



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis

Alumno/a: María Purificación Cano García.

Tutora: D. Gustavo Reyes del Paso.
Dpto: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico.

Junio, 2019



Índice

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIJUANA	6
2.2. MODELOS TEÓRICOS SOBRE LA ADICCIÓN	7
2.2.1. MODELO I-RISA (GOLDSTEIN & VOLKOW, 2002).....	8
2.2.2. MODELO DEL MARCADOR SOMÁTICO (VERDEJO-GARCÍA & BECHARA, 2009)	9
2.2.3. TEORÍA DEL APRENDIZAJE COGNITIVO SOCIAL (BANDURA; 1986)	9
3. MECANISMOS DE ACCIÓN CEREBRAL DEL CANNABIS	10
4. JUSTIFICACIÓN	10
5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: CONSTRUIR TU IDENTIDAD	13
5.1. OBJETIVOS	18
5.2. POBLACIÓN DIANA	18
5.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	18
5.4. PLAN DE ACCIÓN	21
5.5. CRONOGRAMA	33
5.6. MATERIALES Y RECURSOS.....	36
5.7. PRESUPUESTO	37
6. CONCLUSIÓN	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39



1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El consumo de drogas por parte de los jóvenes, cada vez a edades más precoces, es sin duda uno de los temas que socialmente llama más la atención debido a las enormes implicaciones que supone la adicción a las drogas para los individuos y sus comunidades. La mariguana o cannabis es una de las drogas más consumidas por la población joven, más aun cuando analizamos la situación de nuestro país respecto al resto de países de la Unión Europea. Por un lado, se ha demostrado que el consumo crónico de cannabis está asociado con alteraciones en diversos ámbitos mentales y funciones ejecutivas, como: motivación, atención y memoria, así como con un mayor riesgo de desarrollar comportamientos adictivos ante otras sustancias y diversas patologías, como la esquizofrenia.

Por otro lado, los estudios de neuroimagen en consumidores crónicos han detectado reducciones volumétricas en el hipocampo y disfunciones del metabolismo en la corteza prefrontal medial y lateral. La relación funcional entre las distintas regiones cerebrales y las funciones neuropsicológicas afectadas por el consumo de cannabis sugieren la existencia de una desregulación de los circuitos que conectan la corteza prefrontal, el hipocampo y el núcleo estriado. Así mismo, los programas de intervención dirigidos a personas con adicción requieren un conocimiento exhaustivo de la literatura existente, de las capacidades neuropsicológicas afectadas en los consumidores y de las nuevas tendencias emergentes.

Por ello, en este trabajo fin de grado haremos un resumen sobre los diferentes hallazgos y mecanismos de acción del cannabis, sus repercusiones sobre los mecanismos del aprendizaje humano, los efectos sobre la memoria y otras funciones ejecutivas con el fin último de promocionar la realización de una terapia de rehabilitación mixta que comprenda tanto terapia Cognitiva Conductual como, paralelamente, un programa de rehabilitación neuropsicológica en el Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba (IPBS), gestionado por la Diputación Provincial de Córdoba.

Palabras claves: adicción, cannabis, terapia cognitivo conductual, programa de intervención, funciones ejecutivas, rehabilitación neuropsicológica.



ABSTRACT

The consumption of drugs by young people, increasingly younger ages, is undoubtedly one of the issues that socially attracts the most attention due to the enormous implications of drug addiction for individuals and their communities. Marijuana or cannabis is one of the drugs most consumed by the young population, even more when we analyze the situation of our country with respect to the rest of the countries of the European Union. On the one hand, it has been shown that chronic cannabis use is associated with alterations in various mental areas and executive functions, such as: motivation, attention and memory, as well as a greater risk of developing addictive behaviors to other substances and various pathologies, like schizophrenia.

On the other hand, neuroimaging studies in chronic users have detected volumetric reductions in the hippocampus and metabolic dysfunctions in the medial and lateral prefrontal cortex. The functional relationship between the different brain regions and the neuropsychological functions affected by cannabis use suggest the existence of a deregulation of the circuits that connect the prefrontal cortex, the hippocampus and the striatum. Likewise, the intervention programs aimed at people with addiction require a thorough knowledge of the existing literature, of the neuropsychological capacities affected in the consumers and of the new emerging trends.

Therefore, in this final degree project we will summarize the different findings and mechanisms of action of cannabis, its repercussions on the mechanisms of human learning, the effects on memory and other executive functions with the ultimate goal of promoting the realization of a mixed rehabilitation therapy that can include both Behavioral Cognitive Therapy and, at the same time, a neuropsychological rehabilitation program at the Provincial Institute of Social Welfare of Córdoba (PISWC), managed by the Provincial Council of Córdoba.

Keywords: addiction, cannabis, cognitive behavioral therapy, intervention program, executive functions, neuropsychological rehabilitation.



2. INTRODUCCIÓN

La OMS define la adicción a las drogas como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas de forma que, el consumidor o adicto, se intoxica continuamente mostrando un deseo compulsivo de tomar una o varias sustancias, además, tiene una enorme dificultad para interrumpir o modificar el consumo voluntariamente y se muestra decidido a obtener dichos extractos a cualquier precio. Así mismo, es frecuente que sufra una fuerte tolerancia y un síndrome de abstinencia ante la privación del consumo. Por ende, y no en pocas ocasiones, la vida del drogodependiente está dominada por la adquisición de la sustancia, por lo tanto *“lo que caracteriza básicamente a una adicción es que la persona pierde el control de esa conducta y, al tiempo, le acarrea importantes problemas personales, sociales, laborales, de pareja, etc.”* (Nuevas Formas de Adicción y Patrones de Consumo, 2018, p. 11), sin olvidar además que toda adicción conlleva también un efecto perjudicial para la sociedad.

Dentro de nuestro ámbito de trabajo, otra definición de adicción podemos obtenerla a través de los criterios de los sistemas clasificatorios reconocidos, como son: el CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Por un lado, el CIE-10 define el concepto de dependencia como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas por las cuales el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, siendo “el deseo” de consumir la droga la manifestación característica del mismo.

Por otro lado, el DSM-5 habla de trastornos adictivos, los cuales incluyen tanto las distintas drogas como el juego patológico y la adicción a las TIC. Para ser exactos, en el caso del consumo de drogas, debemos de referirlos como trastornos por consumo de sustancias (TCS) *“los cuales producen (...) toda una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando la sustancia a pesar de producirle problemas significativos”* (Nuevas Formas de Adicción y Patrones de Consumo, 2018, p. 13). Así pues, según el DSM-5, lo que caracteriza a los TCS; entre ellos al Trastorno por Consumo de Cannabis, es un patrón de consumo que conlleva un malestar clínicamente significativo, manifestando en un periodo de 12 meses al menos dos de los once síntomas que definen a este trastorno: tolerancia; deseo persistente de consumo; excesivo tiempo de búsqueda de la sustancia; craving; incumplimiento de sus obligaciones; persistencia en el consumo; abandono de otras actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia;



consumo de la sustancia en situaciones de riesgo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias; tolerancia; y abstinencia ante la privación. El hecho de que solo basten cumplir dos de los once requisitos propuestos por el DSM-5 para poder ser diagnosticado de TCS ha supuesto una amplia disconformidad entre diferentes profesionales, la cual algunos han intentado superar implementando diferentes niveles de adicción (leve, moderado y grave) en base al número de síntomas presentados. Paralelamente a esto último, algunos autores han propuesto aplacar estas disputas a través de una delimitación más adecuada de lo que es realmente una adicción. Así, Griffiths, Kuss y Demetrovics; en 2014, propusieron seis criterios para determinar el concepto, siendo estos: 1) prominencia (alta valencia de la droga sobre otros aspectos vitales), 2) modificación del estado de ánimo, 3) tolerancia, 4) síndrome de abstinencia, 5) conflicto (con las personas de su alrededor, con otras actividades o consigo mismo u otros), y 6) recaída.

En otro orden de ideas, las características propias de los jóvenes de entre 14 y 17 años como pudieran ser la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la transgresión y la necesidad de sentirse aceptados por parte de un grupo de iguales los hace más vulnerables ante la presión social y favorecen el comienzo prematuro del consumo de sustancias. El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2014) considera que los menores y adolescentes presentan mayor vulnerabilidad respecto al consumo de sustancias. Esta vulnerabilidad está mediada por una serie de factores de riesgo entre los cuales, por ejemplo, encontramos el nivel educativo familiar y la estratificación socioeconómica. En base a estos factores se incrementa o disminuye su vulnerabilidad y la posibilidad de desarrollar una conducta adictiva ante las drogas, además, *“los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis a pesar de la evidencia disponible sobre sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales”* (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017, p. 17). En base a esto, la mayoría de los modelos teóricos sobre el consumo de drogas en adolescentes están generalmente centrados en “las carencias de los jóvenes”, sin embargo; en los últimos años, ha surgido un nuevo modelo que pone el énfasis en el fortalecimiento de los factores individuales de protección durante la adolescencia. De acuerdo con el enfoque *“Positive Youth Development”*:

Prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de



riesgo, y precisan de la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos. Así, el modelo adopta una perspectiva centrada en el bienestar, pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional. (Oliva, Antolín-Suárez, Pertegal & Reina, 2011, p. 15):

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo de fin de grado es la propuesta de un programa de intervención Cognitivo Conductual enfocado a jóvenes adictos al cannabis, el cual se realizará paralela y complementariamente junto a un programa de rehabilitación neuropsicológica, con el fin de fortalecer ciertos factores sociales e individuales que puedan modular la toma de drogas psicoactivas por parte de los jóvenes a temprana edad. Así mismo, podremos utilizar los mecanismos de evaluación a través de neuroimagen para validar cambios estructurales antes y/o después de dicha intervención e incluso para estratificar a los usuarios que lo realicen según el daño neuronal que hayan podido desarrollar asociado al consumo crónico de cannabis. Estos daños pueden suponer déficits en el funcionamiento de las funciones ejecutivas, lo que se traduciría en una gran limitación para realizar el programa cognitivo-conductual y, sin duda, limitaría sus beneficios.

2.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIJUANA

“El cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga más consumida en Europa, España y en Andalucía; en 2011, el 27% de la población de 12 a 64 años afirma haberla consumido alguna vez en la vida (Tercer Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, p.27). En España el consumo de cannabis ha aumentado un 50% entre la población de 15 a 64 años. Así pues, “el cannabis destaca por ser la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad, calculándose que aproximadamente 14´6 millones de jóvenes europeos de entre 15 a 34 años de edad la consumieron en el año 2014” (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014).

Por un lado, *“la prevalencia del consumo de cannabis, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto” (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2017, p. 11). Los datos obtenidos en 2012 y 2014 muestran una ruptura con esta tendencia. Sin embargo,*



su fácil disposición ayuda a que sea la droga ilegal más consumida entre los jóvenes, además, al analizar el consumo de esta droga por generaciones podemos observar que las prevalencias más altas se produce en torno a los 20 años para posteriormente descender progresivamente. Según el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (2017), en 2012, el 29,1% de la población española había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 25,4% en el último año y el 18,6% en el último mes. El consumo diario seguía siendo elevado y se situaba en el 1,8% durante ese año.

Por otro lado, en 2014, unos 146.000 estudiantes de entre 14 y 18 años empezaron a consumir cannabis y unas 53.700 personas de esa misma edad hicieron un consumo problemático, lo que representa al 2,5% de la población en este rango de edad y al 13,8% de los consumidores de cannabis en 2014. Estas cifras nos ayudan a entender el elevado protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

2.2. MODELOS TEÓRICOS SOBRE LA ADICCIÓN

La preocupación social que produce el incremento del consumo de drogas por parte de los jóvenes, cada vez a edades más tempranas, ha dado lugar a la aparición de distintos modelos teóricos que tratan de explicar estos procesos adictivos. Muchos de estos modelos tienen en común la idea de que el consumo crónico de diversas sustancias (cannabis, heroína, cocaína, etc.) *“desencadena cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que a su vez producen una neuroadaptación funcional en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que influyen finalmente en el funcionamiento psicosocial diario y calidad de vida de las personas dependientes de sustancias”* (García-Fernández, García-Rodríguez & Secades-Villa, 2011, p. 160).

Las investigaciones más recientes apuntan a los mecanismos de funcionamiento del córtex prefrontal y a su implicación en algunas funciones ejecutivas como el control inhibitorio y la toma de decisiones (véase por ejemplo, Peña, Gómez, Mejía, Hernández & Tamayo, 2017). Así pues, las funciones ejecutivas son *“un conjunto de habilidades superiores de organización e integración de información cuyos circuitos neuronales convergen en los lóbulos prefrontales del córtex”* (Verdejo-García, López-Torrecillas, Orozco & Pérez-García, 2004, p.1109). Bajo esta línea, algunos de los modelos teóricos que han tenido más repercusión en la investigación



y tratamiento del consumo de drogas son el Modelo I-RISA (Goldstein & Volkow, 2002), el Modelo del Marcador Somático (Verdejo-García & Bechara, 2009) y la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social (Bandura, 1986).

2.2.1. MODELO I-RISA (GOLDSTEIN & VOLKOW, 2002)

El **modelo I-RISA** (Impaired-Salience Attribution and Response Inhibition) de Goldstein y Volkow (2002) propone que una persona desarrolla conductas adictivas debido a la existencia de alteraciones en dos sistemas complementarios: el sistema motivacional y el sistema de inhibición de respuesta. El funcionamiento de estos sistemas ante el consumo abusivo de una sustancia es el siguiente:

- Por un lado, el sistema motivacional evaluaría exageradamente las propiedades reforzantes de la droga y devalúa el valor reforzador de otro tipo de reforzadores naturales básicos (p.e., comida, sexo, relaciones sociales, etc.).
- Por otro lado, la alteración en el sistema de inhibición, encargado de cancelar las conductas inadecuadas que demanda el organismo, provocaría la imposibilidad de inhibir la conducta motivacionalmente activada; en este caso, el consumo de drogas.

La alteración en estos sistemas estaría implicada en varias etapas del proceso adictivo, *“incluyendo los consumos iniciales, la intoxicación (...), el “craving”, o la recaída incluso después de largos periodos de abstinencia”* (Fernández-Serrano, 2010, p. 29). Además, esta teoría plantea que el daño en ambos sistemas produce una adaptación disfuncional en las vías neuronales involucradas en procesos como la motivación y programación de respuestas motoras (ganglios basales), la memoria y el condicionamiento (hipocampo y amígdala), la toma de decisiones (corteza orbitofrontal) y, finalmente, la inhibición de respuestas motoras (cíngulo anterior). De este modo, según Fernández-Serrano (2010), en el cerebro de un adicto los sistemas de condicionamiento, aprendizaje y procesamiento de reforzadores serían más sensibles a estímulos asociados a la droga mientras que el sistema de inhibición sería menos eficaz por lo que facilitaría las acciones relacionadas con el consumo.



2.2.2. MODELO DEL MARCADOR SOMÁTICO (VERDEJO-GARCÍA & BECHARA, 2009).

El modelo del Marcador Somático, inicialmente propuesto por Damasio (1994), plantea que la toma de decisiones es un proceso guiado no solo por información cognitiva sino también por señales emocionales (marcadores somáticos) que son las encargadas de etiquetar afectivamente las consecuencias que conllevan las distintas opciones de elección, sobre todo cuando estas son inciertas y ambiguas (Verdejo-García & Bechara, 2009). Por tanto, la incapacidad para etiquetar el valor emocional adecuado a las distintas opciones de respuesta puede dar lugar a alteraciones en la toma de decisiones. Trasladando esta noción al campo de las adicciones, el consumo reiterado de drogas se explica por una alteración en las vías encargadas de llevar a cabo la correcta valoración y “lectura” de los marcadores somáticos de manera que el individuo adicto continuaría eligiendo consumir a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

2.2.3. TEORÍA DEL APRENDIZAJE COGNOSCITIVO SOCIAL (BANDURA, 1986)

La teoría del aprendizaje social, más actualmente conocida como **la Teoría Cognitiva Social** (Bandura, 1986), es una de las teorías más utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Esta postula que en la relación entre la conducta y el ambiente intervienen procesos cognitivos que actúan como mediadores de la conducta. Dichos procesos pueden ser conductas no observables de dos tipos: reacciones fisiológicas (p.e., latidos cardiacos, frecuencia respiratoria, tensión muscular, visión borrosa,...) y pensamientos, como las decisiones que toma la persona sobre qué valor o significado dar a un estímulo. Esta teoría enfatiza que el aprendizaje puede tener lugar a través de la observación en un contexto social, al tiempo que propone un modelo fundamentado en conceptos como el de autocontrol de la conducta, la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo. Esta teoría suele usarse en programas preventivos los cuales suelen utilizar alguno de sus componentes junto a otras teorías.



3. MECANISMOS DE ACCIÓN CEREBRAL DEL CANNABIS

Los efectos psicoactivos del cannabis, cuyo principio activo es el THC (tetrahidrocanabinol), actúan en el cerebro a través de los receptores cannabinoides CB1 y CB2. Además, esta sustancia activa la producción del neurotransmisor dopamina (DA) indirectamente por la acción que ejercen los receptores CB1 sobre determinadas neuronas de los transmisores GABA y glutamato. (Fernández-Serrano & Verdejo-García, 2011).

Hasta la fecha se han descubierto dos tipos de receptores para cannabinoides, CB1 y CB2 (localizados en: hipocampo, sustancia negra, globo pálido, cerebelo, tronco encéfalo, corteza núcleo caudado, putamen y núcleo entopeduncular.), ambos metabotrópicos. Estos receptores pueden afectar tanto a canales de calcio (Ca^{++}) como de potasio (K^{+}) (Mechoulam, Peters, Murillo-Rodríguez & Hanus, 2007). Por un lado, los consumidores de cannabis suelen presentar alteraciones en atención, memoria (recuerdo inmediato y demorado) y coordinación viso-motora entre las 12 y 24 horas posteriores al consumo, además, altera la percepción visual y auditiva, y distorsiona las percepciones del paso del tiempo. Asimismo, en cuanto a las funciones ejecutivas, se han llevado a cabo estudios recientes que demuestran que la administración de cannabis en personas sanas produce alteraciones en el control inhibitorio y la toma de decisiones (Fernández-Serrano y Verdejo-García, 2011).

4. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de nuestra historia se han utilizado diferentes tratamientos terapéuticos de cara a las adicciones cuya tasa de recaídas ha sido muy elevada. En parte, esto ha sucedido debido a que, hasta hace relativamente poco, la adicción a las drogas se operativizaba como un problema aislado y rara vez de forma holista, lo cual requiere la inclusión de todos los aspectos que se vean afectados en la vida de la persona. Los tratamientos con mayor validez empírica se enmarcan dentro de un abordaje educativo-madurativo y cognitivo-conductual los cuales conglomeran diferentes aspectos y estrategias para hacer frente al deseo de consumir la sustancia, la incorporación al ámbito socio-laboral y a la abstinencia; entre otros aspectos importantes. Además, *“las sustancias psicoactivas producen deterioros que afectan el desempeño neuropsicológico de los individuos, especialmente cuando se consumen de manera crónica; por esta razón resulta fundamental comenzar a incluir en el tratamiento de las*



adicciones estrategias de rehabilitación neuropsicológica” (Aguilar, Mendoza, Valdez, López & Camacho, 2012, p. 122). La rehabilitación neuropsicológica puede producir cambios estructurales en un paciente. Según Aguilar y col. (2012), la manipulación conductual y ambiental pueden ejercer efectos beneficiosos en las estructuras anatómicas vinculadas a las funciones ejecutivas gracias a nuestra plasticidad cerebral. Por contra parte, en algunos programas de rehabilitación se requiere a priori un buen funcionamiento de los procesos neuropsicológicos, los cuales pueden estar deteriorados por el abuso de las drogas. En este caso, la dificultad para mantener información en la memoria, seguir instrucciones complejas, tomar decisiones o inhibir conductas se hace imposible que una persona pueda beneficiarse de este tipo de intervenciones, sin embargo, siempre es recomendable realizar junto a la terapia cognitivo-conductual un programa de rehabilitación neuropsicológica.

La terapia breve cognitivo-conductual integra los conocimientos derivados de la Teoría del Comportamiento, la Teoría del Aprendizaje Social y la Terapia Cognitiva. Este tipo de terapias consisten en el desarrollo de diversas estrategias “holísticas” destinadas a aumentar el control personal sobre la conducta del individuo. La intervención cognitivo-conductual con adictos al cannabis intenta determinar la etapa del proceso de cambio en la cual se encuentra el usuario al momento de comenzar, ya que es inviable desarrollar dicha intervención si el paciente no está dispuesto a cambiar su estilo de vida. Dicho proceso consiste en abrazar un “nuevo día a día”, lo que implica que el consumidor y su familia participen de forma activa en un programa de tratamiento. Algunos de los contenidos y/o estrategias que incorpora esta terapia son:

La prevención de recaídas y solución de problemas

Consiste en un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden entrenar habilidades sociales y de afrontamiento ante situaciones de riesgo, desarrollar un análisis funcional de la conducta y sus reforzadores, entrenar en solución de problemas y dar estrategias para vencer al craving y los pensamientos distorsionados.

Reconocimiento de situaciones de riesgo

Conglomerado de técnicas que tratan de identificar aquellas circunstancias que llevaron al sujeto a consumir y/o mantienen la conducta, como: la presencia de alguna persona, un lugar,



alguna emoción, etc. La fantasía de recaída es una estrategia propuesta por Marlatt y Gordon (1985) para la evaluación de situaciones de alto riesgo. El ejercicio parte de que el sujeto debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al consumo de drogas. Posteriormente, el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de recaer y sus emociones ante esta situación.

Manejo de contingencias

Se plantea exponer al individuo determinadas contingencias asociadas directamente al consumo de drogas, mediante el uso de técnicas operantes (castigo, reforzamiento).

Reestructuración cognitiva

Es necesario generar disonancias respecto a las creencias positivas que giran en torno al consumo a través de un discurso socrático. Dejar sin validez las ideas que sustentan la toma hará ver al paciente la presencia de la droga como un riesgo que no puede controlar, lo que ayudará a fomentar la abstinencia.

Incrementar la autoeficacia ante la abstinencia

En la medida que el paciente observa la consecución de sus metas y cambios, sin contar los beneficios de abandonar el consumo crónico, aumenta su confianza y la motivación de mantener la abstinencia. Así mismo, el logro de pequeñas metas personales potenciará la planificación de objetivos más ambiciosos con el tiempo.

Para acabar este apartado, es importante matizar que las recaídas deben de ser consideradas como una fase más del proceso de rehabilitación, por lo que es importante que al paciente no se aleje del apoyo profesional en caso de que ocurra. Ante esta situación es mejor mantener el contacto y reestructurar la terapia para que la latencia entre las recaídas sea cada vez más amplia. Ningún tratamiento está exento de tener recaídas o consumos puntuales y conviene recordar que suprimir el consumo de la droga conlleva que el paciente practique constantemente las nuevas habilidades de distintas índoles hasta que, finalmente, las incorpore en su repertorio conductual.



5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: CONSTRUIR TU IDENTIDAD

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

A continuación, se recogen una serie de actividades seleccionadas a modo orientativo para trabajar los distintos procesos neuropsicológicos a evaluar: memoria visual, memoria verbal, funciones ejecutivas (memoria de trabajo, fluidez verbal y razonamiento), inhibición e impulsividad, atención y procesamiento emocional. Este programa deberá implementarse paralelamente a la terapia Cognitivo-conductual y deberá ser supervisado por los profesionales adecuados.

MEMORIA VISUAL

Mimetizar:

Se presenta a los participantes una lámina de objetos de tamaños diferentes colocados en cierto orden durante 20 segundos. Estos deben coger aquellos objetos que correspondan de una caja y colocarlos en el mismo orden en el que aparecieron, en un tiempo menor a 25 segundos. Se volverá a practicar esta tarea en sesiones posteriores pero se dispondrá de un menor tiempo para visualizar la lámina, 15 segundos.

Completar imágenes:

Se presentará al participante una serie de láminas con dibujos las cuales deben observar durante 20 segundos cada una para luego completar los elementos que faltan. Primero, tendrán que hacerlo de manera inmediata tras la visualización de las imágenes y después transcurridos 20 minutos. La actividad tendrá una duración de 15 minutos aproximadamente.

Retención de imágenes:

Mostraremos a los participantes durante 30 segundos una imagen acerca de la cual se le plantearán una serie de preguntas que deben contestarse en 1 minuto. Posteriormente mostrará



la imagen para que comparen los errores y aciertos. Tendrá una duración de unos 10 minutos aproximadamente.

MEMORIA VERBAL

Etiquetas animales:

Cada participante se asigna el nombre de un animal que comience con la misma letra que su inicial. El primer compañero dice su animal y pasa el turno al segundo, que deberá decir el animal del primer participante y el suyo, así sucesivamente. La actividad tendrá una duración de unos 30 minutos aproximadamente.

Disonancia:

Se proyectará una lista de palabras durante 7 segundos en un monitor y los participantes deberán de señalar aquella palabra que no concuerda con las demás. La actividad durará aproximadamente 10 minutos.

Lista de palabras (MOCA):

Se lee al participante una lista de palabras (rostro, seda, iglesia, clavel y rojo), nombrando una cada dos segundos. Esta lectura se repite un total de tres veces. Al finalizar cada lectura, los participantes, deberán escribir las palabras que recuerden en un tiempo de 50 segundos. En total durará alrededor de 20 minutos.

FUNCIONES EJECUTIVAS: MEMORIA DE TRABAJO, FLUIDEZ Y RAZONAMIENTO

MEMORIA DE TRABAJO

Palabras compuestas:



La tarea consiste en averiguar en una lista de palabras al azar, 10 pares de palabras que forman una palabra compuesta. La actividad se realizará antes de 5 minutos.

Cerebro a la inversa:

Presentamos durante 20 segundos una lámina con objetos colocados en órdenes diferentes. Cada uno de los participantes tendrá una caja donde dispondrá de estos ítems. Deberá colocarlos al revés de cómo se le presentó previamente en un tiempo comprendido entre 20 y 40 segundos. La actividad durará 10 minutos.

Sopa de letras:

Presentaremos un conjunto de letras para reordenar de formar que obtengamos el mayor número de palabras posible. La actividad tendrá una duración de aproximadamente 10 minutos.

FLUIDEZ VERBAL

Fluidez de lenguaje:

Durante un minuto los participantes deberán escribir todas las palabras que recuerden y correspondan a una determinada categoría (prendas de vestir, comida, pueblos y provincias, utensilios de peluquería, etc.). La actividad durará alrededor de 8-10 minutos.

Coherencia y Cohesión:

Durante 3 minutos de tiempo se le pedirá al participante que escriba una historia real o imaginaria con coherencia y cohesión donde incluya el mayor número de palabras posible. La duración de la tarea será de unos 5 minutos aproximadamente.

RAZONAMIENTO

Abstracción:



A los participantes se les expondrá una serie de símbolos y dibujos (flechas, personajes andando hacia una dirección, etc.). El participante tendrá que abstraer el criterio que sigue la serie de elementos y que da sentido a la misma. La duración de la actividad será de 15 minutos.

Planificación:

La tarea consiste en presentar al participante una determinada actividad ante la cual debe planificar e indicar la secuencia correcta que habría que ejecutar para su realización. Después se ponen en común las diferentes soluciones. La actividad durará unos 10 minutos aproximadamente.

INHIBICIÓN E IMPULSIVIDAD

Interferencia:

Presentaremos un texto compuesto por diferentes frases, las cuales van alternándose entre mayúsculas y minúsculas. El participante debe discernir entre las palabras y encontrar las cinco frases escritas en minúsculas, obviando las mayúsculas. Esta actividad está abierta a modificaciones y durará entre 12 y 15 minutos.

Efecto Stroop:

Se presentan imágenes en las que aparecen palabras escritas en colores superpuestas unas sobre otras. El participante debe fijarse en la palabra del color que se le indica y anotarla obviando las demás. La actividad tendrá una duración de 5 minutos.

ATENCIÓN

Zoo de animales:

La tarea consiste en planificar el camino a seguir dentro del mapa de un zoo donde se pide visitar ciertos lugares respetando un orden y sin volver dos veces por el mismo camino. El



participante debe hallar el patrón que nos permita llegar sin problema a todos los destinos siguiendo las reglas. Duración de 20 minutos aproximadamente.

Orientación visoespacial:

Se presenta dibujos similares de dos en dos y se le pide al participante que discrimine si los dibujos son iguales o no. El tiempo de la actividad será de unos 10 minutos aproximadamente.

Orientación:

Se dicta en voz alta un “rumbo” y los participantes deben de ir dibujándolo según las indicaciones que se den. La actividad tendrá una duración de unos 10 minutos.

A1, B2:

La tarea consiste en ir trazando líneas de punto a punto, en orden numérico ascendente y sin levantar el lápiz del papel para conseguir perfilar una figura, que hay que interpretar. La actividad tendrá una duración de unos 5-10 minutos.

PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Mindfulness:

El Mindfulness es una técnica de “tercera generación” que tiene por objetivo la atención plena sobre la respiración y otros procesos corporales con el fin de vivir deliberadamente el momento. Además, tiende a usar conceptos como la aceptación y el compromiso con uno mismo.



5.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar e implantar un programa mixto de rehabilitación sobre el trastorno de consumo de cannabis crónico que comprenda terapia Cognitivo-Conductual y actividades de Rehabilitación Neuropsicológica enfocado a población joven con un posible daño cerebral a causa del consumo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar neuropsicológicamente a los participantes previa y posteriormente a la realización del programa de rehabilitación.
- Comparar los resultados obtenidos entre jóvenes con y sin daño en el córtex prefrontal tras su evaluación a través de neuroimagen.

5.2. POBLACIÓN DIANA

El programa va dirigido a un grupo de adolescentes ya localizados del Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba (IPBS), gestionado por la Diputación Provincial de Córdoba. Concretamente, diez de ellos son hombres y cuatro mujeres. Su edad está comprendida entre los 14 y 18 años. Estos adolescentes han sido reclutados a través de la técnica bola de nieve y el “boca a boca” en cooperación con la Diputación de Córdoba y el mismo IPBS.

5.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Primeramente, antes de la implantación del programa, llevaremos a cabo una evaluación neuropsicológica de los principales procesos neuropsicológicos y emocionales envueltos en el consumo de droga. Dicha evaluación se repetirá después de aplicar el programa para ver si este es capaz de mejorar significativamente el funcionamiento neuropsicológico de los participantes y previene las recaídas.



Para la evaluación de las capacidades mnésicas se utilizará la Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Rey, 2009) diseñada para la evaluación de **memoria visual** y **organización perceptual**. La prueba permite, además, la valoración de otros procesos cognitivos como habilidades de **planificación** y de **organización, estrategias de resolución de problemas y funciones motoras**. La tarea consiste básicamente en la reproducción a mano de una figura geométrica sin significado, que dota de una elevada complejidad debido a su gran riqueza de detalles. Posteriormente, sin previo aviso y sin la ayuda del modelo, se solicita al participante que reproduzca, inmediatamente y a los 30 minutos, de nuevo la figura. La duración de la prueba estará alrededor de los 5-10 minutos.

Se utilizará el TAVEC (Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense [Benedet y Alejandre, 1998]) para evaluar la capacidad de **memoria verbal** y la **capacidad de aprendizaje**. La tarea consiste en el aprendizaje de una lista de 16 palabras agrupadas en 4 categorías semánticas (frutas, especias, herramientas y prendas de vestir) a lo largo de 5 intentos consecutivos. El test TAVEC consta de 7 partes: aprendizaje de una lista de palabras (lista A), aprendizaje de una lista de interferencia (lista B), prueba de recuerdo libre a corto plazo (lista A), prueba de recuerdo con claves semánticas a corto plazo (lista A), prueba de recuerdo libre a largo plazo (lista A), prueba de recuerdo con claves semánticas a largo plazo (lista A), prueba de reconocimiento (lista A). Su aplicación es individual y tiene una duración de aproximadamente 40 minutos.

En el caso de las **funciones ejecutivas**:

En el caso de la **memoria de trabajo** se utilizará el Subtest de Letras y Números de la escala del WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale, Wechsler, 1997). Se le pide a los individuos que reproduzcan de forma ordenada la secuencia de letras y números que se le ha proporcionado de manera desordenada (primero los números en orden ascendente y luego las letras en orden alfabético). La duración de la prueba será de unos 10-15 minutos.

Y para la evaluación de la capacidad de iniciación de respuesta o **fluidez verbal** usaremos el Test de Fluidez Verbal FAS (adaptación española del Controlled Oral Word Association Test, [Lezak, 2004]) capaz de evaluar la fluidez fonológica. La tarea consiste en la



producción rápida y continua de palabras que empiezan por una determinada letra (F, A, S) evitando repeticiones. El tiempo de administración será de unos 5 minutos.

Para la evaluación del **razonamiento analógico**, se utilizará el Subtest de Semejanzas de la Escala de Inteligencia de Weschsler para Adultos (WAIS-R, Weschsler, 1997). La tarea consiste en enunciar al participante parejas de palabras que representan objetos o conceptos comunes y se pide que éste/ésta indique en qué se parecen, qué son o qué tienen en común. La duración de esta prueba será de 10-15 minutos aproximadamente.

Para la evaluación de la **inhibición de respuesta** se empleará el Test de Colores y Palabras de Stroop (Stroop Color and Word Test). En la tarea se trata de filtrar o inhibir la respuesta de lectura a favor de la respuesta de nombrar un color). La prueba consta de 3 láminas: una de ellas de lectura de palabras, que consiste en la lectura de nombres de colores escritos en tinta negra, una segunda que consiste en la denominación del color de impresión de una serie de estímulos representados por la letra X y una tercera que cumple la condición de interferencia y consiste en la denominación del color de impresión de una serie de palabras que a su vez designan color. Se instruye al participante para que lea o nombre los elementos tan rápido como le sea posible. Si el participante comete un error se le interrumpe y se le solicita de nuevo la ejecución del elemento en cuestión (Golden, 1978). El tiempo de administración se encuentra alrededor de 5-10 minutos.

Para la evaluación del proceso de **atención** se utilizará el Test d2 (Brickenkamp y Zillmer, 1998) diseñado para la evaluación de la atención selectiva y sostenida. La tarea consiste en identificar todas las “d” marcadas con dos guiones de entre un conjunto de ítems (“b” y “d”) marcados con distinto número de guiones. Requiere un tiempo de administración de aproximadamente 10 minutos.

Finalmente para la evaluación de los **procesos emocionales** se utilizará el Test de Ekman de Reconocimiento de Expresiones Faciales Emocionales. Una tarea originada para evaluar la capacidad que tiene el individuo en identificar expresiones faciales representativas de las seis emociones básicas (tristeza, felicidad, miedo, ira, asco y sorpresa). Se le presentarán al individuo una serie de 60 estímulos con fotografías de caras en blanco y negro. En la parte inferior de la imagen aparecen las seis etiquetas que contienen los nombres de las seis



emociones posibles. El objetivo de la tarea es que los participantes juzguen y seleccionen la emoción que corresponde a la cara presentada lo más rápido y adecuadamente posible.

5.4. PLAN DE ACCIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

A continuación expongo la estructura del programa cognitivo conductual haciendo especial énfasis en la calendarización e impartición de los diferentes módulos que lo conforman y las estrategias establecidas en cada uno de ellos. Esta planificación puede ser modificada en caso de imprevistos. El programa de intervención está compuesto por **25 sesiones repartidas en 8 módulos**. Además, se implementaran prácticas de Mindfulness al final de casi todas las sesiones (Terapia Psicológica de 3ª Generación) y dinámicas sociales para la creación de grupo en el último módulo del programa.

Las sesiones tendrán una duración aproximada de hora y media cada una, serán repartidas en 2 clases semanales (lunes y miércoles preferentemente) durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2019. Se invitará a las familias de los participantes para que puedan asistir de igual forma a las sesiones. La hora de impartición puede ser acordada con los participantes a favor de fomentar la asistencia y participación.

Los contenidos y módulos tratamos en el programa son:

- 1º Prevención de recaídas.
- 2º Efectos y consecuencias del consumo de cannabis.
- 3º Análisis funcional de la conducta.
- 4º Reestructuración cognitiva.
- 5º Habilidades sociales e Inteligencia Emocional (IE)
- 6º Redes sociales.
- 7º Solución de problemas.
- 8º Dinámicas grupales.

Nuestra intervención se enmarca dentro de los siguientes principios (Programa de Intervención con Adolescentes y Familias, 2017, p.5)



Reducción de los factores de riesgo y potenciación de los de protección. Prestando un mayor atención a estos últimos. Debemos aprovechar las potencialidades personales y los recursos familiares y sociales con los que cuenta el joven para solucionar sus problemas.

Intervención individualizada. Atendiendo a las características individuales y sociales de cada menor y adolescente así como a su entorno familiar.

Intervención flexible y dinámica. Tenemos que huir y evitar las intervenciones rígidas y moralistas y adaptarlas al proceso que vaya realizando el menor y su familia. Para ello, constantemente, el equipo debe adaptarse tanto en la forma como en los procedimientos a seguir.

Diferenciar la etapa evolutiva de la adolescencia. Dependiendo de la etapa en la que se encuentre el joven, adaptaremos los objetivos y metodología a utilizar. Como señala Funes, el principio de la espera y actuar en clave adolescente, son dos de las premisas fundamentales para la intervención con menores y adolescentes.

Evitar etiquetas. Como la mayoría de los consumos son experimentales, hay que evitar calificarlos de drogodependientes. Es importante transmitírselo así a la familia y a los adultos próximos ya que a veces, los adolescentes actúan como se espera de ellos (principio de la profecía autocumplida). También es importante que la familia entienda las fases en el consumo hasta llegar a una adicción. Así evitaremos que se pongan etiquetas que van a dificultar el proceso de cambio en el adolescente.

Globalidad. Las intervenciones no deben centrarse únicamente en el consumo de drogas o el abuso de las TICs. Como hemos señalado antes, éste guarda una relación directa con su estilo de vida y su entorno y se abordar de forma indirecta, dentro de una intervención más global. “Los programas mejores son los que orientan la intervención de forma que permitan optimizar el estilo de vida global del adolescente” (Díaz Aguado, 1998)

Primacía de la intervención educativa. Fomentar habilidades y ofrecer recursos para conseguir el cambio e ir disminuyendo así factores de riesgo en sus comportamientos. Deben



primar las intervenciones educativas sobre las terapéuticas y se le debe dar importancia a la alianza que establezcamos con ellos, ya sea con la familia como con el adolescente.

Acompañamiento del adolescente y la familia. La base de este principio es la utilización de un modelo no directivo en el que se le resta importancia a los profesionales. ¿Qué entendemos por acompañamiento? Orientar al adolescente y a su familia en su proceso para conseguir una mejora en su calidad de vida. Se trata de que recuperen los roles y que la familia sea el agente educativo del menor. Debemos mantenernos al margen.

Compromiso activo. Para lograr este compromiso activo por parte del menor y su familia se les debe mantener informados de todo el proceso y de su evolución, hasta el final de la intervención. Es de vital importancia el consenso para conseguir objetivos e implicarles en las tareas a desarrollar.

Normalización. Sólo en casos excepcionales, cuando las circunstancias personales y de su entorno sean un peligro para su salud y desarrollo personal, se separará la adolescente de su medio y se derivará a un recurso más adecuado. También debemos tener en cuenta sus horarios, recursos en los que se mueve....para interferir lo menos posible en su vida diaria. Así, debemos adecuar nuestra intervención. Se trata de utilizar los recursos más normalizados en su entorno para evitar el etiquetamiento.

Importancia de la familia. La familia tiene un papel fundamental en el desarrollo del adolescente. Por eso y siempre que sea posible, debemos implicarla y contar con su apoyo ya sea como objeto de intervención y/o como agente terapéutico.

Coordinación y trabajo en red. Debemos completar, coordinar e implementar nuestra actuación con los demás agentes que están interviniendo con el menor. Así conseguiremos:

- a. Mejores objetivos
- b. Rentabilizar los recursos disponibles
- c. No solapamiento de actividades
- d. Evitar el desgaste tanto del menor como de la familia



1ª, 2ª Y 3ª SEMANA

La primera sesión consistirá en la presentación de los contenidos del programa y de aquellas personas inmersas en él; entre ellos el profesional encargado de impartir los talleres, los participantes asistentes y los familiares invitados. Para ello, se recomienda el uso de alguna dinámica grupal que incorpore una breve presentación de los asistentes junto algunos de sus hobbies, lugar de residencia, si trabaja actualmente o no, etc. Seguidamente, se presentará la información acerca del taller (módulos a trabajar en la terapia cognitivo-conductual) y sobre la dinámica que se seguirá en cada una de las sesiones, las habilidades que se pretenden desarrollar o fortalecer y los objetivos que se pretenden conseguir con cada módulo. Finalmente, se les pedirá firmar el consentimiento informado para comenzar el programa propiamente dicho en la siguiente sesión.

2ª Sesión - Presentación del Módulo 1: prevención de recaídas.

Objetivos: aprender a identificar las situaciones de alto riesgo para una recaída y elaborar planes de afrontamiento eficientes para favorecer el mantenimiento de la abstinencia.

Como ya sabemos, las recaídas se producen ante situaciones emocionales tensas que pueden deberse a la presencia de factores internos (depresión, soledad, aburrimiento...) y estímulos externos; como ciertas personas. Además, conviene tener en cuenta que el estado emocional, la presión social y la exposición a señales asociadas con la droga son elementos que predisponen a una recaída. En este momento de la intervención, el mayor problema es lograr actitudes convenientes en el entorno que rodea a la persona. Por lo tanto, la prevención de recaídas consiste en trasladar al sujeto una serie de estrategias que le permitan discernir en que situaciones tiene riesgo de sufrir una y saber afrontarlas. En base a estas premisas, el afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que el individuo efectúa para hacer frente a la situación de riesgo. Durante este módulo trabajaremos las estrategias de afrontamiento ya que son elementos moderadores de la relación entre la aparición del estrés y sus consecuencias. Este módulo será desarrollado entre las sesiones 2ª - 6ª incluyendo ambas. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de la clase.



4ª Y 5ª SEMANA

7ª Sesión - Presentación Módulo 2: efectos y consecuencias del consumo de cannabis.

Objetivos: Identificar las áreas cerebrales involucradas en los mecanismos del consumo de mariguana, analizar los efectos negativos del consumo de mariguana en el Sistema Nervioso Central y las consecuencias para la salud física y mental de los jóvenes.

Este módulo es de carácter formativo y su misión informar sobre una serie de conocimiento científicos contrastados donde se pone en evidencia las consecuencias del consumo crónico de cannabis. Al terminar esta parte de la exposición, se realizará una ronda de preguntas y respuestas invitando a los asistentes a registrar los comentarios que le llamen la atención y aclarando las dudas de forma grupal. Al terminar la exposición se insistirá en la importancia de seguir asistiendo a la terapia en las siguientes semanas para aumentar sus conocimientos sobre este tema. También es conveniente señalarles la importancia de ir poniendo en práctica las estrategias aprendidas en las pasadas sesiones. Así mismo, se requerirá feedback a los participantes tras cada una de estas sesiones. Este módulo será desarrollado entre las sesiones 7ª - 10ª incluyendo ambas. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de la clase.

6ª Y 7ª SEMANA

11ª Sesión - Presentación Módulo 3: análisis funcional.

Objetivos: Identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo de mariguana, así como los factores que mantienen la conducta. Diseñar de planes de acción para hacer frente a las situaciones de riesgo y el incremento de la motivación al cambio.

En este módulo trataremos que los consumidores de mariguana identifiquen las principales situaciones que desencadenan y mantienen el consumo. El análisis funcional resulta ser una estrategia terapéutica fundamental para romper la cadena que mantiene la conducta y propender desarrollar y/o fortalecer habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que conlleven al cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia, mediante la incorporación de



actividades saludables que compitan con el consumo de mariguana. Finalmente para poder hacer frente de manera eficaz a las situaciones de riesgo es necesario general planes de acción durante cada una de las sesiones del tratamiento así como la evaluación acerca de la eficacia de estos. Al terminar la exposición se insistirá en la importancia de seguir asistiendo a la terapia en las siguientes semanas, además, es conveniente señalarles la importancia de practicar las estrategias ya expuestas con anterioridad. Así mismo, se requerirá feedback a los participantes tras cada una de estas sesiones. Este módulo será desarrollado entre las sesiones 11ª - 14ª incluyendo ambas. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de clase.

8ª Y 9ª SEMANA

15ª Sesión - Presentación módulo 4: reestructuración cognitiva.

Objetivos: Identificar y reestructurar las creencias asociadas al consumo de mariguana.

La finalidad de este módulo es identificar y modificar las creencias asociadas al consumo (tanto en sus comienzos como aquellas ideas que aún lo mantienen) para facilitar la abstinencia. Las creencias personales se definen como las creencias básicas o patrones cognitivos estables que predisponen a una persona a padecer un determinado tipo de trastorno emocional. Los pensamientos automáticos son las manifestaciones de esas creencias básicas en determinadas situaciones. Paradójicamente, no solemos ser conscientes de estas creencias pero si de cómo nos afecta emocionalmente. Muchas creencias personales que tenemos en la actualidad fueron adecuadas y de ayuda en otras épocas de nuestra vida, aunque ahora puedan ser desadaptativas. Una creencia puede tener al mismo tiempo aspectos adecuados e inadecuados lo que se traduce en que a las personas les cuesta trabajo abandonar "totalmente" sus creencias personales. Cambiar una creencia o la valencia de un estímulo requiere un trabajo constante por parte del terapeuta y de los asistentes. Al terminar la exposición se insistirá en la importancia de seguir asistiendo a la terapia en las siguientes semanas, además, es conveniente señalarles la importancia de practicar las estrategias ya expuestas con anterioridad. Así mismo, se requerirá feedback a los participantes tras cada una de estas sesiones. Este módulo será desarrollado entre las sesiones 15ª - 18ª ambas inclusive. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de la clase.



10ª SEMANA

19ª Sesión - Presentación módulo 5: habilidades psicosociales e Inteligencia Emocional (IE).

Objetivos: Identificar y regular aquellas emociones que pueden poner en riesgo el mantenimiento de la abstinencia, asimismo, deben de conocer estrategias para poner en práctica en ámbitos sociales donde pueda surgir el ofrecimiento del consumo.

Como ya sabemos, las emociones son reacciones subjetivas a estímulos ambientales que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, y cuya influencia es maleable por la experiencia. Emocionarnos involucra un conjunto de cogniciones, actitudes, comportamientos e ideas sobre el mundo que usamos para valorar diferentes situaciones. Entre los trastornos que aparecen más frecuentemente en las adicciones, la ansiedad, es una de las causas más importantes para el consumo de sustancias y posteriores recaídas. En diferentes investigaciones un elemento que tiende a resaltarse entre la población joven es la presión ejercida por el grupo de iguales. Por ello deben de aprender a identificar y alejarse de las personas que fomentan su consumo sin que ello les haga sentirse mal o incómodos. Así mismo se ha identificado que las personas que se involucran en el consumo de sustancias presentan déficits en habilidades comunicativas para expresar sus necesidades, por lo tanto el desarrollo de técnicas de comunicativas y sociales es de gran importancia.

En las sesiones comprendidas en este módulo se explicará el proceso emocional, qué es una emoción y como podemos regularlas eficazmente. Además, nos adentraremos en el tema de habilidades sociales y comunicativas ya que el temario es complementario a la Inteligencia Emocional (IE). Para ello, nos apoyaremos en material multimedia y reproduciremos algunos videos para posteriormente crear un mini debate donde pongamos en común cuestiones de interés para los participantes.

- Inteligencia Emocional y Habilidades Sociales de Comunicación: <https://www.youtube.com/watch?v=gDCg0jO4kEE> (Video 1)
- Las 6 Emociones Básicas: <https://www.youtube.com/watch?v=f422iufhtAQ> (Video 2)
- Mindfulness e Inteligencia Emocional: <https://www.youtube.com/watch?v=O2oLJxIseG8> (Video 3)



Después de esta presentación de los videos acerca de las emociones y su clasificación, se trabajará una actividad para ver si los participantes saben reconocer cada una de las emociones en diferentes rostros. La actividad será el ejercicio 1 de “Reconocimiento de emociones” que consistirá en asociar rostros a emociones concretas. Al terminar las sesiones se insistirá en la importancia de seguir asistiendo a la terapia en las semanas próximas, además, es conveniente señalarles la importancia de practicar las estrategias ya expuestas con anterioridad. Así mismo, se requerirá feedback a los participantes tras cada una de estas sesiones. Este módulo será desarrollado en las sesiones 19ª y 20ª. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de la clase con el apoyo de un vídeo que explica la relación que mantiene esta práctica con la IE.

11ª SEMANA

Sesión 21 - Presentación del módulo 6: redes sociales.

Objetivos: Identificar las redes sociales con las que se puede contar para favorecer el mantenimiento de la abstinencia del consumo de mariguana y establecer estilos de vida saludables, así como reconocer la influencia que las construcciones sociales de género pueden tener en el consumo de sustancias psicoactivas.

La importancia del papel que desempeñan los grupos, como sistemas sociales en las conductas de salud y enfermedad les convierten en instrumentos fundamentales para la promoción, la prevención, el tratamiento, la recuperación y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial, así como en los procesos de interacción e integración de los usuarios en los programas y unidades asistenciales de las organizaciones de salud. Las redes sociales constituyen la realidad cotidiana de las relaciones humanas las cuales se dan en múltiples niveles y estatus: familias, culturas, comunidades locales, instituciones, planeta, etcétera. Se ha identificado que el apoyo social que brindan las redes personales de los usuarios tiene efectos positivos en el tratamiento y el abandono del uso de drogas, sobre todo en las personas que se encuentran en las últimas etapas de recuperación, ya que así tienen mayor probabilidad de recibir ayuda de sus contactos que no usan drogas, lo que a su vez disminuye el consumo y favorece el tratamiento. El objetivo pues es ayudar al paciente a definir dichas redes en términos de su conveniencia y ayudar a generar otras positivas. Al terminar las sesiones



se insistirá en la importancia de seguir asistiendo a la terapia en las semanas próximas, además, es conveniente señalarles la importancia de practicar las estrategias ya expuestas con anterioridad. Así mismo, se requerirá feedback a los participantes tras cada una de estas sesiones. Este módulo será desarrollado en las sesiones 21^a y 22^a. Estas sesiones incluyen una práctica de Mindfulness al final de la clase.

12ª SEMANA

Sesión 23 – Presentación del módulo 7: solución de problemas

Objetivos: Enseñar a los jóvenes participantes una serie de estrategias con las cuales poder analizar y enfrentar diversos problemas con mayor eficacia y adaptación.

Si bien en un principio comenzamos trabajando la prevención de recaídas, la mejora del autoconcepto y de las habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, etc. Llegado a este punto de la intervención es bueno tocar aspectos generales que puedan ayudar a los jóvenes, no solo a eliminar la toma de sustancias, además, pueden utilizarla en multitud de situaciones para solventar problemas con mayor eficacia. Las fases de la que consta este análisis son:

- I. Identificación de la situación/problema.
- II. ¿Qué puedo hacer?: averiguar todas las posibles alternativas ayudándolas a pensar en algunas menos previsibles pero interesantes.
- III. Ver y anotar las consecuencias positivas y negativas de cada una de las opciones.
- IV. Finalmente escoger la opción que nos parece más acertada porque tiene más consecuencias positivas y/o menos negativas.

13ª SEMANA

Sesión 25 – Presentación del módulo 8: dinámicas grupales

Necesitamos dar una respuesta positiva ante un mundo cada vez más negativo. Dentro y fuera de este tipo de intervenciones es necesario lanzar mensajes esperanzados especialmente a las personas que pasan por situaciones de crisis. Reír, relativizar y tener una percepción



flexible se asocia con mejores estrategias de afrontamiento y menor ansiedad. Por ende el objetivo que se persigue con esta última etapa del tratamiento es hacer grupo a través de la risa y favorecer un nuevo estado de conciencia.

La metodología consta de pequeñas dinámicas grupales intercaladas por cortos periodos de reflexión antes y después de dichos juegos. De esta manera, se pretende mostrar ejemplos concretos de la vida diaria donde poner en práctica las enseñanzas recibidas. Las actividades que se imparten, en cada caso, deben estar sujetas a los intereses y capacidades de los usuarios. Esta última sesión busca fortalecer las relaciones de los integrantes de la intervención con la idea de que sirvan de apoyo entre ellos y sigan la abstinencia. Estas dinámicas están basadas en:

1. Estiramientos: mediante el movimiento se desbloquea el cuerpo y se liberan tensiones, produciéndose una agradable relajación corporal.
2. Comunicación: estos ejercicios tienen como objetivo desinhibirse y crear complicidad entre los participantes.
3. Juegos: utilizamos juegos para reír en grupo, divertirse y disfrutar mediante técnicas de expresión corporal, la danza y la respiración, etc.

Juegos de presentación:

- **PRONUNCIAR SÓLO LAS VOCALES DEL NOMBRE:** en rueda, cada uno dice su nombre (y apellidos) pronunciando sólo las vocales.
- **DECIR NOMBRE SIN MOSTRAR LOS DIENTES:** en rueda, cada uno dice su nombre tapando los dientes con los labios.
- **INFLAR GLOBOS CON FRASES POSITIVAS:** en rueda, se van diciendo motivos personales que hacen felices a los participantes, estos los comparten con los compañeros mientras simbólicamente llenan un globo con esos pensamientos positivos.



Dinámicas grupales:

- **GUERRA DE GLOBOS:** los participantes se distribuyen por la clase y hacen una pequeña guerra de globos donde el objetivo es golpear a los compañeros con sus propios globos. Se pretende así hacer una metáfora de como cuando nos enfadamos o estamos mal evitamos comunicarnos con los demás, cosa que suele ser contraproducente. Usar la risa para relativizar y expresarnos en estas situaciones es una buena mecánica para mejorar nuestro estado de ánimo.
- **LOS LADRONES DE GLOGOS:** los participantes se distribuyen por la clase e intentan robarse los globos los unos a los otros, gana el participante con más globos al final de la actividad. La idea es hacer ver como, por tendencia natural, somos egoístas y no paramos a pensar estrategias que favorezcan al grupo. Se deja a su disposición varias bolsas de globos para que no tengan que robárselos a los compañeros, pero nadie se suele dar cuenta.
- **DESFILÉ ANTIPREJUICIOS:** los participante se colocan en fila, cada uno con su globo, en caso de haberse roto se le facilita otro. La idea de esta dinámica es hacer un pequeño desfile resaltando con el globo, el cual simboliza “ideas positivas”, aquella parte del cuerpo que más nos gusta como una forma de reivindicar el lado positivo de nuestro ser, que en la mayoría de las ocasiones no tenemos en cuenta.
- **LOS CIRCULOS DE LA DISCORDIA:** se hacen grupos de tres personas. Dos de este grupo salen de clase junto el dinamizador del taller, el tercer o tercera integrante se queda dentro del aula para no escuchar las instrucciones. La idea es encerrar al tercer integrante entre los dos restantes y no dejarles salir de este círculo a no ser que digan la palabra clave: Por favor. Es un juego muy simple que crea un gran impacto cuando se finaliza.
- **SALUDOS CON PARTES DEL CUERPO:** saludar con la parte del cuerpo que el facilitador indique: Un dedo / toda la mano / dedos de los pies / una rodilla / dos



rodillas / un hombro / codos / nalgas / espalda / oreja. (fomentar la comunicación abierta y la formación de grupo).

- **HACER LO QUE DIGO, NO LO QUE HAGO:** en rueda, el facilitador dice a los participantes que hagan algo mientras él hace algo distinto, por ejemplo dice "tocarse la barriga" mientras él se toca la cabeza. Quien haga lo mismo que el facilitador en lugar de hacer lo que ha dicho, sale al centro y sigue el juego.
- **HACER LO QUE HAGO, NO LO QUE DIGO** es la siguiente parte: trata de la misma dinámica que la anterior, siguiendo esta nueva consigna. Es un buen juego de atención y sirve para constatar la dificultad -especialmente para los niños- de seguir un modelo que dice o hace algo diferente de lo que pide.
- **ESTATUAS DE SAL:** se elige a alguien del grupo que va a convertir a los demás en estatuas de sal tocándolos. Cuando lo hace, el que es tocado se queda quieto con las piernas separadas. Los que no han sido aún pillados, hacen pasar el globo entre las piernas de las estatuas para devolverles la vida. El objetivo del que pilla es convertir a todos los participantes en estatuas. Si el grupo es muy grande, se puede designar a más de una persona para pillar.

Cierre de la sesión y reflexiones finales

Llegados a este punto, se hace una pequeña recapitulación de todo el programa y se hace una pequeña puesta de común de todo lo aprendido. También se da la oportunidad a los participantes para que evalúen el programa en su conjunto y la actuación del expositor. Se agradece la participación y se finaliza con un aplauso para el grupo. Duración aproximada del último taller: 2 horas aprox.



5.5. CRONOGRAMA

SESIONES	ACTIVIDADES
	1ª SEMANA
SESIÓN 1	Presentación general del programa y los participantes Firma del consentimiento informado
SESIÓN 2	Presentación del Módulo 1: prevención de recaídas <u>Objetivos:</u> aprender a identificar situaciones de alto riesgo para una recaída y elaborar planes de afrontamiento para mantener la abstinencia. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.
	2ª SEMANA: prevención de recaídas
	3ª SEMANA: prevención de recaídas
	4ª SEMANA
SESIÓN 7	Presentación Módulo 2: Efectos y consecuencias del consumo de cannabis <u>Objetivos:</u> Identificar áreas cerebrales involucradas en los mecanismos del consumo de mariguana, efectos del consumo de mariguana en el Sistema Nervioso Central y las consecuencias en la salud física y mental de los jóvenes. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.



	5ª SEMANA: Efectos y consecuencias del consumo de cannabis
	6ª SEMANA
SESIÓN 11	Presentación Módulo 3: análisis funcional. <u>Objetivos:</u> Identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo de marihuana, así como los factores que mantienen la conducta. Diseñar de planes de acción para hacer frente a las situaciones de riesgo y el incremento de la motivación al cambio. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.
	7ª SEMANA: análisis funcional
	8ª SEMANA
SESIÓN 15	Presentación módulo 4: reestructuración cognitiva. <u>Objetivos:</u> Identificar y reestructurar las creencias asociadas al consumo de marihuana. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.
	9ª SEMANA: reestructuración cognitiva
	10ª SEMANA
SESIÓN 19	Presentación Modulo 5: habilidades psicosociales e IE <u>Objetivos:</u> Identificar y regular aquellas emociones que pueden poner en riesgo el mantenimiento de la abstinencia, asimismo, deben de conocer estrategias para poner en práctica en ámbitos sociales donde pueda surgir el ofrecimiento del consumo.



	Qué son las emociones y que sabemos acerca de ellas. (Video1) Categorías de las emociones básicas. (Video 2) DESCANSO Actividad “Reconocimiento de emociones” (Ejercicio 1. Foto de rostros) Práctica de Mindfulness: Mindfulness e Inteligencia Emocional (Vídeo 3) Introducción de la próxima sesión y despedida.
	11ª SEMANA (21, 22)
SESIÓN 21	Presentación del Módulo 6: redes sociales <u>Objetivos:</u> Identificar las redes sociales con las que se puede contar para favorecer el mantenimiento de la abstinencia del consumo de mariguana y establecer estilos de vida saludables, así como reconocer la influencia que las construcciones sociales de género pueden tener en el consumo de sustancias psicoactivas. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.
	12ª SEMANA
SESIÓN 23	Presentación del Módulo 7: solución de problemas. <u>Objetivos:</u> Enseñar a los jóvenes participantes una serie de estrategias con las cuales poder analizar y enfrentar diversos problemas con mayor eficacia y adaptación. DESCANSO Práctica de Mindfulness Introducción de la próxima sesión y despedida.



	SEMANA 13
SESIÓN 25	Presentación del Módulo 8: Dinámicas grupales <u>Objetivos:</u> favorecer la creación de grupo a través de juegos y dinámicas basadas en la Risoterapia, además, se busca favorecer un nuevo estado de humor y conciencia. Juegos de Presentación DESCANSO Juegos Finales (5 o 6) Agradecimientos, repaso del programa, feedback y entrega de certificados DESPEDIDA

5.6. MATERIALES Y RECURSOS

Recursos Humanos

Para la puesta en marcha de este proyecto solo se necesita de la participación de un profesional cualificado con experiencia en el campo de la Terapia Cognitivo Conductual. En este caso, seleccionaremos a un psicólogo o psicóloga, preferentemente con experiencia en el campo de las adicciones a sustancias.

Recursos Materiales

Se requerirá el uso de un aula durante los tres meses que durará la intervención, esta será facilitada por el centro IPBS. Adicionalmente se necesitará de un despacho para las evaluaciones y una sala de grupo que sea lo suficientemente amplia y luminosa para el desarrollo de las actividades, mesas y sillas (sobre todo para la última sesión), un ordenador portátil con entrada de proyector, un proyector de audio y video, una pizarra, fotocopidora o acceso a fotocopias y los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente. Además,



debemos de contar con material de oficina (papel, boli,...) y con el material para el último taller (globos, confeti y cuerdas de colores).

5.7. PRESUPUESTO

Dentro de nuestro presupuesto, el gasto más importante va a ser sin duda el sueldo que tengamos que pagar al profesional encargado de llevar la intervención. A esto habría que sumar una pequeña suma de dinero referente al material de oficina, fotocopias y demás gastos. Dado que es casi imposible fijar ciertamente el costo total de la terapia haremos una aproximación al presupuesto total resultante.

Asunto	Cuantía
Sueldo del encargado de la terapia	(Salario mínimo interprofesional español) 1050€ x 3 (Julio, Agosto y Septiembre) Salario total: 3150€
Gastos material de oficina	30€ mensuales; 90€
Gastos dinámicas grupales	8€ aprox.

El presupuesto total de la intervención rondaría los **3248€** con un margen de **50€** de error aproximadamente.



6. CONCLUSIÓN

Tal y como hemos visto anteriormente, el consumo de cannabis se asocia con un amplio abanico de déficits neuropsicológicos los cuales incluyen tanto a los procesos cognitivos básicos (atención, memoria, etc.) como a las funciones ejecutivas (p.e.: toma de decisiones). Los programas tradicionales para el tratamiento del consumo de cannabis requieren de antemano de un buen funcionamiento de estas capacidades, sin embargo, una constante habitualmente compartida entre los consumidores de marihuana son los déficits de aprendizaje, atención y memoria; lo cual puede estar relacionado con la alta tasa de abandonos y recaídas. Además, dichas carencias suelen afectar directamente a los beneficios que este tipo de intervención intenta hacer germinar entre los jóvenes, siendo pues una gran limitación a tener en cuenta. Por ende, se recomienda fervorosamente la realización paralela y complementaria de un programa de rehabilitación neuropsicológica que a su vez pueda monitorizar la evolución de los jóvenes a nivel de neuroimagen.

Dada la naturaleza y la complejidad de los TCS (Trastornos por Consumo de Sustancias), el programa aquí desarrollado aglutina una gran cantidad de módulos, estrategias y actividades con el fin de reorganizar de forma positiva los diferentes aspectos vitales de los adolescentes de forma que puedan aumentar su círculo de apoyo a la vez que mejoran su autoestima y aprenden técnicas concretas para fomentar la abstinencia. Desde nuestra perspectiva profesional, estamos seguros de que el programa mejorará las capacidades cognitivas y conductuales de los pacientes integrados dentro del Instituto Provincial de Bienestar Social (IPBS) de Córdoba. Finalmente, esperamos poder llevar a cabo un seguimiento pos intervención de los participantes a través de técnicas de neuroimagen a fin de comprobar los cambios fisiológicos tras un periodo de abstinencia y la posible ocurrencia de recaídas.

En conclusión, sabemos que existe una fuerte asociación entre la terapia cognitiva conductual y la minimización de los factores biopsicosociales que dan lugar a las adicciones. Es de destacar que esto es así siempre y cuando exista un trabajo taimado y consensuado entre los diferentes profesionales involucrados, además de una participación activa por parte de las familias y los miembros de su entorno. Por lo tanto, la involucración y participación activa de los familiares y amigos será uno de nuestros mayores adalides dentro del programa.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H. y Anderson, S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Tercer Plan Andaluz sobre drogas y adicciones 2016-2021 (PASDA). Recuperado de:
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>

Fernández Serrano, M.J. (2010). Deterioros Neurocognitivos y Emocionales en Consumidores de Drogas: Prevalencia, Significación y Efectos Diferenciales. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada. Recuperada de
<http://0hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18752020.pdf>

García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32, 159-165.

Golden, C.J., (1978). Stroop. Color and Word Test. Chicago.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.



Griffiths, M. K., Kuss, D. J. y Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findings. En K. P. Rosenberg y L. C. Feder (Eds.), *Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment* (pp. 119-141). Londres: Academic Press.

Informe 2017 ODAE (Observatorio Español de las Drogas y las adicciones).DGPNSO (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas). Recuperado de: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. (2014). Informe Europeo sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria3/coopera/ue/cooperaunion2.htm>

Plan Nacional sobre Drogas. Fernández-Serrano, M.J, y Verdejo-García, A. (2011). Alteraciones Neuropsicológicas asociadas al Consumo de Drogas: Aplicaciones al Contexto Forense. En A. Jarne y A. Aliaga. Barcelona. Manual de Psicología Forense: de lo clínico a los tribunales, pp. 507-562.

Rey, A. (2009). Test de copia de una figura compleja. Madrid: TEA Ediciones.

Stoelting. Co. Goldstein, R.Z., y Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.



- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Orozco, C. G., y Pérez-García, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant and opioid abuse. *Neuropsychology review*, 14, 1-41.
- Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Wechsler, D. (1997). Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III. Manual de Aplicación y Corrección. Madrid: TEA Ediciones.
- Nuevas Formas de Adicción y Patrones de Consumo. (2018). Madrid: Asociación Dianova España. Recuperado de: https://dianova.es/wp-content/uploads/2018/06/Infonova_34_web.pdf
- Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y Novedades. (2014). Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías: Luxemburgo.
- Oliva, A., Reina, C., Pertegal, M.A. & Suárez, A. (2011). Rutinas de sueño y ajuste adolescente. *Behavioral Psychology*, 19(3), 541-555. Recuperado de: <https://personal.us.es/oliva/03%20Oliva.pdf>
- Peña, M.C., Gómez, T., Mejía, D., Hernández, J. & Tamayo, D. (2017). Caracterización del control inhibitorio en adolescentes del grado once de la Institución Educativa Normal Superior de Envigado-Colombia. *Psicoespacios: Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 11(18), 37-54.



Mechoulam, R., Peters, M., Murillo-Rodríguez, E. & Hanus LO. (2007). Cannabidiol--recent advances. *National Library of Medicine National Institutes of Health*, 4(8), 1678-1692.

Aguilar, E., Mendoza, M.A., Valdez, G.R., López, M.A. & Camacho, R. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista Española Médico-Quirúrgica*, 17(2), 119-124.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47323278010.pdf>

Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba. (2017). *Programa de intervención con adolescentes y familias*. Recuperado de:

[http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/Programa_de_Intervencion_con_menores, adolescentes, jovenes y familias.pdf](http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/Programa_de_Intervencion_con_menores,_adolescentes,_jovenes_y_familias.pdf)