



# **TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“Guía de aproximación al problema de la conducción de vehículos bajo los efectos de drogas para los profesionales del Trabajo Social”**

**Autor:**

D. Andrés Revuelta Trigueros

**Tutora:**

D<sup>a</sup>. María Teresa del Álamo

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2019-2020

FECHA DE ENTREGA:

15 de julio de 2020

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	6
2. OBJETIVOS .....	7
2.1. General .....	7
2.2. Específicos.....	7
3. METODOLOGÍA .....	7
3.1. Revisión bibliográfica.....	7
3.2. Aproximación al concepto de conducción influenciada.....	8
3.3 Propuesta .....	8
4. GUÍA DE APROXIMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL AL PROBLEMA DE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS. ....	9
4.1. Accidentalidad y mortalidad en nuestras carretas relacionadas con el consumo de drogas.....	9
4.1.1. Peatones: .....	10
4.1.2. Conductores: .....	10
4.2. ¿Qué son las drogas?.....	12
4.2.1. Tipos de drogas .....	12
4.2.2. Conceptos relacionados con el uso de drogas .....	13
4.2.3. ¿Cómo afecta el consumo de tabaco en la conducción? .....	17
4.2.5. ¿Cómo afecta el consumo de alcohol en la conducción?.....	17
4.2.6. ¿Cómo afecta el consumo de cannabis en la conducción? .....	18
4.2.7. ¿Cómo afecta el consumo de cocaína en la conducción? .....	18
4.2.8. ¿Cómo afecta el consumo de MDMA (éxtasis) en la conducción? .....	18
4.2.9. ¿Cómo afecta el consumo de anfetaminas en la conducción?.....	19
4.2.10. ¿Cómo afecta el consumo de ácido lisérgico (LSD) en la conducción? .....	19
4.2.11. ¿Cómo afecta el consumo de heroína en la conducción? .....	20
4.3. Marco legislativo en materia de drogas a nivel europeo, estatal, regional, de la provincia y del municipio de Valladolid .....	20
4.3.2 En España .....	21
4.3.3 En Castilla y León.....	23
4.3.4 Entidades locales .....	24
4.3.5. Controles e infracción por consumo de alcohol. ....	25
4.3.6. Controles e infracción por consumo de otras sustancias distintas del alcohol .....	27

4.4. Análisis de circunstancias y motivos por los que las personas viajan en un vehículo conducido bajo los efectos de alguna droga .....	28
4.4.1. Tipos de conductores.....	29
4.4.2 Propuestas para no tener que viajar en un vehículo conducido por personas bajo los efectos de las drogas .....	31
4.5. La importancia de una sensibilización eficaz a tiempo .....	31
4.6. El papel del trabajador social de sensibilizar, informar y acompañar .....	34
4.6.1. ¿Propuesta de cómo proceder en la consulta si acude un usuario o familiar bajo los efectos visibles de alguna droga? .....	37
4.7. Recursos de utilidad en el municipio de Valladolid .....	37
4.7.1. Recursos del Primer Nivel .....	40
4.7.2. Recursos del Segundo Nivel .....	43
4.7.3. Recursos del Tercer Nivel.....	47
5. CONCLUSIONES .....	51
6. BIBLIOGRAFÍA.....	52
7. ANEXOS.....	54
Anexo 1. Modelo de informe de derivación a comunidad terapéutica .....	54
Anexo 2. Modelo de informe de derivación a centro de rehabilitación de alcohólicos en régimen residencial.....	60
Anexo 3. Modelo de informe de derivación a unidad de desintoxicación hospitalaria/ unidad de patología dual.....	66

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: página 12

Tabla 2: página 15

Tabla 3: página 26

Tabla 4: página 39

Tabla 5: página 39

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: página 11

Gráfico 2: página 11

Gráfico 3: página 22

## **RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS**

ATRA: Asociación para el Tratamiento y Rehabilitación del Alcoholismo

CADS: centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes

CEAS: Centros de Acción Social

CEPN Centros específicos de Primer Nivel

CEPN: Centros específicos de Primer Nivel

DGT: Dirección General de Tráfico

DRA: Dispensación Responsable de Alcohol

EAPS: Centros de Atención Social Primaria de Salud

EDADES: Encuesta Sobre Alcohol y Drogas En España

ESMD: Equipos de salud mental de distrito

LSD: Ácido lisérgico

MDMA: 3,4-metilendioxi-metanfetamina (Éxtasis)

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas

SAISDE: Sistema De Asistencia E Integración Social Del Drogodependiente

SOAD: Servicios de Orientación y Asesoramiento a Drogodependientes en Juzgados

UDH: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

UTA: Unidades para el Tratamiento del alcoholismo

## **RESUMEN**

Son muchos los accidentes de tráfico en los que los implicados habían consumido drogas, no sólo sucede en nuestro país. Los trabajadores sociales tenemos la oportunidad de llegar a personas que no han participado en ningún programa de sensibilización. El colectivo no sólo está conformado por personas que sufren drogodependencias, es más abstracto, puede tratarse de cualquier persona que, por diversas circunstancias viajan en un vehículo manejado por una persona bajo los efectos de las drogas. En la presente guía se aglutinan datos estadísticos, conceptos e información relacionada con las drogas. Además, se recoge la oferta de servicios en atención a personas que sufren drogodependencias que se prestan en el municipio de Valladolid.

## **PALABRAS CLAVE**

Seguridad Vial, Drogas, Adicciones, Trabajo Social, Accidentes de tráfico, Prevención e Intervención.

## **INTRODUCCIÓN**

El TFG que presentamos a continuación, contiene el diseño y elaboración de una guía que pretende servir de herramienta de apoyo profesional, especialmente a los trabajadores sociales de atención primaria o recién graduados que tal vez aun no disponen de conocimientos y recursos para la sensibilización de los peligros derivado del consumo de drogas en general y los riesgos de la conducción influenciada en concreto.

Los objetivos, general y específicos del trabajo, se detallan en el punto 2 de este trabajo.

La metodología empleada para el diseño y la elaboración de la guía se presentan en el punto 3 incluyendo cómo se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica (3.1), para aproximarnos al concepto de conducción influenciada (3.2) y para la elaboración de la propuesta (3.3).

La propuesta se desarrolla en el punto nº4: Guía de aproximación para los profesionales del trabajo social al problema de la conducción de vehículos bajo los efectos de drogas. Persigue aglutinar un conjunto de conocimientos e información útil que provea a los trabajadores sociales de atención primaria y recién graduados de recursos y argumentos suficientes para captar, informar y derivar a los usuarios que presenten indicios o nos confirmen un consumo recurrente. Si encima realizan un uso habitual del vehículo puede que se estén llevando a cabo acciones arriesgadas para los propios usuarios y para las demás personas que se encuentren en la vía.

En el apartado 4.1. hablamos de la mortalidad y accidentalidad a nivel mundial y a nivel nacional en nuestras carreteras.

En el 4.2. Definimos qué son las drogas, y como diferenciarlas. Hablamos de cómo afecta el consumo de las sustancias más habituales en la conducción dejando constancia que cualquier droga en el organismo mientras se conduce puede suponer un gran peligro para el propio conductor y para las demás personas que están en su camino.

En el punto 4.3. desglosamos el marco legislativo a nivel europeo, nacional, regional y local. Recogemos como llevan a cabo los agentes de la autoridad las pruebas de drogas y las infracciones por circular bajo sus efectos.

En el apartado 4.4. analizamos los factores psicosociales que repercuten en la conducción influenciada y revisamos una propuesta de clasificación de los conductores.

En el 4.5. reflexionamos sobre la importancia de una sensibilización eficaz a tiempo que sea capaz de prevenir esta conducta tan peligrosa. Damos una vuelta a los problemas con los que se encuentra la población.

En el 4.6. analizamos el papel del trabajador social en atención primaria y los posibles cauces de atención especializada.

En el apartado 4.7. recogemos una base de datos con recursos que proporcionan servicios de utilidad en la provincia de Valladolid.

Por último, en el punto 5, concluimos el trabajo sintetizando las ideas principales, el interés y utilidad de la guía, analizamos los principales aprendizajes realizados durante su estudio y elaboración. Se explica la motivación que inspiró su realización.

En el apartado de anexos (7) se presentan propuestas de modelo de derivación de atención especializada utilizados por trabajadores sociales en su práctica profesional.

## **2. OBJETIVOS**

Los objetivos del TFG son los siguientes:

### **2.1. General**

- Diseñar una propuesta informativa de utilidad para los y las trabajadoras sociales de atención primaria para detectar, informar, sensibilizar, captar y derivar a las personas usuarias con un uso de drogas problemático.

### **2.2. Específicos**

- Crear una herramienta que contemple datos de interés en materia de conducción influenciada por sustancias y de trastornos por consumo de drogas.
- Capacitar aún más a los profesionales del Trabajo Social en materia de sensibilización y empoderamiento de los usuarios con trastornos derivados por consumo de drogas, y con conductas arriesgadas.

## **3. METODOLOGÍA**

Para el diseño del presente Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social se han llevado a cabo 3 procesos diferenciados:

### **3.1. Revisión bibliográfica**

Inicialmente hemos realizado una revisión bibliográfica de la información existente relacionada con los accidentes del tráfico y el consumo de drogas. Realizamos una selección de información en la que aglutinamos datos legales, médicos, y psicológicos. No solo para poner en contexto el tema si no para fundamentar la información y aportar conocimientos empíricos. La búsqueda de literatura científica utilizada ha sido obtenida de las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Instituto Nacional de Estadística (INE), Google Académico, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, UVaDoc, Instituto Nacional de Toxicología y ciencias forenses, Biblioteca de Tráfico y Seguridad vial (DGT).

Los términos de búsqueda que hemos empleado han sido: drogas y sus efectos, drogas y seguridad vial, conducción influenciada, Trabajo Social y drogas, Trabajo Social y sensibilización.

### **3.2. Aproximación al concepto de conducción influenciada**

Para acercarnos a este segmento de nuestra realidad social, se ha elaborado un análisis de la literatura legal, médica, y psicológica obtenida, complementada con una serie de artículos relacionados con los controles de drogas que se realizan en nuestras carreteras, la accidentalidad y mortalidad ocasionada y datos estadísticos.

Por último, se realiza un abordaje del tema desde el trabajo social.

### **3.3 Propuesta**

Con la presente guía se busca diseñar una herramienta de utilidad para los trabajadores sociales de atención primaria y profesionales recién graduados que no estén acostumbrados a tratar y acompañar a personas:

- de las que conocemos algún riesgo de que conduzca bajo los efectos de alguna sustancia.
- drogodependientes que conducen de forma habitual, o de los que tenemos constancia que van a conducir.
- drogodependientes en general

Los Trabajadores Sociales estamos ubicados en muchas organizaciones públicas y privadas con un amplio abanico de actuaciones y competencias, pero siempre nuestra prioridad, el centro de la intervención es la persona, el usuario. Por norma general, además, estamos en contacto ella, eso nos confiere tanto la responsabilidad como el compromiso de abordar el tema y ver si la persona consiente iniciar un proceso de derivación.

Los trabajadores sociales de atención primaria estamos en el lugar indicado para escuchar las demandas explícitas ver los indicios. Es importante atajar el tema cuanto antes, escuchar a la persona, pero también informar, intentar captar a la persona hacia un proceso de rehabilitación y de integración social en el caso de que sea necesario.



## **4. GUÍA DE APROXIMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL AL PROBLEMA DE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS.**

### **4.1. Accidentalidad y mortalidad en nuestras carretas relacionadas con el consumo de drogas**

En la sociedad moderna, los automóviles se han convertido en herramientas de uso cotidiano, imprescindible para muchas personas como medio de transporte. Al tratarse de un uso tan asiduo, aumentan las probabilidades de tener accidentes de tráfico. Si además sumamos el factor de que el conductor estaba bajo los efectos de bebidas alcohólicas u otras drogas la probabilidad de tener accidentes aumenta exponencialmente. Desgraciadamente pasa con gran frecuencia, estamos ante un problema de salud pública de gran envergadura por lo que es necesario un programa de sensibilización eficaz que haga frente a este gran número de muertos y heridos de gravedad que suman año tras año a las listas de víctimas.

Con gran frecuencia vemos en los telediarios, periódicos y otros medios de comunicación el gran número de accidentes que se producen en las carreteras y vías interurbanas. (Gutiérrez, 2018) *“Alrededor de 1,25 millones de personas fallecen anualmente en accidentes de tráfico en el mundo, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que evidencia un aumento del 8% en el número de muertes respecto al anterior estudio, realizado hace tres años. Además, entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, que en muchos casos deriva en una discapacidad.”*

En el caso de España, Delgado (2019), nos ofrece cifras de *“los conductores fallecidos, más del 43% (232) ha dado positivo en consumo de alcohol, drogas de abuso o psicofármacos [...] El perfil tipo es un varón (94%) de entre 25 y 54 años (66%), que viaja en turismo, ciclomotor o motocicleta (87%) y que principalmente ha tomado alcohol (60%). De los conductores que dieron positivo (algunos de ellos en más de una sustancia), el 61% fue por alcohol, el 44% por drogas y el 25% por psicofármacos.”*

La Real Academia Española define accidente como *“Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona o cosa.”*. Cuando el implicado o implicados en el suceso han consumido drogas en un corto plazo, no deberíamos usar el término accidente, ya que lo imprevisto es que lleguen sanos y salvos a sus destinos. 1 de cada 3 conductores fallecidos había consumido alcohol y/o drogas.

Realmente con los datos y cifras presentadas anteriormente podemos constatar que se trata de un problema social y concretamente un problema de salud pública. Los trabajadores sociales de atención primaria están en el lugar indicado para detectar posibles demandas explícitas o implícitas de los usuarios, también deben estar atentos

a los indicios. Es importante atajar el tema cuanto antes, escuchar a la persona, pero también informar, intentar captar a la persona hacia un proceso de rehabilitación y de integración social si lo necesitase.

Consideramos que las personas que conducen bajo los efectos de las drogas son un colectivo en riesgo, que pone en riesgo a los demás ciudadanos cuando circulan con su vehículo “drogados”.

Cuando se produce un suceso (Rucabado y Cañada, 2018) *“no es la persona que sufre el accidente la única afectada, [...] ésta tiene una red de personas allegadas, como son familiares y amigos/as, que también resultan afectadas ya sea de forma directa o indirecta. Son muchas las personas que deben hacer frente a la discapacidad, a la muerte o a las lesiones causadas por el accidente de un ser querido, [...], el dolor que acompaña este proceso.”*

Rodríguez (2019, p.32) relata que *“no debemos olvidar (y generalmente parece que así es) que los accidentes de tránsito son la quinta causa de muerte para mujeres y hombres de todas las edades, la primera responsable de lesión medular traumática, y la primera relativa a incapacidad laboral. Hemos de concienciarnos de que el fenómeno de la circulación viaria tiene que ser aceptado por el ciudadano en general y por el conductor en particular, como la aceptación de un peligro socialmente compartido”*

El Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social (2017) En la memoria del Plan Nacional Sobre drogas 2017; se recogieron las siguientes cifras de fallecimientos:

#### 4.1.1. Peatones:

De los 143 peatones fallecidos, un 34,3% (49 casos) de los peatones accidentados había consumido alcohol u otras sustancias psicoactivas.

De esos 49 casos, el 11,9% de los peatones sólo tenían presencia de una droga en su organismo. Dicho de otra forma, el 88,1% de los peatones fallecidos en 2017 habían llevado a cabo un policonsumo.

De los peatones fallecidos con resultado positivo a alcohol (27 casos), el 85% presentaron una tasa de alcoholemia superior a 1,20 g/l y el 63% la tenían por encima de 2 g/l, que supone la evidencia de un estado de embriaguez.

#### 4.1.2. Conductores:

Fallecieron con alcohol en el organismo el 18,2% (118 casos) de los conductores accidentados. De esos 118 fallecidos, 112 eran hombres y tan solo 6 eran mujeres.

El 30,5% de los casos en el que hubo algún vehículo siniestrado, se trata de una motocicleta en las que el 66,6% de los conductores tenían concentraciones superiores a 1,2g/l y el 28% a los 2g/l de alcohol en sangre.

En 2017 fallecieron con psicofármacos en su organismo un 6,14% (40 casos) de los conductores muertos en accidente. Los psicofármacos más frecuentes son las benzodiazepinas (70%) y los antidepresivos (40%).

En materia de monoconsumo fueron catalogados el 6,3% de los casos, de los cuales el 53,7% dieron positivo en cannabis o sus derivados, el 41,5% en cocaína y el 2,4% positivo en anfetaminas y opiáceos.



Fuente: Memoria Plan Nacional Sobre Drogas 2017

Fallecieron con resultados positivos en policonsumo un 42,1% (274 casos) de los conductores muertos en accidente de tráfico.



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2018)

Como podemos ver en el gráfico de resultados de policonsumo realizadas a personas fallecidas en accidentes de tráfico, casi la mitad de los conductores fallecidos presentaban más de una droga en su organismo.

Para comprender mejor la problemática abordada en nuestro TFG consideramos imprescindible definir los que son las drogas y otros conceptos relacionados.

## 4.2. ¿Qué son las drogas?

Partimos de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que “*droga es toda sustancia que, 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, ya sea psicológica, física o ambas.*”

### 4.2.1. Tipos de drogas

Existen diversas formas de clasificar las drogas: se pueden clasificar según su origen (naturales o sintéticas), según su legalidad (en legales o ilegales), según la aceptación de sociedad (las socialmente aceptadas y las estigmatizadas) entre otras. La Fundación de Ayuda a la Drogadicción y la OMS, clasifican las drogas según los efectos que causan en el Sistema Nervioso Central (SNC) en Depresoras, Estimulantes y Perturbadoras.

**Tabla 1: Clasificación de drogas en función de los efectos en el SNC**

Depresoras	Estimulantes	Perturbadoras
Disminuyen o ralentizan las distintas funciones del SNC	Aceleran el funcionamiento normal del cerebro y provocan un estado de activación elevada	Alteran gravemente el funcionamiento del cerebro
Alcohol barbitúricos Benzodiazepinas Cannabis GHB Heroína Metadona Popper Sustancias volátiles	Anfetaminas Cocaína Crack Éxtasis Tabaco Xantinas	Cannabis Éxtasis Hongos alucinógenos Ketamina LSD PCP Sustancias volátiles
Pueden producir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción alterada</li> <li>• Distracciones</li> <li>• Decisiones retardadas</li> <li>• Movimientos lentos</li> </ul>	Pueden producir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad e inquietud</li> <li>• Disminuye la sensación de fatiga</li> <li>• Sobrevalorar tus propias capacidades</li> </ul>	Pueden producir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción y atención afectada</li> <li>• Alteraciones en el pensamiento</li> <li>• Disminuye la coordinación motora</li> <li>• Estados de conciencia alterados</li> </ul>

Información obtenida de: [http://www.dgt.es/multimedia/educacion\\_vial/contenidos-profesores/Drogas/cap-drogas/index.html?bid=11#](http://www.dgt.es/multimedia/educacion_vial/contenidos-profesores/Drogas/cap-drogas/index.html?bid=11#)

Cada tipo de sustancia puede interferir en nuestro organismo de formas distintas, y queda demostrado el motivo por el que no se puede conducir bajo el efecto de las drogas. Aunque alguna droga transmita confianza o exceso de valentía a los consumidores, es probable que no conozcan todos los síntomas del consumo, y de conocerlos tendrían más probabilidades de entender que se trata de un efecto de la droga, comprender que sus capacidades de decisión y reacción se han visto alteradas. Y en último lugar pensar detenidamente en las consecuencias de sus actos.

Las drogas modifican nuestra percepción y nuestra atención se ve reducida, conducir en estas circunstancias supone un peligro para nosotros mismos, los compañeros de habitáculo (pasajeros), y demás personas que circulan por la vía (peatones, ciclistas, conductores de vehículos y motos). Aunque cada droga repercute de manera distinta, se ha demostrado que la presencia de cualquier sustancia tóxica adictiva en el conductor aumenta la posibilidad de sufrir un accidente de tráfico. La Dirección General de Tráfico (2017) amplía esta información:

**Sustancias depresoras:** *“bajo los efectos de estas drogas la percepción estará alterada, será mucho más fácil sufrir una distracción o quedarse dormido, se tardará más en tomar una decisión y los movimientos serán más lentos. [...] Ciertos medicamentos, ya sean tranquilizantes, sedantes o incluso algunos antihistamínicos, pueden disminuir los reflejos o alterar los tiempos de reacción y por consiguiente alterar nuestra capacidad de conducción.”*

**Sustancias estimulantes:** *“Bajo los efectos de estas drogas se estará más activo e inquieto con una posible impaciencia e impulsividad, disminuirá la sensación de fatiga y se tolerará un mayor nivel de riesgo.”*

**Sustancias perturbadoras:** *“Bajo los efectos de estas drogas la percepción y la atención quedan gravemente alteradas, así como el propio pensamiento, con lo que se tomarán decisiones incorrectas o imprevisibles, disminuyen los reflejos y la coordinación motora provocando que los movimientos sean más lentos e inadecuados y pueden aparecer estados de conciencia alterados.”*

#### 4.2.2. Conceptos relacionados con el uso de drogas

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) han dejado de utilizar los términos “abuso” y “dependencia”, y lo han incorporado como trastorno por consumo de sustancias. Aunque existe actualmente un debate con respecto a que término es más apropiado usar. Descartamos el término “dependencia”, para reducir confusiones. Las drogas están vinculadas a estos conceptos, importantes para tener en cuenta:

**Droga:** es toda sustancia que, 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, ya sea psicológica, física o ambas. Existen drogas legales e ilegales.

**Uso de la droga:** Hace referencia a como se usa la droga: Frecuencia, cantidad, vía por la que se introduce al organismo. No todas las drogas producen el mismo perjuicio al cuerpo y la mente. Existen varios tipos de consumo, cada teórico llama a cada tipo de consumo de una manera, pero coinciden en la clasificación:

Uso experimental: lo desencadena la curiosidad, el interés y/o, en ocasiones también es producido por la presión social. Es un primer contacto con la sustancia.

Uso esporádico: Se consume la sustancia muy de vez en cuando. No han aparecido síntomas relacionados con los trastornos por consumo de drogas.

Uso habitual: Hace referencia a que ya se está sistematizando en cierta manera el consumo, comienzan los perjuicios se le destina cada vez más tiempo a la obtención y consumo de la sustancia.

Uso compulsivo: Se trata de una fase extrema y progresiva, el consumidor introduce la sustancia en su organismo, incluso aunque pretenda dejar el consumo, aunque sepa que es perjudicial, aun viendo los efectos físicos y psíquicos que le producen. El proceso de obtención y consumo de la sustancia se convierten en el eje central de la persona enferma.

**Vía de administración:** Todas las drogas afectan al Sistema Nervioso Central, pero el nivel de afectación y la rapidez en aparecer los efectos, puede variar en función de la forma en la que se consume la droga. Estos consumos pueden ser: Oral, intravenosa, intranasal, intramuscular, pulmonar

No todas las drogas aceptan todas las vías de administración. Existen vías más peligrosas que otras, en las que entran otros factores, como en el caso de la vía intravenosa, que en el caso de compartir jeringuilla pueden producirse contagios de VIH y otras enfermedades que se transmiten por la sangre.

**Adicción. Trastorno por consumo de drogas:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que ocasiona dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Los síntomas se pueden manifestar a nivel físico y a nivel psicológico.

El DSM V ha elaborado una escala de valoración para determinar la magnitud del trastorno por consumo de drogas en leve, moderado y severo es importante recordar que esta herramienta, será más eficaz en manos de un profesional de la psicología, pero nos puede orientar:

**Tabla 2: Criterios para determinar la magnitud del trastorno por consumo de drogas**

<b>Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.</b>	
Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.	
Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.	
Deseo intenso de consumo.	
El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.	
Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.	
Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.	
Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.	
La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.	
Tolerancia.	
Abstinencia.	

Fuente: Portero L.G. (2015) DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad Med Forense 2015;21(3-4):96-104G.

Según el número de criterios que presente la persona, le asignan un nivel de afectación u otro:

- Leve: Presenta entre 2 y 3 criterios
- Moderado: Presenta entre 4 y 5 criterios
- Severo: Presenta 6 Criterios o más

**Craving:** (Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas, 2004) Se podría definir como la necesidad imperiosa de volver a consumir la droga durante la abstinencia. Es un fenómeno subjetivo, diferente en cada persona, puede aparecer tras el consumo reiterado de drogas, pero se cree que existen multitud de variables que influyen en su aparición. En la actualidad no se han definido totalmente los mecanismos que intervienen en su aparición.

**Tolerancia:** Hace referencia a la necesidad de alcanzar el efecto deseado por la sustancia. Se manifiesta en los consumos continuados de drogas de forma que: para obtener el mismo efecto conseguido en otras ocasiones necesitarás aumentar la dosis. explicándolo de otra forma: tu cuerpo se adapta al nivel de tóxicos a la que se suele exponer y para lograr los mismos síntomas, efectos, necesitas aumentar la cantidad de sustancia.

**Dosis:** Es la cantidad de droga que introduces en tu organismo. Muchas drogas pueden causar un abanico de efectos en función de la dosis introducida. Caudevilla (2007) diferencia dos tipos de dosis:

Dosis Mínima Eficaz (DME): Es la dosis a partir de la cual, el consumidor obtiene los efectos buscados en la droga.

Dosis Mínima Tóxica (DMT): Es la cantidad de sustancia introducida por la que se inician los efectos tóxicos.

**Abstinencia o Síndrome de abstinencia:** se manifiesta con un conjunto de signos y síntomas desagradables que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia. Estas manifestaciones pueden provocar una recaída en el consumo para aliviarlos o evitar su aparición. No todas las sustancias producen el mismo síndrome de abstinencia.

**Recaída:** Se produce durante el proceso de deshabituación y rehabilitación. Consiste en volver a adquirir y consumir la droga en cuestión u otra distinta. Durante el proceso de deshabituación en el que se lucha duramente con el Craving, normalmente cuando efectos físicos de la abstinencia están desapareciendo, se produce un pico de excitación y euforia que, en ocasiones, acaba celebrándose con el consumo de dicha sustancia.

**Patología dual:** Hace referencia al diagnóstico de una persona que sufre dos patologías: una de trastorno por consumo de drogas (también se dan casos de adicción sin sustancia) y la otra un trastorno psicopatológico. Según Ávila E. C. (2020) los trastornos psiquiátricos más recurrentes son: esquizofrenia, hiperactividad, trastornos bipolares, depresión, trastorno de la personalidad y las crisis psicóticas. Además, explica que el cannabis, el alcohol, la cocaína y otros estimulantes son las drogas más comunes en los casos de patología dual.

**Combinar drogas:** Consiste en consumir dos o más drogas, simultáneamente o en cortos periodos de tiempo. Es una práctica bastante común y realmente peligrosa. La más habitual es alcohol-tabaco, seguido por el consumo de drogas junto con el uso de medicamentos, recetados o no. La combinación es más nociva para la salud que el uso aislado de una droga, ya nociva de por sí. Se diferencia del Policonsumo en que esta última no tienen por qué juntarse los consumos de las distintas drogas, sin embargo, es habitual que suceda.

La información que encontraremos a continuación, la recogió previamente Sánchez en los Cuadernos de seguridad vial: Las drogas y los medicamentos.



#### 4.2.3. ¿Cómo afecta el consumo de tabaco en la conducción?

- Puede provocar irritación de los ojos e incluso fatiga ocular
- Si se consume durante la conducción repercute negativamente en la atención (buscar el cigarrillo, encenderlo, inhalar, apagar el cigarrillo, etc.)
- Disminuye los reflejos del conductor

Pons Editorial (2014) *“Se ha demostrado que los conductores que fuman se ven implicados en el doble de accidentes que los no fumadores”*

#### 4.2.4. ¿Cómo afecta el consumo de xantinas (Cafeína, teína y teobromina) en la conducción?

- El café o el té pueden enmascarar la fatiga o la somnolencia y pueden provocar un peligroso efecto rebote
- Agitación, nerviosismo e irritabilidad

Hace unos años existió una campaña de sensibilización de los accidentes de tráfico que recomendaba el uso de bebidas con cafeína en medio de un trayecto para despejarte y seguir con el trayecto. Es cierto que pueden dar la sensación de disipar el cansancio, pero lo más arriesgado es que no te informaban de todo. Las xantinas pueden hacerte olvidar el cansancio o dejar de percibirlo, pero sigues estando cansado, aumentando el riesgo de dormirte al volante.

#### 4.2.5. ¿Cómo afecta el consumo de alcohol en la conducción?

Es una droga depresora. En el libro *Psicología aplicada a la conducción*, (2017: 33) nos habla del alcohol y la conducción: *“el alcohol es incompatible con la conducción segura porque:”*

- Crea un falso estado de euforia, seguridad, optimismo y confianza en uno mismo, llevando al conductor a sobrevalorar sus capacidades.
- Disminuye los reflejos, la visión, altera la percepción y la capacidad de movimiento.
- Altera las capacidades mentales de juicio, razonamiento, atención y concentración
- Produce sueño y fatiga
- Aumenta la despreocupación, la temeridad y la agresividad
- Falsea la correcta apreciación de distancias y velocidades.

Aunque se trate de una droga legal, e incluso esté permitido por la ley conducir vehículos con unos niveles reducidos de esta sustancia en tu organismo, debemos recordar que la cantidad más segura para circular con un vehículo es 0%.

#### 4.2.6. *¿Cómo afecta el consumo de cannabis en la conducción?*

Conducir bajo los efectos del cannabis puede ser un gran peligro para el propio conductor, sus acompañantes y demás personas que se encuentran en la vía. El cannabis y sus derivados pueden producir:

- Estado de ebriedad
- Relajación Excesiva
- Percepción alterada, espacio y tiempo
- Problemas en la visión de los colores
- Reacciones más lentas
- Falsa sensación de seguridad en tus capacidades
- Estado de ensimismamiento
- Si se mezcla con alcohol las consecuencias son más graves y peligrosas

La DGT en su guía *Psicología aplicada a la conducción* (2017) añade “El hachís y la marihuana cambian la percepción del entorno, como por ejemplo la visión de los colores, alteran la percepción del espacio y del tiempo, producen una pérdida de la capacidad de concentración, aumentan el tiempo de reacción, provocan sensación de relajación y pueden producir gran somnolencia al volante.”

#### 4.2.7. *¿Cómo afecta el consumo de cocaína en la conducción?*

En el Informe Europeo Sobre Drogas (IESD, 2019) corrobora que “La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa”. Puede suponer un riesgo para la salud de la persona que conduzca bajo sus efectos ya que producirá:

- Impulsividad
- Agresividad
- Transgresión de las normas
- Alteraciones perceptivas y atencionales

La DGT en su guía *Psicología aplicada a la conducción* (2017) añade “La cocaína altera el comportamiento volviéndolo impulsivo, competitivo e incluso agresivo, produce una conducción más peligrosa, altera la percepción del entorno, disminuye la capacidad de concentración y en ocasiones provoca sueño repentino”

#### 4.2.8. *¿Cómo afecta el consumo de MDMA (éxtasis) en la conducción?*

Conducir bajo los efectos del éxtasis puede resultar en accidente debido a la incompatibilidad de sus síntomas y efectos, entre ellos están:

- Sensación de euforia y una emotividad intensa
- Sufrir ilusiones ópticas, flashes o manchas de luz
- Mayor sensibilidad a la luz y episodios de visión borrosa

- Problemas de concentración y atención
- Depresión y/o ansiedad
- Cuando desaparecen los síntomas, puedes pasar por un periodo de agotamiento físico y mental

La DGT en su guía Psicología aplicada a la conducción (2017) añade “El éxtasis produce ilusiones ópticas, aumenta la sensibilidad a la luz, disminuye la atención y la capacidad de concentración, puede provocar periodos de ansiedad o depresión, origina momentos de agotamiento físico y mental tras los efectos inmediatos al consumo y puede provocar la vivencia de flashbacks o episodios en los que se vuelven a sentir los efectos de la droga varias horas después de que deje de producir efectos”

#### 4.2.9. ¿Cómo afecta el consumo de anfetaminas en la conducción?

Conducir bajo los efectos de anfetaminas puede suponer un gran riesgo para uno mismo y para los demás debido a que puede producir:

- Disminución de la sensación de fatiga y sueño
- Sobrevaloración de tus propias capacidades
- Alteraciones en los movimientos
- Comportamientos violentos contra los otros conductores

La DGT en su guía Psicología aplicada a la conducción (2017) añade “*Las anfetaminas provocan excitación y euforia y causan una sobrevaloración de las propias capacidades. Se pueden producir movimientos repetitivos que limiten la movilidad y retrasan la aparición del sueño, pudiendo provocar un efecto de rebote tras varias horas que origine una irresistible necesidad de dormir*”

#### 4.2.10. ¿Cómo afecta el consumo de ácido lisérgico (LSD) en la conducción?

Al conducir bajo los efectos del LSD pones en gran riesgo a ti y a las demás personas de la vía porque esta droga te puede provocar:

- Fuertes distorsiones de la percepción y alucinaciones
- Tomar decisiones incorrectas que no tienen que ver con la realidad
- Alteraciones emocionales
- Ansiedad y pánico durante la conducción
- Las alteraciones pueden durar hasta 10-12 horas
- Pueden producirse “flashbacks”, periodos en los que vuelven a aparecer por sorpresa los efectos de la droga algún tiempo después de que estos hubieran desaparecido

La DGT en su guía Psicología aplicada a la conducción (2017) añade “el LSD provoca distorsiones en la percepción llegando incluso a originar alucinaciones. Causa

alteraciones emocionales, ansiedad e incluso pánico. Estos estados pueden prolongarse hasta 10 o 12 horas y reaparecer durante ese periodo de forma imprevisible”

#### 4.2.11. ¿Cómo afecta el consumo de heroína en la conducción?

Conducir bajo los efectos de la heroína puede ser peligroso porque:

- Puede producir shocks tras el consumo
- Puede producir convulsiones fuertes calambres
- Comportamiento arriesgado e incluso violento, sobre todo cuando aparezca el síndrome de abstinencia
- La visión puede quedar afectada, las pupilas se contraen.

La DGT en su guía Psicología aplicada a la conducción (2017) añade “Con la heroína el comportamiento será más arriesgado o incluso violento y la visión puede estar afectada ya que se reduce el tamaño de la pupila”

### **4.3. Marco legislativo en materia de drogas a nivel europeo, estatal, regional, de la provincia y del municipio de Valladolid**

#### 4.3.1 En Europa

En diciembre de 2012 se aprobó la estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020). En 2016 se llevó a cabo una evaluación intermedia, muchas actuaciones habían finalizado o estaban en curso y necesitaron de un segundo plan complementario: Plan De Acción De La Unión Europea En Materia De Lucha Contra La Droga 2017-2020, que pusiese en marcha otra vez, las acciones que tuvieron éxito en el plan 2013-2020 y contemplase los cambios realizados.

Los objetivos que establecen estos planes son los siguientes (Diario Oficial de la Unión Europea julio 2017: 22):

1. Reducción de la demanda de droga: Contribuir a una reducción significativa del consumo de drogas ilícitas, del consumo problemático de drogas, de la toxicomanía y de los daños causados por la droga a la salud y a la sociedad, así como a retrasar la edad del comienzo del consumo de drogas.
2. Reducción de la oferta de droga: Contribuir a una reducción significativa de la disponibilidad y oferta de drogas ilícitas en la UE.
3. Coordinar de manera eficaz la política en materia de drogas de los Estados miembros y de la UE
4. Cooperación internacional: Reforzar el diálogo y la cooperación entre la UE, terceros países y organizaciones internacionales en asuntos relacionados con las drogas, de un modo global y equilibrado

5. Información, investigación, seguimiento y evaluación: Contribuir a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones, a fin de proporcionar fundamentos sólidos y completos para las políticas y actuaciones.

(p.21) *“También pretende reducir los riesgos y daños sanitarios y sociales que causan las drogas por medio de un enfoque estratégico que apoya y complementa las políticas nacionales, proporciona un marco para la actuación conjunta y coordinada y constituye la base y el marco político de la cooperación exterior de la UE en este ámbito.”*

La Unión Europea recoge un conjunto de indicaciones y pautas en el Programa Europeo de Seguridad Vial (2011-2020). Una de las que son de obligada aplicación con el objetivo de armonizar las normas de la UE se trata de: Sanciones e infracciones, incluidos los límites (alcohol, drogas, exenciones para usar cinturones de seguridad, etc.).

#### 4.3.2 En España

En 2006 la Dirección General de Tráfico puso en funcionamiento el sistema de permiso de conducción por puntos, (Puntos DGT, 2020): *“tiene como objetivo reducir los siniestros vehiculares [...] basado en la pérdida y recuperación de un número limitado de puntos carné que todo conductor inicialmente posee. Establece una modalidad de premios y castigos por la cual los conductores pueden perder sus puntos en función de la cantidad y gravedad de las infracciones que cometan, pero por el cual, también, pueden ganarlos naturalmente con buena conducta o recuperarlos voluntariamente asistiendo a cursos de concientización vial.”*

La pérdida de todos los puntos del carné implica la pérdida de la licencia para conducir por un periodo que puede durar hasta dos años. No puedes comenzar los cursos para recuperar puntos hasta que se retire la restricción para conducir. La temática de los cursos de recuperación varía en función de las infracciones cometidas por los alumnos.

Las normas en materia de drogas y seguridad vial entienden como conductor tanto al que maneja un vehículo de transporte, un turismo, como al que circula en bicicleta.

En el Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial; en el artículo 14 contempla lo referido al uso de bebidas alcohólicas y drogas al volante *“No puede circular por las vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con tasas de alcohol superiores a las que reglamentariamente se determine. Tampoco puede hacerlo el conductor de cualquier vehículo con presencia de drogas en el organismo, de las que se excluyen aquellas sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica, siempre que se esté en condiciones de utilizar el vehículo conforme a la obligación de diligencia, precaución y no distracción establecida en el artículo 10.”*

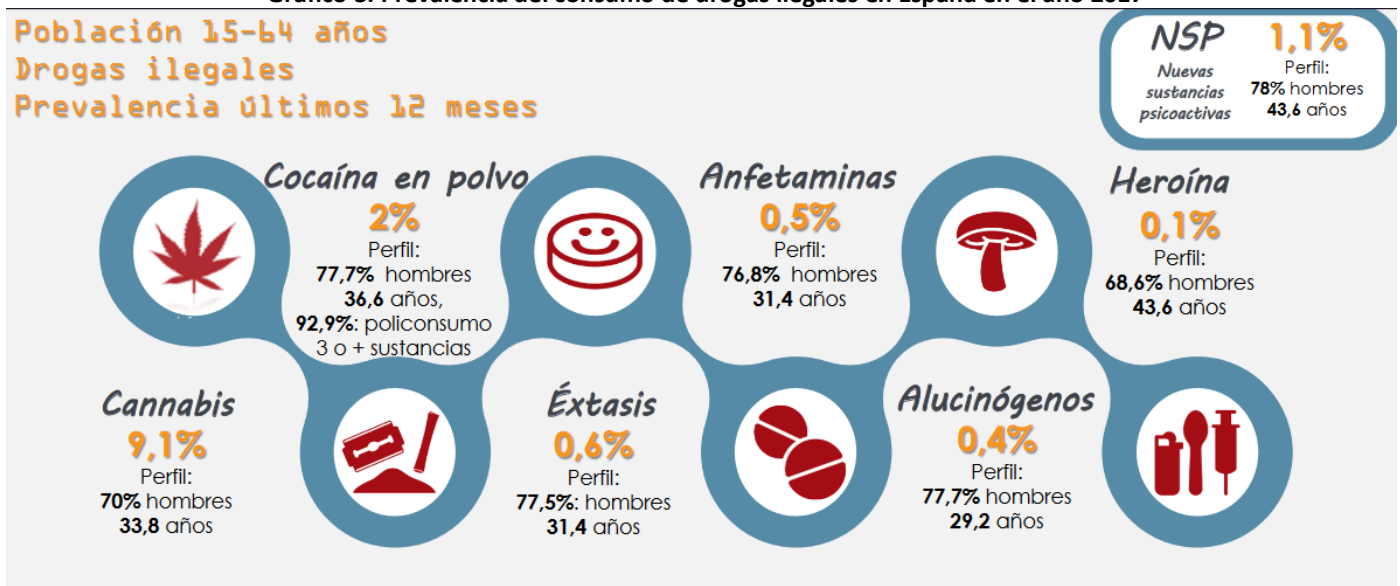
El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) establece como líneas estratégicas en la Memoria PNSD (2017):

- Introducción del abordaje de las conductas adictivas, incluyendo en la nueva estrategia no solo las drogas ilegales sino también las legales, los fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Inclusión de la población mayor de 64 años como objeto de estudio y grupo de intervención prioritaria (cronicidad, comorbilidad, etc.).
- Inclusión de la perspectiva de género (abordaje conjunto de violencia de género y abuso de sustancias; formación en género; y mejora de la investigación y análisis de datos con una perspectiva de género)
- Disminuir el acceso y consumo de los menores y jóvenes abordando el consumo recreativo y los consumos de alto riesgo.
- Aumentar la eficacia y eficiencia de sus sistemas de información

Durante el año 2017, bajo la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020, se aprobó el Plan de Investigación e innovación en Seguridad Vial y Movilidad 2017-2020.

En la infografía de la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España EDADES (2017- 2018) nos ofrecen un gráfico muy visual en el que podemos ver la prevalencia del consumo de drogas ilegales.

Gráfico 3: Prevalencia del consumo de drogas ilegales en España en el año 2017



Fuente: EDADES 2017-2018. Recuperado de

[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Infografia\\_r ev.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Infografia_r ev.pdf)

Como podemos observar en 2018 el cannabis seguía siendo la droga ilegal más consumida (9,1%) seguida por la cocaína (2%). Algo destacable es que del 2% de los consumidores de cocaína, el 92,9% realiza un policonsumo con 3 o más sustancias.

#### 4.3.3 En Castilla y León

A nivel autonómico, el 25 de mayo de 2017 se aprobó el VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2017-2021). En dicho Plan establecen criterios de actuación organizados en cuatro bloques (lunes, 29 de mayo de 2017: 19365-19370):

1. Criterios de prevención del consumo de drogas:

Prevención basada en la evidencia, planificación, niveles de prevención, combinación de estrategias preventivas, efectos sinérgicos de la prevención, prevención comunitaria, destinatarios principales, ámbitos de intervención, mediadores para la prevención

2. Criterios de disminución de los riesgos y de reducción de los daños:

Voluntariedad y responsabilidad en la toma de decisiones; responsabilidad preventiva en las intervenciones; acercamiento, flexibilidad y baja exigencia; máxima cobertura; objetivos de la intervención; impacto en terceras personas y en la comunidad.

3. Criterios de asistencia a drogodependientes:

Diversificación, accesibilidad, flexibilidad, especialización y profesionalización de la oferta terapéutica; detección precoz e intervención temprana; individualización del tratamiento y continuidad del proceso asistencial; complementariedad; trabajo en red y gestión por procesos.

4. Criterios de integración social:

Interdependencia; intervención integral y coordinada; papel activo del drogodependiente; intervención sobre la comunidad, individualización.

La integración social, como dice el VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 requiere de una intervención multidimensional y (29 de mayo de 2017. Pág. 19370) *“suele ser un proceso de aproximaciones graduales y sucesivas, no siempre lineales. Como regla general la integración social de drogodependientes requiere una intervención en dos fases”*:

**Fase de compensación**, *“muchas personas drogodependientes requieren una intervención inicial, [...] orientada a consolidar la abstinencia, o en algunos casos controlar el consumo y adquirir ciertos aprendizajes que les permitan estabilizarse en un estilo de vida prosocial y compensar los déficits que la historia de adicción les ha ocasionado”*.

**Fase de normalización** en la que *“el grado de supervisión se va desvaneciendo poco a poco hasta que la persona en proceso de incorporación social llega a participar de forma activa y autónoma en la vida social de su comunidad, [...] la*

*inserción social del drogodependiente requiere una intervención multidimensional que no sólo se debe centrar en la incorporación al mundo laboral o al mantenimiento del puesto de trabajo [...] la inserción laboral, siendo relevante no es lo único importante, es decir, puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente en el proceso de integración social en el que como se ha indicado también hay que abordar otras áreas (familiar, educativa, social, jurídico-penal, recreativa, etc.)”.*

El VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 establece el Sistema De Asistencia E Integración Social Del Drogodependiente (SAISDE).

#### 4.3.4 Entidades locales

**En la provincia de Valladolid**, se regula a través del VII Plan Provincial sobre Adicciones 2019-2022, de la Diputación de Valladolid. Establecen 4 Áreas de actuación:

- De prevención (5 niveles):
  - Familiar
  - Escolar
  - Extraescolar
  - Laboral
  - Comunitaria
- De regulación y control de la oferta
- De reducción de daños. Dentro de esta área encontramos la prevención de accidentes de tráfico. Para lograr esto se llevan a cabo las siguientes actuaciones:
  - Taller de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis.
  - Formación en autoescuelas sobre la influencia del alcohol y las drogas en la seguridad vial.
  - Cursos de dispensación responsable de alcohol (D.R.A) a propietarios de bares y salas de fiestas.
  - Fomento del conductor designado y del uso del transporte público/ alternativo durante las noches de los fines de semana
  - Sensibilizar a los jóvenes a través de diferentes medios como la distribución de la publicación “Alcohol y conducción una mezcla peligrosa” y otros materiales similares.
  - Aumento de los controles en la provincia
- Asistencia e integración social

**En el municipio de Valladolid**, el 4 de noviembre de 2014 se aprobó e “Reglamento del Consejo Municipal sobre Drogas”, que, entre sus funciones más destacadas están:



-Potenciar la coordinación entre las entidades públicas y privadas encargadas de atender a las personas con drogodependencias.

-Promocionar la participación de las entidades y asociaciones, fomentando el asociacionismo, el voluntariado y la cooperación social en materia de prevención de drogas.

El municipio de Valladolid se encuentra amparado por el V Plan Municipal sobre Drogas y Otras Adicciones 2019-2023, que pauta 8 líneas de actuación:

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Prevención Comunitaria | 5. Disminución de riesgos    |
| 2. Prevención Familiar    | 6. Control de la oferta      |
| 3. Prevención Escolar     | 7. Integración socio-laboral |
| 4. Prevención Laboral     | 8. Formación                 |

#### 4.3.5. Controles e infracción por consumo de alcohol.

A lo largo del año 2017, la guardia Civil realizó 4.485.385 pruebas preventivas, de las cuales, el 1,4% superó las tasas máximas de alcohol.

Realizando en España una comparación entre los controles de alcohol en aire espirado realizados en 2006 (3.347.015) dieron positivo el 2,47% de las personas paradas, podemos observar que habiendo una menor muestra de población casi duplica el número de positivos obtenidos, lo que nos hace ver que se ha reducido notablemente el uso de vehículos bajo los efectos de cantidades significativas de alcohol. En 2012, de 5.680.158 pruebas realizadas de alcohol en aire espirado, el 1,71% de las personas superaron la tasa máxima indicada. (Estos datos no incluyen las vías públicas de País Vasco, Cataluña y otros municipios con policía propia).

En el artículo 77 del código de circulación se constata que *“Conducir con tasas de alcohol superiores a las que reglamentariamente se establezcan, o con presencia en el organismo de drogas está considerado una infracción muy grave”* Esto quiere decir que está permitido conducir dentro de las tasas máximas de alcohol en sangre, es legal, sin embargo, si te excedes puedes incurrir a una infracción muy grave.

Negarse a las pruebas de detección de alcohol y otras drogas es un delito recogido en el artículo 383 del Código Penal. Si la prueba es requerida por los agentes responsables de la seguridad vial, los ciudadanos estamos obligados a someternos a ella.

Existen dos mecanismos de detección:

- **Por aire espirado:** a través de los etilómetros, es el método más frecuente a pie de carretera. No se permite circular por las vías públicas a los conductores con tasas superiores a 0,25 miligramos por litro de aire espirado (0,15 ml en el caso de los conductores nóveles), en el caso de obtener resultados superiores a esos

niveles o evidencias de que el sujeto se encuentra embriagado, se realizará una segunda prueba, al menos 10 minutos después. *“A petición del interesado o por orden de la autoridad judicial, se podrán repetir las pruebas a efectos de contraste, que podrán consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos”.*

Generalmente estas pruebas se llevan a cabo en el centro de salud, donde es necesario desplazarse. En el caso de una segunda prueba positiva y si no hay ningún pasajero en óptimas condiciones para conducir, y habilitado para ello, se procederá al comiso del vehículo (art. 385 BIS del Código Penal).

La sanción ronda los 1000 Euros y la pérdida de 4 a 6 puntos además puede acarrear la retirada del permiso de conducir. Si el conductor no ha tenido ninguna infracción relacionada a lo largo del año en curso, y no supera el doble de la tasa permitida no se impondrá la sanción.

- **Por concentración en sangre, orina u otros análogos:** *“Los conductores de cualquier vehículo no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro ni de alcohol en aire espirado de 0,15 miligramos por litro durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir.”*

Para la realización de estas pruebas el conductor deberá depositar su coste, en el caso de dar negativo, se devolverá su dinero, por el contrario, en el caso de un positivo, el dinero se destinará cubrir costes de dicho test. Esto también sucederá con los gastos que originen la inmovilización, traslado y depósito del vehículo, deberá hacerse cargo el conductor o su persona legalmente responsable.

La cuantía de la multa puede multiplicarse por un 30% valorando los antecedentes del infractor, y la gravedad de la acción cometida buscando la proporcionalidad en la sanción.

**Tabla 3: Tasas máximas de alcohol permitidas**

	<i>Tasas de Alcohol en Sangre</i>	<i>Tasas de alcohol por aire espirado</i>
<i>Los conductores de cualquier vehículo, incluida la bicicleta</i>	<i>0,5 g/l</i>	<i>0,25 mg/l</i>
<i>Conductores de vehículos de transporte de mercancías pesadas, pasajeros, mercancías peligrosas...</i>	<i>0,3 g/l</i>	<i>0,15 mg/l</i>
<i>Conductores Noveles (hasta 2 años de experiencia)</i>	<i>0,3 g/l</i>	<i>0,15 mg/l</i>

BOE. Código de Tráfico y Seguridad Vial (2020)

#### 4.3.6. Controles e infracción por consumo de otras sustancias distintas del alcohol

En 2017, de las 78.585 pruebas de control preventivas realizadas, el 35% resultaron positivas en otras drogas. La sustancia encontrada con más frecuencia es el cannabis (22.144 casos), seguida por la cocaína (12.335 casos). El cannabis está presente en más de la mitad (51%) de los 43.229 positivos indiciarios del año 2017 (Estos datos no incluyen las vías públicas de País Vasco, Cataluña y otros municipios con policía propia).

Con los *Estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas*, las normas son más tajantes; en el artículo 27 del Código de Tráfico y Seguridad Vial: *“No podrán circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial los conductores de vehículos o bicicletas que hayan ingerido o incorporado a su organismo psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas, entre las que se incluirán, en cualquier caso, los medicamentos u otras sustancias bajo cuyo efecto se altere el estado físico o mental apropiado para circular sin peligro.”*

*“Las pruebas consistirán normalmente en el reconocimiento médico de la persona obligada y en los análisis clínicos que el médico forense u otro titular experimentado, o personal facultativo del centro sanitario o instituto médico al que sea trasladada aquélla, estimen más adecuados. A petición del interesado o por orden de la autoridad judicial, se podrán repetir las pruebas a efectos de contraste, que podrán consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos”.*

Negarse a las pruebas de detección de alcohol y otras drogas es un delito recogido en el artículo 383 del Código Penal. Si la prueba es requerida por los agentes responsables de la seguridad vial, los ciudadanos estamos obligados a someternos a ella.

En los test a pie de carretera, los dispositivos están preparados para detectar el consumo de sustancias en las últimas horas, y dosis peligrosas para la seguridad vial; si tras las pruebas de detección das positivo, la infracción será considerada muy grave, independientemente de la dosis que haya consumido el conductor serán sancionados con multas de 1000€ y la retirada de 4 a 6 puntos que pueden conllevar la retirada del carnet de conducir. En el caso de una segunda prueba positiva y si no hay ningún pasajero en óptimas condiciones para conducir, y habilitado para ello, se procederá al comiso del vehículo (artículo 385 BIS del Código Penal).

#### **4.4. Análisis de circunstancias y motivos por los que las personas viajan en un vehículo conducido bajo los efectos de alguna droga**

Cuando hablamos de accidentes de tráfico podemos abarcar desde un pequeño alcance, hasta un incidente en el que se han visto implicados varios vehículos. En estos sucesos puede haber víctimas. Si analizamos quién es más vulnerable en estos accidentes según cifras de las víctimas del año 2018, en orden descendente (DGT 2018), los peatones (386 fallecidos), los motoristas (fallecieron 359 personas), conductores de ciclomotores (62 víctimas mortales) y los ciclistas (58 fallecidos).

En el caso de la conducción bajo los efectos de las drogas, sobre todo en el caso de los jóvenes, suele estar vinculada a las alternativas de ocio de estos. Los fines de semana suelen ser los días más habituales en los que los jóvenes salen de fiesta con sus amigos. El alcohol, es la droga más común presente en sus grupos, es legal y de fácil acceso. Su consumo está totalmente normalizado y su efecto de desinhibición “envalentona” y hace que los jóvenes sobrevaloren sus capacidades para conducir. Además, tenemos que sumar el hecho de que muchos jóvenes se “crecen” al estar rodeados de amigos. A los pasajeros puede pasarles lo mismo, si están bajo los efectos de drogas, pueden no percibir igual el riesgo al que se están exponiendo, o sentirse invulnerables. Además, en su estado pueden molestar o distraer al conductor favoreciendo aún más la posibilidad de tener un accidente.

Rodríguez (2019: 286) explica que *“El ciudadano de a pie, con cierta ética personal, considera reprochable que haya robos, lesiones, agresiones sexuales, violencia doméstica, atentados contra el medio ambiente, etc., lo que produce inseguridad, alarma social. Sin embargo, cuando se trata de sentarse al volante parecen no importarle demasiado [...] Cada día ciertos conductores se tornan más intolerantes y agresivos, sobre todo los más jóvenes, amparados por la inexpugnabilidad de sus habitáculos [...] No resulta extraño observar padres de familia, con una cierta posición social, y una buena educación en otras esferas de relación, se transforman cuando están al volante, cambian de carácter, adoptan peligrosas conductas, tales como no permitir los adelantamientos, cerrarle el paso a otros, no consienten ser rebasados, o bien se jactan de haber recorrido una distancia en tiempo récord, y ya no digamos los insultos al vecino-conductor”*

La Dirección General de Tráfico en el manual *Psicología aplicada a la conducción*, 2017 (p.12) nos explica que la conducción está altamente relacionada con nuestro estado emocional (alegría, tristeza, miedo, enfado...) las maniobras relacionadas con la conducción nos suscitan emociones lo que puede distanciar al conductor o conductora de actuar de una forma racional y, por consiguiente, tener más riesgos en la conducción. El marketing juega sus cartas, nos venden cada vez vehículos con más caballos, cada vez corren más, tienen más prestaciones, en los anuncios nos venden estos productos como una forma de vida (p.12) *“asocian vehículos con músicas, imágenes, frases o situaciones que difícilmente dejan indiferente al espectador”* (p.16) *“El miedo a sufrir un accidente es una de las emociones más recurrentes y hace que los conductores presenten conductas más responsables, aunque no siempre una emoción negativa supone una*

*actitud positiva para la seguridad social” “Los conductores que no saben controlarse emocionalmente o que son impacientes ante los errores de otros conductores son el doble de susceptibles a ser multados y tienen un riesgo cinco veces mayor a tener un accidente”* además las emociones pueden dificultar la concentración y perder información necesaria para la conducción. (p.33) Nuestra atención está altamente relacionada con nuestra fisiología y el nivel de activación de nuestro sistema nervioso. Las drogas (alcohol, cannabis, cocaína), algunos medicamentos, la fatiga o el sueño pueden repercutir en la atención y convertir la conducción en una acción peligrosa, para ellos y las demás personas de la vía.

Efectivamente conducir con fatiga y cansancio puede resultar tan peligroso y letal como la conducción bajo el efecto de las drogas. Es el motivo por el que numerosos profesionales que se dedican a la conducción tienen una normativa específica en la que se pautan los descansos que deben hacer y la duración de dichas pausas.

#### 4.4.1. Tipos de conductores

Rodríguez realizó una clasificación basándose en varias investigaciones de los tipos de conductores y como desempeñan la conducción; es una clasificación de carácter subjetivo, pero puede resultar aclaratorio para entender algunas conductas. Lograron identificar hasta 9 perfiles de conductores (Rodríguez, 2019: 45-51):

**1. El infractor empedernido:** ejecuta conductas arriesgadas cotidianamente. Las normas de seguridad vial le suponen un obstáculo, pero prefiere cumplirlas para evitar la sanción. Creen que son buenos conductores. A estos conductores el catedrático Luis Montoro los encuadra en el grupo de personas que cuando suben al coche se transforman. El coche es como una especie de amplificador que aporta cierta inmunidad, anonimato y la posibilidad de huida tras algún determinado acto.

**2. El conductor estresado:** el estrés en la conducción está relacionado con la agresividad, hostilidad y comportamientos competitivos. Mayor tendencia a la impaciencia, a tomar decisiones arriesgadas, y en resumen a una conducción imprudente. En una sociedad tan acelerada y ansiosa, los trastornos y las enfermedades psicológicas tienen mayor presencia entre los ciudadanos en general: insomnio, estrés, ansiedad. Esto tendrá efectos que repercutan directamente a la atención del conductor, su irritabilidad o alteraciones sensoriales.

**3. Personas tímidas o inseguras:** A estas personas, el coche les proporciona una sensación de seguridad y de anonimato. Puede convertirse en un conductor agresivo y según nos cuenta J. Ramón Álvarez, “Que se manifiesta a través de varias fases: desde el peor de los insultos y gesticulaciones poco amables y ortodoxas, pero que son inofensivas, hasta las conductas de obstrucción como frenazos, cerradas o adelantamientos imprudentes que resultan peligrosas. El vehículo lo transforman en un arma agresiva y no defensiva, [...]”

**4. Personas con ligereza de carácter:** Rodríguez los define como individuos que se dejan llevar por sus instintos, asiduamente consumen alcohol u otras sustancias tóxicas, tienen sus sentimientos encallados, faltos de moral, ensimismados. En algunos casos, en su vehículo son ajenos a lo que pasa en el exterior y no le dan importancia.

**5. El depresivo:** las personas que padecen trastornos depresivos tienden a remediar sus males acudiendo a métodos fáciles como el alcohol u otras sustancias tóxicas. Con esta “ayuda” disipan sus problemas de personalidad, están embriagados por lo que se produce un envalentonamiento, lo que en ocasiones desemboca en una conducción arriesgada.

**6. El autoafirmativo:** Rodríguez (2019: 47) lo define como “un conductor impulsivo, estresado, con poca paciencia, considera su coche como una proyección de su personalidad, compite contra sí mismo, contra el tiempo, contra los demás, no tolera que le adelanten y aparca sin ningún respeto.[...] Más estresada de lo normal, generalmente poco respetuoso de las normas, no es excesivamente altruista y psicológicamente no tiene autocontrol de las situaciones, responde al perfil de conductor hiperactivo, que mira constantemente a los lados, habla solo, realiza cambios continuos de emisora de radio. [...] Actúan con agresividad hacia los demás usuarios y con la sensación de que son los dueños de las vías públicas. [...] Circulan a elevada velocidad, adelantan y hacen maniobras de máximo riesgo”.

**7. Personalidades Explosivas:** Son personas con un gran interés por destacar que buscan ser el centro de atención. Para estas personas el conducir borrachos supone una “hazaña” y se creen capaces de aguantar más que nadie, acentuando además su “caracteropatía”. Es de las personas que quieren ser las primeras en llegar, su coche es el más potente, se creen expertos pilotos.

**8. Violencia y agresividad al volante:** “Especialistas en materia de tráfico y seguridad vial, entre otros, Luis Montoro explican que el anonimato y la impunidad que disfrutaban al volante [...] junto con el ambiente físico en que se desarrolla la conducción (ruido, humo, espacio reducido, música estridente, [...]) y las congestiones de tráfico, son el principal caldo de cultivo para desencadenar una respuesta agresiva.” En el mismo estudio determinaron que el vehículo que conducen influye en la agresividad: a los hombres les hace más violento los deportivos y todoterrenos, y, a las mujeres cuando conducen vehículos de lujo o de alta gama. “Los conductores jóvenes tienen un estilo de conducción más arriesgado que los mayores, conducen rápido, no respetan la distancia de seguridad y probablemente ignoren muchos semáforos [...] Por sexos, las diferencias se acortan entre hombres y mujeres, ellos suelen estar más implicados en accidentes por su estilo de conducción, pero cada día hay más mujeres potencialmente agresivas al volante” (p.49)

**9. El conductor “Kamikaze”:** el perfil de una persona con (Rodríguez 2019:51) “tendencias antisociales y violentas, frustrado en sus aspiraciones, con escaso

control personal e incapaz de reaccionar adecuadamente frente al estrés emocional intenso”. Luis Montoro, presidente de la fundación española para la seguridad vial de la Universidad de Valencia, realizó un estudio de conducción “kamikaze” en el que obtuvo 10 clases de personas que no solo arriesgan su vida, sino que ponen en riesgo la vida de las demás personas que están en la vía. Dentro de esa clasificación encontramos el perfil de “El toxicómano: Se sienta al volante bajo el efecto de drogas, fármacos, alcohol o combinaciones de distintas de sustancias.”

#### *4.4.2 Propuestas para no tener que viajar en un vehículo conducido por personas bajo los efectos de las drogas*

Lo ideal en los grupos de amigos que tengan que coger el coche para desplazarse y sepan que van a consumir alguna sustancia, es que al menos haya una persona que se mantenga sobria para tener mayores garantías de llegar al destino todos, sanos y a salvo.

En el caso de la gente que toma alcohol hasta cierta hora y cesa su consumo para conducir varias horas después, es conveniente que lleven con ellos algún etilómetro homologado que le sirva para determinar la cantidad de droga en el organismo, y ver si están preparados para conducir o corren algún riesgo todavía.

Hoy en día cada vez existen más alternativas para no tener que coger el coche, moto, bici, bajo los efectos de alguna droga como lo pueden ser Uber y BlaBla Car que han dado una nueva perspectiva al servicio de transporte privado. En algunos pueblos, por ejemplo, contratan un autobús o microbús, en grupo, que les libera de la necesidad de tener que coger coche.

### **4.5. La importancia de una sensibilización eficaz a tiempo**

La sensibilización del uso de drogas debe comenzar cuanto antes sea posible, con previsión, antes de que la droga esté al alcance de la persona. Esta sensibilización debe tener como objetivo informar, alertar de los riesgos con datos reales y comparables. Es muy importante no exagerar la información ni dar una visión desproporcionadamente negativa ya que se podría lograr el efecto contrario.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) explica lo necesario recibir sensibilización sobre drogas en la adolescencia. Lo más habitual es que los primeros contactos con drogas (alcohol y tabaco) se den tras el cambio de educación primaria a secundaria, en el instituto. (NIDA, 2008) “*El consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle una adicción*”. La adolescencia es una etapa de nuestra vida en la que somos más vulnerables al consumo de drogas: porque buscamos experiencias nuevas, asumimos más riesgos sin pensar en las consecuencias, la presión social de nuestros compañeros nos puede influenciar en mayor medida.

National Institute on Drug Abuse (2008) explica que los programas de prevención basados en la investigación *“aumentan los factores de protección y eliminan o reducen los factores de riesgo para el consumo de drogas. Los programas están diseñados para diferentes edades y pueden ser diseñados para contextos individuales o grupales, como la escuela y el hogar.”* Diferencia tres tipos de programas:

- **Programas universales:** abordan los factores de riesgo y de protección comunes a todos los niños en un entorno determinado, como una escuela o comunidad.
- **Programas selectivos:** apuntan a grupos de niños y adolescentes con factores que los ponen en mayor riesgo de consumir drogas.
- **Los programas indicados:** están diseñados para los jóvenes que ya han comenzado a consumir drogas.

Si se lleva a cabo una sensibilización a tiempo, en la preadolescencia, a través de los familiares, los maestros y los profesionales sanitarios, se contribuye (NIDA 2008) *“a moldear las percepciones de los jóvenes sobre los riesgos del consumo de sustancias. Si bien muchos factores sociales y culturales afectan las tendencias del consumo de drogas, cuando los jóvenes perciben el consumo de drogas como perjudicial, reducen el nivel de consumo”*

Uno de los problemas con los que se encuentra la sensibilización sobre drogas es cuando apenas se percibe peligro con el consumo de alguna de ellas. El consumo de alcohol está bastante arraigado en la cultura de nuestro país, su uso está bastante normalizado por norma general en nuestros hogares. Esta normalización se acuñó ya que se pensaba que era inofensivo, o por el contrario curativo. Su uso estaba tan extendido hace menos de 50 años que se daba hasta a los niños menores de edad. Hoy en día, existen evidencias científicas que desaconsejan el uso sobre todo en menores de edad ya que puede interferir en su desarrollo evolutivo. En estos últimos años la percepción que la sociedad tiene sobre el alcohol está cambiando.

En la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas En España (EDADES 2017-2018) realizaron una comparación del riesgo percibido por consumir varias drogas, y el consumo de alcohol los fines de semana (5 ó 6 copas los fines de semana) era la droga de la que menor riesgo se percibía: el 49,1% lo considera peligroso. El 90,9% consideran arriesgado consumir 5 ó 6 copas de alcohol diarias. En esta misma encuesta el 93% considera peligroso el consumo de tabaco. El 62,1% con los hipnosedantes con o sin receta. El 66,1% consideran arriesgado el consumo de cannabis.

Otro de los problemas a los que se enfrenta la sensibilización es la dificultad para poder determinar su eficacia y utilidad. Si bien es verdad, que durante y a la finalización de los programas realizan evaluaciones en las que tienen en cuenta las opiniones de los participantes. Permiten estimar de forma aproximada la eficacia y el alcance que ha tenido, pero los resultados pueden estar sesgados por la subjetividad de los participantes.

Debemos tener en cuenta que los medios de comunicación (televisión, cine, música y redes sociales) juegan un papel muy importante. Son medios que alcanzan a grandes



números de personas y que, en ocasiones desarrollan o son los canales de transmisión de dichas campañas de prevención y sensibilización, tanto del consumo de drogas como de la conducción influenciada. Pero, ese mismo poder de llegar a tanta gente también puede producir el efecto inverso ya que en los mencionados medios se crean y difunden numerosos contenidos que tienen un gran efecto de normalización del uso de drogas.

Es muy habitual ver en películas, series, videoclips, etc. En el que personajes representativos o influyentes consumen drogas (no siempre legales), hacen apología de ello y ofrecen una visión poco realista de lo que supone su consumo. Si no se ha realizado una sensibilización ni se ha informado a la persona de los efectos que producen esas drogas tanto a corto como largo plazo, pueden influenciar a jóvenes y no tan jóvenes. haciéndoles creer que no pasa nada por consumir una droga todos los días, o que no pasa nada por coger el coche drogado... al ver eso en los medios puede crearse una concepción personal en la que se crea que eso es lo habitual. Es importante ofrecer información real sobre el consumo de las drogas cuanto antes sea posible para el individuo, preferiblemente antes de que la persona pueda tener acceso a dicha droga, ya que podría ser demasiado tarde, debido al gran poder adictivo de algunas drogas.

En Castilla y León se han llevado a cabo programas de sensibilización, promovidos por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades como: “Con alcohol no tiene sentido” y “No te metas” con el objetivo de reducir la demanda y el consumo de drogas.

En materia de prevención de accidentes de tráfico relacionados con consumo de drogas se han llevado a cabo los siguientes talleres:

- Dispensación responsable de alcohol (DRA)
- Talleres formativos de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis con jóvenes de bachillerato, ciclos formativos o edades equivalentes
- Programas de formación en autoescuelas

En Valladolid a través del V Plan Municipal Sobre Drogas y Otras Adicciones se están llevado a cabo muchas más campañas de sensibilización como podemos ver en la página “[Valladolid Sin Drogas](#)”. En dicha página están recogidas todas las actuaciones de prevención del municipio de Valladolid. Como por ejemplo la campaña de sensibilización sobre la venta de alcohol a menores.

Vallatarde (11 a 14 años) y Vallanoche (de 14 a 30 años) son programas regionales de promoción del ocio alternativo que ofrecen un amplio abanico de alternativas como deporte, juegos de mesa y talleres muy diversos en los que se promueve las interacciones sociales y hábitos libres de drogas. Se puede consultar la oferta de actividades en la web <https://vallanoche.es/> (Algunas actividades tienen plazas limitadas por lo que es necesario realizar una inscripción previa).

Se llevan a cabo también programas de disminución de riesgos, dirigidas a las personas que ya consumen o sufren alguna drogadicción. En ellos se orienta, informa, motiva y apoya; Sus objetivos son evitar daños mayores, fomentar el interés por comenzar la deshabituación, o prevenir el consumo de otras drogas.

#### **4.6. El papel del trabajador social de sensibilizar, informar y acompañar**

El consumo de drogas, la adicción que puede desarrollar, la conducción bajo sus efectos, y los accidentes que esto puede ocasionar, afectan o pueden afectar en gran medida al entorno físico-psíquico y social de las personas implicadas. Los profesionales del trabajo social podemos intervenir con estas personas si lo detectamos a tiempo.

Podemos intervenir en 2 niveles:

- Atención Primaria (Sanidad y servicios sociales): Su función es detectar indicios de consumo de drogas en sus usuarios para la prevención de daños mayores, captar a la persona y derivación del caso a la atención especializada.
- Atención Especializada: En el sistema sanitario se ofrece a través del servicio de Salud Mental, intervienen mediante un equipo multidisciplinar (conformado por psicólogos, psiquiatras, médicos y trabajadores); se trabaja con el usuario y su familia para el tratamiento de la adicción y para su reinserción social. También contamos con la figura de los trabajadores sociales en las entidades del tercer sector, donde a parte de los servicios especializados que prestan también pueden tener funciones de acogida, información, y captación.

Las personas con drogodependencias presentan déficits en sus redes personales, Arranz (2010) destaca las consecuencias y problemas que pueden presentar sus redes sociales:

##### Consecuencias:

- Escasez de refuerzo social
- Propensión a la depresión u otros trastornos psicológicos
- Falta de apoyos
- Aburrimiento
- Sentimiento de vacío
- Escasa motivación

##### Causas:

- Años alejados de círculos normalizados de relación, o manteniendo una relación inadecuada con estos
- Miedo al rechazo
- Déficit en habilidades sociales
- Desconocimiento o mal uso de espacios facilitadores para las relaciones

Son un colectivo que están en alto riesgo de exclusión social, y pueden necesitar fortalecer su red familiar y social.

Los trabajadores sociales somos una figura representativa en el proceso de reinserción de las personas con drogodependencia, sobre todo en aquellas que estén en riesgo de exclusión social ya que nuestra intervención estará enfocada en la dimensión social.

En los centros de atención primaria, tanto Centros de Acción Social (CEAS) como en los Centros de Atención Social Primaria de Salud (EAPS) se realiza la primera toma de contacto con el usuario y les dan entrada a sus respectivos sistemas de atención. Los CEAS al Sistema de Servicios Sociales y los EAPS al Sistema Sanitario.

Los trabajadores sociales, entre otras muchas cosas, somos profesionales especializados en escuchar demandas explícitas que nos formulan los usuarios para tratar de solucionar sus necesidades. También sabemos que no siempre se demanda todo lo que se necesita. En el caso de las adicciones puede suceder, habrá personas que se avergüencen de su consumo al igual que habrá otras muchas personas que no sean conscientes del trastorno por consumo de drogas (drogodependencia) que sufren. Por eso debemos estar atentos a las señales, realizar una escucha activa, e informar de lo que sea menester. Debemos ofrecer a la persona comenzar un proceso de intervención acorde a sus necesidades que puede ir desde informar de los riesgos del consumo de drogas, hasta la derivación a un servicio especializado.

Los trabajadores sociales no somos los únicos profesionales que intervenimos con los usuarios con trastornos por consumo de drogas, trabajamos en red, sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. Tanto en los EAPS como en los servicios de atención especializada se trabaja en equipos multidisciplinares.

Debemos tener en cuenta que si la persona no desea comenzar un plan de intervención no la podemos obligar. Además, si presionamos demasiado podemos arruinar la relación profesional- usuario conseguida. Lo ideal es comunicar que puede consultarnos cualquier duda y, que cuando se sienta preparado para la intervención sepa dónde puede encontrarnos y que estaremos ahí para escuchar, informar, orientar, y acompañarle en el proceso.

A la hora derivar la persona a un servicio de atención especializada debemos tener en cuenta que, a Salud Mental, desde el Sistema Sanitario únicamente puede derivarlo el médico de cabecera, por lo que como Trabajadores Sociales podríamos derivarles a su médico para que sea este profesional es que valore si es necesario. En el Apartado 4.7 de la presente guía se propone un listado de recursos, públicos, concertados y privados que pueden ser de utilidad cuando atendemos a personas que sufren alguna adicción, con o sin sustancia.

Para llevar a cabo cualquier tratamiento (Pereiro y Fernández, 2018:37) *“Es precisamente el diagnóstico de la realidad clínico-toxicológica, física, psicológica y social la que nos orientará en el plan de tratamiento que deberá responder a todas y cada una de las necesidades/problemas detectados.”*

El proceso básico de intervención según Monrós y Sánchez (2012) se puede sintetizar en:

- Acogida y entrevista inicial
- Conocimiento de la realidad y detección de necesidades (elaboración del diagnóstico social)
- Intervención transformadora (ejecución/ aplicación de Programas y Proyectos)
- Evaluación del proyecto y nueva planificación.

Debemos saber que toda la información recabada la deberemos registrar y sistematizar ya que será una herramienta de gran utilidad para el profesional para conocer la situación actual del paciente y poder evaluar la situación del paciente. Se trabajará en red a nivel (p.11):

**Individual:** desde el modelo *casework* de caso o centrado en la persona. *“Se deberá tener en cuenta [...] la complejidad y multicausalidad del fenómeno de las drogas”*

**Familiar:** *“se realizará orientación a los familiares de los pacientes con problemas de adicciones (estén o hayan estado en tratamiento) utilizando las herramientas aportadas por el modelo sistémico.”*

**Grupal:** *“El/ la trabajador/a social realiza grupos de autoapoyo con pacientes y/o familiares con objetivos concretos”* Como pueden ser *“la orientación en la búsqueda de empleo”* o *“la orientación familiar para la captación del paciente con negación de su problema adictivo”*.

**Comunitario:** *“Se realizan acciones encaminadas a la prevención, rehabilitación, reinserción y reducción de daños dirigido a diferentes grupos sociales de pertenencia (familia, amigos, barrio, municipio, etc.) y en los contextos sociales en los cuales concurre el consumo de sustancias”*

Para una óptima intervención, es necesario trabajar en red y así aprovechar los recursos del sistema sanitario y social. Monrós y Sánchez (2012:12) explica que el trabajo en red “requiere de estructuras consolidadas que permitan ejecutar las actividades de prevención, tratamiento, reinserción y/o reducción de daños y las doten de continuidad y coordinación. Los/las Trabajadores sociales se convierten en el eje vertebrador de este funcionamiento, coordinando las actuaciones a nivel interno y externo permitiendo contextualizarlas en las diferentes estructuras institucionales y comunitarias” En el ámbito de los problemas de adicción es necesario tener en cuenta que la coordinación debe disponer de procedimientos que garanticen la confidencialidad de los temas que solicite el usuario y “su conformidad por escrito para comunicar el resto”.

#### *4.6.1. ¿Propuesta de cómo proceder en la consulta si acude un usuario o familiar bajo los efectos visibles de alguna droga?*

Cuando acuda algún paciente que sufra trastorno por consumo de drogas o tengamos indicios de ello, deberemos en la entrevista conocer el uso que hace de coche, moto o algún otro medio de transporte conducido por él. Deberemos preguntar si conduce o ha conducido bajo los efectos y en caso afirmativo deberemos ser tajantes en lo peligroso que puede ser para él y para las demás personas que le rodean. Acto seguido podremos hablarle de los recursos existentes, que se ajustasen al máximo a las sus necesidades.

En el caso de que acuda un usuario o familiar bajo los efectos visibles de alguna droga, si se decide continuar la entrevista o se omite ese detalle. Es apropiado que antes de irse la persona preguntemos si se va en coche o la toca conducir. En caso afirmativo y si nos confirma que ha consumido alguna droga, tendremos la responsabilidad de preguntar si hay otro familiar o conocido que pueda conducir y no se halle bajo los efectos drogas. A la hora de atajar esta situación debemos tener mucho tacto, porque no sabemos cómo puede reaccionar la persona:

- puede ponerse violenta
- se puede ofender o sentir herida
- puede ponerse a la defensiva...

En resumen, la relación profesional- usuario que se había alcanzado hasta ese momento se puede tambalear, por eso es muy importante elegir el momento y las palabras adecuadas, debemos valernos de lo que sepamos de la persona para lograr un efecto positivo. Si se trata de un familiar podremos intentar captarlo también para iniciar una intervención.

Si finalmente la persona, con notables síntomas de embriaguez pretende irse por sus propios medios conduciendo, tras averiguar que ningún familiar o amigo la puede llevar, estaríamos en la responsabilidad de notificar y pedir ayuda a Seguridad (si hay en tu entidad) o a la Policía Local. Es preferible no tener que llegar hasta estos extremos.

### **4.7. Recursos de utilidad en el municipio de Valladolid**

La Consejería De Familia E Igualdad De Oportunidades, para hacer frente a las necesidades y responsabilidades en competencia a la asistencia de personas con drogodependencias cuenta con el:

#### **COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA**

C/ Las Mieses, 26. C.P.: 47009 Valladolid.

- 983 412 331 para temas generales y de asistencia a drogodependientes.
- 983 412 328 para prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El Comisionado Regional para la Droga es el órgano responsable en coordinar, gestionar y dirigir programas y proyectos, en la línea pautada por el VII Plan Regional sobre Drogas.

El comisionado cuenta con los siguientes servicios:

- **Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas**

En la cartera de Servicios de Atención Primaria del catálogo de prestaciones de la Consejería de Sanidad encontramos estas actividades:

- **Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el joven (p. 38)**

Población diana: Personas de 15 a 19 años.

Tener realizadas cualquiera de las siguientes actividades de prevención y promoción de la salud sobre:

- métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

- **Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el adulto (p. 66)**

Personas de entre 20 y 69 años.

Tener realizada cualquiera de las siguientes actividades de prevención y promoción de la salud: PA (presión arterial), peso, consumo de tabaco/alcohol en los últimos 4 años

- **Servicio de Asistencia a Drogodependientes**

*Martínez (2013) "El Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente de Castilla y León se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada. En este Sistema se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, complementados con recursos privados debidamente acreditados."*

La Guía de Recursos de Valladolid cuenta con la colaboración de entidades privadas y concertadas que ofrecen los siguientes servicios:

Tabla 4: Recursos asistenciales de primer nivel para drogodependientes en Valladolid

RECURSOS ASISTENCIALES A DROGODEPENDIENTES EN VALLADOLID							
Nivel Asistencial	Tipo de Centro o Servicio	Dependencia Institucional	Dirección	Localidad	Teléfono	Fax	Correo Electrónico
Primer Nivel	Alcohólicos	Asociación Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (ARVA)	C/Celtas Cortos 12 bajo	Valladolid 47013	983474883	983222818	<a href="mailto:presidenciaarva@hotmail.com">presidenciaarva@hotmail.com</a> <a href="mailto:psicologia@arvaolid.org">psicologia@arvaolid.org</a>
		Asociación Vallisoletana Alcohólicos Rehabilitados (AVAR)	C/ Higinio Mangas 1 bajo	Valladolid 47005	983303493	983208185	<a href="mailto:avarasociación@telefonica.net">avarasociación@telefonica.net</a>
		Asociación para el Tratamiento y Rehabilitación del Alcoholismo (ATRA)	Avda Valle Esgueva nº 8	Valladolid 47011	983310285	983310300	<a href="mailto:atra.valladolid@gmail.com">atra.valladolid@gmail.com</a>
	Toxicómanos	Asociación Ayuda al Drogodependiente (ACLAD)	Puente la Reina nº 10	Valladolid 47011	983306466	983306599	<a href="mailto:aclad@aclad.net">aclad@aclad.net</a>
		Caritas Diocesana	C/Caderón de la barca nº 3 bajo A	Valladolid 47010	983204134		<a href="mailto:toxicomanias@caritavalladolid.es">toxicomanias@caritavalladolid.es</a>
	Servicio de orientación y Asesoramiento Drogodependientes (SOAD)	Asociación de Ayuda al Drogodependiente (ACLAD)	C/ Angustias 44-46 Pl baja	Valladolid 47003	983458499	983413325	<a href="mailto:soad@aclad.net">soad@aclad.net</a>

Fuente: Guía de Recursos de Valladolid. Recuperado de: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/protocolos-guias-asistencia-integracion.html>

Tabla 5: Recursos asistenciales de segundo y tercer nivel para drogodependientes en Valladolid

Nivel Asistencial	Tipo de Centro o Servicio	Dependencia Institucional	Dirección	Localidad	Teléfono	Fax	Correo Electrónico
Segundo Nivel	Centros Específicos de Asistencia Ambulatoria a Drogodependientes (CAD)	CAD 1 Cruz Roja	C/ Arzobispo J.Delicado Baeza 5	Valladolid 47014	983355318 983132860	983357264	<a href="mailto:valladolid@cruzroja.es">valladolid@cruzroja.es</a>
		CAD 2 Aclad	C/ Puente la Reina 10	Valladolid 47011	983306599 983306466	983306599	<a href="mailto:Cad2@aclad.net">Cad2@aclad.net</a>
	Centros de día para drogodependientes	Asociación de Ayuda al Drogodependiente (ACLAD)	C/ Puente la Reina,10	Valladolid 47011	983306466	983306599	<a href="mailto:centrodedia@aclad.net">centrodedia@aclad.net</a>
		Fundación Aldaba Proyecto Hombre	C/ Linares 15	Valladolid 47010	983259030	983257359	<a href="mailto:centrodedia@proyectohombre.org">centrodedia@proyectohombre.org</a>
	Servicio de Tratamiento de Tabaquismo	Asociación Española contra el Cáncer	San Diego 1 bajo	Valladolid 47003	983351429	983352702	<a href="mailto:Valladolid@aecc.es">Valladolid@aecc.es</a>
Tercer Nivel	Comunidad Terapéutica	Fundación Aldaba Proyecto Hombre	C/ Linares 15	Valladolid 47010	983259030	983257359	<a href="mailto:proyectohombre@proyectohombre.org">proyectohombre@proyectohombre.org</a>

Fuente: Guía de Recursos de Valladolid. Recuperado de: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/protocolos-guias-asistencia-integracion.html>

La Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades organiza los centros y servicios de asistencia e integración social del drogodependiente (SAISDE) de Castilla y León, en una red con tres niveles complementarios y coordinados de intervención. En esta red se integran recursos generales y especializados de los sistemas de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León y recursos específicos gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro.

**El Primer Nivel:** constituye la puerta de entrada principal al sistema, y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean. Son, por un lado, los recursos generales de atención primaria de salud y de servicios sociales, y, por otro lado, algunos recursos específicos de atención al drogodependiente con distinto nivel de exigencia.

**El Segundo Nivel:** vertebra el proceso de asistencia especializada a drogodependientes a través de equipos ambulatorios encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento. La oferta de tratamiento es integral y contiene atención médica, psicológica y social. Estos recursos especializados pueden ser de carácter general o específicos para el tratamiento de las drogodependencias.

**El Tercer Nivel:** lo conforman los recursos específicos con alto nivel de especialización en el tratamiento residencial de drogodependientes. Se accede a ellos por derivación de recursos especializados de Segundo y Tercer Nivel.

#### 4.7.1. Recursos del Primer Nivel

##### Recursos Generales:

Centros de Atención Social Primaria de Salud (EAPS)

Centros de Acción Social (CEAS)

##### Recursos Específicos:

1. **Centros específicos de Primer Nivel (CEPN)** Son el recurso de referencia en el primer nivel para personas que necesitan una intervención motivacional intensa.
  - **Acceso:** directo o por derivación.
  - **Funciones** de información, orientación, motivación, apoyo y asesoramiento familiar, educación y reducción del daño...
  - [Centros específicos de primer nivel para toxicómanos \(C.E.P.N.\)](#)
    - ACLAD  
C/Puente de la Reina, nº10  
Teléfono 98330646  
[aclad@aclad.net](mailto:aclad@aclad.net)



- Cáritas Diocesana  
C/ Calderón de la Barca nº3 Bajo A  
Teléfono 983204134  
[toxicomanias@caritasvalladolid.es](mailto:toxicomanias@caritasvalladolid.es)
  - Centros específicos de primer nivel para alcohólicos
    - Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (ARVA)  
C/ Celtas Cortos,12 bajo  
Teléfono:983474883  
[psicologia@arvaolid.org](mailto:psicologia@arvaolid.org) [presidenciaarva@hotmail.com](mailto:presidenciaarva@hotmail.com)
    - Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados (AVAR)  
C/ Higinio Mangas, 1, bajo  
Teléfonos: 983303493 629882190  
[avarasociacion@telefonica.net](mailto:avarasociacion@telefonica.net)
    - Asociación para el Tratamiento y la Rehabilitación del Alcoholismo (ATRA)  
Avda. del Valle Esgueva, 6  
Teléfono: 983310285  
[atra.valladolid@gmail.com](mailto:atra.valladolid@gmail.com)
2. **Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el Ámbito Laboral** Son referencia a nivel autonómico en el ámbito laboral y gestionados por los agentes sociales representativos de Castilla y León.
- **Acceso:** directo o por la Red de mediadores en drogodependencias en ámbito laboral.
  - **Funciones:** Informar y orientar sobre recursos, detección y captación de trabajadores con abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, apoyo jurídico y mediación en conflictos laborales, motivación y derivación a tratamiento, seguimiento de la situación del trabajador drogodependiente y tutela para la reincorporación al trabajo tras rehabilitación.

- Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito Laboral

- Comisiones Obreras de Castilla y León (secretaría de salud laboral)  
Pza. Madrid, nº4, 5º  
Teléfonos: 983915156 983322431  
[drogodependencias@cleon.ccoo.es](mailto:drogodependencias@cleon.ccoo.es) [brubio@cleon.ccoo.es](mailto:brubio@cleon.ccoo.es)

3. **Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes con problemas jurídico-penales** Estos servicios proporcionan apoyo técnico especializado a drogodependientes con problemas jurídico-penales con objeto de mejorar su desarrollo personal y participación en la vida comunitaria.

- **Acceso:** directo y por derivación del resto de recursos.
- **Funciones:** orientación legal al drogodependiente y su familia, informar y orientar recursos, detección y captación de personas con problemas de drogas, motivación y derivación a tratamiento...
- Servicios de Orientación y Asesoramiento a Drogodependientes en Juzgados (SOAD)

- Aclad  
C/ Angustias, 44-46, Pl. baja  
Teléfono: 983458499  
[soad@aclad.net](mailto:soad@aclad.net)

- Centros de Referencia para Información de la Administración de Justicia

En Valladolid no disponemos de una sede física de referencia que ofrezca este servicio, según la información recogida de la web de la Junta de Castilla y León consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

4. **Servicios de emergencia social para personas con drogodependencia:** Son servicios orientados a intervenir con personas en grave exclusión social, atendiendo sus necesidades básicas, y mejorando su calidad de vida.
- **Acceso:** Accesibilidad y flexibilidad máxima y exigencia baja.
  - **Funciones:** suministro de preservativos y jeringas, comida y bebidas, servicios de higiene personal y lavandería, espacio de descanso, información y educación para reducir daños, atención social, jurídica etc.
  - Servicios de emergencia social para personas con drogodependencia
    - Aclad (Centro de emergencia social)  
C/ Puente la Reina, 10 bajo  
Teléfono: 983306466  
[ces@aclad.net](mailto:ces@aclad.net)

#### 4.7.2. Recursos del Segundo Nivel

Recursos Generales:

##### **ESMD Equipos de salud mental de distrito:**

- **Acceso:** Derivación de los EAPS y de las UHP
- **Funciones:** Diagnóstico, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de drogodependientes y alcohólicos, tratamiento de trastornos mentales del drogodependiente, atención ambulatoria de las urgencias psiquiátricas por abuso y dependencia de drogas
- Equipos de salud mental de distrito

Valladolid se divide en dos áreas de atención, Área Este y Oeste. Según la zona básica asignada a cada persona usuaria, le corresponderá un distrito:

##### Área Oeste

##### **DISTRITO DE SALUD MENTAL I**

“Centro de Salud Mental de Parquesol”

C/ Ciudad de la Habana nº 17

Teléfono: 983 37 99 53

Comprende las zonas básicas de salud de: Arturo Eyries, Valladolid Sur, Parquesol, Valladolid Rural II

**DISTRITO DE SALUD MENTAL II**

“Centro de Salud Mental Esperanto”

Pº de Filipinos - Hospital Militar

Teléfono: 983 35 97 04

Comprende las Zonas Básicas de Salud de: Delicias I, Delicias II, Esperanto, Mayorga, Mota, Villafrechos, Medina de Rioseco y Villalón de Campos.

**DISTRITO DE SALUD MENTAL III**

“Centro de Salud Mental Campo Grande Casa del Barco Pº de Filipinos - Hospital Militar”

Teléfono: 983 22 08 06

Comprende los Zonas Básicas de Salud de: Campo Grande, Huerta del Rey, Laguna de Duero y Tordesillas.

**CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO – JUVENIL**

Avda. Ramón y Cajal nº 6

Teléfono: 983 41 37 72

Comprende: todo el Área de Salud Valladolid Oeste.

**Área Este**

**DISTRITO DE SALUD MENTAL Nº1**

“Hospital clínico universitario- Edificio Rondilla”

Calle Rondilla Sta. Teresa s/n 3ª planta

Teléfono: 983228315

Comprende las zonas básicas de salud de: Magdalena, Circunvalación, Pilarica, Circular, Esguevillas de Esgueva, Peñafiel, Tudela de Duero y Portillo

**DISTRITO DE SALUD MENTAL Nº2**

“Hospital clínico universitario- Edificio Rondilla”

Calle Rondilla Sta. Teresa s/n 3ª planta

Teléfono: 983228315

Comprende las zonas básicas de salud de Canterac, San Isidro-Pajarillos, Gamazo, Centro, Iscar, Alaejos y Olmedo

**DISTRITO DE SALUD MENTAL Nº3**

“Centro de salud de la Victoria”

Paseo Jardín Botánico s/n

Teléfono:983320619

Comprende las zonas básicas de salud de Victoria, Rondilla I, Rondilla II, San Pablo, Barrio España, Medina del Campo y Serrada

**SALUD MENTAL INFANTO- JUVENIL**

“Hospital clínico universitario- Edificio Rondilla”

Calle Rondilla Sta. Teresa s/n

Teléfono: 983228315

Comprende todas las zonas básicas del área Este

Recursos Específicos de Segundo Nivel:

1. **CADS: centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes:**

Son el recurso de referencia para el tratamiento ambulatorio de drogodependientes. Atienden los casos más complejos cuyas necesidades desborden otros recursos del primer o segundo nivel.

- **Acceso:** directo o por derivación de los recursos de primer y segundo nivel.
- **Funciones:** diagnóstico, desintoxicación y deshabituación ambulatoria, tratamiento con sustitutivos opiáceos., educación para disminuir riesgos y daños, curas prevención enfermedades infectocontagiosas, seguimiento de la patología orgánica y trastornos mentales asociados al consumo, coordinación y desarrollo del programa individualizado de integración social. Derivaciones a los CEPN y a los recursos de Tercer Nivel.
- Centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes. Disponemos de 2 en Valladolid:
  - Cruz Roja  
C/ Arzobispo José Delicado Baeza 5  
Teléfonos: 983132860 983336777  
[valladolid@cruzroja.es](mailto:valladolid@cruzroja.es)
  - Aclad  
C/ Puente de la Reina, 10 Bajo  
Teléfono: 983306599  
[aclad@aclad.net](mailto:aclad@aclad.net)

2. **UTA. Unidades para el Tratamiento del alcoholismo:** Atienden los casos de alcoholismo más complejos, que desborden la intervención por otros recursos de segundo nivel.

- **Acceso:** Por derivación de los ESMD y UDH
- **Funciones:** Diagnostico, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de pacientes alcohólicos y tratamiento de los trastornos mentales asociados.

- Unidades para el tratamiento del alcoholismo

Valladolid no dispone de un centro público propio de referencia.

Este servicio lo proporciona la siguiente asociación sin ánimo de lucro:

- ATRA (Asociación para el Tratamiento y Rehabilitación del Alcoholismo)  
Avenida del Valle Esgueva, 8  
Teléfono: 983 310 285  
[atra.alcoholismo@gmail.com](mailto:atra.alcoholismo@gmail.com)

3. **Servicios, Unidades y Consultas especializados en el Tratamiento del Tabaquismo:** Consultas de referencia intra o extrahospitalarias que atienden los casos más complejos de persona fumadoras.

- **Acceso:** Directo o por derivación de los EAPSP u otros recursos de primer y segundo nivel
- **Funciones:** Evaluación diagnóstica, terapia individual y de grupo para dejar de fumar, tratamiento intensivo psicosocial y farmacológico.

- Servicios, Unidades y Consultas especializados en el tratamiento del Tabaquismo

- Asociación Española Contra el Cáncer  
Calle San Diego,1 bajo  
Teléfono: 983352702  
[valladolid@aecc.es](mailto:valladolid@aecc.es)

4. **Centros de Día:** Proporcionan una asistencia ambulatoria a personas con problemas de adicción al alcohol u otras drogas, siendo referentes para la incorporación sociolaboral de los usuarios.

- **Acceso:** Directo y por Derivación de los recursos de primer y segundo nivel.
- **Funciones:** Evaluación diagnóstico y deshabituación y rehabilitación del drogodependiente en régimen intermedio incluido la sustitución con

opiáceos, educación para disminución de riesgos y daños, prevención enfermedades y seguimiento, coordinación y desarrollo del programa individualizado de integración social. Derivaciones a los CEPN y a los recursos de Tercer Nivel.

- Centros de día para drogodependientes
  - Aclad  
Calle Puente de la Reina, 10  
Teléfono: 983306466  
[aclad@aclad.net](mailto:aclad@aclad.net)
  - Fundación Aldaba. Proyecto Hombre  
C/ Linares, 15  
Teléfono: 983 25 90 30  
[insercion@proyectohombre.org](mailto:insercion@proyectohombre.org)  
[centrodedia@proyectohombrevva.org](mailto:centrodedia@proyectohombrevva.org)

#### 4.7.3. Recursos del Tercer Nivel

##### 1. UDH Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

- **Acceso:** Derivación de los ESMD, UTA, CAD y Centros de día.
- **Funciones:** desintoxicación hospitalaria de drogodependientes
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

En Valladolid, mediante el ingreso en la Unidad Psiquitrica Hospitalaria (agudos),

- Área Oeste en el Hospital Universitario Rio Hortega  
C/ Dulzaina,2  
Teléfono: 983420400
- Área Este en el Hospital Clínico Universitario  
Av. Ramon y Cajal (Planta 11º)  
Teléfono: 983420003

Durante el ingreso, los pacientes no pueden consumir sustancias sin prescripción de un profesional. Los pacientes que requieren hospitalización son acompañados por un equipo profesional (conformado por psicólogo, psiquiatra, enfermero y trabajador social) en el proceso de desintoxicación física y motivación para que pueda plantearse continuar al alta hospitalaria con el proceso de deshabitación. Si el paciente acepta, se realiza un informe de derivación

que varía en función de las necesidades de la persona que sufre el trastorno adictivo (ver Anexos 1, 2 Y 3).

Dicho informe debe estar firmado por el profesional que realiza la derivación, y, aun tratándose de un trabajo en equipo multidisciplinar la firma que lo acredita siempre es la del psiquiatra.

En Salamanca por el contrario se ofrece este servicio específico en:

- Unidad de desintoxicación hospitalaria y de Patología Dual Del Hospital de los Montalvos (14 plazas)  
Carrascal de Barregas (Salamanca)  
Teléfono: 923330924 923330163

2. **Unidad de Patología Dual:** Realiza un tratamiento integrado de la drogodependencia en pacientes con otros trastornos mentales asociados.

- **Acceso:** Derivación de los ESMD, UTA, CAD y otros recursos de la red de salud mental.
- **Funciones:** Tratamiento integrado de la descompensación clínica aguda de pacientes drogodependientes con otros trastornos mentales asociados.
- Unidades de Patología Dual

En Valladolid disponemos de Unidades de Atención de Patología Dual ambulatorias, una por cada Área de salud:

El Área Oeste cuenta con su unidad ambulatoria en el Centro de Salud de Parquesol en C/ Ciudad de la Habana nº17

Teléfono: 983379953

Con respecto al Área Este no se ha encontrado ninguna evidencia de que cuenten con este servicio

A mayores, en Salamanca encontraremos la:

- Unidad de desintoxicación hospitalaria y de Patología Dual Del Hospital de los Montalvos (14 plazas)  
Carrascal de Barregas (Salamanca)  
Teléfono: 923330924 923330163



3. **Comunidades Terapéuticas:** Servicios de asistencia residencial, de referencia regional, que proporcionan una asistencia integral, continuada, intensiva y adaptada a las necesidades de las personas drogodependientes para favorecerles un proyecto de vida sin drogas y su integración social.
- **Acceso:** Derivación de los recursos asistenciales de segundo y tercer nivel.
  - **Funciones:** Evaluación, diagnóstico, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen residencial. Disminución y reducción de daños, prevención y seguimiento de enfermedades, curas y atenciones básicas, seguimiento de su situación familiar, social, judicial... formación prelaboral y profesional ocupacional para drogodependientes con baja empleabilidad, soporte residencial temporal.
  - [Comunidades terapéuticas para drogodependientes](#)

En Valladolid:

- Fundación Aldaba. Proyecto Hombre (25 camas)  
C/ Linares, 15  
Teléfono: 983259030  
[Proyectohombre@proyectohombrevva.org](mailto:Proyectohombre@proyectohombrevva.org)

En Palencia:

- Comunidad terapéutica de asociación Aldama (Alcohol y otras drogas)  
Teléfono: 979723501
  - Alcohol en C/ El Pozo, 2 y 4 (Baquerín de Campos, Palencia)
  - Otras adicciones en C/ La Iglesia s/n (Baquerín de Campos, Palencia)

4. **Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos:** Servicios residenciales de referencia regional para la atención, integral, continuada intensiva y adaptada para personas con problemas de alcoholismo.
- **Acceso:** Por derivación de los recursos asistenciales de segundo y tercer nivel.
  - **Funciones:** Evaluación, diagnóstico, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de personas con problemas de alcoholismo s en régimen residencial. Disminución y reducción de daños, prevención y seguimiento de enfermedades, curas y atenciones básicas, seguimiento de su situación familiar, social, judicial... formación prelaboral y profesional ocupacional para alcohólicos con baja empleabilidad, soporte residencial temporal...

- Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos  
En Valladolid no disponemos de ningún servicio público o concertado. Debemos recurrir a:
  - Centro Regional de Rehabilitación de alcohólicos (CRA) “San Román” (Cáritas Diocesanas de Zamora) (Concierto de 45 plazas)  
Ctra. Zamora-Peleagonzalo Finca “El Chafaril”  
Teléfono: 980568052

5. **Unidades de Hospitalización psiquiátrica:** Realizan la desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos

- **Acceso:** Urgencias hospitalarias o por derivación de los ESM Y de las UTA
- **Funciones:** Desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos. Atención a las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso y dependencia del alcohol y otras drogas. Derivaciones a recursos de segundo nivel y de tercer nivel.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica

Valladolid está dividido en dos Áreas de salud, y según la zona básica asignada al usuario su centro de referencia será uno u otro:

- Área Oeste en el Hospital Universitario Río Hortega  
C/ Dulzaina,2  
Teléfono: 983420400
- Área Este en el Hospital Clínico Universitario  
Av. Ramon y Cajal (Planta 11ª)  
Teléfono: 983420003

## **5. CONCLUSIONES**

Se producen al año numerosos accidentes de tráfico, algunos con resultados muy trágicos. En el caso de los producidos debido a que una persona iba influenciada por alguna droga, podrían posiblemente haberse evitado.

Dentro de la diversidad de efectos que producen las drogas, todas influyen en el Sistema Nervioso Central alterando la percepción por los sentidos y mermado los reflejos.

Todos los años se llevan a cabo programas, proyectos, y en resumen multitud de actuaciones relacionadas información, sensibilización, reducción de daños del uso de drogas. Si sigue habiendo tantos accidentes, puede deberse a que estas actuaciones no llegan a toda la población diana.

Los trabajadores sociales estamos en contacto con personas en situación de vulnerabilidad. Algunas de estas personas consumen drogas y/o sufren trastorno adictivo, por lo que es una ocasión que no vale la pena de desaprovechar si se trata de sensibilizar o hacer reflexionar en las consecuencias de conducir bajo los efectos de las drogas a quien no fue sensibilizado o no le caló hondo el mensaje en su momento. Los profesionales del Trabajo Social de Atención Primaria pueden valerse de la confianza y respeto conseguido con el usuario para hacer llegar el mensaje de una fuente profesional y cercana.

La realización del presente trabajo me ha servido para darme cuenta de que Valladolid no cuenta con muchos servicios propios del catálogo, que, si es verdad que están considerados no esenciales, pero son piezas clave en la rehabilitación de los usuarios con drogodependencias. Estos deben acudir a entidades sin ánimo de lucro o a otras provincias en las que si proporcionen dicho servicio.

Hace unos años, un conductor, bajo los efectos del alcohol atropelló a una persona cercana. Lamentablemente, la víctima falleció en el hospital. desde ese día comenzó en mí un run-run que me hacía plantear como se podría reducir el número de víctimas en este tipo de accidentes. El poder realizar una propuesta en esa línea desde la disciplina del trabajo social, me ha servido de motivación y como fuente de interés.

Espero que pueda llegar a ser de utilidad para los trabajadores sociales de atención primaria, y para los compañeros recién graduados que no disponemos aún ni de información ni de recursos suficientes para exprimir al máximo la intervención social con personas consumidoras de drogas o con problemas de adicción. Para mí, su elaboración ha sido de utilidad para conocer más de cerca como intervenimos en las drogodependencias desde el trabajo social, para conocer los procedimientos, los recursos asistenciales y al colectivo de las personas con trastorno adictivo y patología dual.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

Arranz L. S. (2010) Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. Revista Redes vol. 18, junio. Barcelona.

Ávila E. C. (2020) Perfil descriptivo del usuario con patología dual. Universidad de la Laguna

BOE. (2015, 31 octubre). Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. Recuperado 13 abril, 2020, de <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/6/con>

Caudevilla G.F. (2007) Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología Y Valoración Del Consumo. Grupo de Intervención en Drogas semFYC

Chesa V. D., Elías A. M., Fernández V. E., Izquierdo M. E., Sitjas C. M. (2004) El craving, un componente esencial en la abstinencia. Hospital Psiquiàtric de Salt. Institut d'Assistència Sanitària. Girona. ISSN 2340-2733

Consejería de sanidad. Cartera de servicios de atención primaria castilla y león de 2019. El catálogo de prestaciones. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>

Delgado, A. (2019, 18 julio). Más del 40% de los conductores fallecidos iba borracho o drogado. Recuperado 13 abril, 2020, de <http://revista.dgt.es/es/noticias/nacional/2019/07JULIO/0718-Informe-alcohol-drogas.shtml>

DGT. 2018. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. Ministerio de Interior (Edición provisional) recuperado de: [http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2018-ampliado-Internet\\_v2.pdf](http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2018-ampliado-Internet_v2.pdf)

Dirección General de Tráfico (2017). Psicología aplicada a la conducción. Ministerio de Interior

Gutiérrez, A. (2018, 17 diciembre). Los accidentes de tráfico, principal causa de muerte en jóvenes. Recuperado 13 abril, 2020, de <http://revista.dgt.es/es/noticias/internacional/2018/1218oms-informe-mundial-accidentes-trafico.shtml>

Martínez G. F. (marzo 2013) Red de Asistencia Al Drogodependiente de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga.

Ministerio de Interior y Dirección General de Tráfico. BOE. Código de Tráfico y Seguridad Vial, Ed. Actualizada a 13 de abril de 2020. Art 20-28

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Infografía EDADES (2017- 2018).  
Gobierno de España

Monrós C. M.J. y Sánchez G.M. (2012.) Guía de Intervención Social Sanitario. Intervención del/ la trabajador/ a social en centros y unidades de prevención y tratamiento en drogodependencias y otras conductas adictivas. Agencia Valenciana de Salud.

National Institute on Drug Abuse. 2008. Las Drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción. National Institutes of Health (NIH). Re: 2014

Pereiro G.C y Fernández M. J.J. (2018) Guía de adicciones para especialistas en formación. Socidralcohol.

Pons Editorial S.L. (2014) Manual 3. Normas. Señales. Seguridad vial. Pons editorial. I.S.B.N. 978-84-96683-54-9

Portero L.G. (2015) DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad Med Forense 2015;21(3-4):96-104G.

Puntos DGT. Consulta y recupera tus puntos del carnet. Recuperado de: [www.puntosdgt.com.es](http://www.puntosdgt.com.es)

Rodríguez, J. R. A. (2019). *Delitos contra la seguridad vial: especial referencia a la conducción influenciada desde la perspectiva penal, procesal y policial*. Madrid, España: Tecnos.

Rucabado S. y Cañada P. (2018) *El lado humano de los accidentes de tráfico, desde el trabajo social*. Revista de Trabajo Social y Acción Social. Málaga: Colegio Profesional de Trabajo Social. Nº 61

Sánchez P.P. Cuadernos de seguridad vial: Las drogas y los medicamentos. Ministerio del interior. Dirección general de tráfico. Subdirección general de intervención y de políticas viales. Recuperado el 25 abril,2020 de: [http://www.dgt.es/multimedia/educacion\\_vial/teachers.html](http://www.dgt.es/multimedia/educacion_vial/teachers.html)

## 7. ANEXOS

Estos informes han sido proporcionados por trabajadores sociales en ejercicio, y son usados en la práctica profesional por trabajadores sociales y otros profesionales.

### **Anexo 1. Modelo de informe de derivación a comunidad terapéutica**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	ORIGEN DE LA DERIVACIÓN
Nombre y Apellidos:	
Nº Identificación (DNI/NIF/NIE):	Centro o Servicio:
Sexo:                                  Edad:	
Fecha de Nacimiento:   /   /   Estado Civil:	Provincia:
Provincia de Nacimiento:	
Nacionalidad:	Profesional que realiza la derivación:
Domicilio:	
Localidad:                                  Provincia:	Teléfono:
Teléfono:	
Nombre y Apellidos del Familiar con el que contactar:	Fecha de primer contacto:   /   /
Parentesco:                                  Teléfono:	Fecha de la Derivación:   /   /

SITUACIÓN ACTUAL DE LA DROGODEPENDENCIA
Sustancia principal por la que se solicita el ingreso en la Comunidad Terapéutica (poner código):
Año de Inicio:
Forma habitual de consumo (Subrayar): * Oral * Inhalar * Intravenosa * Fumada
Dosis habitual:
Dependencia de otras drogas (utilizar el código):                      /                      /                      /
Otras drogas consumidas de forma abusiva o perjudicial (utilizar el código):                      /                      /                      /
Tratamiento con metadona (dosis):
CODIGO DE DROGAS (S.E.I.T.)
01 = Heroína      02 = Metadona      03 = Otros Opiáceos      04 = Cocaína      05= Anfetaminas      06= Drogas síntesis 07= Cannabis      08= Alucinógenos      09 = S. Volátiles      10=Benzodiacepinas      11= Alcohol      97 = Otras

### ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS

Modalidad de tratamiento	Número de veces que ha recibido tratamiento	Duración del tratamiento
<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	_____	_____
<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	_____	_____
<input type="checkbox"/> UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD TERAPEÚTICA	_____	_____
<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL REHABILITACIÓN ALCOHOLICOS	_____	_____
<input type="checkbox"/> OTROS	_____	_____

### PRUEBAS DE LABORATORIO

*Adjuntar sistemático de sangre, bioquímica hemática, pruebas de función hepática, de VIH y P. tuberculina (con RX si procede).*

Empty space for laboratory test results.

### TRASTORNOS ORGÁNICOS ASOCIADOS

*Indicar los trastornos somáticos asociados y, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRASTORNOS SOMÁTICOS

TRATAMIENTO

### DIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS

*Indicar el diagnóstico principal (en coherencia apartado III) y los trastornos mentales asociados conforme a las categorías del DSM o CIE (Indicar Código), señalando, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRATAMIENTO

Diagnóstico principal

Trastornos mentales asociados



### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

*Indicar los datos más relevantes de la evaluación e intervención psicológica que no hayan sido consignados en otros apartados*

### EVALUACIÓN SOCIAL

*Indicar los datos más relevantes de la evaluación e intervención social a nivel familiar, laboral, vivienda, apoyo social, legal etc...*

### OBJETIVOS DEL INGRESO

OBSERVACIONES

OTROS

*Tipo y grado de motivación para la derivación que se solicita*

Fecha:     de                             de 20     .

Firmado

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

*Diagnóstico de drogodependencia (excluido alcohol)*

*Motivación en grado suficiente para seguir un tratamiento en medio cerrado*

*Incapacidad del núcleo familiar para convertirse en un recurso terapéutico*

*Presencia de otros drogodependientes en el núcleo familiar*

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

*Enfermedad orgánica grave que impida participar al paciente en el programa terapéutico del centro o seguir éste con la continuidad debida*

*Trastorno mental que por su gravedad imposibilite seguir el tratamiento*

*Conducta violenta o cualquier otro desorden del comportamiento que no permita la integración grupal del paciente*

*Haber realizado un abandono voluntario del tratamiento en régimen residencial, y no haberse producido cambios sustanciales en la decisión de realizar un compromiso serio en la búsqueda de soluciones*





### TRASTORNOS ORGÁNICOS ASOCIADOS

*Indicar los trastornos somáticos asociados y, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRASTORNOS SOMÁTICOS

TRATAMIENTO

### DIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS

*Indicar el diagnóstico principal (en coherencia apartado III) y los trastornos mentales asociados conforme a las categorías del DSM IV o CIE 10 (Indicar Código), señalando, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRATAMIENTO

Diagnóstico principal

Trastornos mentales asociados

¿Existen antecedentes de Delirium Tremens?

Sí  No

### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

*Indicar los datos más relevantes de la evaluación e intervención psicológica que no hayan sido consignados en otros apartados*

### EVALUACIÓN SOCIAL

*Indicar los datos más relevantes de la evaluación e intervención social a nivel familiar, laboral, vivienda, apoyo social, legal etc...*

### OBJETIVOS DEL INGRESO





## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

*Diagnóstico de síndrome de dependencia del alcohol*

*Motivación en grado suficiente para seguir un tratamiento basado en la abstinencia en medio cerrado*

*Repetida historia de fracasos en otras modalidades de tratamiento en el pasado*

*Desestructuración del núcleo familiar que impida que éste se convierta en un recurso terapéutico*

*Presencia de otros drogodependientes en el núcleo familiar*

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

*Enfermedad orgánica grave que impida participar al paciente en el programa terapéutico del centro o seguir éste con la continuidad debida*

*Trastorno mental que por su gravedad imposibilite seguir el tratamiento*

*Conducta violenta o cualquier otro desorden del comportamiento que no permita la integración grupal del paciente*



### ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS

Modalidad de tratamiento	Número de veces que ha recibido tratamiento	Duración del tratamiento
<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	_____	_____
<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	_____	_____
<input type="checkbox"/> UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD TERAPEÚTICA	_____	_____
<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL REHABILITACIÓN ALCOHOLICOS	_____	_____
<input type="checkbox"/> OTROS	_____	_____

### V. PRUEBAS DE LABORATORIO

*Adjuntar sistemático de sangre, bioquímica hemática, pruebas de función hepática, de VIH y P. tuberculina (con RX si procede).*

.....

## VI. TRASTORNOS ORGÁNICOS ASOCIADOS

*Indicar los trastornos somáticos asociados y, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRASTORNOS SOMÁTICOS

TRATAMIENTO

## VII. DIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS

*Indicar el diagnóstico principal (en coherencia apartado III) y los trastornos mentales asociados conforme a las categorías del DSM o CIE (Indicar Código), señalando, en su caso, los tratamientos que sigue el paciente en el momento de la derivación*

TRATAMIENTO

Diagnóstico principal

Trastornos mentales asociados

## OBJETIVOS DEL INGRESO

OBSERVACIONES

Fecha:     de                   de 20     .

Firmado