemos.

CONCLUSIÓN

En un mundo en el que gran parte de la comunicación visual, tan importante para el ser humano, ha sido relegada, y la alfabetización escrita y verbal se ha convertido en el eje angular alrededor del cual gira todo el sistema educativo, es labor de todo el profesorado contribuir a la alfabetización visual del alumnado, aprovechando para ello el enorme potencial que tiene el pensamiento visual o *Visual Thinking* como para la inclusión de todo tipo de alumnado en los procesos de aprendizaje que se dan en el aula.

REFERENCIAS

- Arnheim, R., (1986), Pensamiento visual (Rubén Masera, trad.), Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Obra original publicada en 1969).
- Buzan, T., (1996), El libro de los mapas mentales (Equipo editorial, trad.), Barcelona, España: Ediciones Urano, S.A. (Obra original publicada en 1993).
- Cairo, A., (2011), El arte funcional: infografía y visualización de la información, Madrid, España: Alamut Ediciones.
- De Pablo, F. y Lasa, M., (2015), ¡Dibújalo! Innova, crea y comunica de manera visual, Madrid, España: Lideditorial
- Edwards, B., (2011), Nuevo aprender a dibujar con el lado derecho del cerebro (Carles Andrew y Librada Piñero), Barcelona, España: Ediciones Urano
- Rhode, M., (2013), The Sketchnote Handbook, Berkeley, United States: Pearson Education (US).
- Roam, D., (2012), Bla, bla, bla: qué hacer cuando las palabras no funcionan (Sigrid Guitart y Ana García Bertrán, trad.), Barcelona, España: Centro Libros PAF, S. L. U. (Obra original publicada en 2011).
- Vidal, F. y Artola, M., (2015), Pensamiento visual, Murales para innovar, Bilbao, España: Ediciones Mensajero.

PROFUNDIZANDO EN EL SIGNIFICADO DE LA INCLUSIÓN ESCOLAR

Dña. María Isabel Villaescusa Alejo

Directora del CEFIRE Específic d'Educació Inclusiva

Servei de Formació del Professorat

Secretaria Autònoma d'Educació i Investigació

El concepto de inclusión educativa es tan amplio y abarca tantas cuestiones diferentes que promueve distintas lecturas asociándose con frecuencia únicamente a la atención educativa del alumnado con discapacidad. Por lo que antes de profundizar en este tema conviene compartir una definición consensuada:

“La educación inclusiva se define como un proceso orientado a responder a la diversidad de los estudiantes incrementando su participación y reduciendo la exclusión en y desde la educación. Está relacionada con la presencia, la participación y los logros de todo el alumnado, con especial énfasis en aquel que, por diferentes razones, está en situación de mayor vulnerabilidad” (UNESCO, 2015).

A partir de esta definición tenemos distintos elementos que nos pueden guiar hacia una mayor comprensión de lo que implica este nuevo marco de referencia, este nuevo prisma con el que mirar la escuela como auténtica compensadora de desigualdades personales, culturales, económicas y sociales y promotora de equidad.

La educación inclusiva tiene que ver con todo el alumnado en todos los contextos tanto presentes como futuros. Y requiere un profesorado transformador, convencido de que ellos son quienes en el presente pueden mejorar la capacidad de aprender de todos sus estudiantes.

La inclusión es un proceso y como tal no ocurre espontáneamente, requiere una planificación que tenga prevista la respuesta educativa a las situaciones de vulnerabilidad o de exclusión que deben abordarse desde la escuela, como suele

darse en situaciones de consumo en adolescentes. Tampoco es una suma de medidas que el profesorado desarrolla individualmente, sino que se trata de una construcción colectiva que requiere la participación de los distintos miembros de la comunidad educativa, incluyendo el propio alumnado y sus familias.

Responder a la diversidad desde esta perspectiva implica eliminar las barreras que el alumnado puede encontrar en el contexto escolar creando ambientes de aprendizaje que sean flexibles y eficaces y que se adapten a las necesidades que en cada momento puedan presentar. A lo largo de su escolarización algunos estudiantes presentarán necesidades de apoyo amplias, intensas y permanentes y otros las tendrán durante un periodo limitado -o de manera puntual- en un momento de mayor vulnerabilidad o riesgo. Cualquiera que sea el caso, la escuela debe estar preparada para organizar sus recursos y proveer el apoyo necesario en cada situación (Villaescusa, 2017).

Otro elemento fundamental en la escuela inclusiva es que *incluir* significa que todo el alumnado no solo debe estar presente en la escuela, sino también que participar y aprender junto a sus compañeros. De forma que se garantice una educación de calidad a la que todos tienen acceso, una igualdad de oportunidades para participar en todas las experiencias de aprendizaje que permiten la convivencia y el desarrollo del sentimiento de pertenencia a la comunidad educativa y un aprendizaje que le permita el máximo desarrollo académico posible considerando sus necesidades, características e intereses.

Como indica la definición de la UNESCO, la educación debe poner especial atención a las situaciones de riesgo de exclusión o mayor vulnerabilidad. Algunas de estas situaciones son más evidentes que otras, la exclusión en la participación social y en la interacción entre iguales a menudo no suelen ser tan evidentes y la inclusión en este sentido es fundamental en la creación de entornos sociales protectores. Numerosos estudios apuntan la eficacia de las estrategias de prevención de consumo de drogas que van más allá de la educación para la salud poniendo el foco en la promoción de entornos sociales positivos (George C. Patton, 2006).

En este sentido, la escuela inclusiva es la que comparte una cultura que no solo valora la diversidad de su alumnado sino que crea un entorno amable, que la hace más acogedora, convirtiéndola en un espacio de bienestar y crecimiento para todos. Donde un elemento clave es la creación de redes de apoyo donde

aprender y compartir en todos los niveles, redes de profesorado, de familias, de alumnado, redes entre centros educativos.

Hablamos de una escuela abierta en la que las paredes de las aulas se desdibujan y los límites entre la escuela y el barrio desaparecen constituyendo un mismo espacio de aprendizaje. El llamado apego al barrio se señala como un factor de protección contra el consumo. Las experiencias de aprendizaje servicio (ApS) son un buen ejemplo. Se trata de un método que une aprendizaje escolar y servicio a la comunidad. En el documento **“60 Buenas prácticas en aprendizaje servicio”** Roser Batlle (2013) nos muestra como un grupo de jóvenes de un centro comunitario se forman como dinamizadores para organizar y llevar a cabo programas de ocio nocturno alternativo para otros jóvenes del barrio promoviendo el aprendizaje acerca del consumo del alcohol y otras drogas, el conocimiento de recursos lúdicos, el desarrollo de habilidades organizativas y comunicativas y el trabajo en equipo.

Numerosos estudios resaltan la importancia de promover conductas prosociales como factor de protección del consumo de alcohol y cannabis en la etapa adolescente. En Hernández-Serrano, O. et al (2016) la variable que mejor predijo el consumo de alcohol y cannabis fue la conducta prosocial.

La conducta prosocial se asocia con el establecimiento de conductas de carácter voluntario y empáticas dirigidas al beneficio de otros, tales como ayudar en los deberes o escuchar a otros cuando quieren hablar sobre un problema (Hernández-Serrano, 2016). Son muchos los centros educativos que promueven la puesta en marcha de programas de tutoría y ayuda entre iguales, también llamados *Pigmaliones*, que irían en esta línea.

En la etapa adolescente la conducta prosocial también se relaciona con el autoconcepto que va configurando el sentimiento de competencia para afrontar las situaciones a partir de las experiencias de éxito y fracaso. Un contexto educativo inclusivo es el que promueve un autoconcepto académico positivo haciéndonos sentir competentes, que permite que si nos equivocamos aprendamos de los errores y que tiene altas expectativas sobre lo que cada uno es capaz de aprender. Sin oportunidades de éxito, fracasando una y otra vez, acabamos abandonando cualquier cosa que hagamos.

Siguiendo este hilo llegamos a otra de las claves de la prevención del consumo en jóvenes: prevenir del abandono escolar. Se considera el abandono escolar temprano como indicador de riesgo de consumo (Kimberly L. H., et al., 2012),

por lo que es necesario contar con medidas para evitarlo en momentos críticos de mayor vulnerabilidad. Dentro de los programas destinados a este fin está el PMAR (Programa de Mejora del Aprendizaje y del Rendimiento) que organiza el contenido por ámbitos en grupos más reducidos que permiten un mayor seguimiento y metodologías más activas y personalizadas. El alumnado que ha cursado este programa y que pasa a 4º ESO probablemente va a tener muchas dificultades académicas, por lo que en la Comunidad Valenciana contamos con el programa de refuerzo de 4º ESO (PR4) para que el alumnado que ha cursado 3º PMAR pero también para el que por distintas razones no está en disposición de titular, que ha repetido el tercer curso o cursado una vez el cuarto. Se configura de manera similar al PMAR por ámbitos, muy parecido al desaparecido Programa de Diversificación Curricular.

También contamos con los llamados Programas de Aula Compartida (PAC) dirigidos a dar respuesta al alumnado, de entre 14 y 16 años, en riesgo de exclusión social que presenta conductas disruptivas, dificultades de adaptación escolar y tendencia al absentismo o abandono. Requieren un acuerdo de colaboración con corporaciones locales o entidades colaboradoras con experiencia en trabajo socioeducativo con adolescentes en riesgo de exclusión social, en las que se desarrollan talleres que complementan los ámbitos académicos que se desarrollan en el centro escolar.

El bienestar emocional en un contexto social tiene que ver con la aceptación y con el sentimiento de pertenencia, una persona se siente miembro de un grupo o de una comunidad cuando es reconocido por el resto de miembros y, como consecuencia, siente el deseo de participar y muestra solidaridad y ayuda mutua. El reconocimiento y la aceptación son lo que aseguran al adolescente un concepto positivo de sí mismo (Fierro, 1991).

Por otra parte, el uso masivo de las tecnologías ha creado en el mundo digital nuevos contextos de relación social y de desarrollo personal que son tan reales y tan potentes, y que activan tantas emociones como los contextos del mundo físico. Las relaciones sociales en las redes se caracterizan por el intercambio y la interacción continuos, lo que constituye un contexto social mucho más complejo.

La construcción de la identidad personal, tarea fundamental de la adolescencia, está en este momento compuesto tanto de experiencias directas como de las experiencias virtuales que van configurando el autoconcepto. Las redes sociales permiten al adolescente ensayar identidades y coquetear con distintos estilos

estéticos, ideologías, valores, etc. En internet hay grupos de todo tipo, el sentido de pertenencia y la influencia del grupo de iguales se expande por la red y se fortalece por la gran interactividad intragrupal y la rapidez en la comunicación, junto con la información redundante que da sensación de totalidad y una visión aparentemente autosuficiente del mundo. Surgen así nuevos procesos de identidad y cohesión grupal, multiplicando los efectos de presión o influencia mutua del grupo pertenencia, de rechazo y de conflictos (Villaescusa, 2015).

La inclusión educativa no significa nada si no tiene continuidad en el contexto social, es necesario considerar todos los contextos en los que vive nuestro alumnado y hoy en día sería una realidad incompleta si no consideramos sus interacciones en las redes sociales y sus efectos, negativos a veces, pero también positivos. Aumenta la presión de grupo, aumentan los retos, la deseabilidad social... En varios estudios se ha señalado reiteradamente la influencia de las redes sociales en las distintas etapas de la carrera adictiva (inicio, habituación y cese). Sin embargo, también existen abundantes pruebas de que una red social estable, activa, sensible y con un alto nivel de apoyo ejerce un impacto positivo en la salud de sus miembros, ya que incrementa las posibilidades de recuperación de cualquier enfermedad y promueve la utilización oportuna de los servicios de salud. La mayoría de los estudios sobre tratamiento han destacado la importancia del apoyo familiar y de los amigos tanto para una búsqueda oportuna de atención como para obtener resultados positivos durante y después del tratamiento (Galván et al, 2018)

Un último elemento de la escuela inclusiva es que se considera que hay una serie de creencias o actitudes respecto al proceso de inclusión que al interactuar con las condiciones personales, sociales o culturales de determinados alumnos o grupos de alumnos constituyen barreras que generan exclusión, marginación o fracaso escolar (Ainscow y Echeita, 2011).

La escuela para todos y todas es la que cuenta con mecanismos para identificar las barreras que impiden la inclusión de todo su alumnado en términos de presencia, participación y logros y que planifica la respuesta educativa de forma que elimine o reduzca esas barreras, constituyéndose como un marco protector de todo su alumnado.

En el caso de la prevención del consumo de drogas la intervención se dirige a identificar los factores de riesgo y a fomentar los factores de protección. El

National Institute on Drug Abuse, señala en su web tres principios de prevención en el ámbito escolar:

- 1) Intervención tan temprana como sea posible que identifiquen los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas.
- 2) Los programas de prevención para los niños de la primaria deben dirigirse a mejorar el aprendizaje académico y socio-emocional para trabajar sobre los factores de riesgo para el abuso de drogas como la conducta agresiva, el fracaso académico y el abandono de los estudios.
- 3) Los programas de prevención para los estudiantes de secundaria deben aumentar la competencia académica y social.

La inclusión social, la promoción de entornos sociales positivos y redes de apoyo en los centros y su continuidad en los barrios y en el ciberespacio, la prevención del abandono escolar y la promoción de la competencia académica junto con el desarrollo de la competencia emocional y social se han visto los elementos más eficaces en los programas o proyectos educativos de prevención de adicciones.

La transformación de las escuelas tomando el marco y los valores de la inclusión educativa lleva tiempo y no es un proceso sencillo. Requiere cambiar culturas, políticas y prácticas. Es imprescindible contar con toda la comunidad educativa, porque cualquier proyecto, para que tenga éxito en la escuela, necesita la participación de todos. Las condiciones de colaboración y participación de este contexto escolar propiciará el desarrollo de programas de prevención e intervención que han mostrado ser más eficaces, los que incluyen la actuación conjunta en el ámbito social, familiar y escolar.

REFERENCIAS

Ainscow, M y Echeita, G. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*, nº 12 pp. 26-46. (Disponible en internet en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/661330>)

Batlle, R. (2013). 60 Buenas prácticas de Aprendizaje Servicio (Disponible en internet en: <https://roserbatlle.net/aprendizaje-servicio/guias-practicas/>)

Kimberly L. H., et al. (2012). School Disengagement as a Predictor of Dropout, Delinquency, and Problem Substance Use During Adolescence and Early Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 2012, Volume 41, Number 2, Page 156.

Fierro, A. (1991). Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En Palacios, Marchesi y Coll (comp.) *Desarrollo psicológico y educación I* (pp. 327-339). Madrid: Alianza Editorial.

Galván, Jorge, Serna, Guadalupe y Hernández, Alejandro. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud mental*, 31(5), 391-402. (Disponible en internet en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500007&lng=es&tlng=es)

George C. Patton, et al. (2006). Promoting Social Inclusion in Schools: A Group-Randomized Trial of Effects on Student Health Risk Behavior and Well-Being. *American Journal of Public Health* 96, no. 9 (September 1, 2006): pp. 1582-1587.

Hernández-Serrano, O. Espada, J. y Guillén-Riquelme, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de Psicología*. 32, 609-616 (Disponible en internet en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>)

National Institute on Drug Abuse (NIDA) <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents-in-brief/prevention-principles>

Núñez, M. T. (2010). La formación del profesorado para la inclusión educativa, *II Congreso Iberoamericano sobre el Síndrome de Down: La Fuerza de la visión compartida*. Granada.

UNESCO (2015). Declaración de Incheon. Obtenido el 23 de abril de 2017 de: <http://es.unesco.org/world-education-forum-2015/about-forum/declaracion-de-incheon>

Villaescusa, M. I. (2015). Ciudadanos digitales: nuevos contextos de desarrollo personal, social y de aprendizaje. En Buciega y Soto (dir.) *Rizomatrans. Contextos, identidades y voces* (pp. 24-30). Catarroja: Edicions Florida. (Disponible en internet en: direduca.florida.es/documentos/RizomatransDiversidad.pdf)

Villaescusa Alejo, M. I. (2017). Accesibilidad emocional para el aprendizaje y la participación en la escuela inclusiva. En A. Caruana Vañó y N. Albaladejo-Blázquez (Coords.), *Emociones en Secundaria. AEMO. Programa de alfabetización y gestión emocional* (pp. 17-24). Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.



Dña. María Isabel Villaescusa Alejo



Dña. María Isabel Villaescusa Alejo

MESA REDONDA

ACTUACIONES CONCRETAS EN PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES; NOS MOVEMOS

Modera: D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador CSIC. UISYS (CSIC-Universitat de València). Ingenio (CSIC-UPV).

El uso de alcohol y otras drogas es ampliamente reconocido como un importante problema de salud mundial y es particularmente problemático entre los jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, el 5,9% y el 1% de las muertes son atribuibles al consumo de alcohol y drogas ilícitas, respectivamente. Las muertes atribuibles al alcohol aumentaron del 3,8% en 2004 al 5,9% en 2012, y los niveles de uso de drogas ilícitas no han disminuido entre 2005 y 2010 (OMS, 2014). Aproximadamente tres cuartas partes de los adolescentes de 12-17 años de edad han probado el alcohol y uno de cada seis ha probado alguna droga ilícita. Estos datos son particularmente alarmantes debido a que la iniciación temprana en el uso de sustancias se asocia con un mayor riesgo de daños a corto y largo plazo relacionados con el consumo de alcohol y de otras sustancias (OMS, 2014), así como trastornos comórbidos de la salud mental, como depresión y ansiedad, entre otros (Behrendt et al., 2009; Newton et al., 2017).

El cannabis es la droga ilícita más utilizada a nivel mundial y su consumo está ganando cada vez más atención, ya que varios países y estados norteamericanos han aprobado leyes sobre la legalización de la marihuana. Por ello, existe una gran preocupación de que se incrementen las tasas de prevalencia de abuso de cannabis entre adolescentes (Miech et al., 2015). Los riesgos a corto y largo plazo asociados al consumo de cannabis durante el período de desarrollo de la adolescencia han sido investigados y publicados en la literatura. De acuerdo con el meta-análisis de Lize et al. (2017), el consumo temprano de cannabis en la adolescencia se ha relacionado con la adicción en la edad adulta (Chen et al., 2009; López-Quintero et al., 2011). Además, se ha encontrado que los

estudiantes que fuman marihuana tienen más probabilidades de obtener calificaciones más bajas, participan menos en clase y sus tasas de asistencia a la escuela son más bajas en comparación con los no usuarios de esta droga (Cox et al., 2007). El consumo de marihuana en adolescentes también se ha relacionado con deficiencias cognitivas por sus consecuencias sobre la memoria y el bajo rendimiento en el trabajo (Wright, 2015). Algunos trabajos también han demostrado un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la edad adulta tras el consumo temprano de cannabis (Wright, 2015). Además, según Agosti y Levin (2004) solo una tercera parte de las personas que cumplen los criterios de dependencia del cannabis buscan tratamiento. De aquellos que buscan tratamiento, solo otra tercera parte reducen significativamente su uso. Dado el alcance de los efectos adversos asociados al uso temprano de cannabis y los resultados no todo lo satisfactorios que serían deseables, la prevención primaria del consumo de cannabis es fundamental. Sin embargo, a pesar de la creciente evidencia de que el consumo de cannabis está asociado con efectos adversos para la salud, el conocimiento sobre estrategias preventivas es todavía limitado (Norberg et al., 2013).

En relación con la cocaína, se estima que hay varios millones de usuarios de crack-cocaína en todo el mundo. La mayoría de los usuarios de crack están marginados socioeconómicamente (por ejemplo, personas sin hogar) y presentan riesgos elevados de morbilidad (por ejemplo, virus transmitidos por la sangre como el VIH y conductas sexuales de alto riesgo), mortalidad y participación delictiva o violenta. No se han publicado revisiones exhaustivas sobre las intervenciones de prevención y tratamiento basadas en evidencias específicas sobre el consumo de crack (Fischer et al., 2015). Los resultados de algunos estudios sobre medidas de prevención como, por ejemplo, la distribución de kits para el uso de crack más seguro muestran una eficacia modesta en la reducción del riesgo; diversas intervenciones de tratamiento psico-social muestran una eficacia positiva pero también limitada a corto plazo, pero probablemente constituyen las mejores opciones de tratamiento actualmente disponibles. Por otra parte, el tratamiento farmacológico no ha producido evidencia convincente. En definitiva, no existen intervenciones de prevención y tratamiento eficaces para el abuso de crack, por lo que se necesitan urgentemente nuevas investigaciones para mejorar la eficacia de las intervenciones.

La prevención efectiva de las adicciones es, por lo tanto, un gran reto que hay que afrontar desde todas las perspectivas posibles. De acuerdo con Newton et al.

(2017), la prevención puede abordarse desde tres enfoques: “universal”, “selectivo” e “indicado”. Los programas universales están diseñados para toda la población y se aplican en un entorno específico; los programas selectivos solo se administran a grupos de población específicos, como pueden ser los adolescentes, en función de su riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancia; y los programas indicados están dirigidos a personas que experimentan signos tempranos de problemas de uso de sustancias (Offord, 2000). Los programas universales tiene la ventaja de que obtienen mayores efectos pues su diseminación a nivel de la población es más amplia y, además, permiten evitar la estigmatización que puede ocurrir al dirigirse a las personas de alto riesgo.

Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis respaldan la importancia de implementar programas de prevención del abuso de sustancias durante los años de escuela intermedia (Lize et al., 2017). Estos metaanálisis han identificado que los programas que han adoptado enfoques basados en habilidades psicosociales con diseños interactivos, o aquellos que involucran a los participantes en el desarrollo de habilidades y el compromiso con otros participantes, son más efectivos para prevenir el abuso de sustancias entre los adolescentes que los programas didácticos o los programas que usan charlas y conferencias (Lize et al., 2017). Por otra parte, la implementación de sesiones de refuerzo conduce a una mayor y más duradera eficacia del programa (Norberg et al., 2013).

Para prevenir y reducir el consumo de alcohol y otras drogas se han implementado intervenciones ofrecidas a través de Internet, especialmente entre jóvenes o estudiantes (Tait y Christensen, 2010; Rooke et al, 2010), aunque limitadas a países desarrollados. Estos programas ofrecen información educativa sobre el consumo de alcohol y el abuso de sustancias, factores de riesgo, costos asociados con el consumo, consecuencias perjudiciales, consejos para la reducción de daños y para cambiar los hábitos de comportamiento (Riper et al., 2009). Una de las ventajas de los programas implementados a través de Internet es que pueden utilizarse a gran escala, su acceso es fácil, suelen tener un costo bajo y respetan la privacidad de los participantes (Kypri et al., 2008). Por otra parte, mejoran la participación de los estudiantes mediante la inclusión de elementos audiovisuales, retroalimentación personalizada y adaptada y enlaces a las redes sociales, creando un entorno interactivo. Esto es importante dado que el uso de elementos interactivos se ha identificado como un ingrediente clave de la prevención eficaz de las adicciones.

La actividad física, el deporte y otras intervenciones relacionadas orientadas a la salud tienen un impacto en la prevención, reducción y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas y tienen el potencial de ser rentables, flexibles, accesibles, aceptables en todo el rango de niveles de uso, con un menor riesgo de que se produzcan efectos secundarios en comparación con el tratamiento farmacológico (OMS, 2017). Sin embargo, algunos estudios prospectivos indican que la participación de adolescentes y jóvenes en determinados deportes se asocia con un aumento en el consumo de alcohol pero una disminución en el uso de drogas ilícitas (Kwan et al., 2014). No obstante, es posible que tales estudios no hayan eliminado algunos factores de confusión, por lo que es necesario realizar revisiones sistemáticas de las intervenciones basadas en la actividad física y el deporte para la prevención, reducción y tratamiento del consumo de alcohol y otras sustancias que también incluyan una búsqueda exhaustiva de literatura gris para generar implicaciones que sean útiles en la práctica y la política de toma de decisiones.

Por otra parte, los resultados de una reciente revisión sistemática (Newton et al., 2017) indican que las intervenciones basadas en los padres (es decir, aquellas enfocadas únicamente en los padres) pueden ser efectivas para prevenir las adicciones al mejorar la comunicación entre padres e hijos, el establecimiento de reglas y el seguimiento o control.

Para hablar de estos temas que están muy relacionados con los contenidos de la Mesa Redonda que nos ocupa: **“Actuaciones concretas en prevención de las adicciones; nos movemos”**, contamos con las aportaciones de varios expertos que nos transmitirán sus experiencias en este campo.

En primer lugar **D. Ricardo Pérez Gerada**, responsable de Prevención Comunitaria del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD/UPCCA-València) del Ayuntamiento de Valencia, presentará la ponencia **“Sistema endocannabinoide. Cannabinoides, un relato preventivo”**.

En segundo lugar y compartiendo mesa y ponencia, intervendrán **D^a. Inma Pellicer**, **D^a. María Belenguer** y **D^a. M^a José Aparisi**, Orientadora y alumnas del IES Jordi de San Jordi de València, que presentarán la ponencia **“Buenas prácticas en prevención. Emprendimiento juvenil”**.

REFERENCIAS

Behrendt S, Wittchen H, Hofler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend* 2009;99:68–78.

Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*. 2009;34(3):319–322.

Cox RG, Zhang L, Johnson WD, Bender DR. Academic performance and substance use: findings from a state survey of public high school students. *Journal of School Health*. 2007;77(3):109–115.

Fischer B, Blanken P, Da Silveira D, Gallassi A, Goldner EM, Rehm J, Tyndall M, Wood E. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: a comprehensive narrative overview of English-language studies. *Int J Drug Policy*. 2015; 26(4): 352-63.

Kwan M, Bobko S, Faulkner G, Donnelly P, Cairney J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: a systematic review of longitudinal studies. *Addict Behav*. 2014; 39: 497–506.



D. Rafael Alexandre Benavent



Dña. María Belenguér, Dña. Inma Pellicer, D. Rafael Alexandre y D. Ricardo Pérez

NUESTRO SISTEMA ENDO-CANNABINOIDE (SEC). CANNABINOIDES, NATURALES Y DE SÍNTESIS.

D. Ricardo Pérez Gerada

Responsable Prevención Comunitaria. PMD/UPCCA-València.

INTRODUCCIÓN

El cannabis es una droga ilegal hasta la fecha. Sin embargo, nuestra sociedad es muy tolerante con su consumo.

Lo anterior no es producto de la casualidad sino que responde a estrategias que vienen desarrollándose desde hace años por diferentes grupos de interés y que pueden seguirse a través de Internet. Ejemplo:

1. Grupos de presión procánnabis:

Keith Stroup, director de NORML (La Organización Nacional para la Reforma de las Leyes de la Marihuana) en las declaraciones que hizo en 1979 a la revista “The Emory Wheel”, periódico independiente dirigido por los estudiantes de la Universidad Emory en Atlanta (EEUU) decía:

“Vamos a utilizar (marihuana medicinal) como cortina de humo para darle un buen nombre a la marihuana”.

“La clave (para su legalización) está en mantener el apoyo de los no fumadores porque esta batalla no la ganaremos los amantes de la marihuana, sino los detractores de la prohibición”.

2. La industria agro-química:

Con acciones dirigidas a concentrar y monopolizar la investigación y la producción de semillas de cannabis transgénicas en unas pocas manos.

1990. HORTAPHARM: Tiene uno de los mayores “Banco de Semillas” de cannabis transgénicas.

1998. GW Pharmaceuticals firma un acuerdo con HORTAPHARM para usar “su cannabis” en sus investigaciones. Con ello GW controla este “Banco de Semillas” de HORTAPHARM.

2003. BAYER firma un acuerdo con GW Pharmaceuticals para poder utilizar sus semillas en sus investigaciones y para la comercialización de SATIVEX.

2007. BAYER firma un intercambio de tecnología con MONSANTO.

2009. GW Pharmaceuticals crea una planta nueva de cannabis, “una nueva especie” propiedad del laboratorio.

2016. Los Laboratorios BAYER compran Monsanto por 66.000 millones de euros, convirtiéndose así en uno de los mayores proveedores de semillas transgénicas del mundo.

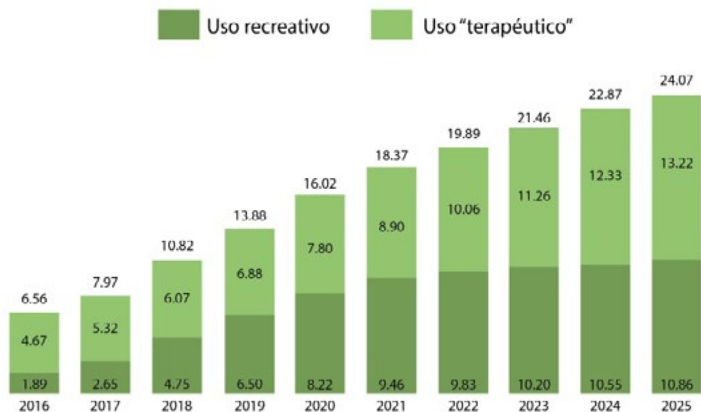
3. Con acciones dirigidas a través de Gobiernos.

- 2012. Campaña de Sensibilización en Uruguay por “Una legalización más clara y más Justa”. Se dice que fue financiada con 3,4 millones de dólares, el 60% de la campaña, por Open Society Foundations (OSF) cuyo presidente es un magnate de los negocios muy conocido y uno de los mayores accionistas de Monsanto.
- 2013. El Senado de Uruguay, en diciembre aprueba la “Ley de Legalización del Cultivo de Cannabis”.
- Múgica, Presidente de Uruguay, pide que la planta de cannabis que se cultive en su país tenga un código genético propio. Un monocultivo, sin diversidad genética como ocurre con otras plantaciones extensas de maíz o soja tan censuradas por los movimientos ecologistas.

4. Fondos de inversión y consultoras: “El negocio legal de la maría” es explotado como fuente de riqueza

Forbes (revista de Estados Unidos, especializada en temas de finanzas y del mundo de los negocios) publicó en el 2015 que “las empresas que explotan legalmente el sector del cannabis en EEUU movieron n ya 5.700 millones de dólares”.

MECADO DE LA MARIHUANA EN EEUU



Dinero mercado del cannabis. Millones de dólares.

Proyección. Estimación estadística. Forbes

Como vemos en esta gráfica se superan las previsiones ya en el 2016.

ANTECEDENTE HISTÓRICO

Un antecedente histórico del comercio de sustancias con capacidad de crear adicción y alterar la conducta:

Estados Unidos surge como nación independiente (1776), frente a Gran Bretaña como consecuencia de la lucha de ambas naciones por el monopolio del comercio del té. Esto se tradujo en un gran revés económico para Gran Bretaña y para la Compañía Británica de las Indias Orientales que centraron su comercio en América. Para su recuperación económica se ven obligados a trasladar sus intereses comerciales de América a China, utilizando el opio como moneda de cambio. Consecuencias:

- Los fondos de inversión ganan mucho dinero

-
-
- Las naciones cultivadoras y proveedoras de opio no salen de la pobreza: Turquía y la India.
 - En China, el país que lo consume, se genera un gravísimo problema de Salud Pública y económico, en quiebra y sin manos de obra competitiva por las consecuencias del consumo, además de las 2 Guerras del Opio.

DISCURSO DEL COMERCIO DEL CANNABIS

Estos son algunos de los argumentos en los que se apoya el discurso de comercio del cannabis. Un discurso que además maneja un vocabulario propio:

- Usa el término “cannabis terapéutico” y rechaza premeditadamente el empleo de la palabra droga..
- Habla de la utilidad clínica del cannabis y renuncia a hablar de sus efectos secundarios que son muchos y muy importantes en las personas sanas.
- Utiliza la confusión de términos en muchos de sus artículos de divulgación. Empiezan nombrando los endocannabinoides, cannabis de síntesis, cannabis terapéutico, fitocannabinoides, para acabar hablando prácticamente solo de la planta, de la proporción de THC que esta contiene, de su psicoactividad, de los métodos de cultivo o de consumo, y todo ello dirigido a un mercado compuesto básicamente por personas sanas.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este escrito es PREVENIR el consumo de cannabis, desde un análisis clínico partiendo de las siguientes premisas:

- El mandato constitucional que emana del artículo 43 de la Constitución Española: *Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- Es necesario mitigar la presión que actualmente ejerce el mercado del cannabis y su industria, que han conseguido que el consumo abusivo de cannabis sea aceptado ampliamente por la sociedad, para poder crear

el espacio de libertad que permita poder elegir libremente frente a sus mecanismos de marketing/publicidad.

- El transmitir que el consumo de cannabis altera el normal funcionamiento del Sistema Endocannabinoide (SEC) y que este es quien tutela la homeostasis, el funcionamiento equilibrado de nuestro cuerpo.
- La puesta en valor de la gran importancia del Sistema Endocannabinoide (SEC) para nuestro organismo. para su importancia. Como ejemplo, solo hay que tener en cuenta que si para nuestra salud es fundamental el Sistema Nervioso, el SEC es quien modula sus mensajes y con ello sus acciones, es decir, el SEC está por encima del Sistema Nervioso en importancia y todo lo que altere su normal funcionamiento, como lo hacen los fitocannabinoides o los cannabinoides de síntesis, alterara el estado de salud en las personas sanas.

Todo ello se describirá en los siguientes apartados:

ENDO-CANNABINOIDES

A. Nuestro Sistema Endocannabinoide (SEC):

Los Endo-Cannabinoides TUTELAN la Homeostasis o equilibrio de las funciones de nuestro cuerpo.

EXO-CANNABINOIDES

B. La Planta del cannabis: Los Fito-Cannabinoides, su acción DESESTABILIZANTE en el SEC en las personas sanas y sus acciones PALIATIVAS en las enfermas.

C. Cannabinoides de Laboratorio: Cannabinoides de Síntesis, su USO CLÍNICO y uso abusivo. La Marihuana de Síntesis como DROGA de ABUSO.

EL SISTEMA ENDO-CANNABINOIDE (SEC)

Acompaña la evolución de todos los vertebrados desde hace más de 600 millones de años:

Actúa sobre el:

Lo forman:

Endocannabinoides:

Receptores cannabinoides

Enzimas de síntesis y degradación



AVES



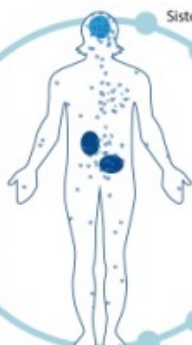
PECES



ANFIBIOS



REPTILES



Sistema Nervioso Central

Sistema Nervioso Periférico

Sistema cardiovascular

Sistema respiratorio

Aparato digestivo

Sistema Endocrino

Aparato locomotor

Termoregulación

Sistema Inmunitario

Interviene en el comportamiento adictivo

MAMÍFEROS

Acciones de los EXO-CANNABINOIDES sobre el Sistema Cannabinoide Endógeno

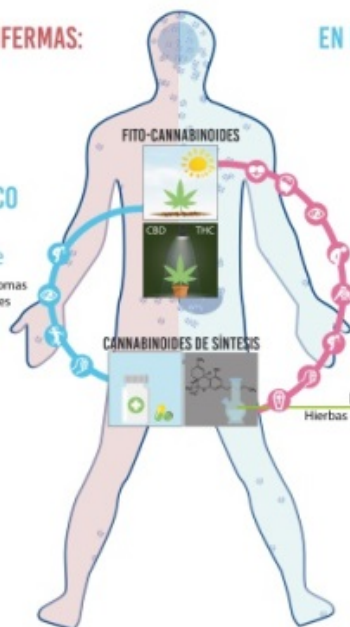
EN PERSONAS ENFERMAS:

EN PERSONAS SANAS:

USO CLÍNICO

Revierde

Alguno de los síntomas en enfermedades crónicas



USO ABUSIVO

Altera

Múltiples funciones de nuestros órganos

MARIHUANA SINTÉTICA

Hierbas + Cannabinoides de síntesis

NO CANNABINOIDES

Hierbas + Otros productos psicoestimulantes que no actúan en los receptores del SEC

SPICE

Produce Cuadros clínicos graves

A. NUESTRO SISTEMA ENDOCANNABINOIDE.

Los Endo-Cannbinoides.

HISTORIA DEL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE

El Sistema Endocannabinoide (SEC) ha acompañado la evolución de la mayoría de las especies de la Tierra desde hace más de 600 millones de años. Está en todos los vertebrados: peces, anfibios, aves, reptiles y mamíferos favoreciendo, entre otras muchas acciones, su reproducción y desarrollo. Esto se sabe porque su mapa de distribución en el organismo es muy parecido de una especie a otra, lo que hace suponer que su función fisiológica se ha conservado durante la evolución de las especies.

La función fisiológica del sistema endocannabinoide es tutelar la homeostasis. Esta es un conjunto de mecanismos de autorregulación del organismo que trabajan para mantener los cuerpos en una situación de permanente equilibrio, es decir, sanos. Se rige por el perfecto equilibrio entre la excitación y la inhibición de la transmisión nerviosa en la neurona. Su fallo puede ocasionar múltiples trastornos.

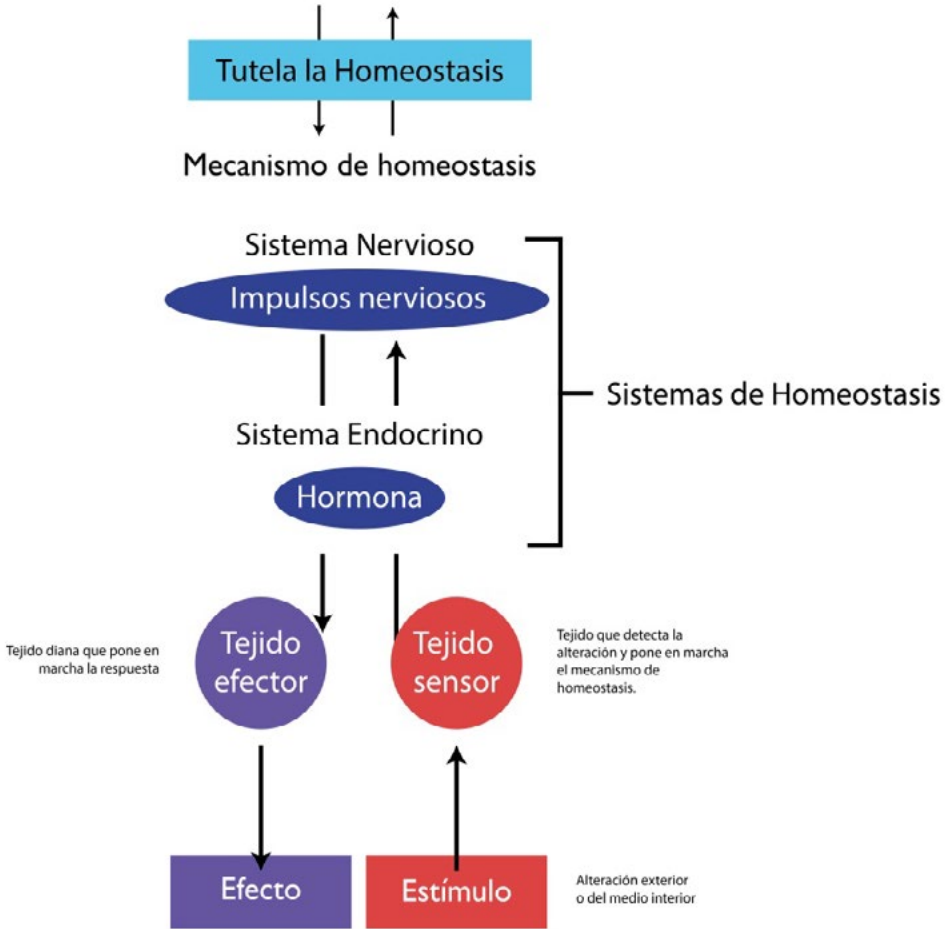
Como vemos, la homeostasis está subordinada a la acción inhibidora del sistema endocannabinoide sobre el Sistema Nervioso, por lo tanto todo lo que interfiera en el normal funcionamiento del SEC, como ocurre cuando se consume cannabis, repercutirá sobre el estado de Salud de las personas sanas.

Sabemos que en los mamíferos el SEC manifiesta su actividad ya en el proceso de fecundación, favoreciendo que el espermatozoide fecunde el óvulo y que este se implante en el útero.

En la fase embrionaria controla los procesos esenciales para el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso. Esta acción se prolonga en el ser humano, al menos, hasta la total maduración de su cerebro a los 21 años. A partir de esta edad se supone su participación en los cambios que se van produciendo hasta la vejez, lo que se sigue investigando.

Tras el nacimiento, nos ayuda a ejecutar el reflejo de succión, fundamental en el proceso de mamar.

SISTEMA ENDO-CANNABINOIDE



Interviene en los procesos del sistema inmune. Integra los mensajes que recibimos tanto del exterior, por medio de los órganos de los sentidos y los que proceden del interior de nuestro cuerpo y así emitir mensajes eficaces para que se adapte a las condiciones ambientales. Por ello, Cuando el medio es adverso:

- Activa mecanismos dirigidos al máximo ahorro de energía para asegurar la supervivencia.

-
-
- Provoca una “desconexión del medio” como una “pequeña hibernación” con hipotermia, hipotensión cuando estamos de pie, por lo que preferimos estar pasivos, sentados o acostados, relajación muscular, lo que se traduce, entre otros hechos, en un estado de PASIVIDAD. Todo ello se acompaña de un sentimiento de placer.
 - “Paraliza” los mecanismos de fecundación evitando la procreación pero favorece el aumento de prolactina para que la criatura recién nacida pueda seguir alimentándose.
 - Esta “pequeña hibernación” es un mecanismo de escape habitual en el mundo de los animales vertebrados. Nosotros lo hemos nombrado. “Efecto Marmota”, que se caracteriza por una importante disminución de los niveles metabólicos y de la temperatura corporal. Los naturalistas le llaman “Estado de Torpor”, ejemplos en el día a día son el murciélago y un colibrí mexicano que en invierno pasa de estar hiperactivo durante el día, a un estado pasivo de torpor durante la noche, con el mismo fin de ahorrar energía y sobrevivir.
 - Las personas que consumen cannabis provocan en el Sistema Endocannabinoide provocando ese “efecto marmota”, “estado de torpor” o “síndrome amotivacional” que se traduce en una pérdida de interés por el entorno, con manifiesta apatía y pasividad.

En condiciones de normalidad ambiental.

- Favorece, como hemos dicho antes, entre otras acciones, la fecundación del ovulo por el espermatozoide y su implantación en la placenta.
- Además de todo ello, el SEC en el proceso evolutivo del ser humano interviene en dos hechos relevantes:
- “Borra” del cerebro toda la información que ya no sirve para nuestra supervivencia y así dejar espacio para poder aprender otras nuevas que nos sean útiles.
- Se encarga de que olvidemos las emociones provocadas por los recuerdos negativos. “Elimina” los recuerdos desagradables, lo que nos permite vivir sin miedos y ser seres vitales.

EL CANNABIS produce: “EFECTO MARMOTA”



Una “PEQUEÑA HIBERNACIÓN” que produce:

Hipotermia, somnolencia,
movilidad reducida, hipotensión en
bipedestación... manifestando

PASIVIDAD

DESCUBRIMIENTO DEL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE.

La presencia del Sistema Endocannabinoide (SEC) en nuestro organismo se descubrió, no hace muchos años, al estudiar científicamente la planta *Cannabis Sativa*.

La cannabis sativa es una planta originaria de Asia, de allí pasó a Oriente Medio, Europa y norte de África. Se utilizaba con fines hedonistas, en rituales mágico-religiosos y en la medicina.

A pesar ser una planta ampliamente utilizada durante siglos, no fue hasta los años 60 cuando, para su estudio y conocimiento se empleó el método científico.

La década anterior, la de los años 50, fue el inicio de múltiples investigaciones con plantas psicoactivas con el fin de estudiar sus principios activos, aislarlos, sintetizarlos. Entre ellas:

- El cornezuelo de centeno, del que se extrajo el LSD.
- Unos cactus mejicanos, la Mescalina.
- De hongos, la Psilocibina.

Estas investigaciones posibilitaron la identificación de varios de los sistemas de neurotransmisores en nuestro organismo, sus neurotransmisores y sus receptores. Algunos de ellos fueron bautizados con nombres relacionados con el principio activo de la planta objeto de estudio. Así:

- Con el opio de la *papaver somniferum*, se describió el Sistema Endógeno opioide y las endorfinas.
- El alcaloide activo de la planta del tabaco, la nicotina, dio nombre a los receptores nicotínicos.
- El tóxico de la seta amanita muscaria, la muscarina, fue la primera sustancia parasimpaticomimética estudiada y dio nombre a los receptores muscarínicos de la acetilcolina.

En aquellos años, los científicos de manera ingenua, promocionaron el uso de las drogas psicoactivas y en especial de las psicodélicas, que habían sintetizado en sus laboratorios.

Lo psicodélico fue una moda que se manifestó en la sociedad, la manera de vestir, la música, la pintura, los movimientos sociales, la terapéutica psiquiátrica, pero al mismo tiempo ese uso experimental permitió descubrir que muchos de ellos tenían efectos perjudiciales para la salud, por lo que se prohibió su consumo.

Muchos de estos principios activos que se sintetizaron en los años 60, fueron retirados del uso clínico por sus efectos perjudiciales y son básicamente los que ahora, en el mercado negro, las mafias, venden como “nuevas drogas de síntesis” o de “diseño”.

A ese “boom” investigador no escapó la planta del cannabis. El científico Raphael Mechoulam de la Universidad Hebrea de Jerusalén, en 1963 fue quien logró aislar por primera vez 10 de los principios activos existentes en la planta. Actualmente se conocen más de 400 productos procedentes de ellas y más de 110 son activos.

Después, experimentó con ellos en el laboratorio, lo hizo con monos, y vio que solo uno de ellos tenía actividad psicoactiva. Luego lo utilizó en humanos y observó que no tenía un efecto único sino que en cada persona experimentaba un efecto diferente e incluso contrapuesto al que experimentaban los demás: relajación, ansiedad, verborrea, risa, otros.

En 1964, sintetizó ese compuesto psicoactivo al que llamó **delta-9 tetra hidrocannabinol (THC)**.

Después, tuvieron que pasar casi 30 años (1990) para descubrir la existencia del **receptor CB1**, el principal objetivo molecular del THC en el Sistema Nervioso. Este receptor se localiza en el cerebro, sistema nervioso, tejidos y órganos periféricos.

- Sistema Nervioso Central (SNC): se encuentra en regiones implicadas en funciones cognitivas, memoria, ansiedad, dolor, percepción visceral, coordinación motora, y funciones endocrinas.
- Sistema Nervioso Periférico (SNP): retina, testículos, corazón, intestino delgado, próstata, vejiga urinaria, amígdalas, timo, bazo y médula ósea, pero se desconoce cuáles son sus funciones precisas en la mayoría de los tejidos

CRONOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA SOBRE CANNABINOIDES

1964 - Se sintetiza el THC

1984 - Primer cannabinoide de síntesis

1990 - Se clona por primera vez el receptor CB1

1992 - Se descubre la Anandamida (AEA)

1993 - Se clona por primera vez el receptor receptor CB2

1994 - Se sintetiza el primer antagonista del receptor CB1

1995 - Se descubre la 2-G (Araquidonil-glicerol)

1998 - Se sintetiza el primer antagonista del receptor CB2

2000 - Un nuevo cannabinoide, Noladina

Unos años después, en 1993, se descubrió otro, el **receptor CB2**. Este se localiza principalmente en:

- El Sistema Inmune, bazo, huesos, piel, hígado, médula ósea, páncreas regulando o modulando los procesos inflamatorios. Nos defiende tanto de agresiones externas como de las generadas por nuestras propias células tumorales y además participa en el control del dolor.

Otros Receptores. No se puede descartar la existencia de otros tipos de receptores cannabinoides dado que no todos los efectos de los cannabinoides se pueden explicar por la unión a receptores CB1 y CB2.

Se vio que estos receptores, CB1 y CB2, además de estar ampliamente distribuidos por todo nuestro cuerpo, también lo están en todos los animales vertebrados lo que nos tiene que hacer pensar que dichos receptores están ahí para algo más importante que fumar cannabis. .

La presencia de estos receptores llevó a los científicos a pensar que necesariamente nuestro cuerpo producía sus propios cannabinoides a los que llamaron **endocannabinoides**. El primer endocannabinoide que se identificó es el que estimula el receptor CB1.

Los científicos, en el laboratorio, emplearon para su identificación el cerebro de los cerdos, porque este es el animal que fisiológicamente más se parece al hombre. Allí, en el cerebro del cerdo, descubrieron su existencia y le llamaron **Anandamida (AEA)**. La anandamida no tiene actividad psicoactiva a diferencia del THC que sí la posee.

Un tiempo después, identificaron otro endocannabinoide al que llamaron **Araquidonilglicerol (2-AG)**. Este es unas 200 veces más abundante en nuestro cerebro que la Anandamida (AEA) e interacciona con el receptor CB1 y con el CB2.

Posteriormente, en el año 2001, se ha identificado un tercer endocannabinoide, la **Noladina (éter noladin, éter de 2-araquidonil-glicerol, éter de noladina)**. Es un endocannabinoide que interacciona tanto con el receptor CB1 que con el CB2. Este al estimular estos receptores produce, entre otras, las siguientes acciones: sedación, hipotermia, analgesia, e inhibición de la motilidad intestinal.

El Sistema Endocannabinoide (SEC)

Actúa “agazapado” con actitud vigilante e interviene cuando detecta hiperactividad en alguno de los neurotransmisores del SN. Lo que hace es inhibir exceso de actividad presináptica para que los procesos fisiológicos reestablezcan su normalidad.

El Sistema Endocannabinoide está compuesto por:

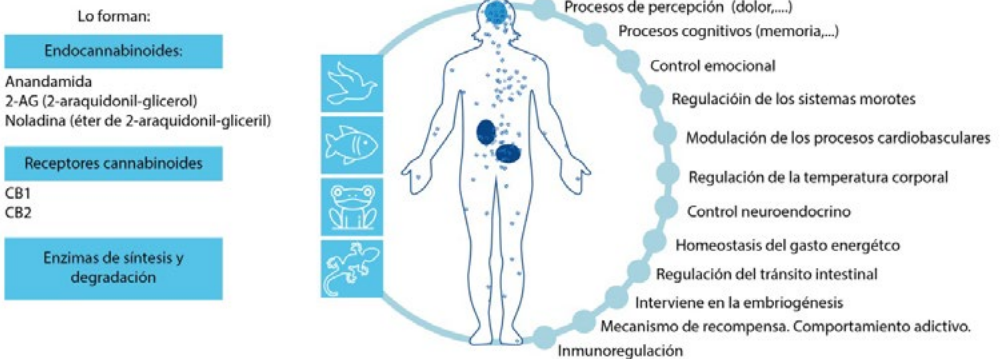
1. **Endocannabinoides.**
2. **Receptores cannabinoides.**
3. **Enzimas de síntesis y de degradación**

EL SISTEMA ENDO-CANNABINOIDE (SEC)

Función básica:

Busca el equilibrio en los procesos fisiológicos.

Tutela la Homeostasis

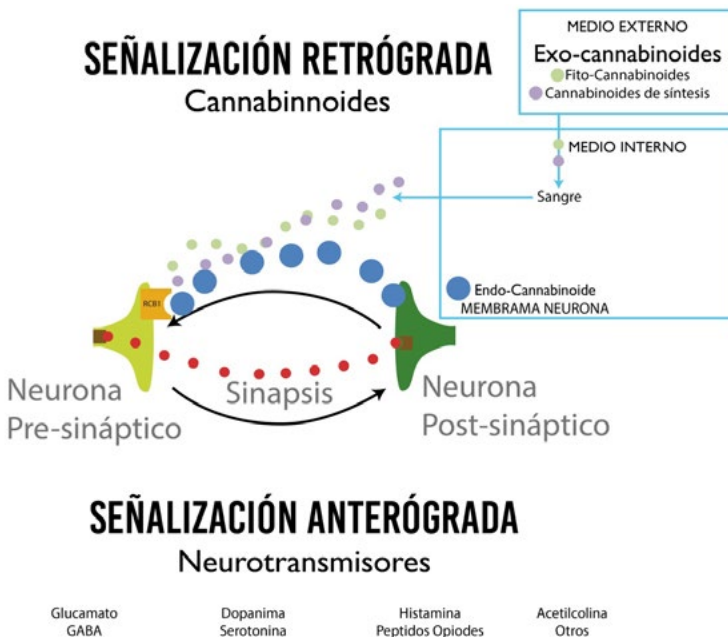


A.- Endo-cannabinoides: Son sustancia lipofílicas que actúan un breve espacio de tiempo sobre los Receptores del SEC, como “un pequeño toque de freno”, activando el recetor cannabinoide que genera un mensaje a la neurona presináptica para que module la transmisión sináptica hiperactiva.

La transmisión sináptica es el mecanismo de comunicación del Sistema Nervioso, de ahí la gran importancia que tiene evitar interferir en su normal funcionamiento, hecho que ocurre cada vez que una persona sana consume cannabinoides ya sean procedentes de la planta o de síntesis.

Características específicas de los endocannabinoides:

- Se **elaboran en el momento que se precisan**, en la membrana de las neuronas postsinápticas del Sistema Nervioso.
Los Exo-cannabinoides proceden del exterior y son transportados hasta el Sistema Nervioso a través de la sangre.
- No se almacena en vesículas como el resto de neurotransmisores de nuestro cuerpo.
- Son neurotransmisores retrógrados es decir, viajan a través del espacio de la sinapsis desde la membrana de la neurona postsináptica hasta el Receptor situado en la membrana de la neurona presináptica, es decir, en sentido inverso al del resto de neurotransmisores.
- Actúan modulando la actividad del resto de los neurotransmisores. el GABA (principal neurotransmisor inhibitor) l glutamato (principal neurotransmisor excitador), la acetilcolina, la dopamina, la serotonina, la norepinefrina, las prostaglandinas y los péptidos opioides.



B.- Receptores Cannabinoides.

Están situados en la membrana celular pertenecientes a la familia de receptores acoplados a proteínas G. Se dividen en:

Receptores CB1 se distribuye principalmente por el Sistema Nervioso Central. Su función, como hemos dicho antes, es la de regular o modular la transmisión sináptica, el sistema de comunicación del Sistema Nervioso, de ahí la importancia de preservar su integridad. Además se expresan en otras partes del cuerpo.

Cuando los neurotransmisores (glutámicos, GABA, otros) producen una hiperestimulación en la neurona postsináptica, ya sea excitatoria o inhibitoria, produce la liberación del endocannabinoide mediante hidrólisis de sus precursores de membrana.

La anandamida o el 2-AG (endocannabinoides) viajan retrógradamente para actuar en los receptores CB1 de la neurona presináptica para inhibir la liberación del neurotransmisor y controlar así los fenómenos de plasticidad asociados a la transmisión glutamatérgico y GABAérgico.

Receptores CB2, se localizan principalmente en células T del Sistema Inmune, macrófagos y células B y en las células hematopoyéticas y en las neuronas del SNC, terminaciones nerviosas, células endoteliales.

Estudios actuales expresan que existen necesariamente otros receptores.

C.- Las enzimas de degradación efectúan una muy rápida metabolización del endocannabinoide, “destruyéndolo” en décimas de segundo, dejando de nuevo libres los receptores CB1 para nuevas intervenciones, lo que permite la modulación rápida de la transmisión sináptica en el SNC.

La rápida metabolización permite al endocannabinoide actuar brevemente como “el pequeño toque de pedal del freno del coche” y recuperar la homeostasis.

Se desconocen las funciones precisas del Sistema Endocannabinoide pero se sabe que participa en REGULACIÓN y ESTABILIZACIÓN de:

- Procesos de percepción (dolor).
- Procesos cognitivos (memoria,..).
- Control emocional.
- Regulación de los sistemas motores.
- Modulación de los procesos cardiovasculares.
- Regulación de la temperatura corporal.
- Control neuroendocrino.
- Homeostasis del gasto energético.
- Regulación del tránsito intestinal.

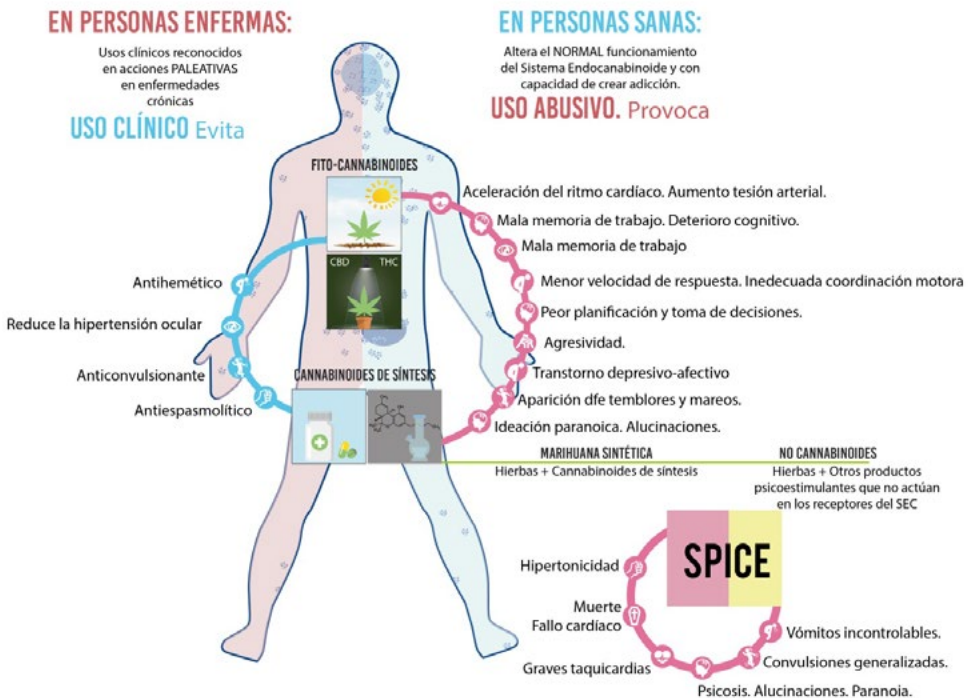
- Importante papel en la regulación y desarrollo del sistema embrionario
- Integración neuroinmunológica.
- Mecanismos de recompensa. Interviene en el comportamiento adictivo.

B. EXO-CANNABINOIDES

Se llaman exo-cannbinoides a los principios activos que tienen capacidad de estimular a los Receptores del nuestro Sistema Endocannabinoide (SEC). Esta propiedad la poseen los cannabinoides de la planta cannabis sativa (fito-cannbinoides) y los cannabinoides producidos en laboratorios legales o ilegales (cannbinoides de síntesis).

Cuando se consumen exo-cannbinoides estos ocupan los Receptores del Sistema Endocannabinoide de manera prolongada provocando una “frenada mantenida” que impide a los endocannabinoide que actúen en caso de necesidad.

Acciones de los EXO-CANNABINOIDES Sobre el Sistema Cannabinoide Endógeno






Como vemos, los exo-cannbinoides no actúan de la misma manera que los endo-cannabinoides. Este es un hecho diferencial relevante que nos dice que no reproducen los mismos efectos. Además veremos, que según el estado físico de la persona que consume exo-cannbinoides, la respuesta del sistema endocannabinoide es diferente:

- En personas sanas: actúa innecesariamente sobre el SEC alterando su función reguladora fisiológica.
- En personas enfermas: El exo-cannabinoide puede actuar paliando alguna de las manifestaciones clínicas de un SEC alterado.

1.- FITO-CANNABINOIDES. Procedentes de la Planta del cannabis.

Son los cannabinoides que se encuentran en la planta del cannabis. Es una planta anual, dioica, es decir, que para reproducirse libre en la naturaleza precisa la planta macho de la presencia de una planta progenitora hembra y viceversa.

PROPORCIÓN THC/CBD	 Índica	 Sativa	 Ruderalis
	Uso nocturno Sedante	Uso diurno Euforizante	Creacion de variedades floración autonómica
THC	●●●●○	●●●●●	●○○○○
CBD	●●●●●	●●●●○	●●●○○

El nivel de THC puede variar mucho de una planta a otra dentro de la misma variedad, hay cientos de ellas. Tradicionalmente las variedades Sativa poseen más THC que las Indica. La Cannabis Rudelaris utilizada para la creación de todas las variedades de floración autonómica. Su floración no depende de las horas de sol a las que ha estado expuesta, contiene menos de 1% de THC y grandes porcentajes de CBD.

Los cannabinoides de la planta se sintetizan y se almacenan en los tricomas. Los tricomas son glándulas en forma de pelo situadas en las hojas superiores y en las flores de la planta.

Las **presentaciones** de fito-cannabinoides para su consumo son:

- María o Marihuana: preparaciones con las hojas secas superiores de la planta y sumidades florales. Contiene entre 6 y 14% de THC (actualmente muchas de las plantas cultivadas superan estos porcentajes).
- Ganja: solo poseen sumidades florales.
- Hachis: contiene solo resina. Contiene entre un 15 y un 30% de THC, dependiendo de la variedad.
- Aceite de Hachis. Puede llegar a alcanzar un 65% de contenido de THC.

Los fito-cannabinoides se introducen en nuestro organismo por dos **vías de consumo**:

A.- Por vía pulmonar:

- Fumando marihuana (maría) o hachís.
 - Inhalando los aceites volátiles de la resina por medio de un vaporizador.
- Así consumidos llegan rápidamente al cerebro, en 5 a 10 minutos y mantienen su acción durante 3 a 5 horas.

B.- Por vía digestiva:

Aprovechando su lipofilia, su afinidad por las grasas, se consume diluido en leche, mantequilla o aceite.

Su acción por esta vía se inicia a los 30 minutos, el tiempo que tardan en llegar al cerebro desde el tubo digestivo y dura de 2 a 12 horas.

El efecto depende de la vía de consumo, del nivel de THC, del ratio THC/CBD y de la forma de consumo.

Cultivo del cannabis:

(LEX). El cultivo de cannabis solo puede llevarse a cabo legalmente en España con la autorización de la División de Estupefacientes y Psicótrapos, dependiente de la Agencia Española del Medicamento, adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, según el Real Decreto 520/1999, de 26 de marzo.

El cultivo de cannabis se realiza:

A.- En el exterior, a cielo abierto:

Las plantas procedentes de estos cultivos son masculinas y femeninas. La tierra se trabaja con técnicas tradicionales agrícolas y su producción se destina a la elaboración y venta de hachís.

La proporción de principios activos presentes en la planta viene a ser de:




- Del 3 -5% de THC.
- En torno al 1 -2% de CBD.

B.-Bajo techo.

En maceta: (LEX). Los cambios legislativo actualmente, pueden llevar a confusión teniendo en cuenta que inicialmente se aplicó la “ley Corcuera”, es decir, la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero, que fue reemplazada por la “ley Mordaza”, la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo que ha sido derogada por la Ley Orgánica 1/2017 pero que no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2019. Esta ley en su disposición transitoria dice que se aplicara hasta ese momento la “ley Corcuera”.

Así que en el momento actual:

- El cultivo de cannabis, independientemente de la modalidad supone siempre una sanción administrativa si el Fiscal no aprecia relevancia penal.
- Que la posesión se considerara sanción administrativa cuando tras comprobar que el peso de la materia vegetal seca, la que contiene principios psicoactivos, no supera los 100 gramos (lo contemplado por el Tribunal Supremo como acumulo de dosis para 5 días de consumo) y se considere que es para uso propio. En otro caso se considerara delito.

CULTIVO 	Sanción administrativa SIEMPRE
	Delito penal si el FISCAL aprecia relevancia penal
POSESIÓN 	Sanción administrativa SIEMPRE QUE NO supere 100 gramos la materia vegetal seca con acción psico-activa.
	Delito penal SIEMPRE QUE supere los 100 gramos la materia vegetal seca con acción psico-activa
CONSUMO 	NO Sanción administrativa si se consume en un espacio PRIVADO
	Sanción administrativa SIEMPRE QUE se consuma en un espacio de USO PÚBLICO

Se aplica la ley orgánica 1/1992 de 21 de Febrero, “Ley Corcuera”, en vigor hasta el 1 de Enero 2019

Mini-cultivos en invernaderos o cultivo Indoor: Estos cultivos no se sustentan en técnicas tradicionales agrícolas, sino en toda una parafernalia de aparatos y procesos que transforman los espacios de cultivo en “granjas de cría intensiva”; creando un clima artificial que acelera los ciclos de crecimiento de la planta, con riegos que proporcionan abonos artificiales y sistemas de luces que eliminan los ciclos lunares, tan importantes en la naturaleza. Todo un ejemplo de “agricultura ecológica”.

Son cultivos procedentes de semillas manipuladas genéticamente que generan plantas exclusivamente femeninas con una proporción elevada de THC en relación a la del CBD para que la planta sea más psicoactiva:

- THC puede aumentar hasta un 20%.
- CBD puede disminuir hasta 0,5% 2%.

Los productos del cultivo “Indoor” se comercializan como “maría” o marihuana. Algunos pequeños productores, puede que destinen parte de su producción a la obtención de hachís para consumo propio.

Este tipo de cultivos, con un número importante de plantas constituyen un delito contra la Salud Pública según el artículo 368 del Código Penal de 1995 reformado por la Ley Orgánica de 15/2003, de 25 de noviembre.

Con respecto a las **Tiendas de Cultivo o “Grow Shops”** hay que considerar el **(LEX)**. Artículo 75 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana que en su apartado 5 dice: “Se **prohíbe toda actividad** que, con o sin fines publicitarios o promocionales, pueda incitar, de manera directa, indirecta o encubierta, al consumo de sustancias no permitidas o que puedan generar adicción”.

Para introducir algo de claridad en el asunto de los **Clubs de Cannabis:** la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo ha ido estableciendo: una doctrina jurisprudencial consolidada en multitud de sentencias **(LEX)**. (SSTS 484/2015, 77/2017, 3168/2016, 4902/2015, entre otras) donde se dice: *Que son claramente ilegales los Clubs de Cannabis y que no cabe incluirlos en el contexto de la “doctrina del consumo compartido”, ni en el la “doctrina del cultivo compartido” ni en el contexto de supuestos de error de prohibición.*

Consumo de cannabis: Siempre hay que tener en cuenta que su efecto no siempre es el mismo, depende de múltiples factores, además hay que saber que:

-
-
- Cada variedad de la planta posee un perfil de cannabinoides único, con un nivel de THC determinado, con una proporción de THC con respecto al CBD diferente, además sus características pueden variar según las condiciones en las que se haya cultivado, el método de consumo y temperatura que se emplea para consumirla. Ejemplo, si se consume con un vaporizador se puede elegir la temperatura de combustión, lo que permite obtener una combinación única de cannabinoides según la temperatura elegida.
 - También hay que saber que, los efectos producidos por un cannabinoide “puro” son diferentes a si se administra conjuntamente con los demás cannabinoides de la planta.
 - Se han aislado más de 400 compuestos en la planta de cannabis entre ceras, cannabinoides, almidones, terpenos, flavonoides, aceites y otros compuestos aún no identificados de ellos, más de 100 son cannabinoides que interaccionan entre ellos y que modulan la actividad del THC y el CBD.

En los últimos años, se ha abierto una “línea de producción” de plantas de cannabis que utiliza semillas manipuladas genéticamente con la intención de crear “plantas nuevas” capaces de producir CBD en mayor proporción que THC, al contrario de lo que ocurre en la naturaleza.

Llegados a este punto hay que suponer la existencia de múltiples intereses entrecruzados entre, pequeños productores consumidores, pacientes en espera de una solución, grandes traficantes de plantas y de parafernalia para su cultivo, la industria farmacéutica, los antiprohibicionistas, entre otros. Todos ellos movilizados en la búsqueda de un “proceso de legalización” que dé solución a sus propios intereses.

Uno de estos caminos es presentar la “marihuana CBD” como la “marihuana terapéutica”, la “marihuana legal”, al no poseer este compuesto psicoactividad entremezclando en sus discursos de justificación hechos como los siguientes:

- La capacidad que existe en el momento actual de crear plantas con una proporción de CBD muy elevada en relación a la del THC y con variaciones del ratio CBD/THC que van de 2:1 y 1:1., pero como vemos siempre poseen THC, compuesto fiscalizado por su actividad psicoactiva, por lo que consecuentemente el comercio con estos productos no se ajusta a la legalidad.

-
-
- El informe preliminar del Comité de Expertos en Farmacodependencias de la OMS, de diciembre de 2017: aboga por la eliminación del CBD de la clasificación de sustancia controlada al no ser estupefaciente y afirma que tiene un claro potencial médico.
 - La consideración que tiene la planta del Cábano Industrial de no ser estupefaciente: según la normativa europea y la Agencia Española del medicamento al tener una proporcióon de THC inferior a 0,2, por lo que su cultivo es legal.

Sin tener en cuenta que frente a ello hay que contemplar que:

- Como hemos dicho las plantas de cannabis con alta concentración de CBD se acompaña siempre de THC en mayor o menor proporcióon, lo que está sujeto al ámbito de la Convención de 1961, del artículo 368 del Código Penal.
- La dificultad, hasta la fecha, de cultivar plantas de cannabis con una alta proporcióon de CBD y con una proporcióon menor de 0,2 de THC, como sucede con el cáano industrial, porque la exclusión total de las trazas de THC es complicada.

Actualmente, si fuera posible la creación de una planta rica en CBD y con una proporcióon de THC menor de 0,2, se tendría que tener en cuenta que:

(LEX). Su cultivo precisaría de licencia en los términos de la Ley 17/1967 y también una comunicacióon a las autoridades pertinentes en cumplimiento del Real Decreto 1729/1999.

En cuanto a los productos derivados también tendrían que tener los permisos legales ajustados a las normas para su distribución como medicamento, si se quisiera comercializar bajo el paraguas de “cannabis terapéutico” para uso clínico, y no con licencia para producto cosmético, de colección o como complemento alimenticio, en coherencia con lo que se pide.

Además de todo ello, hay que precisar que debido a la pertenencia de España a la Unión Europea, se está comercializando directamente al público, con licencia extranjera, “marihuana CBD” con una proporcióon no menor de 1% de THC, lo que le confiere actividad psicoactiva. Se vende etiquetado como “suplemento alimentario” sin controles adecuados ni garantías sanitarias, en muchos de los casos. La proporcióon de CBD, según estudios, no se corresponde con lo publicitado. También se comercializa a través de internet con envío a domicilio.

Primeros consumos. Factores desencadenantes.

Son consumos experimentales y se realizan en el grupo de iguales. Estos consumos están favorecidos por:

- La mayor o menor disponibilidad de cannabis en la calle.
- La mayor o menor aceptación del consumo de cannabis en su entorno social.
- La presencia normalizada de su marketing comercial en muchos espacios sociales, medios de comunicación, “merchandise”,...
- La presión que el grupo de iguales ejerce sobre la toma de decisiones del individuo para consumir o no.
- El “efecto que espera” obtener, es decir, que consumir cannabis “le sirva por ejemplo: no ser excluido de su grupo de iguales consumidores, transmitir una imagen de transgresión o de rebeldía, tener una personalidad diferente, ser adulto, ser más mayor, etc.
- Los **mitos sociales**, son más fabulaciones que realidades científicas, como veremos, sin embargo, son muy eficaces como elemento desencadenante del consumo:

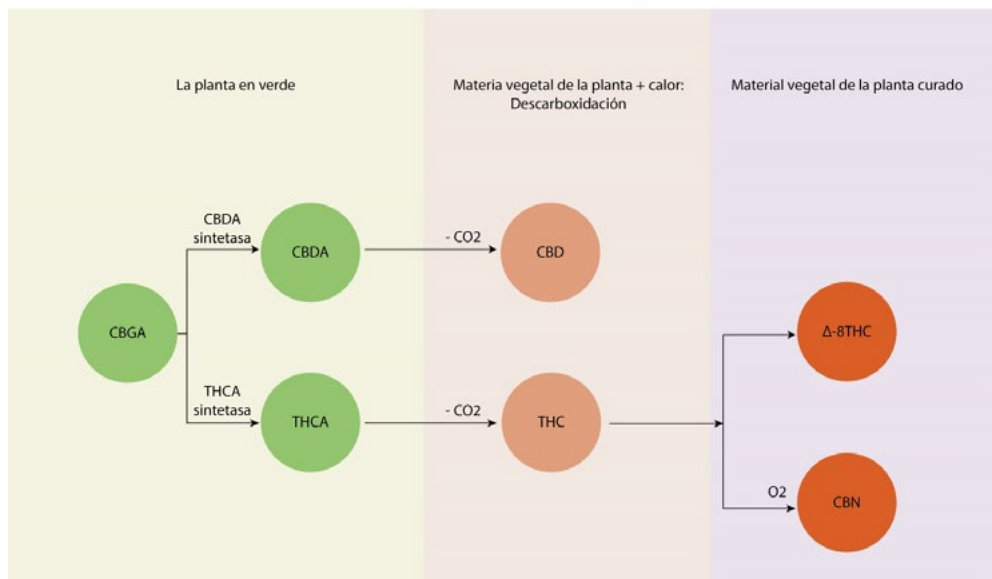
1.- Mito: “El THC es un producto natural que se encuentra en la planta del cannabis y por eso es bueno, sano”.

Realidad: La planta verde, en su estado verde, NO posee THC. Lo que sí existe en ella es un su precursor, el THCA (ácido 9-Tetrahidrocannabinólico) que no tiene propiedades psicoactivas ni actúa sobre los receptores CB1 del SEC. Este compuesto proviene a su vez del cannabigerol (CBGA), sin psicoactividad.

El THC, el cannabinoide que posee propiedades psicoactivas, se obtiene tras la descarboxilación, una reacción química, del THCA., para ello se tiene que arrancar la planta, dejarla secar y después exponerla a una fuente de calor de unos 110 grados descomponiéndose en THC, dióxido de carbono y agua. A este proceso se le llama Descarboxilación.



Síntesis de cannabinoides a partir de CBGA



2.- Mito: “Todo el mundo consume cannabis”.

Realidad: La realidad es que NO todo el mundo consume cannabis en España.

El 75,6% de las mujeres y el 71,9% de los hombres de la población de entre 14 y 18 años, NO han consumido cannabis durante el último año. ESTUDES 2016-2017 / Plan Nacional sobre Drogas.

Así mismo, el 94,6% de las mujeres y el 86,3% de los hombres de población española de entre 15 y 64 años, NO han consumido cannabis durante los 12 últimos meses. (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. EDADES 2015/2016 / Plan Nacional sobre Drogas).

3.- Mito: “No pasa nada si se consume cannabis”

Realidad: Si pasa. Produce manifestaciones clínicas tanto si quien lo consume es una persona sana como si está enferma, además su uso continuado genera adicción.

El Consumo de Cannabis por PERSONAS SANAS

Si el Sistema Endocannabinoide (SEC) modula las constantes físico-químicas propias del Sistema Nervioso, el endocrino, el excretor, el circulatorio, el respiratorio, etc. cuando se consume cannabis se altera el conjunto de fenómenos que permiten lograr la homeostasis lo que explica alguno de sus muchos EFECTOS A CORTO PLAZO:

- Aceleración del ritmo cardiaco.
- Mala memoria de trabajo
- Peor planificación y toma de decisiones.
- Menor velocidad de respuesta.
- Aumento de la tensión arterial.
- Inadecuada coordinación motora.
- MUERTE súbita por fallo cardiaco.
- Aparición de temblores y mareos.
- Alteraciones en el estado de ánimo.
- Deterioro de la cognición.
- Trastorno depresivo afectivo
- Aparición de cuadros de ansiedad.
- Agresividad.
- Alucinaciones
- Dilatación de las pupilas. Ojos brillantes y enrojecidos.
- Sequedad de boca.
- Hambre de dulce.
- Bronco dilatación. Mas humo entra en los pulmones.
- Ideación paranoica.
- Psicosis.

Ello es debido a que los cannabinoides de la planta actúan en el mismo sitio que los cannbinoides de nuestro cuerpo, en los Receptores del SNC, pero no lo hacen de la misma manera:

- a.- Ocupan de manera prolongada los Receptores del SEC lo que impide a los endocannabinoides actuar si fuera necesario.

b.- Los inhiben sin ser necesario, produciendo manifestaciones clínicas tan conocidas, algunas de ellas, como: “estar fumado”, sufrir un “amarillo” o “estar rayado”.

— **“Estar fumado”**: Ya hemos dicho que el consumo de cannabis por una persona sana se traduce en una agresión al SEC, manifestando la PASIVIDAD del “Efecto Marmota”. Esa “pequeña-hibernación” que tras la “calada” se produce sin la necesidad de adaptarse a un medio hostil. Nos trasmite una imagen de relajación, todo ello acompañado de una sensación de placer. Este estado placentero es lo que motiva al consumidor de cannabis volver a consumir y su búsqueda repetida es lo que le generará adicción.

Además de ello, una persona que consume presenta: dificultad para recordar, comprender, fallos en la memoria reciente lo que se traduce en una DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO PERSONAL.

EL CANNABIS produce: “EFECTO MARMOTA”



EL EFECTO MARMOTA del CANNABIS dura unas 5 horas,
una jornada escolar o laboral. Se acompañan de:

Dificultad para recordar, comprender, organizar, incapacidad
de usar la información recogida por los sentidos... manifestando

DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO PERSONAL

La imagen de pasividad que transmiten es un problema por 2 motivos básicamente:

- Una persona fumada no produce alarma social.
- La persona consumidora no vive ese cuadro clínico como algo negativo sino como positivo por la sensación placentera que le acompaña.

—En ocasiones, sufrir un **“Amarillo”**: Una lipotimia que se acompaña de palidez, debilidad repentina, confusión e incluso pérdida del conocimiento con caída al suelo. Se contemplan dos vías posibles en su génesis:

- Primera: La que relaciona el consumo de cannabis con su capacidad de incidir sobre los procesos metabólicos periféricos reduciendo los niveles de azúcar en sangre.
- Segunda: Por la capacidad del cannabis de interferir en el normal funcionamiento del sistema cardiovascular. Provoca una disminución de la tensión arterial con disminución del riego cerebral, lo que posibilita la lipotimia.

La rápida resolución de este cuadro clínico hace que el consumidor lo considere un “accidente”, que no le ha pasado nada. Hace que no valore adecuadamente las consecuencias metabólicas que puede llegar a tener, ni que se cuestione su necesidad de comer cosas dulces cuando consume, ni la injerencia en la génesis de insulina y/o en la acción en su sistema cardiovascular su consumo de cannabis.

—También puede producir, “Estar **“Rayado”**: Un conjunto de síntomas que se presentan de forma aguda y pasajeros en la mayoría de los casos, con episodios caracterizados por una excesiva suspicacia y recelo hacia los demás que causan al consumidor problemas de relación con los demás.

El diagnóstico de este cuadro clínico lo “dan” las personas que conviven con el consumidor al transmitir al profesional lo ocurrido cuando dicen: “salió de casa tan normal y ha vuelto con ideas raras, diciendo que le miran mal o que la gente dice cosas de él”.

El Consumo de cannabis en PERSONAS ENFERMAS.

Actualmente se plantea que puede existir “Deficiencia Clínica del Sistema Endocannabinoide” es decir, un SEC disfuncional, un fallo del SEC por alguna de estas causas:

-
-
- Niveles alterados de endocannabinoides.
 - Enzima con mayor o menor capacidad de metabolización o destrucción de los endocannabinoides.
 - Mayor o menor número de receptores.

Estas disfunciones en el SEC tienen como consecuencia la aparición de diversas alteraciones físico-químicas en los sistemas que regula el SEC, sistemas tan importantes como el SNC, el inmunológico, el cardiorrespiratorio, el digestivo, otros. Manifestaciones clínicas con un alto grado de comorbilidad, por la gran ubicuidad de los receptores cannabinoides y a la enorme variedad de mecanismos y acciones que se alteran. Alguno de estos trastornos, lógicamente, pueden responder al aporte de cannabinoides por actuar sobre un SEC alterado. Ejemplos:

- En el sistema Serotonérgico un aumento de serotonina produce migraña, síndrome del intestino irritable y deficiencia de serotonina fibromialgia.

Podemos por ello pensar, como ejemplo, que si la enfermedad de Parkinson es consecuencia de una deficiencia de dopamina y que el SEC actúa sobre el sistema dopaminérgico, es lógico pensar que, una deficiencia de endocannabinoides también puede alterar el sistema dopaminérgico y que las aportación extras de cannabinoides procedentes de la planta en personas enfermas pueden paliar alguna de sus manifestaciones clínicas, en las personas sanas podemos llegar a entender que pueden provocar manifestaciones clínicas en ese.

LA ADICCIÓN al Cannabis en PERSONAS SANAS.

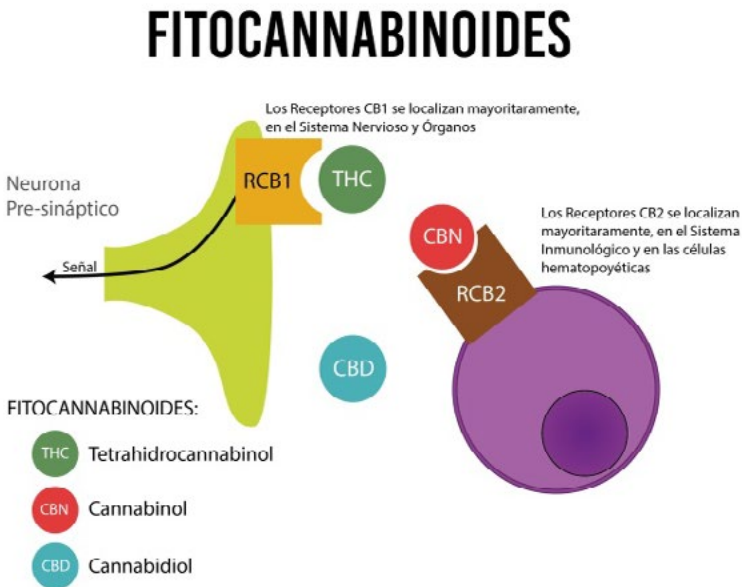
La capacidad de generar dependencia es una consecuencia del consumo crónico. Se calcula que puede llegar a generar dependencia en 1 de cada 10 fumadores experimentales. En 1 de cada 6 ocasionales y en 1 de cada 3 consumidores diarios.

El cannabis se considera droga a consecuencia de la acción psicoactiva del THC. Cumple con los criterios de la OMS atribuidos a los compuestos con propiedades de refuerzo de recompensa, como el cannabis "... introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, psicológica.". Todo ello es debido a que:

- Activa el sistema de recompensa.

- Modula los circuitos emocionales y de respuesta al estrés.
- Modifica la actividad de la corteza prefrontal y sus progresiones a los ganglios basales y el mesencéfalo, que median en la planificación y ejecución de actos motivados.
- Interfiere en los procesos de aprendizaje de base hipocampal, necesarios para el establecimiento de la memoria en el hipocampo.

Todas estas acciones son dependientes de receptor CB1, la diana principal de fitocannabinoides, de su interacción con la trasmisión de opioides y dopamina en los circuitos de recompensa que eleva los niveles de dopamina que activa el sistema de recompensa, provocando sensación de placer.



Actualmente, se pone en valor el papel relevante del SEC en la adicción. Hay estudios que permiten sustentar la hipótesis de que el consumo de cannabis favorece el mantenimiento del consumo de otras drogas a las que ya se es adicto, porque al estimular el SEC modula la actividad dopaminérgica de los ganglios basales participando así en los principales efectos de recompensa del consumo de alcohol, los opioide, la nicotina, la cocaína, la anfetamina, los cannabinoides y las benzodiacepina, lo que produce una mayor adherencia a las que ya se consumen.

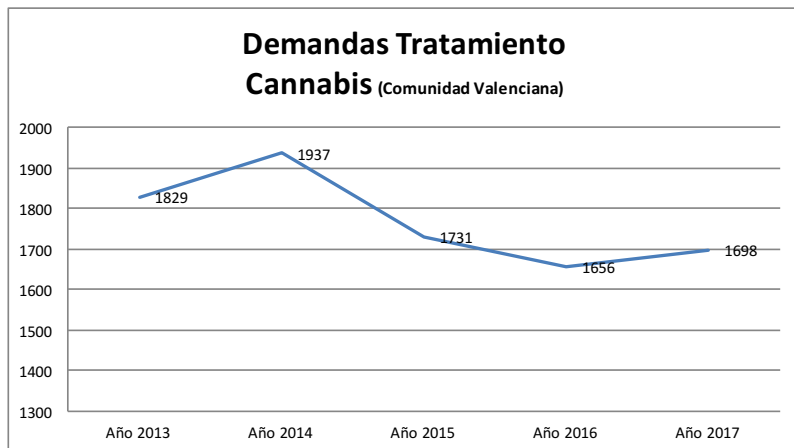
Tolerancia:

En la fase inicial, el consumo de cannabis genera un sentimiento placentero, de “estar bien, de “estar a gusto” lo que motiva los consumos.

Pasado el tiempo, el consumo repetido de cannabis sigue estimulando la producción de dopamina pero el cerebro “no sabe qué hacer con tanta producción”. Como mecanismo de defensa, para que el efecto de la dopamina sea menor, se producirá un descenso significativo del número de receptores CB1 en bastantes áreas cerebrales, lo que genera una respuesta menos intensa. Esta menor respuesta es lo que se conoce como Tolerancia al placer.

Ante este menor efecto placentero, la persona adicta en su intento de volver a reencontrarse con los niveles iniciales de placer, aumentará su consumo de cannabis para evitar las sensaciones de displacer cuando no consume.

La existencia de la sintomatología desagradable asociada motivará la decisión de dejar de consumir. Todos los años hay más de mil personas que deciden dejar de consumir y piden tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA): de la Comunidad Valenciana.



Además de ello, El Sistema Nervioso, bajo el efecto del cannabis, recibe mensajes distorsionados y las neuronas adaptan su manera de trabajar en base a esa información recibida, lo que se llama NEUROADAPTACIÓN y el único mecanismo para que vuelvan a funcionar como fisiológicamente les corresponde es tras un periodo de ABSTINENCIA PROLONGADA.

Podríamos decir que la neuroadaptación es la causa de que el consumidor tenga otra “escala de valores”.

Síndrome de Abstinencia:

Hay quien dice que no existe. Lo mismo se decía con respecto al síndrome de abstinencia de la cocaína, que no existía. Eran los años en que socialmente el concepto de síndrome de abstinencia se asociaba al síndrome de abstinencia de la heroína o el *delirium tremens* del alcohol. Actualmente, todo el mundo admite la existencia del síndrome de abstinencia de cocaína, pero no todo el mundo admite la existencia del síndrome de abstinencia a cannabis.

La existencia de este síndrome puede demostrarse experimentalmente administrando un antagonista cannabinoide, un producto tiene la capacidad de desplazar el THC de su Receptor en el SEC. Se manifiesta el síndrome de abstinencia inmediatamente, con síntomas que van desde depresión a tristeza, de agresividad a irritabilidad, de insomnio a trastornos del sueño y otros.

Los síntomas en un síndrome de abstinencia son los opuestos a los del consumo de la sustancia. En el caso del cannabis tenemos:

CONSUMO DE CANNABIS	SÍNDROME DE ABSTINENCIA
Sedación	Irritabilidad
Aumento de apetito	Disminución del apetito
Somnolencia	Alteraciones del sueño, insomnio
Relajación muscular	Espasmos digestivos
Evita el vómito	Produce vómitos
Analgesia	Dolor abdominal

OTROS EFECTOS

La causa de que esta clínica “no sea visible”, aunque quien consume si vivencia todos los síntomas anteriores, es debido a la larga vida media de los fitocannabinoides por ser sustancias hidrofóbicas que se redistribuyen por el cuerpo en depósitos grasos y a su tasa baja de eliminación lo que hace que permanezcan más tiempo en nuestro cuerpo.

Sobredosis:

Tanto los vendedores como los consumidores de cannabis dicen que el consumo de cannabis no mata.

Hasta la fecha el cannabis poseía baja toxicidad y baja letalidad debido a:

- La proporción “equilibrada” de THC y CBD existente en la planta de cannabis “tradicional”, mientras que las “modernas” poseen una proporción muy elevada de THC y muy baja de CBD lo que le confiere la capacidad de producir taquicardias intensas.
- La baja expresión de Receptores Endocannabinoides en el Tronco Encéfalo, es decir, que hay pocos ahí donde se encuentran los centros vitales que regulan la respiración y los latidos del corazón. Este evita que el THC no pueda actuar allí y provocar la muerte por parada cardiorrespiratoria como si lo pueden hacer los opiáceos y el alcohol, por ejemplo.

Actualmente, podemos afirmar que esto no es verdad. Se están produciendo muertes por infarto de miocardio, causados por el afán de crear producto con grandes proporciones de THC. Estos niveles elevados de THC provocan un Incremento de la frecuencia cardíaca que consecuentemente produce un desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno por el miocardio lo que puede dar lugar a ese infarto, un fallo del órgano del corazón.

Clínica de la Adicción al Cannabis

Podemos decir, de manera simplificada, que la adicción a cualquier droga consta de tres etapas, cada una de ellas comprende periodos más o menos largos de tiempo.

Es muy importante saber que el argumentario de las personas que consumen drogas cambia dependiendo del tiempo que llevan consumiendo, lo que ayudará a saber cómo actuar ante ellas y sus argumentos. Así tenemos:

Primera Etapa:

Es la etapa del “consumidor consonante”, está de acuerdo con lo que hace. Habla en positivo de sus consumos, con “alegría”, con términos como “me gusta”, “me sirve para”,...otros.

En esta etapa “no hay que perder ni 5 minutos” intentando convencerle para que deje de consumir. La estrategia se basa en dar información. Podemos ayudarnos para ello con la entrega de un tríptico o folleto que le informe de los efectos del cannabis sobre el cuerpo humano.

Segunda Etapa:

En esta fase ya es un “consumidor disonante”. Hay divergencia entre lo que hace y lo que piensa. Ya no habla alegremente de sus consumos. Acepta mentalmente que en algún momento tendrá que dejarlo y cuando se le recrimina, responde con acritud, con frases como: “yo ya sé lo que hago”, “déjame en paz”, “ahora no es el momento”, “lo dejaré cuando yo quiera”, “yo controlo”, otras.

En esta etapa es adecuado que se le informe de la existencia de recursos donde pueden ayudarle, si lo considera oportuno... Pudiéndose iniciar alguna acción de motivación para que lo deje. Nuestros argumentos tienen que ser prácticos, concretos, sin “grandes discursos” y tienen que ir dirigidos a “romper” sus autoengaños, las justificaciones que utiliza para seguir consumiendo.




Las personas que consumen saben y viven “lo malo que es consumir”, por ello, el objetivo será relacionar esas malas vivencias con la causa, el consumo. Dejar de consumir es la solución a muchos de sus problemas y solo con dejar de consumir se solucionan muchos de ellos.

Tercera Etapa:

Se llega a esta etapa después de mucho tiempo de consumo. En ella, es cuando tomará la de dejar de consumir. Dejarlo puede ser difícil, pero nunca imposible. La recaída no debe considerarse como un fracaso sino como que forme parte del proceso de abandono. Eso si no hay que “consentirlas” ni dejar que se alarguen en el tiempo, cuanto más breves sean y más espaciadas en el tiempo, mejor.

Cada recaída “hay que estudiarla”, ver qué es lo que la ha propiciado y establecer mecanismos para evitarla.

Lo importante es que se está en ello. En esta etapa hay que seguir motivando a pesar de las recaídas.

CULTIVO 	Sanción administrativa SIEMPRE
	Delito penal si el FISCAL aprecia relevancia penal
POSESIÓN 	Sanción administrativa SIEMPRE QUE NO supere 100 gramos la materia vegetal seca con acción psico-activa.
	Delito penal SIEMPRE QUE supere los 100 gramos la materia vegetal seca con acción psico-activa
CONSUMO 	NO Sanción administrativa si se consume en un espacio PRIVADO
	Sanción administrativa SIEMPRE QUE se consuma en un espacio de USO PÚBLICO

Se aplica la ley orgánica 1/1992 de 21 de Febrero, "Ley Corcuera", en vigor hasta el 1 de Enero 2019

EFFECTO SÉQUITO



Antes de pasar a hablar de la síntesis de cannabinoides es muy importante hablar del Efecto Séquito.

Es la capacidad que tiene los cannabinoides de interactuar entre ellos modulando su acción, por lo que administrados de manera aislada no actúan sobre el Sistema Endocannabinoide (SEC) de la misma manera que si se administran conjuntamente.

De los fitocannabinoides más estudiados el THC y el CBD, se sabe que, si se administra solo THC, a nivel del Sistema Nervioso Central tendrá un gran efecto psicoactivo pero si se administrada conjuntamente con CBD, este contrarresta esta acción y las manifestaciones de psicoactividad son de menor intensidad.

Esta interacción ente los cannabinoides representa un problema complejo de resolver en la elaboración de medicamentos con un uso clínico determinado. Basta pensar que la planta del cannabis tiene más de 400 componentes, que unos 110 son cannabinoides y que la interacción puede ser sinérgica, aditiva o antagónica y que se puede producir en alguna de las diferentes etapas de su paso por nuestro organismo: absorción, distribución, metabolismo, o eliminación.

C- CANNABINOIDES DE SINTESIS. OBJETIVOS

Hace solo unos 40 años que los científicos descubrieron la existencia del Sistema Endocannabinoide, sistema que como sabemos ahora está en todos los vertebrados desde hace más de 600 millones de años.

El primer endocannabinoide que se descubrió fue la Anandamida, sucedió después de 30 años de saber que existía el SEC y el primer cannabinoide de síntesis se creó hace menos de 20 años.

Todo ello refleja la gran dificultad que representa el estudio y conocimiento del SEC, lo que contrasta con el “gran conocimiento social” que se tiene y que se transmite oralmente y a través de internet.

Ante ello, es necesario hacer una lectura crítica de la información que recibimos. Información producida no tanto por el mundo de la ciencia, que tiene sus canales profesionales de divulgación, sino por otros intereses no siempre legítimos.

La siguiente clasificación “ad hoc” de los objetivos de su síntesis nos sirve como punto de partida para la descripción del origen y uso de los “cannabinoides de síntesis”, que forman parte de los llamados Exo-cannabinoides:

CANNABINOIDES DE SÍNTESIS. OBJETIVOS

A) CANNABINOIDES SINTERIZADOS EN UN LABORATORIO

A.1. Laboratorio Legal:

- A.1.1. Investigación: estudio mecanismos de reacción del SEC
- A.1.2. Clínico/médico: Crear medicamentos.

A.2. Laboratorio Clandestino

- A.2.1. Tráfico: crear productos de abuso

B) CANNABINOIDES SINTETIZADOS EN “PLANTAS DE PRODUCCIÓN” EXPROFESO

B.1. “Plantas de producción” controladas legalmente

- B.1.1. Investigación clínica/medicamentos: Crear medicamentos uso clínico.
- B.1.2. “Plantas de producción” ilegales
 - B.1.2.1. Enfermo/asociaciones de enfermos: usos clínicos paliativos
 - B.1.2.2. Tráfico: Normalizar la presencia de sus plantas a través del mercado del “cannabis terapéutico”

Hay que tener en cuenta con respecto a los cannabinoides sintetizados en un laboratorio que su estructura es muy diferente a la de los endocannabinoides y que a diferencia de estos, si son psicoactivos igual que el THC y que solo se unen a los receptores CB1.



A. CANNABINOIDES SINTETIZADOS EN LABORATORIO

El laboratorio para su síntesis pueden ser legal o clandestino.

A1. Laboratorio Legal.

Son propios de la industria farmacéutica o de laboratorios de investigación.

A1.1. Laboratorios de Investigación.

El primer cannabinoide de síntesis fue el JWH-018, creado en 1984 por John W. Huffman para poder estudiar mecanismo de acción del Sistema Endocannabinoide (SEC).

Este científico junto a otros colegas, a lo largo de unos 20 años han logrado sintetizar cientos de estos compuestos.

CANNABINOIDES DE SÍNTESIS LEGALES

A lo largo de los años se han sintetizado cientos, algunos de ellos son:

1- Naftoilindoles: JWH - 018, JWH - 398

2- Fenilacetilindoles: JWH - 250, JWH - 073

3- Cicloexilfenoles: JCP 47, 497 y CP 47 - CB

4- Dibenzopiranos: HU - 210

5- Benzoilindoles: RCS-4, AM-694

6- Naftoilnaftalenos CRA-13

Los cannbinoides sintetizados en laboratorios se nombran con siglas y números. Los más conocidos y consumidos, hasta la fecha, son los JWH - 018 que corresponden a las iniciales de John W. Huffman y los HU-210 sintetizados en la Universidad Hebrea por el científico Raphael Mechoulam.

A1.2. Laboratorios Farmacológicos:

La actividad de estos laboratorios tiene un fin clínico elaborar productos con cannabinoides para ser usados como medicamento.

Para su comercialización como medicamentos se han buscado crear productos eficaces con una **acción específica única**, buscando además:

- Modificar el marcado carácter hidrofóbico de los cannabinoides para aumentar su solubilidad en agua.
- Aumentar la afinidad por su receptor.
- Modificar su estructura y crear derivados con acciones afines a la de los cannabinoides pero con menos efectos secundarios.

La posibilidad de la aplicación clínica de los cannabinoides se centra en:

- Enfermedades donde existen cambios en la Expresión de los Receptores Cannabinoides, es decir, cambios en los niveles de estos en ciertas zonas del cerebro que se manifiestan con patologías que cursan con comorbilidad entre ellas como es el caso de migrañas y el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia.
- Un uso paliativo en enfermedades crónicas con clínica por la medicación, como son las náuseas posteriores a la quimioterapia y para aumentar el apetito en enfermos terminales de SIDA.
- Evitar la espasticidad en la esclerosis múltiple, dolor.

Estos laboratorios, a lo largo de los años, han producido diferentes preparados para ser comercializado, pero en general presentan importantes efectos secundarios debido la dificultad de los laboratorios para poderlos minimizar y el papel que juega en todo ello el Efecto Séquito.

Llegado a este punto hay que resaltar que, de todos estos cientos de moléculas sintetizadas, solo un par de ellas han sido comercializadas, Marinol y Cesamet.

CANNABINOIDES SINTÉTICOS DE USO CLÍNICO

Comercializados

Dronabinol (Marinol®)	THC sintético disuelto en aceite de sésamo. Tratamiento anorexia - caquexia en pacientes con SIDA. Nauseas y vómitos secundarios en quimioterapia
Nabilona (Cesamet®)	Análogo del THC. Tratamiento de náuseas y vómitos secundarios en quimioterapia

Un ejemplo de esta dificultad en su comercialización es el Rimonabant, un producto que se autorizó su venta en 2006 para combatir la obesidad y que se retiró del mercado en el año 2008 por sus efectos secundarios: depresión, trastornos psiquiátricos graves e ideas suicidas.

CANNABINOIDES SINTÉTICOS DE USO CLÍNICO

Prohibidos

Acomplina (Rimonabant®)

Antagonista selectivo del RCB1. inhibidor del apetito.
Efectos secundarios: Trastornos psiquiátricos severos, depresión e ideación suicida

CANNABINOIDES SINTÉTICOS DE USO CLÍNICO

A2. Laboratorios Clandestinos

Estos no contemplan la responsabilidad social corporativa de las empresas farmacológicas, no asumen responsabilidades de cara a sus clientes y contemplan la importancia del Efecto Séquito en la acción de sus productos.

Estos traficantes utilizan cannabinoides sintéticos a sabiendas de que muchísimos de ello no se han experimentado en humanos, solo en animales de laboratorio. Imitan el mismo procedimiento de los traficantes de psicoestimulantes, las llamadas “drogas de diseño”, tipo éxtasis, que se caracteriza por:

- Ser productos que pueden fabricarse en laboratorios clandestinos y y que pueden ser fabricadas industrialmente.
- Ser sustancias preexistentes. No son sustancias nuevas, “diseñadas a la carta”.
- Ser sustancias no fiscalizadas. No están clasificados como drogas, por lo que tienen un tratamiento legal diferente a los cannabinoides procedentes de las plantas.

Todos ellos tienen en común que producen en los animales de experimentación, un cuadro clínico con una tétrada característica:

- Analgesia, catalepsia, hipotermia y disminución de la actividad locomotora en el animal.

(LEX) Hasta la fecha, no se ha prohibido su uso de manera global, lo que es aprovechado por los traficantes, pero si existen sistemas de control establecidos a nivel internacional para su control y el de productos psicoactivos no tipificados como droga.

La Unión Europea establecido en 1997 el “Sistema de Alerta Temprana” creado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y la Europol para el intercambio de información, evaluación de riesgos y control de las nuevas drogas de síntesis no fiscalizadas. España participa en ello a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Los primeros cannabinoides de síntesis introducidos en el “mercado de la droga” europeo se detectaron a finales del 2008 y desde entonces hasta ahora han sido prohibidos gracias a este Sistema unos 200 cannabinoides sintéticos

En mayo del 2018 se les ha impuesto medidas de control a:

- El ADB-CHMINAC, detectado en 17 países de la UE, además de Noruega y Turquía, y desde su aparición en 2014 ha provocado trece muertes en Alemania, Hungría y Suecia.
- El CUMYL-4CN-BINACA apareció en territorio europeo hace tres años y un total de once personas han fallecido por sus efectos en Hungría y Suecia.

Como vemos estos productos SI pueden causar la muerte a la persona que los consume.

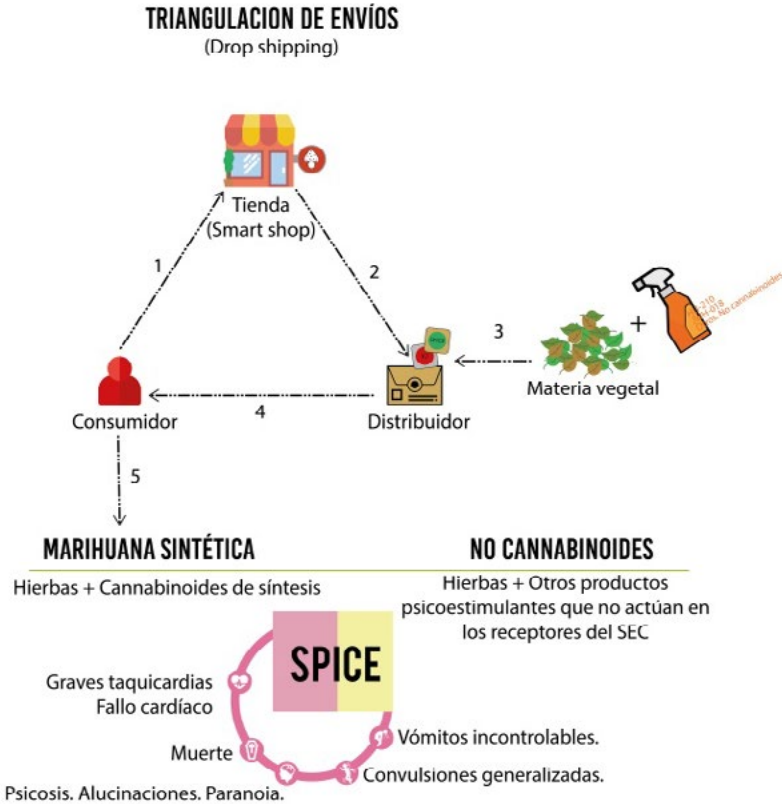
MARIHUANA DE SINTESIS

Los cannabinoides de síntesis se introdujeron en el mercado mundial como “marihuana de síntesis” en el año 2004 y bajo la marca comercial “Spice” (Incienso o Especia), “Fake Weed” (Hierba Falsa), K2 u otros nombres. .

La “Marihuana Sintética” es materia vegetal desconocida, de color y textura semejante al cannabis que se impregnada de:

1. Cannabinoides de síntesis. Inicialmente los más utilizado fue el JWH-018 que prohibido en algunos países en el año 2010 sustituyeron por otro componente similar, el JWH-073.
2. Productos psicoestimulantes desconocidos, NO cannabinoides

Desde el primer momento la “marihuana de síntesis” se ha vendido en tiendas “smart shops”, bien físicas o virtuales. Estas operan a través de internet y publicitan sus productos como:



— No se identifica que sustancia es en el etiquetado. Solo pone, “No apto para uso humano”. Destinado a coleccionistas.

Esto es un problema para el consumidor debido a la dificultad de poder identificar que producto es por medio de las analíticas de detección precoz de drogas en orina en una intoxicación lo que solo permite aplicar un tratamiento sintomático, no uno específico ni aplicar ningún antídoto.

— Droga barata. Los productores solo pueden diferenciarse frente al consumidor ofreciendo productos más baratos que el otro traficante lo que supone un riesgo

para el cliente. Bajar los costes de producción en los países de origen China, India supone, partiendo de que son sustancias muy peligrosas para la salud, la inexistencia allí sistemas de control de calidad en su producción lo que se traduce en utilizar productos que pueden estar contaminados por la falta de higiene en su almacenamiento, que el producto puede variar de una partida a otra lo mismo que la dosis que igual puede ser más que menos.

La “marihuana de síntesis” se consume fumada sola o con tabaco, inhalada y con menor frecuencia bebida como infusión. Pueden fumarse solos o junto a tabaco

Efectos:

Puede aparecer euforia, congestión conjuntival, taquicardia, sequedad de boca, alteración de estado de ánimo y de la percepción. La duración del efecto es de 4 a 6 horas

Intoxicación:

- Síntomas neuropsiquiátricos:
 - Agitación, confusión mental, oscilaciones del nivel de consciencia. Menos frecuentes es la aparición de sedación, ansiedad, irritabilidad, deterioro de la memoria y sintomatología psicótica.
 - A diferencia del cannabis puede aparecer convulsiones y estado epiléptico.
- Síntomas cardiovasculares:
 - Taquicardia, hipertensión, bradicardia o dolor torácico, infarto agudo de miocardio, arritmias,
- Efectos gastrointestinales, náuseas, vómitos
- Midriasis.
- Aumento y disminución del apetito.
- Daño renal.
- Muerte súbita por fallo cardiaco del órgano del corazón

También se han notificado fenómenos de adicción como tolerancia y síndrome de abstinencia.

A pesar de ello dicen que son productos “naturales”.

B. CANNABINOIDES SINTETIZADOS EN “PLANTAS DE PRODUCCIÓN” DISEÑADAS EXPROFESO

Ante la dificultad de elaborar cannabinoides de síntesis con “una acción única” para su uso médico sin efectos secundarios relevantes. Los laboratorios optan

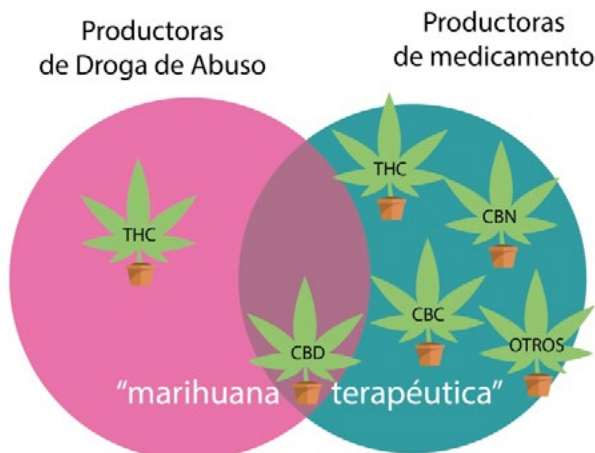
por crear también, “productos de síntesis” elaborados a través de “plantas de producción”, manipuladas genéticamente y contemplando el Efecto Séquito.

Este interés en la creación de “plantas de producción” de cannabis también lo han demostrado los que se dedican al comercio de los fitocannabinoides como sustancia de abuso.

Vemos que hay diferentes objetivos en la creación de “plantas de producción de cannabis”:

- 1) Plantas con acción psicoactiva elevada. Su objetivo es:
 - Obtener proporciones elevadas de THC con un fin hedonista y con capacidad de crear adicción, con el objetivo de:
- 2) Plantas con elevadas proporciones de CBD, llamada “cannabis terapéutico”:
 - Hacer un uso clínico como medicamento paliativo en personas con enfermedades crónicas.
 - Utilizar el paraguas de la “marihuana terapéutica” para posibilitar la creación de un mercado legal y normalizado de cannabis.
- 3) Plantas con proporciones elevadas de cannabinoides diferentes al THC:
 - Dirigidas a paliar síntomas concretos en enfermedades crónicas, con un fin clínico.

“PLANTAS DE PRODUCCIÓN” DE CANNABINOIDES



Los productos ricos en CBD, "marihuana terapéutica". Se presentan en preparados diluidos en aceite o solventes orgánicos. Sus proporciones son difíciles de establecer a no ser que sea a través de un laboratorio especializado.

FITO - CANNABONOIDES "SINTÉTICOS" DE USO CLÍNICO

Nabiximols (Sativex®)

Extracto estandarizado de cannabis con proporciones de THC: CBD 1:1 y un 5% de otros cannabinoides. Vía Sublinguar. Pacientes con esclerosis múltiple para aliviar los espasmos musculares.

CBD (Epidiolex®)

Extracto de la planta de cannabis con elevadas proporciones de CBD frente a THC. Epilepsia grave infantil

Además, hay preparados que son producidos por enfermos o asociaciones de enfermos. Sus dificultades son las mismas, la dificultad de crear compuestos con unas concentraciones estables para una mejor dosificación y control de los efectos.

Los creadores de plantas para el consumo abusivo buscan plantas con elevadas proporciones de THC sin importarles capacidad que tiene de producir efectos secundarios ni las intoxicaciones con muerte por fallo cardiaco.

Además para entrar en el "mercado de la droga legal" bajo el paraguas protector de la "marihuana terapéutica" están promocionando la creación de plantas con elevada proporción de CBD con un fin más bien de marketing. Publicitan sus productos diciendo que tiene menos de 0,2% de THC y mayor proporción de CBD que se vende en sus tiendas bien en cogollos, aceite, cristales de marihuana.

CONCLUSIÓN

El objetivo de estas consideraciones, no es más que un intento de aportar claridad frente al maremágnum de intereses de todo tipo, muchos de ellos ajenos a posibilitar estilos de vida saludables, por ello hay que tener en cuenta que:

- 1) **La información** que se difunde sobre el cannabis (un producto de difícil manejo clínico) es la mayoría de las veces sesgada y dirigida al cultivo y al CONSUMO ABUSIVO.

-
-
- 2) **El consumo de cannabis** (marihuana, hachís, sintético) CREA ADICCIÓN y mayor adherencia hacia las otras drogas que la persona ya pueda estar consumiendo. REFUERZA EL POLICONSUMO.
 - 3) El cannabis **no actúa igual** en las personas sanas que en las enfermas. En las SANAS altera el normal funcionamiento de sus órganos. En las ENFERMAS CRÓNICAS, tiene una acción paliativa en algunos de sus síntomas.
 - 4) En **personas sanas** REDUCE SUS CAPACIDADES cognitivas y su rendimiento personal.
 - 5) El consumo de marihuana **aumenta la posibilidad** de desarrollar ESQUIZOFRENIA, especialmente en menores de 18 años.
 - 6) La **creación de medicamentos a partir de la planta** con una acción específica ES MUY DÍFICIL, ya que actúa sobre el Sistema Endocannabinoide que es el encargado de tutelar las múltiples funciones del Sistema Nervioso y de los órganos.
 - 7) La planta tiene más de 400 compuestos de los que unos 110 son cannabinoides que actúan sinérgicamente, es decir, la acción de uno depende de la acción conjunta de los demás, es el **Efecto Séquito**; esto que **también dificulta** el desarrollo de medicamentos. Por ello, en la actualidad NO HAY MÁS DE 3 MEDICAMENTO COMERCIALIZADOS legalmente.
 - 8) De los **más de 700 cannabinoides sintéticos** creados por laboratorios legales no más de 4 han podido ser comercializados debido a los GRAVES EFECTOS SECUNDARIOS que producen. Muchos de los no comercializados son los que utilizan los traficantes para ganar dinero.
 - 9) Fumar marihuana de la planta o sintética aumenta el riesgo de **bronquitis crónica y cáncer de pulmón** MÁS RÁPIDAMENTE QUE EL TABACO.
 - 10) El **consumo crónico de cannabis** produce alteraciones en el ritmo cardiaco, TAQUICARDIA y envejecimiento el sistema circulatorio, lo que favorece la aparición de ACCIDENTES CARDIOVASCULARES (infarto, ictus,..)



D. Ricardo Pérez Gerada

UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS DESDE LA FORMACIÓN Y EL EMPRENDIMIENTO

D^a. Inma Pellicer Niclós, D^a. María Belenguer Crespo y D^a. M^a José Aparisi

QUIENES SOMOS

Inma Pellicer Niclós, soy psicóloga y responsable del Departamento de Orientación del IES Jordi de Sant Jordi de Valencia.

María Belenguer Crespo, soy alumna de Segundo Curso del Grado Superior en Integración Social del mismo Centro Educativo como representante del colectivo de estudiantes que participa en el proyecto.

Durante el Curso Escolar 2016/17, desde el Departamento de Orientación se hizo un proyecto dirigido al alumnado de Integración Social sobre el **Consumo Problemático de Cannabis (CPC)**.

Se pretendía que los alumnos y alumnas desarrollaran un proyecto de prevención sobre algún tema de su competencia profesional y fueran capaces de llevarlo a la práctica. La elección del Consumo Problemático de Cannabis como contenido a trabajar vino dada por la realidad que se vive en los centros educativos y que sobre esta realidad es necesario actuar.

Empezó como una actividad incardinada en el currículum de varias áreas y tuvo como resultado la creación de una Asociación sin ánimo de lucro gestionada por los estudiantes participantes en el proyecto que supondrá una oportunidad de desarrollo profesional para quienes quieran seguir trabajando en este ámbito y una experiencia de emprendimiento importante.

A lo largo del curso se realizó un estudio teórico sobre el tema y se sentaron las bases para diseñar un programa de prevención.

Desde la humildad pero con orgullo hemos presentado nuestro trabajo en diferentes organismos: Conselleria de Sanidad, Conselleria de Educación, Ayuntamiento de Valencia, Fundación La Caixa, FEVAEX. Desde todos estos

organismos se nos animó a seguir trabajando y de hecho hoy mismo la Concejalía de Sanidad y Salud del Ayuntamiento de Valencia nos da la oportunidad de darlo a conocer.

ESTE CURSO 2017/18 TENEMOS CUATRO OBJETIVOS:

1º) Difusión: Dar visibilidad al CPC mediante la creación de una plataforma web.

Internet, y el móvil especialmente, es el modo de comunicación por excelencia entre la población a la que va dirigido nuestro trabajo. Por tanto vamos a crear una web dinámica y actualizada en la que se ofrezcan diversos recursos para que puedan ser consultados desde cualquier lugar y en cualquier momento, solo con hacer un click: <http://proyectocannabis.kekiero.es/>



En la portada de la web se puede visualizar un video de 50 segundos, realizado por WOLOLO Producciones, que muestra de una manera impactante nuestra posición respecto al consumo problemático de cannabis.

También está disponible en: <https://vimeo.com/212229641>

2º) Diseñar un programa de prevención, centrado especialmente en 3º y 4º de ESO.

Partiendo de los resultados obtenidos vemos que la edad de inicio de los consumidores problemáticos coincide con 3º/4º de ESO. Por tanto vamos a dirigir nuestro programa de prevención a esos cursos.

Pretendemos ofrecer un planteamiento diferente, no dirigido a evitar el consumo de cannabis, sino a evitar el Consumo Problemático de Cannabis (CPC).

3º) Validar la herramienta diagnóstica TESTCPC.

Después del trabajo del curso 2016/17 tenemos una hipótesis que queremos confirmar:

Una persona presenta “positivo en CPC” si se cumplen estos dos criterios conjuntamente al realizar el TESTCPC:

- 1) En el Bloque 1 Tipo de Consumo se obtiene una puntuación de 2 o más.
- 2) En el Bloque 2 Frecuencia de consumo este es “diario o casi diario”.

Los antecedentes familiares supondrían una mayor gravedad del concepto “problemático”.

Para validar el TESTCPC estamos siguiendo el siguiente procedimiento:

- Partimos de la definición de Consumo Problemático de Cannabis, que se basa en que podemos considerar que un consumo es problemático si el consumidor/a presenta problemas en al menos una de estas 5 áreas:
 - salud mental y trastornos de personalidad,
 - relaciones sociales,
 - aprendizaje y aspectos cognitivos,
 - motivación y toma de decisiones,
 - control de impulsos y riesgo de accidentes.
- Diseñamos nuestro TESTCPC, que probamos y perfilamos el curso pasado.
- Diseñamos el Test2, que llamamos de validación, partiendo de la definición de consumo problemático y de las entrevistas que se realizaron a aquellos que

presentaban consumo problemático en el TESTCPC. En el Test2 se informa de las consecuencias del CPC mediante 5 afirmaciones y se les pregunta:

- si lo sabían,
- si les ha ocurrido en algún momento algo similar a lo que dicen las afirmaciones,
- lo que piensan al respecto
- y las emociones que les provoca.

El contenido corresponde a la pestaña “Zona Privada” de la web:
<http://proyectocannabis.kekiero.es/index.php/es-problematico-2>

1

UNA TERCERA PARTE DE LOS CONSUMIDORES/AS PROBLEMÁTICOS DE CANNABIS PRESENTAN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (OBSESIONES, ANSIEDAD, AGRESIVIDAD,...)

EL CPC INCREMENTA CONSIDERABLEMENTE LAS POSIBILIDADES DE PADECER UNA ENFERMEDAD MENTAL: PSICOSIS, ESQUIZOFRENIA, DEPRESIÓN.

¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

2

LAS RELACIONES SOCIALES SE CONCENTRAN EN PERSONAS QUE CONSUMEN O QUE FACILITEN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO. LAS RELACIONES FAMILIARES O DE PAREJA SE DETERIORAN CONSIDERABLEMENTE.

¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

3

CAUSA ALTERACIONES DE LA MEMORIA Y EL APRENDIZAJE, DIFICULTA EL RENDIMIENTO ACADÉMICO.

DISMINUYE LA CAPACIDAD DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS CUESTIONES PERSONALES, LABORALES O ACADÉMICAS.

¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

4

DISMINUYE LA CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DEL DÍA A DÍA.

PROVOCA SÍNDROME AMOTIVACIONAL, FALTA DE MOTIVACIÓN PARA AFRONTAR RETOS Y PROYECTOS VITALES.

¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

5

DISMINUYE LA COORDINACIÓN MOTORA Y AUMENTA EL RIESGO DE ACCIDENTES.

DISMINUYE EL CONTROL DE IMPULSOS Y EL CONTROL DE LAS EMOCIONES, ALTERA LA AFECTIVIDAD.

¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

Consideramos que el TESTCPC es válido si se da una correlación positiva entre el resultado de “positivo en CPC” en el TESTCPC y el Test2, es decir, si en el Test2 el sujeto manifiesta que “SÍ, me ha ocurrido algo parecido” en al menos una de las 5 opciones.

Durante este trimestre, y hasta el día de hoy, hemos aplicado de manera controlada el TESTCPC a 162 alumnos y alumnas de ciclos de grado medio y superior:

No han fumado cannabis en los últimos doce meses	70	43%
Sí han fumado cannabis en los últimos doce meses	92	57%
Presentan consumo no problemático	50	31%
Presentan consumo problemático	42	26%

En todos los casos se ha dado una correlación positiva entre el Test1 y el Test2, ya que los 42 estudiantes que presentan consumo problemático de cannabis han indicado que han tenido problemas en al menos uno de los cinco aspectos valorados.

Si bien los resultados son muy preocupantes, desde el punto de vista técnico la valoración que hacemos es muy positiva.

María Belenguer Crespo, alumna de 2º curso de Integración Social en el IES Jordi de Sant Jordi, va a explicar el proceso que estamos llevando a cabo con un ejemplo:

Cómo integradora unos de los colectivos con los que trabajamos son los jóvenes y la drogodependencia y de esa unión surgió este proyecto.

Para validar el TESTCPC lo estamos aplicando en todos los grupos de Ciclos de nuestro Centro Educativo y vamos a aplicarlo en otros Centros Educativos que han querido participar en el estudio.

Además, hemos comenzado también a pasarlo por los cursos de 4º de la ESO para emplearlo de manera preventiva e informativa y así observar si muestran interés y si la forma de ofrecerles la información es la correcta.

Los resultados expuestos a partir de este punto son los obtenidos por los 42 casos de consumo problemático de cannabis detectados en el estudio.

Hemos elegido un caso real para que nos sirva como ejemplo de lo que es el perfil tipo del consumidor/a problemático de cannabis. Vamos a llamarle Paula. Veamos sus respuestas al TESTCPC:

Edad: El estudio abarca alumnado entre los 18 y los 30 años. Paula tiene 21 años.

¿TU CONSUMO DE CANNABIS ES PROBLEMÁTICO?

PROBLEMÁTICO: Aquel consumo que está generando problemas al propio consumidor/a o a su entorno. Dentro de estos problemas incluiríamos:

- problemas de salud física,
- problemas de salud psíquica,
- problemas sociales,
- conductas que pueden poner en peligro la salud del consumidor/a.

Edad

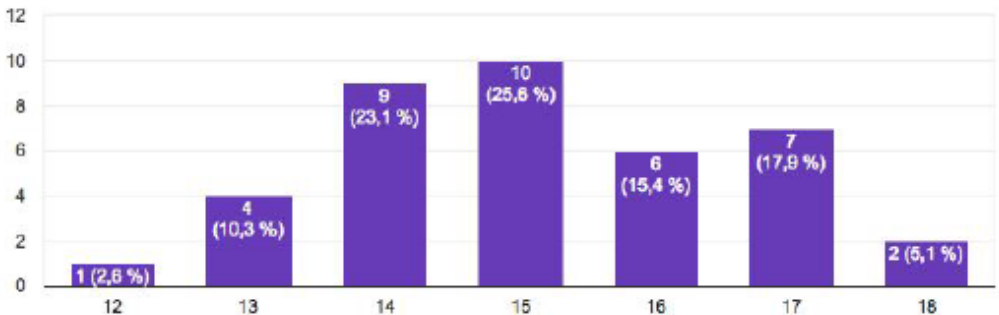
Sexo Hombre Mujer

Edad Inicio

Edad de inicio: Comenzó a los 15 años.

Nuestro trabajo nos indica que la edad media de inicio se sitúa entre los 14 y los 17 años:

Edad de inicio:



El Bloque 1, relativo al tipo de consumo, está compuesto por 7 preguntas basadas en el CAST, el SDS y el DSM-V.

Observamos las puntuaciones de Paula.

Bloque 1: Pensando en los últimos 12 meses

1. ¿Has fumado cannabis antes del mediodía? Sí No

2. ¿Has fumado cannabis estando sola/o? Sí No

3. ¿Te han dicho los amigos/as o los familiares en más de una ocasión que deberías reducir el consumo de cannabis? Sí No

4. ¿Has intentado reducir el consumo o dejar de consumir sin conseguirlo? Sí No

5. ¿Has tenido problemas debido al consumo habitual (disputas, agresividad, accidentes, mal resultado escolar, hurtos,...)? Sí No

6. ¿Te ha puesto nervioso/a no tener cannabis cuando te apetece fumar? Sí No

7. ¿Has consumido en situaciones de riesgo (conducir coche o moto, relaciones sexuales sin protección,...)? Sí No

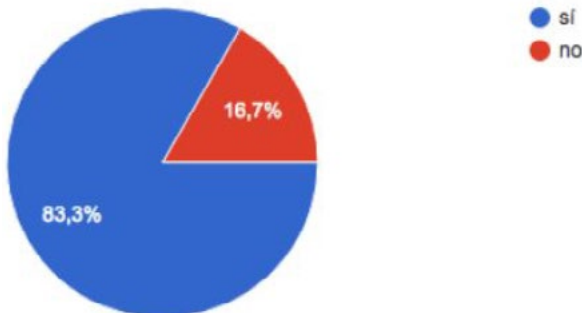
Paula ha obtenido una puntuación de 4, el número de “Sí” marcados. Por tanto presenta Consumo Problemático de Cannabis según el primer criterio de nuestra hipótesis.

Ha contestado “sí” a los ítems más habituales:

- 1 ¿Has fumado cannabis antes del mediodía?
- 2 ¿Has fumado cannabis estando solo/a?
- 6 ¿Te ha puesto nervioso/ a no tener cannabis cuando te apetece fumar?
- 7 ¿Has consumido en situaciones de riesgo (conducir coche o moto, relaciones sin protección...)?

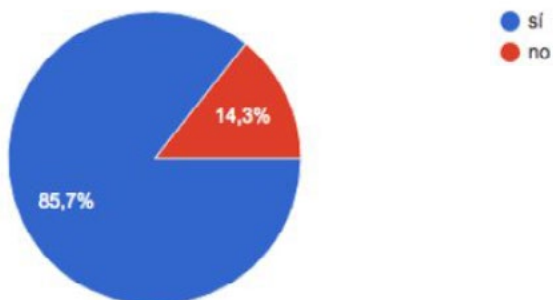
Aquí presentamos los resultados de los 42 casos a estos cuatro ítems:

1. ¿Has fumado cannabis antes del mediodía?



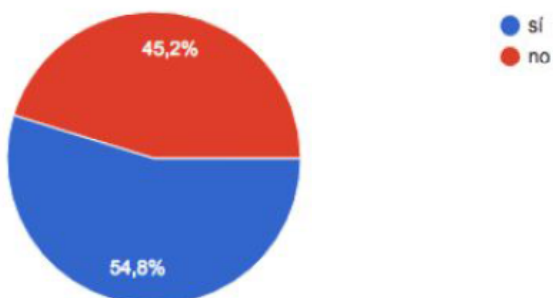
Ante esta afirmación el 83,3% de los encuestados respondieron afirmativamente.

2. ¿Has fumado cannabis estando sola/o?



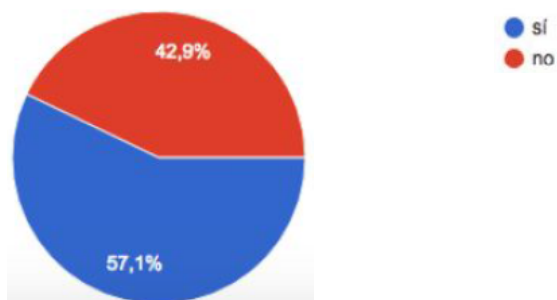
Esta segunda pregunta tiene el índice más alto de respuestas afirmativas con un 85,7%.

6. ¿Te ha puesto nervioso/a no tener cannabis cuando te apetece fumar?



En este caso las respuestas positivas son del 54,8%.

7. ¿Has consumido en situaciones de riesgo (conducir coche o moto, relaciones sexuales sin protección,...)?



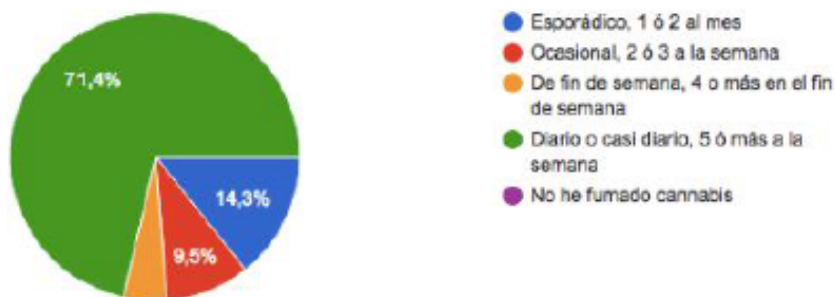
En este punto los “Sí” vuelven a subir hasta casi el 60%, dejando ver la escasa percepción de riesgo que le ven al consumo problemático, ya que, en muchos casos piensan que no les pasará nada porque “ellos controlan”.

El segundo criterio para determinar el Consumo Problemático es la frecuencia de consumo.

Paula, como la mayoría, consume a diario o casi a diario.

Frecuencia de consumo habitual

42 respuestas



Como vemos 71,4% de los Consumidores/as problemáticos de cannabis consumen de manera diaria o casi diariamente.

Los antecedentes familiares en este momento de la investigación los valoramos como agravantes.

Paula nos dice que tiene Antecedentes familiares de Trastornos de personalidad: ansiedad, obsesiones, conductas agresivas, etc.

Bloque 3: Antecedentes familiares

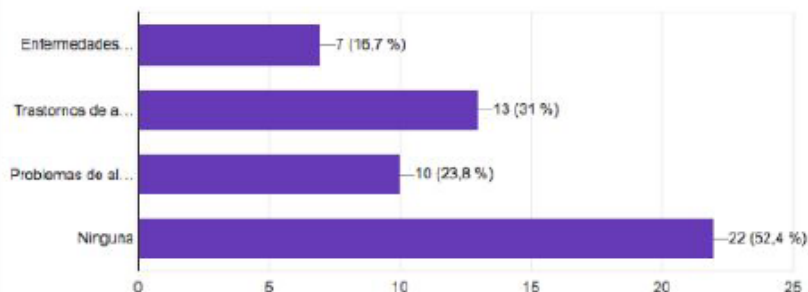
Indica si tu padre o tu madre padecen o han padecido, (ELEGIR todas LAS QUE PROCEDA)

- enfermedades mentales graves (esquizofrenia, brotes psicóticos, depresión,...)
- otros trastornos (ansiedad, cambios de humor, obsesiones, conductas agresivas,...)
- problemas de alcoholismo o consumo de drogas (adicciones)
- ninguna

Aproximadamente el 50% de la muestra presenta antecedentes psiquiátricos, trastornos de personalidad, alcoholismo o adicciones a otras drogas. Podemos ver los resultados globales en la gráfica:

Antecedentes familiares

42 respuestas



Los trastornos de ansiedad, cambios de humor, obsesiones y conductas agresivas son los antecedentes más frecuentes.

Pasemos ahora a las repuestas de Paula al Test2, basado en las consecuencias del CPC.

Paula indica que le ha ocurrido algo parecido a lo expuesto en el punto 3 “alteraciones cognitivas”, de hecho en el apartado de observaciones nos cuenta que repitió 3º de ESO debido al consumo de cannabis.

3

CAUSA ALTERACIONES DE LA MEMORIA Y EL APRENDIZAJE, DIFICULTA EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, DISMINUYE LA CAPACIDAD DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS CUESTIONES PERSONALES, LABORALES O ACADÉMICAS.
¿LO SABÍAS? ¿TE HA OCURRIDO ALGO PARECIDO?
¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO? ¿QUÉ EMOCIONES TE PROVOCA?

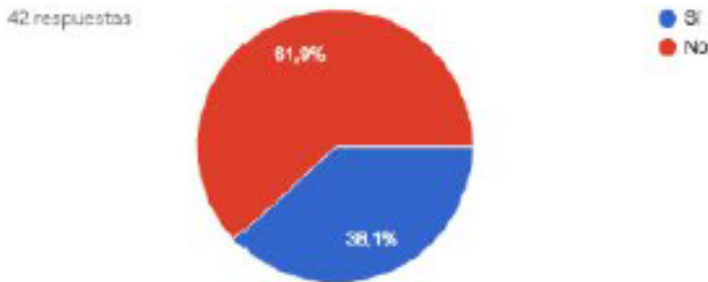
Volviendo al total de las repuestas obtenidas por los 42 sujetos considerados consumidores problemáticos, observamos que:

- Todos lo saben, tienen conocimientos respecto a las consecuencias del consumo problemático de cannabis.
- Un 50% piensa que “es verdad y es un problema grave que les puede ocurrir a ellos”, pero el otro 50% piensa que “**yo controlo, a mí no me va a pasar**”. La falacia de control está presente en los cinco aspectos estudiados.

- Las emociones más destacadas son el miedo, la rabia o la frustración y la tristeza.
- Al 100%, les ha “ocurrido algo parecido” en al menos una de las afirmaciones relativas a las consecuencias del CPC.

Queremos resaltar el resultado de la pregunta referida a salud mental:

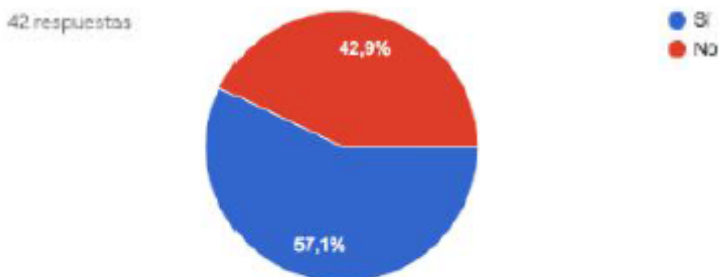
“Una tercera parte de los consumidores/as problemáticos de cannabis presentan trastornos de personalidad: obsesiones, ansiedad, agresividad,.... El Consumo Problemático de Cannabis (CPC) incrementa considerablemente las posibilidades de padecer una enfermedad mental: psicosis, esquizofrenia, depresión.”



Ante esta afirmación el 38'1 de la muestra ha respondido que sí han vivido una experiencia de este tipo. Si ya de por si es un resultado altamente alarmante debemos recordar que estamos hablando de adolescentes y jóvenes donde la media de edad es de 21 años.

También consideramos preocupantes las respuestas a la pregunta referida a dificultades cognitivas:

“El CPC causa alteraciones de la memoria y el aprendizaje, dificulta el rendimiento académico. Disminuye la capacidad de planificación y organización de las cuestiones personales, laborales o académicas.”



Los resultados en esta pregunta aumentan hasta llegar a un 57'1% de respuestas afirmativas en cuanto a si han vivido una experiencia de este tipo.

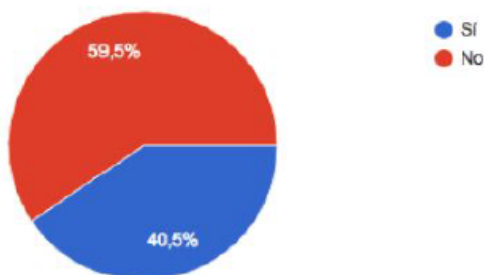
Y es muy interesante observar las emociones que estas dos afirmaciones provocan en los/las encuestados/as.

En la pregunta relacionada con la salud mental destaca el miedo. Miedo ante una situación que en algunos casos ven muy lejana. Miedo ante una posibilidad, que desean que no se cumpla.

Pero, sin embargo, cuando les hablamos del deterioro cognitivo, la rabia y la frustración se disparan. Muchos han suspendido exámenes e incluso cursos enteros por culpa de su consumo y eso los enfada al ver que efectivamente no pueden o pudieron controlarlo.

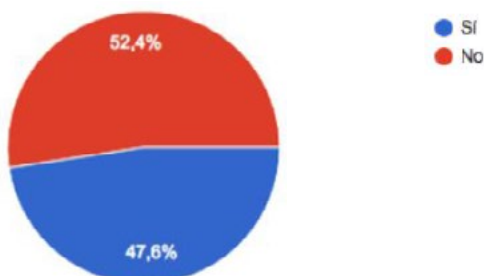
Al final del cuestionario de validación les hacemos unas preguntas para valorar el grado de conciencia de su situación y el resultado es muy preocupante: la mayoría sigue pensando que su consumo no es problemático.

¿Crees que tu consumo es problemático?



Pero lo que nos anima a seguir trabajando en este proyecto es por este otro dato: **A casi un 50% les gustaría dejar de tener un "Consumo Problemático"**, como podemos observar en la siguiente gráfica.

¿Te gustaría dejar de tener un "Consumo Problemático"?



Y por este motivo estamos trabajando en nuestro **Cuarto Objetivo**, la **investigación con los EX-CPC** que a continuación explicará **Inma Pellicer**. Pensamos que es muy interesante el hecho de que los mismos estudiantes seamos a la vez la muestra y los agentes que actuaremos en un futuro con personas que presenten CPC.

Para muchos y muchas ha supuesto una reflexión sobre su propio consumo y ha despertado el interés y las ganas de aportar sus propias experiencias al proyecto con el fin de ayudar a los que vengan detrás. Y como futuros profesionales estamos desarrollando una experiencia muy próxima al emprendimiento al crear nuestra Asociación.

Creemos que el consumo problemático de cannabis es una definición poco conocida, en especial para los adolescentes. Desconocen la gravedad de su consumo, y es importante que lo conozcan, que no lo normalicen como están haciendo y sobre todo, que tengan las herramientas necesarias para poder reducirlo.

Muchas gracias por escucharme.

4º) Investigación con los EX: el “descarrilamiento” y el “susto”.

En nuestra investigación hemos tenido la fortuna de contar con unos colaboradores de excepción, a los que llamamos EX. Se trata de chicos y chicas que han conseguido dejar de ser CPC y por ello son nuestro referente a la hora de diseñar un programa de prevención que sea efectivo.

Según su experiencia de nada les sirvió las charlas y las actividades del Instituto, ni las broncas en casa, ni los fracasos escolares,... ¿qué fue lo que les hizo dejarlo?

Hasta ahora hemos entrevistado a 15 EX, y ninguno lo dejó por convencimiento racional de lo malo que era para ellos el CPC, ni uno solo.

- Uno/a de cada tres lo dejó por un **“susto”** relacionado con una vivencia que les acercaba peligrosamente a la enfermedad mental.
- Dos de cada tres lo dejaron por **“amor”** o por **“trabajo”**. Curiosamente, en el caso de la mayoría de los chicos fue por amor, comprendieron que sus parejas no aceptarían seguir con ellos en ese estado y decidieron cambiar. Las chicas tomaron su decisión por un trabajo que les motivaba lo suficiente para hacer el esfuerzo y dejarlo. Le hemos llamado el **“descarrilamiento”**

partiendo del comentario de una de ellas: “es como si fueras un tren de juguete que da vueltas en unas vías circulares sin llegar a ningún sitio y de repente ocurre algo que te descarrila y puedes salir del círculo e ir donde tú quieras”.

Para finalizar, agradecemos a la organización de esta Jornada sobre Adicciones la oportunidad que nos ha brindado al permitirnos estar aquí hoy y dar a conocer nuestro trabajo y, desde la humildad, sin perder de vista quiénes somos, queremos seguir desarrollando este proyecto lo mejor que podamos y para conseguirlo necesitamos la colaboración de todos.

Muchas gracias.

<http://proyectocannabis.kekiero.es/>

cannabiscpc@gmail.com

RESEÑA PROFESIONAL

AUTORA: Dña. Inma Pellicer Niclós

Licenciada en Psicología y en Comunicación Audiovisual.

Catedrática del Cuerpo de Educación Secundaria en la especialidad de Orientación Educativa.

Responsable del Departamento de Orientación del IES Jordi de Sant Jordi de Valencia.

Directora del portal web de orientación www.kekiero.es y de Orientación Visual, empresa dedicada a la realización de material audiovisual y multimedia relacionado con la orientación educativa.

Colaboradora: Dña. María Belenguer Crespo

Alumna de Segundo Curso del Grado Superior en Integración Social del IES Jordi de Sant Jordi de Valencia. Bachillerato Artístico.



Dña. Inma Pellicer Niclós



Dña. María Belenguer Crespo

CONFERENCIA DE CLAUSURA

PRESENTACIÓN: Dña. Laura Ferrer Mora

Responsable programas FAD en PMD/UPCCA-València

Estamos llegando al final de esta XXVI Jornada sobre Adicciones y todo el equipo del Plan Municipal de Drogodependencias y la Concejala de Sanidad, Salud y Deportes, Maite Girau, esperamos que os esté resultando una Jornada interesante y sobre todo provechosa.

Cada año, cuando nos reunimos para pensar en contenidos y en ponentes siempre tenemos como objetivo que sea algo que os resulte motivador y movilizador, y que salgáis de aquí, de este intenso día, con nuevas ideas y con ganas de ponerlas en marcha, y también que sea un día de encuentros profesionales. Que esta Jornada ayude a tejer esas redes de contactos profesionales y que consolidemos una comunidad de profesionales, con un objetivo común, y que cada año crezcamos más. Así que os agradecemos mucho vuestra asistencia, las ganas de estar aquí a estas horas, vuestro interés y a los que cada año nos seguís, gracias porque nos hacéis tener ilusión y ganas de continuar.

Es la primera vez que estoy en esta mesa, y hoy tengo el privilegio de presentar a Luis. Voy a hacer una breve presentación porque lo que interesa es que hable él.

Luis María López Aranguren es Licenciado en Pedagogía por la Universidad Complutense de Madrid y Doctor en Pedagogía por la UNED. Ha trabajado mucho simultáneamente en el ámbito de la educación reglada y no reglada. Tiene una amplia perspectiva en educación porque ha trabajado muchos años con alumnado de primaria, secundaria y bachillerato. En el ámbito de la educación no formal ha trabajado con grupos de scouts, clubs juveniles y movimiento vecinal.

Ha sido Profesor de Sociología en la Universidad Carlos III de Madrid, y lleva 26 años diseñando itinerarios de inserción de jóvenes en riesgo de exclusión social en la Fundación Tomillo.

El título de su ponencia es **“La innovación social y la excelencia como respuesta a la fragilidad”**. Os dejo con Luis, espero que disfrutéis y que salgamos, como he dicho, motivados y con nuevos aprendizajes y nuevos retos.

Muchas gracias.



Dña. Laura Ferrer Mora



D. Luis María López-Aranguren

CONFERENCIA DE CLAUSURA

LA INNOVACIÓN SOCIAL Y LA EXCELENCIA COMO RESPUESTA A LA FRAGILIDAD

Dr. D. Luis María López-Aranguren

Doctor en Pedagogía y experto en itinerarios de inserción de jóvenes

Buenos días. Doy las gracias a la organización por invitarme a cerrar esta Jornada tan interesante. Es un honor para mí. Os ruego que, aunque seamos muchos y nos de vergüenza, me ayudéis a dar esta ponencia, os pido por tanto que participéis.

Es muy adecuado el título elegido para esta Conferencia de Clausura: **“La innovación social y la excelencia como respuesta a la fragilidad”**, pero es necesario comentar alguno de estos términos que empleamos con frecuencia, aunque sea para ponernos de acuerdo.

— Innovación social:

¿Qué es para cada uno de nosotros la innovación social? (1). No es un mero cambio o reforma. La innovación social persigue una forma de relación entre personas e instituciones que supere la sumisión y lleve a la cooperación entre ciudadanos. Todos salen empoderados (Por ejemplo: Se pasa a considerar al usuario como ciudadano, o cuando se empieza a trabajar en equipos colaborativos, en proyectos de gestión común, etc.)

— Fragilidad ¿Riesgo de exclusión?
 ¿En qué consiste la fragilidad?
 ¿Cómo nos llegan estos jóvenes frágiles?
 ¿Qué necesitan?

LA FRAGILIDAD ES UNA NUEVA SITUACIÓN PERMANENTE QUE NOS AMENZA A TODOS

Antiguamente, la exclusión estaba ligada a la soledad progresiva y a la pobreza y la pobreza a la falta de trabajo, fundamentalmente. En el Estado de Bienestar, mediante el trabajo, los ciudadanos-trabajadores lograban el bienestar y el acceso a la ciudadanía. En la nueva situación, tener trabajo no es garantía para salir de la pobreza, ni mucho menos para disfrutar del bienestar y acceder a la ciudadanía. El trabajo al que podemos aspirar se ha deteriorado, precarizado en sus condiciones salariales y de todo tipo. Tan es así, que aumenta imparablemente la nueva clase social de los “trabajadores pobres” ¿Qué quiere decir esto? ¿Qué significado tiene para nuestras vidas? La primera conclusión que se saca es que vivimos en la inopia, pensando que, como en la época ya pasada, la exclusión la sufren los de siempre. No nos percatamos que nuestra vida discurre en la fragilidad y al filo de la exclusión. Nos van quitando las redes que con el Estado de Bienestar nos protegían contra el paro, la enfermedad, la vejez, contra la fragilidad.

¿Cuáles son, pues, las nuevas caras de la exclusión? Las de todos nosotros. A diario, estamos comprobando, los que trabajamos en lo social, que cualquier persona que sufra un “accidente” en su vida (separación, abandono, enfermedad, paro, etc.) puede caer por la pendiente de la exclusión, porque las redes protectoras van desapareciendo. ¿Por qué no reaccionamos? Porque seguimos manteniendo la falacia de que la exclusión no nos tocará. La nueva exclusión es dura, afilada, inmisericorde y amenaza a TODOS, pero, a la vez, es elegantemente discreta y silenciosa. Les pasa a los demás y los de alrededor no se enteran. No interesa generar alarma social. Permítaseme contar un episodio vivido últimamente: Se puso en contacto conmigo un funcionario conocido para ver si desde la Fundación Tomillo podíamos apoyar a una sobrina suya a mejorar su situación laboral. La separación de sus padres, durante su adolescencia, el abandono de los estudios y un embarazo no deseado habían llevado a esa joven al riesgo real de exclusión. Cuando vino a hablar con nosotros, descubrí que era una persona conocida del vecindario. Ninguna persona próxima sabía nada. Ni lo hubiéramos sospechado. La exclusión estaba en casa...

¿CÓMO NOS LLEGAN ESTOS CHICOS A LOS PROGRAMAS?

Son en su mayoría ninis. Sin trabajo y sin esperanza de conseguir algo digno. Abandonaron la escuela (o les echaron) sin titulación relevante.

Nos vienen con una experiencia vital de rechazo por parte del mundo de los adultos. La mayor parte de ellos, reconocen su responsabilidad en el abandono escolar. Se valoran poco y dudan de sus capacidades (2). Quieren a su familia y se quieren (en contra de la que se piensa y se dice sobre ellos no suelen tener baja autoestima en sentido estricto) Se perciben incapaces de insertarse en la sociedad porque han tenido una experiencia muy negativa con el fracaso escolar. Se les ha cerrado la posibilidad de alcanzar una titulación, empleo, etc. Los adultos les han rechazado (profesores y con el tiempo, sus propios padres) Todos nosotros seguimos vías normalizadas de inserción social desde niños hasta adultos. A estos se les ha truncado la posibilidad de pensarse como profesional y como ciudadano útil.

En contra de lo que muchas veces se piensa, ellos están deseando tener éxito, desarrollar una profesión, crear familia, emanciparse, etc.

¿QUÉ NECESITAN?

Revertir el proceso de exclusión iniciando el proceso contrario, el de acceso a la ciudadanía.

Necesitan, antes de nada, **una experiencia vital de aceptación desde el mundo de los adultos** (3).

Necesitan una segunda oportunidad muy eficaz que les permita lograr la mejor versión de sí mismos e insertarse en el mundo de los adultos.

— Excelencia contra la exclusión (fragilidad):

¿Os suena pretencioso?

¿Qué pensáis que quiere decir?

Excelencia en el diseño de la actuación

Excelencia en los agentes

Excelencia en los recursos.

EXCELENCIA EN EL DISEÑO DE LA ACTUACIÓN

Frecuentemente se repiten modelos de actuación, con los que hemos trabajado siempre sin someterlos a revisión. Este modelo de actuación antiguo suele pecar de

aislacionista. Cada administración, cada institución, ONG, etc. tiene su “chiringuito” por el que pasan los usuarios. Esta es una de las peores formas de abordar los múltiples problemas sociales complejos, como son el fracaso escolar, la integración de ciudadanos inmigrantes y nacionales, los malos tratos, la inserción socio-laboral, los barrios-gueto, etc. Desde las acciones parceladas de cada institución, no se llega a la eficacia, mucho menos a la excelencia. Hay dos condiciones para lograr la excelencia en los modelos de intervención social, en cuanto al diseño de la actuación: El objetivo de acceso a la ciudadanía y la acción “tejedora” de actores y recursos. El diseño de la actuación tiene las siguientes fases:

Trabajar en equipo colaborativo (4) de las entidades comprometidas con el problema, realizar juntas el análisis y adoptar un modelo común de intervención, repartiendo responsabilidades y potenciando sinergias, es la base del éxito. Por otra parte conviene hacerse una pregunta ¿Damos por buenos los modelos de actuación que se nos imponen desde las entidades financiadoras? A veces da la impresión de que nuestro trabajo se asemeja a los que atienden las piezas que se caen o se descolocan en una cadena de fabricación. Hay alguien que repara el fallo y las vuelve a situar en la cadena. En nuestro modelo económico y social la exclusión y la expulsión de las personas es una característica inherente al sistema y a nosotros, entonces, se nos encomienda la función reparadora. ¿Es esa nuestra misión, o podemos pensar que el acceso a la ciudadanía es el objetivo más completo, el valor añadido que la sociedad espera de las ONG? Si es así, habrá que hacerlo realidad, no sólo mención teórica en los objetivos generales del programa. Para hacerlo realidad, debemos diseñar la metodología de intervención procurando, desde el primer momento, que nuestros usuarios establezcan relaciones, trabajen en equipo, practiquen voluntariado o servicio a la comunidad, descubran la raíz de los problemas de la comunidad y actúen para superarlos, etc. También el diseño contemplará el desarrollo personal, el trabajo por competencias y otros componentes que procuran excelencia (5). En resumen, si los fines de los programas que los financiadores nos conceden, no nos permiten desarrollar nuestros fines como institución, algo está mal planteado. Quizás estemos haciendo dejación de nuestras responsabilidades, no persiguiendo nuestros fines fundacionales.

Gestión trenzada del programa (6) . Como ya hemos mencionado, los problemas sociales complejos exigen soluciones integradas. La propuesta es “todos a lo mismo”. Todos los que, de alguna forma participamos en la solución del problema, aportamos nuestro quehacer, liderados por la institución más adecuada o más

experimentada. No es de recibo que ante la necesidad de integración entre los jóvenes nacionales y los hijos de inmigrantes, los mal llamados inmigrantes de segunda generación, cada uno actúe por separado en los momentos de relación con esos chicos. Este es el típico reto que reclama la acción diseñada por todos los adultos intervinientes y la gestión compartida y enriquecida por la aportación generosa de cada entidad, en forma de apoyos, locales, actividades, etc. (7)

En resumen, que desde nuestros “chiringuitos” no se solucionan los problemas. Esta forma de actuar tan individualista y tan propia del tercer sector y de las administraciones, está superada. Sobrevivirá en el tiempo, pero está condenada por ineficaz y autista. En las plataformas desarrolladas para abordar diferentes problemas, nos hemos encontrado con centros escolares públicos y concertados, con ONG, con las diferentes administraciones, con los agentes de proximidad, con las diferentes iglesias, con clubes deportivos, asociaciones de vecinos, con empresas, con voluntarios, etc. Parece un guirigay, pero no lo es y si hay gente e instituciones generosas y con vocación de “trenzar”, la acción concertada y la corresponsabilidad llegan a ser realidad.

Evaluación y propuestas de mejora: En una tercera fase, la coordinadora creada, plataforma, etc., evalúa los resultados y propone planes de mejora.

EXCELENCIA EN EL ALTÍSIMO NIVEL DE LOS AGENTES QUE INTERVIENEN

En cuanto a su comprensión profunda y madura de la relación de ayuda, inherente a las profesiones dedicadas a la intervención social.

Porque poseen las competencias exigidas en su puesto. Todavía en el ámbito de la intervención social estamos lejos del trabajo por competencias. Tampoco disfrutamos de procesos formativos que ayuden a alcanzar la excelencia en cuanto a las competencias profesionales. Conviven profesionales muy diferentes en cuanto a la competencia en su actuación profesional y no se selecciona, apoya y promociona según este criterio. Es una de las asignaturas pendientes en nuestro ámbito.

EXCELENCIA EN LA CALIDAD DE LOS RECURSOS Y MEDIOS PUESTOS EN MARCHA

Siempre hemos dado por buenos los recursos escasos y de poca calidad dedicados a la intervención social. Sobre todo en el mundo de las ONG, se aceptan con

total naturalidad los recursos “cutres”. Siempre causa sorpresa, entre los que nos visitan, la alta calidad de los recursos que ponemos a disposición de los numerosos programas de la Fundación Tomillo, dedicados a la lucha contra la exclusión: Los cursos de certificación de los fabricantes en software y hardware, para jóvenes en riesgo de exclusión, para discapacitados y para inmigrantes; las prácticas laborales en empresas francesas para los jóvenes de garantía Social (8); los cursos de alta especialización para desempleados etc.

Nuestro lema es que los mejores recursos deben ser para aquellos que más lo necesitan, esta es una aplicación práctica del principio democrático de la igualdad de oportunidades.

Trenzando los múltiples recursos ociosos (muchos de ellos) que existen en nuestras sociedades para modalidades de formación y de acceso al empleo. Recursos de las administraciones (También la europea), de las cajas y fundaciones, de las ONG, de las empresas, de otras instituciones y del voluntariado.

En la variedad de los recursos (9) y en el diseño personalizado en las intervenciones, que rechaza el “café para todos” tan común en nuestro trabajo y lo sustituye por la acción personalizada, que exige una selección adecuada de los recursos a poner en juego con cada persona.

REFERENCIAS

- (1) Seminario Ícaro. Fundación Novia Salcedo. Bilbao.
- (2) La baja autoestima que sufren la mayoría de estos jóvenes suele ser sobrevenida por el fracaso sufrido no crónica. Esto es muy importante pues el tratamiento que le damos suele ser bastante ineficaz.
- (3) Esto suele ser muy eficaz a la hora de recuperar rápidamente su autoestima. El **Aprendizaje servicio** es una metodología clave en ello. Ejemplo: Aps “Profes de informática”, “Reclusos cocineros “y otros
- (4) Programa de “Formación compartida”.
- (5) El profesor o el monitor, incluso el centro aislado no tienen todos los conocimientos y las competencias excelentes y no pueden proporcionar los recursos que la intervención necesita para que los jóvenes alcancen la “mejor

versión de sí mismos” y el acceso a la ciudadanía. Es imprescindible contar con recursos de expertos de ONG, de la administración y de las empresas.

- (6) Programas: “Formación compartida”, “Barrios sostenibles”, “Iluminando hogares” y Aps “Profes de informática”.
- (7) Ejemplo: “Tiempo Joven”.
- (8) Programa Leonardo.
- (9) En contra de lo que pueda pensarse, los mejores recursos que podemos conseguir para nuestro programa no siempre son los económicos. Muchas veces son más importantes los recursos humanos que las empresas, las ONG, las universidades y otros nos aportan.





ORGANIZA:



COLABORAN ENTIDADES DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE VALENCIA:



MÁS INFORMACIÓN:

Plan Municipal de Drogodependències. PMD/UPCCA-València
www.valencia.es/pmd; 962 082 029; pmdsanidad@valencia.es