

Modelo Matrix

Tratamiento ambulatorio
intensivo del consumo
de sustancias estimulantes

Manual del terapeuta:
Sesiones educativas para familiares

Traducido y adaptado a España por:

María J. Zarza González
Treatnet Spain
Álvaro Botella Guijarro
Fundación AEPA
Antonio Vidal-Infer
Universidad de Valencia
Bruno Ribeiro Do Couto
Universidad de Murcia
David Bisetto Pons
Fundación AEPA
Jesús Martí Esquitino
Servicio Murciano de Salud

Dirección:
María J. Zarza González
Treatnet Spain
Juan Jiménez Roset
Servicio Murciano de Salud
Julián Oñate Gómez
Servicio Murciano de Salud

Diseño:
Amancay Nahuelpan Bustamante

Manual del Terapeuta

Sesiones educativas para familiares

Versión adaptada por María J. Zarza González, Álvaro Botella Guijarro, Antonio Vidal-Infer, Bruno R. Ribeiro Do Couto, David Bisetto Pons y Jesús Martí Esquitino

Instituciones participantes:

Treatnet Spain, Fundación AEPA, Universidad de Valencia, Universidad de Murcia y el Servicio Murciano de Salud

Versión del U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment

1 Choke Cherry Road Rockville, MD 20857



Reconocimientos

Numerosas personas han contribuido a este documento, que es parte del proyecto de tratamiento a la metanfetamina (Methamphetamine Treatment Project -MTP). El documento fue originalmente creado por Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M.; Richard A. Rawson, Ph.D.; Michael J. McCann, M.A.; y Walter Ling, M.D. Los autores de MTP han aportado una ayuda valiosa y han apoyado a la creación de este documento.

Esta publicación, en su versión original, se ha desarrollado con el apoyo del centro de coordinación de la Universidad de California en Los Ángeles (University of California at Los Angeles - UCLA) gracias al proyecto No. TI11440. MTP fue financiado por el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). Los estudios se realizaron desde el 1998 al 2002 con la colaboración de las siguientes instituciones: County of San Mateo, San Mateo, CA (TI11411); East Bay Recovery Project, Hayward, CA (TI11484); Friends Research Institute, Inc., Concord, CA (TI11425); Friends Research Institute, Inc., Costa Mesa, CA (TI11443); Saint Francis Medical Center of Hawaii, Honolulu, HI (TI11441); San Diego Association of Governments, San Diego, CA (TI11410); South Central Montana Regional Mental Health Center, Billings, MT (TI11427); y UCLA Coordinating Center, Los Angeles, CA (TI11440). La publicación ha sido producida por JBS International, Inc. (JBS), bajo el programa Knowledge Application Program (KAP) con los números de contrato 270-99-7072 y 270-04-7049 con SAMHSA, DHHS. Entre otros han contribuido: Christina Currier (CSAT Government Project Officer), Andrea Kopstein, Ph.D., M.P. .H. (CSAT Deputy Government Project Officer), Cheryl Gallagher, M.A. (CSAT content advisor), Lynne MacArthur, M.A., A.M.L.S. (JBS KAP Executive Project Co-Director); Barbara Fink, RN, M.P. .H. (JBS KAP Managing Project Co-Director); y finalmente Emily Schifrin, M.S., y Dennis Burke, M.S., M.A., (JBS KAP Deputy Directors for Product Development). Otro personal implicado de JBS KAP fueron Candace Baker, M.S.W. (Senior Writer); Elliott Vanskike, Ph.D., (Senior Writer); Wendy Caron (Editorial Quality Assurance Manager); Frances Nebesky, M.A., (Quality Control Editor); Pamela Frazier, (Document Production Specialist); y Claire Speights (Graphic Artist).

Acceso Electrónico y copias de publicación

Copias de la versión española de este manual se pueden obtener a través, de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (www.e-drogas.es) de la organización Treatnet Spain (www.treatnetspain.org) info@treatnetspain.org, o a través de los cursos oficiales del modelo Matrix organizados en España por Matrix Institute (www.matrixinstitute.org).

Cómo citar este documento

Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. (2011). Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: Sesiones educativas para familiares. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

Versión Española financiada por El Servicio Murciano de Salud

El manual original del Modelo Matrix en inglés ha sido generado por Practice Improvement Branch, Division of Services Improvement, Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857.
Publicación número DHHS No. (SMA) 06-4154

I. Introducción al tratamiento ambulatorio intensivo Matrix para personas con trastornos por consumo de estimulantes. Enfoque y protocolo.

Introducción

El programa de tratamiento intensivo Ambulatorio para personas con trastorno por consumo de estimulantes Matrix proporciona un enfoque estructurado para el tratamiento psicosocial de adultos que abusan o son dependientes de drogas estimulantes. El enfoque seguido en el programa de tratamiento fue desarrollado en el Instituto Matrix en Los Angeles, California, y fue adaptado para este programa por el Center for substance abuse treatment (CSAT)(SAMHSA). El paquete del Modelo Matrix (MM) comprende 5 componentes:

- Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios
- Manual del terapeuta: sesiones educativas para familiares (este manual)
- CD-ROM que acompaña al este manual
- Manual del usuario
- Libreta de trabajo para el usuario

El Modelo Matrix (MM) y su programa de tratamiento basado en dicho modelo surgió debido a la necesidad de un tratamiento estructurado y basado en la evidencia científica para usuarios que abusan o son dependientes de drogas estimulantes, especialmente metanfetamina y cocaína. Este paquete integral proporciona a los profesionales del tratamiento del abuso de sustancias un modelo ambulatorio intensivo para estos usuarios y sus familias: 16 semanas de programación estructurada y 36 semanas de tratamiento de continuación.

Antecedentes

El Modelo Matrix (MM) fue desarrollado inicialmente en los años 80 como respuesta al número creciente de personas que accedían al sistema de tratamiento con dependencia a la cocaína o metanfetamina como trastorno primario. Muchos modelos tradicionales que entonces estaban en uso, fueron desarrollados principalmente para tratar la dependencia al alcohol y demostraban ser relativamente inefectivos para el tratamiento de la dependencia a la cocaína u otros estimulantes (Obert y cols., 2000).

Para crear protocolos efectivos de tratamiento para usuarios dependientes de drogas estimulantes, los profesionales del tratamiento en el Instituto Matrix se basaron en numerosos enfoques terapéuticos, incorporando en su modelo aquellos métodos empíricamente comprobados y puestos en práctica. Su modelo de tratamiento incorporó elementos de los enfoques sobre prevención de recaídas, cognitivo-conductual, psicoeducación y familiar, así como el programa de apoyo de 12 pasos (Obert y cols., 2000).

La efectividad del enfoque Matrix ha sido evaluada en numerosas ocasiones desde su aparición (Rawson y cols. 1995; Shoptaw y cols. 1994). SAMHSA encontró que los resultados de estos estudios eran lo suficientemente prometedores como para garantizar evaluaciones posteriores (Ej., Obert y cols. 2000; Rawson y cols. 2004).

En 1998, SAMHSA inició un estudio multicéntrico de tratamientos para la dependencia y abuso de metanfetamina: El proyecto de tratamiento a metanfetaminas.

(MTP). El estudio comparaba la efectividad clínica y económica de un modelo integral de tratamiento desarrollado por el Instituto Matrix con la efectividad de los enfoques terapéuticos en uso en 8 programas comunitarios de tratamiento, incluyendo 6 programas en California, 1 en Montana y 1 en Hawaii. El Apéndice A proporciona una mayor información sobre el MTP.

Enfoque del Modelo Matrix (MM)

Perspectiva general

El enfoque Modelo Matrix (MM) proporciona una experiencia terapéutica estructurada para usuarios con trastornos por uso de estimulantes. Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol. El programa está dirigido específicamente a las cuestiones relevantes para los usuarios dependientes de estimulantes, especialmente de metanfetamina y cocaína, incluyendo a sus familias.

Durante 16 semanas, los usuarios asisten a varias sesiones intensivas ambulatorias por semana. Esta fase intensiva de tratamiento incorpora varias sesiones de apoyo:

- Sesiones individuales y conjuntas (con la familia, pareja, etc.) (3 sesiones)
- Sesiones grupales de Habilidades de Recuperación Temprana (8 sesiones)
- Sesiones de Prevención de Recaídas (32 sesiones)
- Sesiones educativas para familias (12 sesiones)
- Sesiones de Apoyo Social (36 sesiones)

Los usuarios pueden empezar asistiendo a los grupos de apoyo social una vez hayan completado las 12 sesiones de educación para la familia, pero siguen asistiendo a las sesiones grupales de prevención de recaídas. Solapar la asistencia al grupo de apoyo social con la fase intensiva de tratamiento social ayuda a asegurar una transición suave hacia el tratamiento de continuación.

El Modelo Matrix (MM) también familiariza a los usuarios con los programas de los 12 pasos y otros grupos de apoyo, enseña a los usuarios la gestión del tiempo y habilidades para planificarse, e implica llevar a cabo regularmente pruebas para la detección de drogas o alcohol. La figura I-1 muestra un ejemplo del horario de actividades terapéuticas.

Componentes del programa

Esta sección describe la logística y la filosofía de cada uno de los 5 tipos de sesiones que componen el enfoque Modelo Matrix (MM). Las agendas detalladas e instrucciones para desarrollar cada tipo de sesión grupal e individual se proporcionan en las secciones correspondientes de este manual y en el Manual del Terapeuta.

Los materiales de Matrix utilizan descripciones paso a paso para explicar cómo deben desarrollarse las sesiones. Las descripciones de las sesiones son metódicas, ya que el modelo de tratamiento es complicado y detallado. Los terapeutas que utilizan estos materiales pueden requerir formación complementaria en el enfoque Matrix, pero estos materiales fueron diseñados con tal de que los terapeutas pudieran implementar el enfoque de tratamiento Matrix sin este tipo de formación. Los materiales de Matrix no describen procedimientos de admisión al tratamiento, evaluaciones o planes del tratamiento. Los centros y profesionales deberían utilizar sus procedimientos habituales para ejecutar estas funciones. Si las pautas presentadas en este manual entran en conflicto con los requisitos de los financiadores o los organismos acreditadores o certificadores, los programas deberían adaptar estas pautas tanto como sea necesario (por ejemplo; algunos centros requieren que las sesiones sean de al menos 60 minutos de duración para que sean financiadas por el seguro médico).

Todos los grupos de Matrix (MM) son abiertos, es decir, los usuarios pueden empezar en el grupo en cualquier punto.

Figura I-1. Ejemplo de horario de MM			
	Tratamiento Intensivo		Atención continuada
	Semanas 1 a 4*	Semanas de la 5 a la 16	Semanas de la 13 a la 48
Lunes	18:50 Habilidades de Recuperación Temprana 19:15 - 20:45 Prevención de recaídas	19:00 - 20:30 Prevención de Recaídas	
Martes	12-pasos/reuniones de grupos de autoayuda		
Miércoles	19:00 - 20:30 Sesiones educativas para familiares	19:00 - 20:30 Sesiones educativas para familiares o 19:00 - 20:30 Apoyo social	19:00 - 20:30 Apoyo social
Jueves	12-pasos/reuniones de grupos de autoayuda		
Viernes	18:00 - 18:50 Habilidades de Recuperación Temprana 19:15 - 20:45 Prevención de Recaídas	19:00 - 20:30 Prevención de Recaídas	
Sábado y Domingo	12-pasos/reuniones de grupos de autoayuda		
*1 Sesión Individual/conjunta en la semana 1 +2 Sesión Individual/conjunta en la semana 5 ó 6 y en la semana 16			

Pueden abandonarlo cuando hayan finalizado por completo las sesiones. Debido a que los grupos de Matrix son abiertos, el contenido de las sesiones no depende de las sesiones previas. El terapeuta se encontrará con información repetida entre las 3 sesiones individuales/conjuntas, así como en las sesiones grupales. Los usuarios en recuperación temprana a menudo experimentan varios grados de discapacidad cognitiva, particularmente en lo referente a la memoria a corto plazo. Esto puede manifestarse como dificultades de los usuarios para recordar palabras o conceptos. Repetir la información de diferentes maneras,

en diferentes contextos grupales, y durante el curso del tratamiento ayuda a los usuarios a asimilar y retener conceptos y habilidades básicas críticas para la recuperación.

Sesiones individuales/conjuntas

En el Modelo Matrix (MM), la relación entre terapeuta y usuario es considerada la dinámica primordial del tratamiento. A cada usuario se le asigna un terapeuta de referencia. Este terapeuta se reúne individualmente con el usuario y posiblemente con los miembros de su familia del usuario 3 veces en la fase intensiva del tratamiento en sesiones de 50 minutos y

facilita los grupos de Habilidades para la Recuperación Temprana y de prevención de recaída. Las sesiones primera y última sirven como “sujeta-libros” para el tratamiento del usuario (p.ej., comenzar y finalizar el tratamiento en cierto modo facilita el compromiso y la recuperación continua); la sesión intermedia se utiliza para llevar a cabo una evaluación rápida del progreso del usuario, para dirigir las crisis, y para coordinar el tratamiento con otros recursos comunitarios siempre que sea apropiado.

Las sesiones conjuntas que incluyen tanto al usuario como a los miembros de su familia u otras personas de apoyo, son cruciales para mantener al usuario en tratamiento. La importancia de implicar en el tratamiento a personas que tienen una relación primaria con el usuario no puede ser sobrestimada; el Modelo Matrix (MM) anima a incluir los miembros familiares más significativos para el usuario en cada sesión individual/conjunta, además de las sesiones grupales de educación para familiares. El terapeuta que intenta promover el cambio en la conducta del usuario sin tener en cuenta las relaciones familiares, hace que el proceso de recuperación a la larga sea más difícil. Es crítico para el terapeuta estar al corriente de cómo el proceso de recuperación afecta al sistema familiar e incluir un miembro familiar en alguna parte de cada sesión individual/conjunta siempre que sea posible.

Grupo de Habilidades para la Recuperación Temprana

Los usuarios asisten a 8 sesiones grupales de habilidades para la recuperación temprana (HRT)—dos por semana durante el primer mes de tratamiento principal. Estas sesiones generalmente implican grupos pequeños (10 personas máximo) y son relativamente cortas (50 minutos). Cada grupo HRT está dirigido por un terapeuta y co-dirigido por un usuario que está en una fase avanzada del programa y tiene una recuperación estable (ver páginas 7 y 8 para información sobre el trabajo con usuarios colíderes).

Es importante que este grupo permanezca estructurado y siga el camino apropiado. El terapeuta debe centrarse en el tema de la sesión y estar seguro de no contribuir al descontrol de los intensos sentimientos que pueden generarse en los usuarios en fases tempranas de recuperación de la dependencia a estimulantes.

El grupo HRT enseña a los usuarios un conjunto esencial de habilidades para establecer una abstinencia de drogas y alcohol. Se transmiten dos mensajes fundamentales a los usuarios en estas sesiones:

1. Puedes cambiar tu conducta de manera que te sea más fácil permanecer abstinentes, y las sesiones grupales ERS te proporcionarán las estrategias y las habilidades prácticas para hacerlo.

2. El tratamiento profesional puede ser una fuente de información y apoyo. Sin embargo, para beneficiarte por completo del tratamiento también necesitas grupos de los 12 pasos y autoayuda.

Las técnicas utilizadas en las sesiones grupales HRT son conductuales y tienen un fuerte enfoque sobre “cómo lograr abstinencia”. Este no es un grupo terapéutico ni pretende crear fuertes lazos entre sus miembros, aunque en ocasiones ocurre. Se trata de un foro donde el terapeuta puede trabajar de manera cercana con cada usuario para ayudarle a establecer un programa inicial de recuperación. Cada grupo HRT tiene una estructura clara y definida. La estructura y rutina del grupo es esencial para contrarrestar los intensos sentimientos mencionados anteriormente. Con los usuarios recientemente admitidos, la rutina terapéutica es tan importante como la información tratada.

Grupo de Prevención de Recaídas

El grupo de Prevención de Recaídas (PR) es un componente central del Modelo Matrix (MM).

Cada sesión de grupo PR dura aproximadamente 90 minutos y se centra en un tema específico. Estas sesiones son foros donde las personas con trastornos por consumo de sustancias comparten información sobre prevención de recaídas y reciben atención para el afrontamiento de las cuestiones relacionadas con la recuperación y la evitación de recaídas. El grupo PR está basado en las siguientes premisas:

- La recaída no es un suceso aleatorio.
- El proceso de recaída sigue unos patrones predecibles.
- Los signos de una recaída inminente pueden ser identificados por miembros del personal y por los mismos usuarios.

El entorno del grupo PR permite la atención mutua entre usuarios con las restricciones propuestas por el terapeuta. Los usuarios abocados hacia una recaída pueden ser redirigidos, y aquellos en el buen camino hacia la recuperación pueden ser reforzados.

El terapeuta que ve a los usuarios en las sesiones individuales/conjuntas prescritas y un colíder facilitan las sesiones de grupo PR

Algunos ejemplos de los temas cubiertos en las 32 sesiones incluyen:

- Culpa y vergüenza
- Mantenerse ocupado
- Motivación para recuperarse
- Inteligencia versus fuerza de voluntad
- Disparadores emocionales

Grupo de Educación Familiar (o Grupo de Sesiones Educativas para Familiares)

Durante el transcurso del programa de 16 semanas se llevan a cabo 12 sesiones de grupo de educación familiar. Este grupo se reúne una vez por semana durante los 3 primeros meses de tratamiento primario y es a menudo el primer grupo al que asisten los usuarios y sus familias. El grupo proporciona un entorno relativamente no amenazante donde

presentar información, y proporciona una oportunidad para los usuarios y sus familias para comenzar a sentirse cómodos y bienvenidos en el centro de tratamiento. Se presenta un amplio espectro de información sobre dependencia a la metanfetamina, consumo de alcohol y otras drogas, tratamiento, recuperación, y las maneras en las que el abuso y dependencia de sustancias de un usuario pueden afectar a los miembros de la familia. también se estudia la manera en la que los miembros de la familia pueden apoyar la recuperación de un usuario. El formato del grupo utiliza presentaciones en PowerPoint, discusiones y mesas redondas.

El terapeuta invita personalmente a los familiares para que asistan a estos grupos. Las, a menudo negativas, interacciones entre las familias de los usuarios justo antes de comenzar el tratamiento pueden resultar en el deseo de los usuarios por "asistir solos al tratamiento". Sin embargo, la experiencia en el tratamiento Matrix muestra que si los usuarios están estrechamente implicados con personas significativas y estas están implicadas en actividades terapéuticas, las probabilidades de éxito terapéutico aumentan inmensamente si las personas significativas son entrenadas sobre los cambios predecibles que pueden ocurrir en las relaciones, tal y como marca el proceso de recuperación. El terapeuta principal entrena a los usuarios y alienta la implicación de las personas significativas, así como la de los usuarios, en las 12 sesiones del grupo de educación familiar.

Grupo de Apoyo Social (Tratamiento de continuación)

Los usuarios comienzan a asistir al grupo de apoyo social durante el último mes de tratamiento primario, y continúan asistiendo a estas sesiones grupales una vez por semana durante 36 semanas de tratamiento de continuación. Durante un mes, el tratamiento intensivo y la atención continua se solapan.

Las sesiones grupales de Apoyo Social ayudan a los usuarios a aprender o reaprender habilidades de socialización. Las personas en recuperación que han aprendido cómo dejar de consumir sustancias y cómo evitar la recaída están preparadas para desarrollar un estilo de vida libre de sustancias que apoye su recuperación. El grupo de Apoyo Social ayuda a los usuarios a aprender cómo socializar con otros usuarios que están en una fase más avanzada del tratamiento y en su recuperación en un entorno seguro y familiar. Este grupo es también beneficioso para los usuarios experimentados, quienes a menudo refuerzan su propia recuperación sirviendo como modelo y permaneciendo plenamente atentos ante los principios de la abstinencia. Estos grupos están dirigidos por un terapeuta, pero ocasionalmente pueden ser divididos en grupos de discusión más pequeños dirigidos por otro usuario con una recuperación estable que ha colaborado como colider y tiene un compromiso de 6 meses para ayudar al terapeuta.

Las sesiones del grupo de Apoyo Social se centran en una combinación de discusión de cuestiones relacionadas con la recuperación que están siendo experimentadas por los miembros del grupo, y discusión de temas específicos sobre recuperación, tales como:

- Paciencia
- Intimidad
- Aislamiento
- Rechazo
- Trabajo

El rol del terapeuta

Para implementar el Modelo Matrix (MM), el terapeuta debería contar con varios años de experiencia trabajando con grupos e individualmente. Aunque en este manual se incluyen instrucciones detalladas para desarrollar las sesiones, un terapeuta novel podría no haber adquirido la facilidad o las habilidades necesarias para realizar la mayoría de las sesiones. El terapeuta que tenga la voluntad de adaptar y aprender nuevos enfoques terapéuticos es un terapeuta apropiado para Matrix. El terapeuta que tiene experiencia con los enfoques cognitivo-conductual y motivacional, y está familiarizado con la neurobiología de la adicción estará mejor preparado para implementar el Modelo Matrix (MM).

La supervisión de un terapeuta apropiado asegurará la fidelidad del enfoque terapéutico MM.

Además de realizar las tres sesiones individuales/conjuntas, un terapeuta principal decide cuándo un usuario se desplaza de un grupo a otro, y es responsable de integrar material de los diferentes formatos de terapia grupal hacia una experiencia terapéutica coordinada.

Cada terapeuta principal

- Se coordina con otros terapeutas que trabajan con su usuario en las sesiones grupales (ej., en sesiones de educación familiar)
- Está familiarizado con el material que el usuario está trabajando en las sesiones de educación para la familia.
- Anima, refuerza y discute el material utilizado en las reuniones de los 12 pasos o autoayuda
- Ayuda al usuario a integrar los conceptos del tratamiento junto con el material de los 12 pasos o autoayuda, así como psicoterapia o tratamiento psiquiátrico (para usuarios con tratamiento de continuación)
- Se coordina con otros profesionales del tratamiento o servicios sociales que trabajen con su usuario

En resumidas cuentas, el terapeuta coordina todas las piezas del programa de tratamiento. Los usuarios necesitan la seguridad de conocer que el terapeuta está al corriente de todos los aspectos de su tratamiento. Mucha gente dependiente de los estimulantes entran en tratamiento sintiendo que han perdido el control. Buscan que el programa les haga recuperar el control. Si el programa aparenta ser una serie de partes no relacionadas, los usuarios podrían sentir que el programa no les ayuda a recuperar el control, lo que podría llevar a resultados del tratamiento poco satisfactorios o a la finalización prematura del mismo. El apéndice B proporciona más anotaciones para el papel del terapeuta en la facilitación de la participación en grupo.

Al facilitar las sesiones, el terapeuta debería ser sensible a cuestiones culturales y de diversidad que pudieran ser relevantes para las poblaciones específicas para las que se trabaja. El terapeuta necesita comprender la cultura de manera amplia, incluyendo no sólo indicaciones obvias como la raza, etnia y religión, sino también el estatus socioeconómico, nivel educativo, y nivel de adaptación sociocultural respecto a la sociedad en la que vive. El terapeuta debe demostrar buena voluntad de comprender a los usuarios dentro de su contexto cultural. Sin embargo, también es importante recordar que cada usuario es un individuo, y no una mera extensión de su cultura particular. Los contextos culturales son complejos, y no se reducen fácilmente a una simple descripción. Generalizar sobre la cultura de un usuario es una práctica paradójica. Una observación fiable y que sirve de ayuda cuando se aplica a un grupo cultural podría ser engañosa y dañina al ser aplicada a un miembro de dicho grupo.

El paquete de materiales del Modelo Matrix (MM)

Además de este Manual, el paquete completo del Modelo Matrix Matrix consiste en estos componentes:

- Manual del usuario: Este manual ilustrado contiene una introducción y una bienvenida, así como todos los documentos que se utilizan en el programa Matrix, excepto aquellos utilizados en las sesiones de grupo de educación familiar. Los terapeutas se darán cuenta de que el Manual del usuario utiliza una letra de gran tamaño y tiene ilustraciones en algunas de sus páginas. Las personas en recuperación por consumo de estimulantes pueden experimentar problemas de memoria, pero dichos problemas son mucho peores para el recuerdo de palabras que para el de imágenes. La experiencia clínica ha demostrado que los usuarios responden mejor al enfoque Matrix cuando los materiales de tratamiento están acompañados por imágenes y elementos visuales.

Si el terapeuta tiene bastantes copias del Manual del usuario para distribuir un libro por usuario, así debe hacerlo. Si no, el terapeuta debería hacer copias de los documentos (tanto del Manual de tratamiento para el terapeuta como del manual del usuario) y entregar un conjunto de copias a cada usuario en su primera sesión HRT. Los usuarios guardan sus documentos en la clínica, toman notas en ellos y se les entregan para que los guarden cuando finalizan la intervención Matrix.

- Manual del terapeuta: sesiones educativas para familiares y presentaciones en diapositivas. Este manual contiene:
 - Introducciones al MM
 - Instrucciones para llevar a cabo cada sesión

Las introducciones a la sesión se presentan en un formato similar al proporcionado en los otros tipos de sesiones.

El Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias está acompañado por un CD que contiene presentaciones en diapositivas para 7 de las 12 sesiones.

- Libreta de trabajo para el usuario para el tratamiento. Los usuarios utilizan esta libreta para llevarla consigo en un bolsillo o bolso. Contiene herramientas y conceptos útiles para la recuperación, y proporciona un espacio para que los usuarios registren sus disparadores y claves para la recaída, escriban frases cortas que les ayuden a resistir los disparadores, así como personalizar su libreta. Se incluyen ideas de cómo personalizar esta libreta para hacerla herramienta útil para la recuperación.

Introducción al Grupo de sesiones educativas para familiares

Resumen

Las personas con trastorno por uso de sustancias se encuentran frecuentemente separadas de sus familias o en conflicto con los miembros de la familia. Los miembros de la familia (incluida la familia extensa) y otras personas significativas, pueden experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, miedo, ira, preocupación, vergüenza o culpa. Los miembros de la familia normalmente no entienden los trastornos por uso de sustancias ni los cambios que han ocurrido en su familia. Tampoco pueden entender las dinámicas de la recuperación y los cambios que conlleva. Proporcionar información sobre los trastornos por uso de sustancias y sobre el proceso de recuperación y dar a los miembros de la familia una oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones es fundamental para ayudarles a apoyar a la persona que está en tratamiento y puede aliviar la ansiedad y otros posibles sentimientos.

Estas conductas pueden ser perjudiciales para las personas en tratamiento y para los miembros de su familia. Además, tener alguna idea de lo que se puede presentar conforme su familiar progresa en la recuperación ayuda a los miembros de la familia a adaptarse a los cambios que acompañan la recuperación. El tratamiento tiene más probabilidad de ser un éxito si las personas significativas para el usuario llegan a formarse sobre los cambios predecibles que ocurrirán en las relaciones conforme la recuperación progresa. Además de proporcionar información específica, las sesiones de Sesiones educativas para familiares proporcionan al terapeuta una oportunidad para facilitar la implicación de la familia en la recuperación del usuario.

El abuso de sustancias coloca a la familia en una situación de crisis. Los terapeutas deben ser conscientes de que la violencia puede irrumpir en este tipo de ambiente. Lo referente a la seguridad de los usuarios y de los miembros de la familia implicados en el tratamiento debe ser la mayor preocupación del terapeuta..

El Sesiones educativas para familiares no es terapia familiar y no pretende una intervención directa en las dinámicas particulares de la familia. El componente familiar del protocolo Matrix IOP tiene un enfoque psicoeducativo. Proporciona un ambiente relativamente no amenazador en el que se presenta información y una oportunidad para los usuarios y sus familias de sentirse cómodos y acogidos en el tratamiento. Se da información sobre la dependencia a las sustancias, el consumo de alcohol y otras drogas, el tratamiento, la recuperación, las formas en las que la familia se ve afectada por el uso o la dependencia a las drogas del usuario y cómo los miembros de la familia pueden apoyar su proceso de recuperación.

La experiencia del tratamiento Matrix muestra que, si los usuarios están estrechamente relacionados con la familia u otras personas significativas, éstos últimos son parte del proceso de recuperación, independientemente de si están implicados en las actividades del tratamiento. Dado que la interacción en las familias antes de que los usuarios empiecen el tratamiento suelen ser negativas, los usuarios pueden demandar "hacer yo solo mi programa". El terapeuta puede trabajar con los usuarios para ayudarles a entender la importancia de implicar a sus familias en el tratamiento, aunque si el usuario se resiste a la participación de los miembros de su familia, el terapeuta no debería insistir.

Es común entre los familiares creer que “este no es mi problema”. Ellos pueden estar enfadados y poco dispuestos a implicarse en el tratamiento del usuario. Por lo tanto, el terapeuta debe invitar personalmente a los familiares a que vayan a las sesiones y explicar detenidamente la importancia de esto en la terapia.

Cuando se decide quién debería estar incluido en el Sesiones educativas para familiares, se suele usar una definición de “familia” que tiene en cuenta a las personas particularmente importantes en la vida del usuario. Por ejemplo, una pareja estable suele considerarse familia tanto si la otra persona está casada con el usuario como si no lo está. Un usuario puede considerar familia a un amigo íntimo o un mentor. Los adolescentes mayores pueden ser adecuados también para el programa, aunque el Sesiones educativas para familiares no pueda tenerlos en cuenta y no sea adecuado para niños jóvenes. Los programas deberían considerar el ofrecer servicio de guardería durante las sesiones de grupo para facilitar la asistencia de los miembros de la familia.

Los usuarios asisten a las sesiones del Sesiones educativas para familiares si sus familias, u otras personas significativas, asisten. Estas sesiones de grupo proporcionan a los usuarios el componente psicoeducativo estructurado del tratamiento. Además, los usuarios reciben información sobre la dinámica de las relaciones familiares en relación con los trastornos por uso de sustancias

El terapeuta que imparte las sesiones educativas para familiares debe ser sensible a los asuntos relativos a la diversidad cultural y de otro tipo que sean relevantes de poblaciones concretas que estén siendo atendidas.

El terapeuta tiene que entender la cultura en sentido amplio, de manera que incluya, no solo signos evidentes como raza, etnia y religión, si no también estatus socioeconómico, nivel educativo, y grado de desconocimiento de la sociedad española. El terapeuta debe mostrar ganas de entender a los usuarios dentro del contexto de su cultura. Sin embargo, es importante también recordar que cada usuario es un individuo, no solo una extensión de su cultura concreta. El trasfondo cultural es complejo y no se reduce fácilmente a una descripción simple. La generalización sobre la cultura del usuario es una práctica paradójica. Una observación que es acertada y útil cuando se aplica a un grupo cultural, puede ser errónea y perjudicial cuando se aplica a un individuo concreto de ese mismo grupo. El siguiente Protocolo de Mejora del Tratamiento Mejora de la Competencia Cultural en el Tratamiento del Abuso de Sustancias (próximo CSAT) proporciona más información sobre la competencia cultural.

El terapeuta de las sesiones educativas para familiares debe estar al tanto de los grupos de 12 pasos y de autoayuda de la localidad que pueden ayudar a los familiares.

El terapeuta debe, mediante la psicoeducación familiar, motivar a la familia para que asista a las reuniones de grupos de apoyo. La asistencia a estos grupos puede ser mencionada, si es apropiado, en cualquier sesión. El terapeuta también puede preparar una lista de las organizaciones (incluyendo la dirección Web y otra información de contacto) que ofrezcan reuniones en la localidad y tener copias disponibles en cada sesión de los programas de las reuniones.

La sección que sigue proporciona al terapeuta un resumen del componente psicoeducativo familiar del Modelo Matrix MM y las líneas generales de guía para llevar las sesiones. Las instrucciones concretas para cada sesión de grupo se presentan en la Sección II.

Objetivos del Grupo de Educación Familiar.

- Presentar información exacta sobre la recuperación de la adicción, tratamiento y del resultado de dinámicas interpersonales.
- Ayudar a los usuarios y la familia a entender cómo el proceso de recuperación puede afectar, ahora y en el futuro a las relaciones familiares.
- Proporcionar un foro a las familias para tratar los asuntos relativos a la recuperación.
- Presentar información exacta sobre los efectos de las drogas.
- Enseñar, promover y alentar a la familia de los usuarios a que se cuiden mientras apoyan la recuperación del usuario.
- Proporcionar una atmósfera profesional en la que los usuarios y sus familias sean tratados con dignidad y respeto.
- Alentar a los participantes a conocer otras personas recuperadas y a sus familias en un ambiente agradable y no amenazante.

Formato de Grupo

Las sesiones educativas para familiares se reúnen una vez por semana durante 12 semanas. Los usuarios y sus familias pueden entrar al grupo en cualquier momento y asistir durante los primeros 3 meses de tratamiento intensivo. Las sesiones de grupo duran 90 minutos.

No hay límite para el número de familiares que un usuario puede traer a las sesiones de Psicoeducativas para Familias.

Los grupos pueden hacerse con sólo 2 personas o con 30 como mucho. El terapeuta debe tener en cuenta que los grupos muy pequeños o muy grandes pueden ser poco flexibles, ya que pueden obstaculizar la participación fluida.

Las técnicas de las sesiones de grupo son las siguientes:

- Siete sesiones se basan en presentaciones en PowerPoint
- Cuatro sesiones son de grupo de debate multifamiliar.
- Una sesión es una presentación de panel (expertos).

Presentación con diapositivas.

Las diapositivas para las siete sesiones están incluidas en el CD-ROM que acompaña a este manual. Estas diapositivas pueden usarse como presentaciones PowerPoint o impresas en transparencias. Cada sesión está guardada como un archivo independiente en el CD-ROM con el número de sesión y el título indicados. Las instrucciones de la Sección II para presentar estas sesiones incluyen temas de discusión para cada diapositiva. A la presentación de cada diapositiva le sigue un debate centrado en el tema. La última parte de cada sesión se utiliza como un periodo de participación abierto para que los usuarios hablen sobre sus asuntos más importantes.

Grupo de Debate Multifamiliar

Cuatro sesiones están organizadas como grupos de discusión con hoja informativa. Durante la primera parte de cada sesión, los participantes leen la información, o responden a unas preguntas en la ficha informativa, que prepara a los participantes para el grupo de debate. El terapeuta puede proporcionar algo de información básica. El resto de la sesión animará el debate.

Presentación de Panel (Expertos)

El formato de “grupo de expertos” incluye presentaciones individuales de los miembros de dicho grupo (usuarios que han terminado el programa o sus familias, o ambos, o miembros de los grupos de los 12 pasos o de autoayuda de la comunidad). A cada breve presentación le sigue un turno de preguntas y respuestas. El terapeuta propone, por último, un debate abierto.

Directrices generales

El terapeuta puede revisar esta sección en alguna ocasión para recordar los puntos generales, comunes a todas las sesiones. El apéndice B contiene notas sobre facilitar un grupo, que el terapeuta puede encontrar útiles.

Antes de cada sesión

- Lee las instrucciones para desarrollar la sesión.
- Familiarízate con los ejercicios y las diapositivas.
- Monta la sala de grupo de manera que las sillas estén dispuestas para que los participantes puedan ver las diapositivas y se favorezca la discusión. Para las sesiones de grupo de discusión multifamiliar, disponga las sillas en círculo.
- Prepara el equipo para mostrar las diapositivas que se encuentran en el CD adjunto.
- Realiza copias de todos los ejercicios para los participantes de la sesión.
- Averigua qué usuarios y familiares son nuevos en el grupo y preséntelos al comienzo de su primera sesión.

Durante cada sesión

- Actúe como anfitrión del grupo, dé la bienvenida a los usuarios y las familias y presente a los nuevos participantes.

- Tenga cuidado para referirse adecuadamente a las personas que el usuario invita a las sesiones. Estas personas pueden ser esposas, parejas, hijos adultos, amigos empleados, colegas y otros. Evite limitarse a usar términos como “marido” o “esposa”, y refiérase a los invitados como miembros de la familia o amigos, a menos que tenga otras instrucciones del usuario.
- Aliente a los usuarios y a los familiares a preguntar y hacer comentarios apropiados al tema que se trate.
- Esté preparado para proporcionar fuentes de información. Las referencias se proporcionan al final de los encuentros de las sesiones 2, 4, 7 y 10. Los usuarios o los familiares pueden tener curiosidad sobre las fuentes de las estadísticas y otra información presentada durante estas sesiones. El terapeuta puede proporcionar las fuentes si se le requieren.
- Cierre la sesión agradeciendo a los participantes su asistencia y anunciando el tema de la siguiente semana.
- Permanezca en la sala después de la sesión para responder preguntas y hablar con aquellos que pueden tener problemas.

El terapeuta debe saber que hablar sobre el consumo de drogas y alcohol puede actuar de disparador para los usuarios y estimular el deseo de consumo (*craving*). El terapeuta debe animar con regularidad a que cualquiera que haya experimentado el efecto de los disparadores o el deseo de consumo (*craving*) se quede después del grupo para hablar, hasta que se sienta otra vez centrado en recuperarse. El terapeuta también puede sugerir que, si el usuario no está con un familiar, llame a casa y permita que su familia sepa que ha salido hacia casa. Esto posibilita que el usuario pueda rendir cuentas y reforzar el sentido de participación de la familia en el tratamiento y la recuperación del usuario.

II. Instrucciones de las Sesiones

Resumen de las Sesiones de Educación Familiar

Número de Sesión	Título de la Sesión	Tipo de Sesión	Contenido	Pág.
1	Disparadores y deseos de consumo	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre la química cerebral del placer y la recompensa, y como los disparadores y deseos (<i>cravings</i>) se relacionan con la adicción.	17 - 23
2	Alcohol y recuperación	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia del uso de alcohol, incluidos el peligro que supone para la salud y la recuperación.	24 - 31
3	Recuperación	Presentación de Expertos (panel)	Los participantes aprenden de otros en proceso de recuperación sobre los beneficios y las posibilidades de recuperación. También sobre programas de 12 pasos y grupos de autoayuda.	32
4	Metanfetamina y cocaína	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la metanfetamina y cocaína, incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación.	33 - 41
5	Mapa de la recuperación.	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre los riesgos de recaída con los que se encontrarán en cada un de las cuatro fases de recuperación.	42 - 52
6	Afrontar la posibilidad de una recaída	Grupo de Discusión Multifamiliar	Los participantes exploran entre todos sus sentimientos y necesidades con respecto a la recaída y aprenden estrategias para afrontar la recaída.	53 - 54
7	Opiáceos y drogas de diseño	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre la heroína y el resto de las drogas. También sobre el peligro para la salud y la recuperación que tienen la heroína, GHB, Rohypnol, LSD y el éxtasis.	55 - 62
8	Familias en recuperación	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre el proceso de recuperación y como pueden trabajar juntos para evitar la recaída.	63 - 70
9	Reconstruyendo la confianza	Grupo de Discusión Multifamiliar	Los participantes tratan sobre el importante papel que representa la confianza en la recuperación y como pueden empezar a rehacer las relaciones dañadas.	71

Número de Sesión	Título de la Sesión	Tipo de Sesión	Contenido	Pág.
10	Marihuana	Presentación PowerPoint	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la marihuana, incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación	72 - 82
11	Viviendo con una adicción	Grupo de Discusión Multifamiliar	Los participantes consideran la forma en la que la recuperación puede afectar a la vida familiar y tratan sobre desafíos y estrategias.	77
12	Trampas de la comunicación	Grupo de Discusión Multifamiliar	Los participantes examinan el importante papel que representa la comunicación en las relaciones saludables y los problemas que pueden obstaculizarla.	78 - 81

Sesión 1: : Disparadores y deseos de consumo (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la Sesión

- Ayudar a que los participantes entiendan la relación entre placer y sistema de recompensa cerebral y adicción.
- Ayudar a los participantes a identificar el proceso de adicción.
- Ayudar a que los participantes comprendan el desarrollo y progreso del deseo (*craving*).
- Ayudar a que los participantes entiendan la relación entre disparadores y deseo.
- Ayudar a los participantes a desarrollar formas de manejar los disparadores y el deseo.

Materiales

- EF 1A—Una definición de Adicción: American Society of Addiction Medicine
- EF 1B—Parada de pensamiento

Presentación PowerPoint (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas Power Point, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 14 a 20 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta propicia la discusión sobre el material presentado y formula preguntas abiertas como

- ¿Habéis escuchado alguna información nueva?. ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra experiencia?
- ¿Cómo podría afectar esta información a la forma en la que tu familia afronta la recuperación?
- ¿Tenéis preguntas sobre esta información?

Discusión Abierta (15 - 20 minutos)

El terapeuta deja un espacio de tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y expongan cualquier tema urgente que puedan tener.

Presentación

Las siguientes páginas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov haciendo click en Products, después en Resource Documents & Manuals, y por último en el icono Matrix.

Diapositiva 1-1—Disparadores y Deseo

- Esta presentación comienza con un resumen de la adicción y la dependencia para centrarse después en el desarrollo de la adicción y el deseo, y la conexión de los disparadores ambientales e internos con el deseo.
- Entender este proceso permite a usuarios y familiares ver los trastornos por uso de sustancias de una forma nueva más comprensible y ver lo que está detrás de muchos de los consejos que se les da a los usuarios en el tratamiento.
- En resumen, los disparadores preceden al deseo, y el deseo precede al uso de drogas o alcohol.
- El sentido común sugiere que estar junto a personas, lugares o situaciones que en el pasado suponían uso de sustancias puede aumentar la posibilidad de usar droga o beber alcohol otra vez.
- La influencia que los disparadores tienen en el cerebro hacen que los consejos sobre evitar disparadores sean algo más que una buena ocurrencia: no hay otra manera fiable de evitar el deseo y la recaída.

Diapositiva 1-2—Cambios en el Cerebro

- La adicción es un trastorno neurocomportamental. Para entender lo que esto significa, debemos echar un vistazo a dos importantes áreas del cerebro: el córtex prefrontal y el sistema límbico.
- En un cerebro sano, el córtex prefrontal, o la porción externa del cerebro, es responsable del pensamiento racional. Es el que toma las decisiones, el ordenador de abordo del ser humano.
- Por debajo del córtex está una parte de la anatomía del cerebro mucho más antigua, más primitiva, el sistema límbico.
- En mayor o menor grado, esta parte inferior del cerebro, está implicada en todas las formas de adicción. Es donde el placer y el sistema de recompensa está localizado y donde la mayoría, si no todos, los mecanismos de supervivencia tienen su origen.
- El placer es un poderoso dispositivo para la supervivencia. Si haces algo placentero, el cerebro está conectado de tal manera que tenderás a hacerlo otra vez.
- A diferencia del córtex, el sistema límbico no está sometido al control de la conciencia o la voluntad. Los poderosos efectos de las drogas y el alcohol en esta y otras partes del cerebro, pueden llevar a su uso adictivo, disminuyendo las restricciones racionales, normales de la conducta.
- El uso prolongado de drogas cambia el cerebro de forma fundamental y duradera. Estos cambios son el componente principal de la adicción en sí misma.
- Aceptar la adicción como una relación compleja entre el cerebro y la conducta, es un paso hacia la recuperación.

Diapositiva 1-3—Condicionamiento

- La parte del cerebro que se ve afectada por sustancias que alteran el estado de ánimo, es la misma que nos hace buscar comida cuando tenemos hambre y agua cuando tenemos sed, y es responsable de nuestro impulso sexual.
- Hambre, sed, deseo sexual y la necesidad de alimentos son deseos naturales. Satisfacer estos deseos permite nuestra supervivencia como individuos y como especie. Cuando un deseo no se satisface (p.e., cuando una persona no tiene hambre durante mucho tiempo) satisfacer el deseo domina a todas las demás preocupaciones.
- Cuando se da un uso prolongado de drogas o alcohol, el cerebro puede llegar a adaptarse a estas sustancias, como si la supervivencia dependiera de ellas.
- Hay una demostración que refleja el poder de las drogas en el cerebro y la conducta:
 - Si soltásemos a un ratón enjaulado y este tuviera la opción de ir a una zona bien iluminada o ir a una zona oscura, siempre correrá a la zona oscura.
 - Los ratones y otros roedores pequeños están condicionados a buscar automáticamente la oscuridad, porque la oscuridad les protege de los predadores. Este mecanismo de supervivencia se ha arraigado en estas especies a lo largo de millones de años.

- Si al ratón se le dan unas dosis de cocaína en la zona iluminada, el ratón irá a la zona iluminada cada vez que se le suelte de su caja. Este experimento clásico demuestra que la preferencia condicionada a un lugar revierte el condicionamiento que tuvo lugar durante millones de años.

Diapositiva 1-4—Pavlov

- Para entender la conexión entre los disparadores y el deseo, es importante entender un poco sobre un proceso llamado condicionamiento.
- I.P. Pavlov, un científico ruso, recibió el Premio Nobel por una serie de experimentos que realizó sobre los procesos fisiológicos de la digestión.
- Algunos de sus discípulos continuaron estos experimentos y las conclusiones de estos son conocidas como los principios del condicionamiento clásico.

Diapositiva 1-5—El perro de Pavlov

- Pavlov alimentaba a los perros y una campana sonaba al mismo tiempo.
- Los perros veían y olían la comida estimulando así, o disparando, una parte de su cerebro, causando entonces la producción de saliva y la secreción de jugos gástricos como anticipación de la comida.
- En un periodo de tiempo relativamente corto, Pavlov y sus colegas tocaban la campana sin la presencia de comida, y entonces los perros salivaban y segregaban jugos gástricos como si la comida estuviera presente.
- Los perros habían conectado el sonido de la campana, el disparador, anticipando la comida y respondiendo (involuntariamente) físicamente al poderoso disparador, o estímulo, de la campana.
- Una vez que el perro ha sido condicionado de esta manera, no importa cuán pequeño o bien entrenado estuviera el perro, continuaba produciendo fluidos ante el sonido de la campana. No tiene elección; la única forma que el perro de Pavlov podía tener para evitar babear era evitar la campana.
- Los perros habían desarrollado una respuesta condicionada a la campana.
- El cerebro humano responde de una forma muy parecida cuando se condicionan disparadores de droga y alcohol que provocan deseos.
- Las drogas y el alcohol producen cambios en el cerebro que tienen como resultado sentimientos placenteros. Los sucesos que las personas experimentan o lo que les rodea cuando usan drogas, son como la campana de Pavlov; provocan que las personas experimenten deseos (como la respuesta fisiológica de salivación de los perros ante la campana) incluso cuando no están tomando drogas o alcohol. El cerebro puede incluso disparar reacciones físicas similares a las que inicialmente provoca la droga en sí misma.
- Por ejemplo, si los participantes estuvieran pensando que están chupando un limón, probablemente podrían fruncir sus labios, sin que estuvieran realmente haciéndolo. Esta respuesta está basada en sus experiencias pasadas relativa a probar un limón.

- Está clase de respuestas a los disparadores de droga sucede independientemente de que la persona intente usar la droga. La persona dependiente puede prevenir su reacción cerebral solamente evitando los disparadores.
- Los disparadores y el deseo son puntos claves de la adicción.

Diapositiva 1-6—Una Definición de Adicción

- El ejercicio EF 1A proporciona una definición de adicción desarrollada por la American Society of Addiction Medicine.
- Lo primero es que la adicción no es un síntoma de otra enfermedad o trastorno; es una enfermedad en sí misma.
- Crónica significa que la enfermedad continúa a lo largo del tiempo y puede ser tratada pero no curada. Ejemplos de otras enfermedades crónicas son la diabetes o la enfermedad cardíaca.
- La definición dice que factores genéticos, psicosociales y ambientales pueden influir el desarrollo y las manifestaciones (síntomas) de la enfermedad.
- "Genético" significa que algunas personas nacen con cierta predisposición para ser adictos a las drogas y al alcohol.
- "Factores psicosociales y ambientales" significa que la vida emocional, mental y social de la persona, así como su familia, coetáneos, situaciones vividas, situación laboral o escolar y otras circunstancias de vida pueden afectar a si se va a desarrollar la adicción y a como se va a desarrollar.
- Estos factores psicosociales y ambientales son importantes tenerlos en cuenta cuando se buscan los disparadores para el uso de drogas y alcohol de una persona.

Diapositiva 1-7—El Proceso Adictivo

- El resto de esta sesión se fija en el proceso de desarrollo de una adicción a lo largo del tiempo, centrándose en el deseo y en disparador del deseo.
- El proceso de adicción puede observarse considerando cuatro fases: la fase introductoria, la fase de mantenimiento, la fase de desencanto y la fase de desastre.
- Durante cada fase, las personas experimentan grados crecientes de pensamiento obsesivo, respuestas de deseo, uso de drogas y las consecuencias que resultan de la sustancia.
- Aunque las diapositivas son específicas de la metanfetamina, el proceso de adicción es virtualmente el mismo para otras drogas adictivas y el alcohol.

Diapositiva 1-8—Proceso Adictivo (Fase Introductoria)

- El uso de metanfetamina (y de otras drogas o alcohol) es relativamente poco frecuente durante la fase introductoria del proceso de adicción.
- El uso de drogas puede limitarse a pocas veces al año, cuando hay ocasión o en momentos especiales.
- Lo positivo del uso de drogas o alcohol parece superar a lo negativo.

Diapositiva 1-9—Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase Introductoria)

- Inconscientemente, las personas que usan drogas o alcohol están condicionando sus cerebros cada vez que toman drogas, aunque ellos experimentan solamente una leve asociación entre personas, lugares o sucesos y el uso de drogas o alcohol.

Diapositiva 1-10—Desarrollo del Pensamiento Obsesivo (Fase Introductoria)

- Durante esa fase, el uso de drogas o alcohol es solamente un pequeño componente del proceso de pensamiento general de la persona.

Diapositiva 1-11—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase Introductoria)

- La respuesta de deseo es la experiencia combinada de disparadores de drogas o alcohol que activan el sistema límbico y los pensamientos continuos sobre el uso de drogas o alcohol asociados con estos disparadores.
- Durante esta fase introductoria, el sistema límbico se activa directamente por las drogas o el alcohol y, dependiendo de si la sustancia es estimulantes o depresora, se incrementa o disminuye la activación fisiológica (por ejemplo, la metanfetamina provoca el aumento de la velocidad respiratoria y cardíaca, mientras que la heroína provoca un ritmo cardíaco y respiratorio más lento).

Diapositiva 1-12— Proceso Adictivo (Fase de Mantenimiento)

- Durante la fase de mantenimiento del proceso adictivo, la frecuencia del uso de drogas o alcohol aumenta, bien semanal o mensualmente.
- El nivel empieza a alejarse de lo positivo.

Diapositiva 1-13—Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase de Mantenimiento)

- El condicionamiento es progresivo. Las personas, lugares y cosas asociadas con el uso de alcohol y drogas llegan a ser disparadores.
- La exposición a estos disparadores provoca pensamientos sobre el uso de drogas o alcohol.
- Estos pensamientos provocan reacciones moderadas que llevan a la búsqueda y uso de drogas y alcohol.

Diapositiva 1-14—Desarrollo de Pensamiento Obsesivo (Fase de Mantenimiento)

- Los pensamientos de uso de drogas y alcohol ocurren con más frecuencia.

Diapositiva 1-15—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase de Mantenimiento)

- Sucede una leve activación fisiológica en situaciones estrechamente asociadas con el uso de drogas o alcohol.
- Conforme la persona se encuentra con los disparadores de droga y alcohol, el sistema límbico se activa y suceden los deseos de droga y alcohol.
- Cuando se toman las drogas o el alcohol, sucede una agitación fisiológica concurrente.

Diapositiva 1-16—Proceso Adictivo (Fase de Desencanto)

- Durante la fase de desencanto, el nivel se decanta de lo positivo a lo negativo.
- Las consecuencias del uso de alcohol y drogas son ya graves y la vida de la persona pasa a ser inmanejable.
- En este momento, la decisión racional sería dejar el consumo de drogas, pero la parte cortical del cerebro ya no está bajo control.
- Puede parecer que el pensamiento, la evaluación y la toma de decisiones están ocurriendo, pero la conducta no está siempre basada en el pensamiento racional.
- Las personas pueden decidir sinceramente dejar de tomar drogas, pero pueden encontrarse fuera de control con el primer pensamiento sobre drogas y alcohol, con el primer encuentro con alguien que toma drogas con ellos, con la disponibilidad de dinero o con otros potentes disparadores.

Diapositiva 1-17—Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase de Desencanto)

- En este momento las personas cruzan la línea hacia la adicción, continúan tomando drogas a pesar de las graves consecuencias físicas y sociales.
- Los disparadores en esta fase provocan una fuerte respuesta fisiológica que lleva a las personas a adquirir y usar drogas y alcohol.

Diapositiva 1-18—Desarrollo de Pensamiento Obsesivo (Fase de Desencanto)

- Durante la fase de desencanto, la frecuencia de los pensamientos sobre droga y alcohol aumenta, desplazando la mayoría de los pensamientos sobre otros aspectos de la vida.

Diapositiva 1-19—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase de Desencanto)

- En esta fase, la respuesta de deseo es poderosa.
- Las personas sienten una reacción física abrumadora en situaciones más y más alejadas de las drogas o el alcohol.
- La respuesta de deseo es, también, tan poderosa como la reacción física real ante las drogas y el alcohol.

Diapositiva 1-20—Proceso Adictivo (Fase de Desastre)

- En la fase de desastre, el uso de drogas y alcohol frecuentemente es automático.
- Las personas no pueden controlar el consumo de drogas o alcohol.
- La conducta de las personas en esta fase es más parecida a la de los animales adictos de laboratorio que toman drogas hasta que mueren.

Diapositiva 1-21—Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase de Desastre)

- En esta fase, las personas adictas toman drogas diariamente o en atracones, y muy probablemente este consumo se interrumpe solo por un colapso físico, hospitalización o arresto.
- El dominio constante del deseo desde el sistema límbico vence al córtex.

Diapositiva 1-22—Desarrollo del Pensamiento Obsesivo (Fase de Desastre)

- Los pensamientos sobre el uso de drogas y alcohol dominan la conciencia de la persona.

Diapositiva 1-23—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase de Desastre)

- En la fase de desastre, los deseos pueden crear efectos fisiológicos potentes que incluso pueden llegar a ser similares a los efectos fisiológicos iniciales de la ingesta real de droga.

Diapositiva 1-24—Disparador-- pensamiento-- deseo --uso

- El deseo puede activarse por disparadores externos.
- Los disparadores pueden provocar pensamientos, que pueden convertirse en deseos y llevar a tomar drogas.

Diapositiva 1-25—Interrupción

- Si lo primero de esta cadena de sucesos se corta, es muy probable que se evite la recaída.
- Una técnica efectiva para afrontar los disparadores y los deseos es la detención de pensamiento.

Diapositiva 1-26—Parada de pensamiento

- Simplemente, la parada de pensamiento interrumpe el proceso habitual que culmina con el uso de droga o alcohol.
- La reacción normal a los pensamientos sobre uso de drogas "razona" con el desarrollo pensamiento/deseo. El resultado del razonamiento es, normalmente, que gana la adicción.
- Razonar precede a la negociación, al compromiso, a la justificación y, posiblemente, a la recaída.
- La parada de pensamiento pone fin a este proceso antes de que llegue la recaída, normalmente detiene al deseo en su recorrido.
- Si la parada de pensamiento funciona, aunque los pensamientos sigan volviendo frecuentemente, las personas en recuperación pueden cambiar su ambiente más cercano o comprometerse en tareas que requieran toda su concentración.

- Las técnicas de Parada de pensamiento incluyen:
 - Visualización
 - Relajación
 - Golpearse con una goma elástica
 - Llamar a alguien

Diapositiva 1-27—Visualización

- Cuando las personas experimentan pensamientos de uso de drogas o alcohol, pueden visualizar un interruptor o una palanca e imaginarse que lo mueven del ENCENDIDO al APAGADO para parar los pensamientos de uso de drogas o alcohol.
- Es importante tener otro pensamiento preparado para reemplazar los pensamientos de uso de drogas o alcohol.
- Este debería ser un pensamiento placentero o significativo que no esté relacionado con el uso de drogas o alcohol.

Diapositiva 1-28—Gomazo

- La técnica conductual de la goma elástica ayuda a las personas en recuperación “golpeando” su atención lejos de pensamientos de uso de alcohol o drogas.
- Las personas adictas simplemente se ponen una goma elástica en su muñeca.
- Cuando surgen deseos o pensamientos de consumo de drogas, golpean ligeramente su muñeca con la goma y dicen “NO” (gritando o no, dependiendo de la situación) al pensamiento de consumo de drogas o alcohol.
- Como sucedía con la visualización, las personas necesitan tener otro pensamiento listo para reemplazar los pensamientos de uso de drogas o alcohol.
- Esta técnica funciona mejor si las personas llevan la goma en todo momento.

Diapositiva 1-29—Relajación

- Los deseos producen frecuentemente sensaciones de vacío, pesadez y retortijones en el estómago.
- Estas sensaciones frecuentemente pueden ser aliviados respirando profundamente (sintiendo los pulmones llenos de aire) y expulsando lentamente el aire en tres tiempos centrándose en relajar el cuerpo tanto como sea posible durante unos minutos.
- Este proceso puede repetirse tanto como sea necesario cuando las sensaciones vuelvan.

Diapositiva 1-30—Llamar a alguien

- Hablar con otra persona proporciona una salida para los sentimientos y permite a las personas “escuchar” su propio proceso de pensamiento.
- La gente en recuperación debería llevar siempre consigo los números de teléfono de las personas de apoyo, para poder llamarles cuando se necesite apoyo.
- El ejercicio EF 1B proporciona una lista de sugerencias de detención de pensamiento.

Sesión 2: Alcohol y recuperación (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la Sesión

- Proporcionar a los participantes información objetiva sobre el alcohol.
- Proporcionar a los participantes información sobre el riesgo que supone el alcohol para la recuperación.
- Proporcionar a los participantes una oportunidad de hablar sobre sus experiencias (o las experiencias de su familiar) con el alcohol y la recuperación.

Cuadernillo

- EF 2—Hoja de datos: Alcohol

Presentación PowerPoint (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 21 a 29 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

Discusión Abierta (15-- 20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Presentación

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matrix.

Diapositiva 2-1—Alcohol y Recuperación

- Esta sesión se centra en el alcohol.
- Dado que el alcohol es una parte omnipresente en la cultura de Estados Unidos, no beber supone un desafío particular para una persona en recuperación de la dependencia a estimulantes.
- Las personas en recuperación deben entender como puede afectar el alcohol a su cuerpo, su conducta y su recuperación.
- Aunque muchas personas usan el alcohol ocasionalmente sin problemas, el alcohol es una sustancia poderosa que puede causar graves daños a la vida y la salud física de la gente.

Diapositiva 2-2— El Alcohol en el Cerebro

- El alcohol afecta a muchos de los sistemas químicos cerebrales.
- Existe un delicado equilibrio entre los sistemas químicos que estimulan y los sistemas químicos que inhiben, o ralentizan, funciones cerebrales o corporales.
- El alcohol interfiere y cambia este delicado equilibrio.

Diapositiva 2-3—Adaptación

- Si las personas beben alcohol frecuentemente y de forma regular, sus cerebros se adaptan a la presencia del alcohol a lo largo del tiempo.
- Hacen esto produciendo de forma natural estimulantes químicos en cantidades mayores de lo normal.
- Conforme el cerebro y el cuerpo se adaptan, la persona puede llegar a ser dependiente del alcohol para mantener el equilibrio químico.
- Si una persona dependiente del alcohol para de beber de golpe, el alto nivel de estimulantes químicos puede ocasionar síntomas de abstinencia, ya que está ausente el efecto depresor del alcohol.
- Los síntomas de abstinencia pueden variar según cuánto y durante cuánto tiempo una persona ha estado bebiendo.

Diapositiva 2-4—Síntomas de Abstinencia

- Los síntomas de abstinencia pueden suponer:
 - Ataques cerebrales.
 - Insomnio
 - Temblores (inestabilidad).
 - Nauseas
 - Alucinaciones auditivas o visuales (oír o ver cosas que no están ahí)
 - Agitación (nerviosismo e irritabilidad extremos)
 - Confusión

Diapositiva 2-5—Delirium Tremens

- La retirada del alcohol puede hacer peligrar la vida.
- El delirium tremens (DT) es un estado peligroso de la retirada.
- Sin tratamiento, 1 de cada 20 personas que desarrollan estos síntomas mueren.
- Los síntomas del DT incluyen
 - Aumento de la tasa cardíaca
 - Temblores
 - Aumento de la temperatura corporal
 - Estado mental alterado
 - Aumento de la tensión sanguínea
 - Respiración anormalmente rápida
 - Colapso cardiovascular y muerte
 - Sudoración
 - Alucinaciones
 - Pérdida de control del movimiento muscular

Diapositiva 2-6—Incidencia

- La mayoría de personas mayores de 21 pueden beber moderadas cantidades de alcohol sin desarrollar problemas.
- En 2003 la National Survey on Drug Use and Health informaba de que aproximadamente la mitad de los americanos de 12 años o más decían beber alcohol.
- El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism estima que 3 de cada 10 (30 por ciento) de los americanos adultos beben cantidades que aumentan el riesgo de tener problemas físicos, emocionales y sociales.
- De estos bebedores excesivos, uno de cada cuatro tiene actualmente un trastorno por uso o dependencia del alcohol.

Diapositiva 2-7—Incidencia por Sexo y Edad

En general, actualmente dicen beber más hombres que mujeres: en 2003, 57 por ciento de hombres de 12 años o más, informaron haber usado alcohol en el pasado mes, frente al 43 por ciento de mujeres.

- La tasa de dependencia al alcohol es también más baja en mujeres que en hombres.
- Las estimaciones indican que aproximadamente un tercio de los dependientes al alcohol son mujeres.
- La incidencia del uso excesivo de alcohol es más alta entre adultos jóvenes, entre los 21 y los 29 años de edad, y más baja entre los adultos de 65 años o más.

Diapositiva 2-8—Efectos Iniciales del Alcohol

- Cuando la gente empieza a beber por primera vez, experimenta
 - Sensaciones de bienestar o euforia
 - Locuacidad y aumento de la sociabilidad
 - Desinhibición (pueden decir o hacer cosas que no dirían o harían en otras condiciones)

Diapositiva 2-9—Efectos Posteriores

- Conforme las personas continúan bebiendo, comienzan a sentirse sedados y somnolientos, y pueden
 - Tener problemas de equilibrio
 - Sufrir pérdida en la visión periférica (la capacidad de ver los laterales)
 - Sufrir retraso en el tiempo de reacción
 - Mente en blanco y no recordar lo sucedido durante el periodo bajo la influencia del alcohol
 - Arrastrar, enredar las palabras.
- Vomitar
- Dormirse

Diapositiva 2-10—Efectos a Largo Plazo

- Beber en exceso puede causar un daño significativo a los sistemas orgánicos del cuerpo.
- Beber en “exceso” puede definirse como atiborrarse de alcohol en cinco o más ocasiones en el último mes.
- Atiborrarse de alcohol es beber cinco o más bebidas en una ocasión al menos una vez en el último mes.
- Cuando se ha tomado alcohol, éste pasa al torrente sanguíneo y se distribuye por todo el cuerpo.
- Aunque beber en exceso se asocia comúnmente con daños en el hígado, también puede afectara a los sistemas digestivo, cardiovascular, inmunológico, endocrino y nervioso.

Diapositiva 2-11—Hígado

- El hígado es el primer lugar del metabolismo del alcohol (descompone el alcohol en otros productos químicos y lo elimina del cuerpo), pero una parte de los productos químicos que se producen en este proceso son tóxicos (venenosos) para el propio hígado.
- Estas toxinas se van acumulando a lo largo del tiempo, llevando a un daño del hígado inducido por el alcohol.
- Este daño puede tomar la forma de inflamación (hepatitis alcohólica), o cicatrización (cirrosis).
- Frecuentemente, ambos tipos de daños se dan en la misma persona.
- La dependencia al alcohol es la principal causa de muerte relacionada con el hígado en los Estados Unidos.
- Se estima que más de 2 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad hepática alcohólica.

Diapositiva 2-12—Aparato Digestivo

- El alcohol también afecta al aparato digestivo.
- Beber en exceso se ve como causa de inflamación crónica del esófago (el paso al estómago), lo que puede llevar a cáncer esofágico.
- El agrandamiento de los vasos sanguíneos en el esófago (varices esofágicas) puede ser causado por daño hepático.
- Estos vasos sanguíneos pueden romperse; cuando esto sucede, suele ser fatal.
- El uso excesivo de alcohol ha sido asociado a pancreatitis (inflamación del páncreas) y cánceres en la garganta, colon y recto.

Diapositiva 2-13— Aparato Cardiovascular

- Aunque la ingesta moderada de alcohol (una bebida al día para las mujeres, dos para los hombres) se muestra en algunos estudios como algo cardioprotector, el uso excesivo de alcohol se asocia con graves enfermedades del corazón:
 - Interfiere con la acción de bombeo del corazón, causando latidos irregulares y/o débiles.
 - Provoca aumento de la presión sanguínea, lo que puede aumentar el riesgo de derrame cerebral.
 - Las plaquetas, involucradas en la coagulación sanguínea, también se dañan, causando y aumentando el riesgo de hemorragia.

Diapositiva 2-14—Sistema Inmunológico

- El alcohol puede dañar gravemente el sistema inmunológico del cuerpo (el sistema que protege el cuerpo de la enfermedad) por la merma de glóbulos rojos y blancos.
- Las personas que beben en exceso experimentan más enfermedades infecciosas que la gente que bebe con moderación.
- El alcohol puede dañar el sistema inmunológico de tal manera que el propio sistema inmunológico ataca al cuerpo. Esto puede producir, o empeorar, el daño orgánico inducido por el alcohol, como la enfermedad hepática alcohólica.

Diapositiva 2-15—Sistema Endocrino

- El sistema endocrino corporal (el sistema de control hormonal) puede dañarse por el uso prolongado de alcohol.
- El equilibrio de las hormonas insulina y glucagón, que regulan los niveles de azúcar en sangre, se ve afectado; la diabetes es común entre las personas que beben en exceso.
- Beber alcohol puede alterar la producción de hormonas reproductoras, de crecimiento y de testosterona.
- Los efectos del alcohol en los sistemas hormonales incluyen la disminución de tamaño de los testículos y los ovarios y la alteración de la producción de esperma y óvulos.
- Los cambios inducidos por el alcohol en la concentración de hormonas están asociados con disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres.

Diapositiva 2-16—Sistema Nervioso

- El uso excesivo de alcohol puede dañar el sistema nervioso. Este daño puede incluir
 - Neuropatías periféricas, que producen insensibilidad y hormigueo en las piernas, brazos y/o manos.
 - Síndrome de Wernicke, que produce movimientos oculares trastornados, equilibrio muy pobre y dificultades en la marcha.
 - Síndrome de Korsakoff, que produce una afección grave en la memoria, evita que tengan lugar nuevos aprendizajes.
 - Además de estos desórdenes del sistema nervioso, la mayoría de las personas que beben en exceso tienen alguna pérdida del funcionamiento mental, reducido tamaño cerebral y cambios en la función de las células cerebrales.

Diapositiva 2-17—Efectos en la Conducta

- Beber puede causar problemas físicos y de conducta.
 - El uso de alcohol está relacionado con la violencia doméstica, el abuso infantil y la violación.
 - El uso está asociado con todo tipo de accidentes.
 - Cuanto más excesivamente beba una persona, más grande serán los problemas potenciales en casa, en el trabajo, con los amigos e incluso con extraños. Estos problemas pueden incluir
- Discusiones o separación de la familia
- Relaciones tensas con los compañeros de trabajo
- Faltas de asistencia o retrasos en el trabajo con una frecuencia creciente.
- Pérdida de empleo por disminuir la productividad
- Cometer o ser víctima de actos violentos
- Accidentes de tráfico y/o arrestos por conducir bajo la influencia del alcohol

Diapositiva 2-18—Alcohol y Mujer

- Beber afecta a las mujeres de forma diferente que a los hombres:
 - A largo plazo, las mujeres desarrollan enfermedades relacionadas con el alcohol más rápidamente y bebiendo menos alcohol que los hombres.
 - Las mujeres desarrollan enfermedad hepática alcohólica más rápidamente y con menos alcohol que los hombres. Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de desarrollar hepatitis alcohólica (inflamación del hígado) y de morir por cirrosis.
 - Las mujeres son más vulnerables a sufrir daño cerebral inducido por el alcohol.
 - Entre las personas que beben en exceso, hombres y mujeres tienen tasas similares de enfermedad del corazón relacionada con el alcohol, incluso pensando que las mujeres beben menos alcohol a lo largo de la vida que los hombres.
- Para algunas mujeres, incluso beber moderadamente puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama.

Diapositiva 2-19—Alcohol y Embarazo

- Una mujer que bebe estando embarazada pone a su bebé en riesgo de problemas graves.
- Los bebés nacidos de madres que beben durante el embarazo pueden tener un retraso mental u otros problemas de aprendizaje o conductuales.
- La investigación no ha encontrado ninguna cantidad de alcohol que no suponga riesgo durante el embarazo.

Diapositiva 2-20—Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)

- El riesgo más grave es el síndrome alcohólico fetal (SAF).
- SAF es la principal causa de retraso mental evitable en los Estados Unidos.

Diapositiva 2-21—Trastorno del Síndrome Alcohólico Fetal (Daños Cognitivos y Conductuales)

- Aunque los efectos del SAF varían, los niños con el síndrome tienen daños cognitivos y conductuales.
- Los problemas conductuales y neurológicos asociados con SAF pueden conducir a un pobre rendimiento académico y dificultades con el trabajo y judiciales en la adolescencia y la edad adulta.

Diapositiva 2-22—Trastorno del Síndrome Alcohólico Fetal (Característica Craneofaciales)

- Los niños con SAF suelen tener características faciales y craneales distintivas, con son:
 - Doblez en la piel de la esquina de los ojos
 - Puente nasal bajo
 - Nariz corta
 - Surco nasolabial liso (el surco entre la nariz y el labio superior)
 - Cabeza pequeña
 - Aberturas oculares pequeñas
 - Perfil mediofacial plano
 - Labio superior delgado

Diapositiva 2-23— Abstinencia Total

- El uso en exceso de alcohol tiene unos efectos dañinos evidentes.
- Sin embargo, beber en ocasiones y de forma ligera puede tener un efecto perjudicial en una persona en recuperación, incluso si esa persona nunca ha tenido problemas con el alcohol.
- A los usuarios del tratamiento Matrix se les pide que dejen de usar todo tipo de drogas ilegales y alcohol, sin importar que droga o drogas lo trajeron al tratamiento.

Diapositiva 2-24—Los Disparadores de Alcohol Están en Todas Partes

- Una persona en recuperación que intenta dejar de usar alcohol se enfrenta a una difícil lucha.
- Disparadores externos bombardean a las personas en recuperación; el consumo de alcohol se supone que es lo normal, especialmente en su función social y de celebración.
- Beber acompaña frecuentemente ciertas actividades: vino en las comidas, una cerveza en el partido, una copa después del trabajo.
- Es difícil para una persona en recuperación pasar un día típico sin que le vengan muchas reminiscencias— culturales y personales—del alcohol.
- Anuncios, películas, y programas de televisión asocian beber con ser feliz, popular y tener éxito.
- La gente en recuperación encuentra a compañeros, amigos y familiares con quienes ha bebido y pasa por bares y tiendas de licores ha frecuentado.
- El alcohol forma parte de celebraciones como fiestas y bodas.
- Una persona en recuperación que no está bebiendo puede sentirse fuera de la diversión o menos en la onda.

Diapositiva 2-25—Disparadores Internos

- Los disparadores internos también representan un problema:
 - Depresión, ansiedad y soledad son todas características de recuperación.
 - Estos estados emocionales y otros, como el estrés, la ira y la culpa, son entradas a la bebida para mucha gente.
 - Al enfrentarse a esta caída emocional por dejar otras sustancias, las personas en recuperación pueden justificar el uso de alcohol para “aliviar” su estado mental.

Diapositiva 2-26—Advertencia de Recaída

- Sin embargo, a pesar de la dificultad, es crucial que las personas en recuperación de la dependencia de estimulantes se abstengan de tomar alcohol.
- Una buena razón para esto es que los estudios muestran que las personas que usan estimulantes tienen ocho veces más de probabilidad de recaída en el uso de estimulantes si usan alcohol que si no lo hacen.⁹

Diapositiva 2-27—Recaída

- Beber disminuye las inhibiciones de una persona y hace más probable que la persona actúe impulsivamente a partir de cualquier pensamiento que pueda tener.
- Dado que el alcohol afecta la razón, la parte del cerebro del razonamiento, las personas que beben están peor preparadas para enfrentarse con cualquier disparador para el uso de estimulantes que puedan encontrarse.
- Además, las personas que beben es más probable que se encuentren con disparadores que las que no están bebiendo. Por ejemplo, beber puede
 - Poner a las personas en recuperación con otras personas que usan estimulantes
 - Meter a las personas en recuperación en un ambiente de “fiesta” que puede disparar el deseo de usar estimulantes
 - Disparar el deseo de la “subida” del estimulante

Diapositiva 2-28—Otras Razones para Abstenerse

- Hay otras razones para abstenerse del alcohol. Cuando las personas están aprendiendo a manejar los problemas sin recurrir a los estimulantes, utilizar el alcohol para adormecer el incomodo proceso de aprendizaje es contraproducente por dos razones:
 - Beber alcohol evita que las personas se enfrenten directamente su problema de uso de estimulantes.
 - Beber pone a las personas en recuperación en riesgo de llegar a ser dependientes del alcohol mientras intentan superar su dependencia a los estimulantes.

Diapositiva 2-29—Planear No Beber

- Es importante para la gente en recuperación planear no beber, más que esperar hasta que se enfrenten con un disparador o un deseo de beber. Por ejemplo, la gente en recuperación puede
 - Pensar en otras formas de celebrar las cosas
 - Evitar estar cerca de otros cuando están bebiendo
 - Pensar sobre formas de estar con los amigos sin que esté involucrado el alcohol
 - Hacer amistad con otros que estén en recuperación
 - Practicar el decir “no gracias”
 - Evitar ir a bares y fiestas
 - Pedir a la familia que no beban en su presencia o que guarden el alcohol que hay en casa.

Diapositiva 2-30—Plan de Afrontamiento

- Una persona en recuperación debería desarrollar un plan para afrontar los incómodos sentimientos que afloran durante la recuperación. Este plan puede incluir
 - Asistir regularmente a los grupos de 12 pasos o de autoayuda
 - Hablar abiertamente de los sentimientos en las sesiones de grupo del tratamiento Matrix
 - Tener un padrino del grupo 12 pasos
 - Practicar regularmente técnicas de relajación
 - Practicar HALT (no llegar a estar demasiado hambriento, enfadado, solo o cansado)
 - Desarrollar un modo de recordar que los sentimientos incómodos son normales en la recuperación y que estos sentimientos pasarán
 - Obtener ayuda de un terapeuta si estos sentimientos llegan a ser demasiado abrumadores
- Ejercicio EF 2—Hoja de datos: Alcohol, resumen de la información presentada en esta sesión.

- 1 Tevisan, L.; Boutros, N.; Petrakis, I.; y Krystal, J.H. Complications of alcohol retirada. *Alcohol Health and Research World* 22(1):61–66, 1998.
- 2 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.
- 3 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Edición 2005. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005. www.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/guide.pdf [citado 16 de Septiembre 2005].
- 4 Ver nota 3.
- 5 Ver nota 2.
- 6 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, December 1999 (actualización de Octubre de 2000). www.niaaa.nih.gov/publications/aa46.htm [consultado Septiembre 16, 2005].
- 7 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol Alert* 50, Diciembre 2000 (actualización de Abril de 2001). www.niaaa.nih.gov/publications/aa50.htm [citado 16 de Septiembre 2005].
- 8 Ver nota 7.
- 9 Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; y Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117–127, 1995.

Sesión 3: Recuperación (Presentación de Expertos)

Resumen

Objetivos de la Sesión

- Proporcionar una oportunidad a los participantes de escuchar relatos de éxito en la recuperación.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes de hacer preguntas sobre las personas en recuperación.
- Proporcionar información importante sobre el proceso de recuperación de manera personal, forma que implica a los participantes.

Materiales

- EF 3A—Guía para los Participantes Expertos Graduados
- EF 3B—Guía para los Participantes Expertos Familiares
- EF 3C—Guía para los Participantes Expertos Recuperados

Preparación

Al menos una semana antes de la sesión, el terapeuta localiza, invita y orienta a cuatro o cinco participantes expertos. El experto puede comprender una mezcla de graduados del programa que están estables en su recuperación y activamente implicados en un programa de 12 pasos o grupo de autoayuda y familiares de graduados del programa que están trabajando en su propio programa de recuperación en Al-Anon o en un grupo de autoayuda. Si el terapeuta no es capaz de localizar los graduados adecuados, podría contactar con la sede local de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos (NA), con la Oficina Intergrupala de Hospitales y el Consejo de Instalaciones de Tratamiento u Hospitales para que ayuden a localizar personas que están en recuperación y podrían querer participar en el grupo de expertos.

El terapeuta se asegura de que los participantes expertos graduados reciben una copia del cuadernillo EF 3A— Guía para los Participantes Expertos Graduados y que los participantes expertos familiares reciben una copia del cuadernillo EF 3B— Guía para los Participantes Expertos Familiares antes de la sesión. Si el terapeuta cuenta con miembros de AA o NA, debe dar a estos participantes una copia del EF 3C— Guía para los Participantes Expertos Recuperados conforme llegan a las instalaciones.

Justo antes de la sesión, el terapeuta debe recordar a los participantes expertos que tendrán unos 10 minutos para contar sus relatos, utilizando los puntos guía relacionados en los Materiales.

Presentación (45 minutos)

El terapeuta presenta a los participantes expertos y facilita cada presentación asegurándose de que cada participante se mantenga en lo acordado y no se tome demasiado tiempo. El terapeuta puede formular alguna pregunta sobre el cuadernillo a un miembro del grupo de expertos si este parece tener dificultad para mantenerse en el tema. El terapeuta debe tener copias de sobra de los Materiales para los miembros del grupo de expertos por si se necesitan.

Periodo de Preguntas y Respuestas (30 minutos)

El terapeuta anima a los miembros del grupo a formular preguntas los participantes expertos y facilita la discusión. Cuando la discusión decae, el terapeuta agradece la colaboración a los miembros del grupo de expertos y se despide de ellos.

Discusión Abierta (15 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Sesión 4: Metanfetamina y Cocaína (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la Sesión

- Proporcionar información objetiva sobre como la metanfetamina y la cocaína actúan en el cerebro.
- Proporcionar información objetiva sobre los efectos físicos y psicológicos de la metanfetamina.
- Proporcionar información objetiva sobre los efectos físicos y psicológicos de la cocaína.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes hablar sobre los efectos que las drogas estimulantes tienen en ellos y sus familias.

Materiales

- EF 4A—Hoja de Datos: Metanfetamina
- EF 4B—Hoja de datos: Cocaína

Presentación PowerPoint (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a formular preguntas en cualquier momento. Las páginas 32 a 42 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explica los conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

El terapeuta puede querer partir la discusión en dos partes, haciendo una pausa entre la presentación de la metanfetamina (Diapositivas 4-10–4-28) y la presentación de la cocaína (Diapositivas 4-29–4-44).

Discusión Abierta (15 - 20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Presentación

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matriz.

Diapositiva 4-1—Metanfetamina y Cocaína

- Esta sesión se centra en la metanfetamina y la cocaína.
- Ambas son drogas estimulantes altamente adictivas y son similares en muchos aspectos, aunque hay también significativas diferencias.

Diapositiva 4-2—Diferencias Entre Cocaína y Metanfetamina

- Cocaína y metanfetamina difieren en que la cocaína se procesa en el cuerpo mucho más rápido que la metanfetamina, por lo que los efectos, o subidón, de cocaína no duran mucho.
- Los efectos de la cocaína duran solo de 1 a 2 horas, mientras que los efectos de la metanfetamina duran de 8 a 12 horas.
- La retirada de la metanfetamina también puede ser más larga y los síntomas de la retirada pueden ser más intensos que los de la cocaína.

Diapositiva 4-3—Dopamina

- Los efectos de la cocaína y la metanfetamina se producen por los efectos de las drogas en la dopamina, una sustancia química que está siempre presente en el cerebro.
- La dopamina representa un papel importante en
 - Movimiento del cuerpo
 - Motivación y recompensa
 - Pensamiento
 - Respuesta de placer
- La dopamina también representa un importante papel en la adicción a cualquier droga.

Diapositiva 4-4—Ejemplos del Efecto de la Dopamina

- Cuando una persona está inmersa en actividades naturales como comer, beber y el sexo, determinadas células cerebrales liberan dopamina y crean sensaciones inmediatas (pensamiento de corta duración) mediante la estimulación de otras células del cerebro.
- Estas sensaciones recompensan las actividades básicas de comer, beber y de sexo, motivan a la gente a repetirlas, asegurando la supervivencia.

Diapositiva 4-5—Desequilibrio de Dopamina

- Cuando el equilibrio natural de dopamina se altera (por una droga, por ejemplo), una persona puede experimentar efectos negativos:
 - Demasiada dopamina puede producir nerviosismo irritabilidad, agresividad, miedos no basados en la realidad y pensamientos extraños.
 - Demasiado poca dopamina se asocia con bajo estado de ánimo, fatiga y temblores, y la incapacidad de controlar el movimiento característico de la enfermedad de Parkinson.

Diapositiva 4-6—Dopamina y Drogas Estimulantes

- Cuando una persona consume met o cocaína, hay demasiada dopamina disponible en el cerebro.
- Aunque cada droga aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro de formas distintas, la mayor parte de los efectos son los mismos.
- Cuando una persona comienza a consumir met o coca, primeramente experimenta efectos placenteros, aunque también experimentarían algunos efectos negativos provocados por el exceso de dopamina.

Diapositiva 4-7—Dopamina y el Uso Continuo de Estimulantes

- Conforme una persona sigue consumiendo met o cocaína, el sistema dopaminérgico del cerebro se va dañando.
- Conforme el cerebro se va dañando, la persona continuará experimentando algunos efectos placenteros, pero también tendrá efectos negativos considerables derivados del consumo de met y la cocaína.

Diapositiva 4-8—Consumo–Depresión–Deseo–Consumo

- Cuando se pasan los efectos euforizantes y estimulantes de la met y la cocaína, los niveles de dopamina pueden disminuir por debajo de lo normal y la persona experimenta una brusca bajada del estado de ánimo y de energía.
- Los síntomas de fatiga y depresión son habituales.

- Estas sensaciones negativas crean frecuentemente un fuerte deseo (*craving*) de volver a consumir la droga.
- A lo largo del tiempo (frecuentemente, muy poco tiempo), este ciclo uso–depresión–deseo–uso lleva a la adicción.

Diapositiva 4-9—Vía de Administración

- Cómo se toma la droga influye en:
 - La rapidez con la que se producen los efectos.
 - La fuerza de los efectos de la droga, positivos y negativos
 - Los efectos negativos que la persona experimentará
- Metanfetamina y cocaína se consumen en varios formatos que pueden ser
 - Inyectadas
 - Fumadas
 - Esnifadas

Diapositiva 4-10—Metanfetamina

- La primera droga estimulante de la que vamos a hablar es la met, una droga sintética que se fabrica a partir de productos químicos corrientes.

Diapositiva 4-11—Nombres en la Calle

- La metanfetamina se conoce en la calle como

- Meta	- Cristal
- Hielo	- Speed
- Glass	- Tiza
- Anfeta	- Crank

Diapositiva 4-12—Popularidad de la Meta1

- La National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) de 2004 estimó que 12 millones de personas de 12 años o más, habían consumido meta al menos una vez en la vida.
- Hay cierta evidencia de que el consumo de meta se ha estabilizado. El número de personas que consumen meta y el número de personas que lo hacen por primera vez ha permanecido constante durante 2002, 2003 y 2004.
- De 2002 a 2004, el promedio de la edad de inicio ha aumentado más de 3 años, de 18,9 años a 22,1.

Diapositiva 4-13—¿Quién Consume Metanfetaminas?

- Aunque la tasa total del consumo de meta no a aumentado, su uso continúa siendo un problema importante.
- El número de personas dependientes de la meta a aumentado más del doble ente 2002 y 2004.
- En otros momentos limitado a ciertas zonas del país, concretamente Hawai y las ciudades de la costa oeste, el consumo de meta use se ha diseminado a través del país y entre distintas poblaciones.
- Las personas que consumen meta han sido tradicionalmente caucásicos, hombres y operarios.
- El consumo de meta se ha difundido en ambientes de fiestas y club (raves, etc.).
- El consumo de meta está aumentando entre hispanos y gente joven sin hogar.
- El uso entre mujeres ha aumentado.
- Las mujeres consumen más la meta que la cocaína o heroína; un número aproximadamente igual de mujeres que de hombres consumen hoy la droga.
- El consumo de meta en el lugar de trabajo ha aumentado; la habían usado desde hace tiempo camioneros de rutas de largo recorrido, pero su consumo se ha extendido en el sector de la construcción y en el industrial.
- Las personas de los sectores del ocio, las ventas, el comercio, y el derecho, también han ido aumentando el consumo de meta.

Diapositiva 4-14—Efectos Psicológicos Inmediatos

- Los efectos psicológicos inmediatos de la metanfetamina son
 - Euforia
 - Alerta o estar desvelado
- Sensaciones de mayor fortaleza y energías renovadas
 - Sensaciones de invulnerabilidad (sentir que nada malo puede suceder)
 - Sensaciones de aumento de confianza y competencia
 - Se intensifican las sensaciones de deseo sexual
 - Disminuyen las sensaciones de aburrimiento, soledad y timidez

Diapositiva 4-15—Efectos Físicos Inmediatos

- Los efectos físicos inmediatos de la metanfetamina son
 - Incremento de
 - Tasa cardíaca
 - Presión arterial
 - Tamaño de la pupila
 - Tasa respiratoria
 - Sensibilidad al ruido y la estimulación
 - Temperatura corporal
 - Disminución de
 - Apetito
 - Sueño
 - Tiempo de reacción

Diapositiva 4-16—Efectos Tóxicos

- Estos efectos pueden no parecer malos, incluso pueden ser deseables.
- Sin embargo, la meta pueden causar graves daños psicológicos y físicos a largo plazo (efectos tóxicos).
- Aunque algunos efectos tóxicos pueden irse con el tiempo, después de dejar el consumo de meta, algunos efectos pueden ser permanentes.
- La mayoría de los efectos negativos empiezan bastante pronto con el consumo habitual de meta.

Diapositiva 4-17—Efectos Psicológicos Crónicos

- Los efectos psicológicos crónicos (“crónico” significa que los efectos pueden empezar tarde, en el ciclo de consumo de una persona, y persistir durante mucho tiempo) del consumo de meta pueden ser el aumento de
 - Confusión
 - Cambios de humor
 - Pérdida de la capacidad de concentración y de organizar la información
 - Irritabilidad e ira
 - Depresión
 - Trastornos de ansiedad y pánico sin la droga
 - Pérdida de la capacidad de sentir placer
 - Depresión cuando no se consume meta,
 - Paranoia (sensación persistentes de que a uno lo siguen, o de que le van a hacer daño llamada “crashing”
 - Insomnio y fatiga
 - Imprudencia, conductas sexuales sin protección

Diapositiva 4-18—Efectos Psicológicos Graves

- Concretamente, los efectos psicológicos graves pueden ser
 - Alucinaciones táctiles (la persona siente como si algo le recorriera el cuerpo) o auditivas (la persona oye cosas que no están)
 - Depresión grave que puede llevar a pensamientos o intentos de suicidio
 - Episodios inesperados de conducta violenta
 - Grave pérdida de memoria que puede ser permanente

Diapositiva 4-19—Efectos Físicos Crónicos

- Los efectos físicos crónicos del consumo de meta pueden incluir
 - Temblores (inestabilidad)
 - Debilidad
 - Boca seca
 - Pérdida de peso y malnutrición
 - Aumento de la sudoración
 - Piel grasa
 - Llagas causadas por la piel seca y por rascarse continuamente, un efecto habitual del consumo de meta
 - Dolores de cabeza
 - Graves problemas con dientes y encías provocados por hacer crujir los dientes, la disminución del flujo sanguíneo a la boca y la disminución de saliva

Diapositiva 4-20—Efectos Físicos Graves

- Concretamente, efectos físicos graves pueden ser
 - Ataques
 - Daños en pequeños vasos sanguíneos cerebrales, lo que puede llevar a un derrame
 - Daño en las células cerebrales
 - Ritmo cardíaco irregular que puede causar muerte súbita
 - Ataque cardíaco o problemas crónicos de corazón, como desgaste del músculo cardíaco
 - Fallo renal
 - Fallo pulmonar
 - Movimientos de “pellizcado” repetidos regularmente y que la persona no puede controlar
 - Llagas infectadas que pueden causar graves cicatrices.

Diapositiva 4-21—Metanfetamina no es solo Metanfetamina

- Debido a que la meta está fabricada por aficionados, es habitual que esté llena de impurezas, como puede ser acetato o mercurio, los cuales pueden producir metales pesados venenosos y varios ácidos creados en el proceso.
- Además, antes de venderse, la meta se “corta,” o diluye, para maximizar los beneficios.
- Las sustancias utilizadas para cortar la meta pueden causar problemas por sí mismas.
- La pureza de la meta oscila en un rango entre el 40 y 70 por ciento , lo que supone que entre el 30 y el 60 por ciento de lo que las personas se inyectan, esnifan o fuman no es meta.

Diapositiva 4-22—Metanfetamina Inyectada

- La forma en la que una persona consume meta puede ocasionar también problemas específicos. Meta Inyectada puede causar
 - Coágulos sanguíneos
 - Abscesos en la piel w Neumonía
 - Exposición al VIH, tuberculosis o virus de la hepatitis C por compartir agujas y otros utensilios o por practicar sexo sin protección
 - Inflamación cardíaca
 - Fallos renales

Diapositiva 4-23—Metanfetamina Esnifada

- Esnifar meta puede causar
 - Infección de los senos
 - Perforaciones en el séptum, el cartílago entre las ventanas nasales
 - Ronquera
 - Hemorragias nasales

Diapositiva 4-24—Fumar Metanfetamina

- Fumar meta puede causar
 - Problemas de garganta
 - Labios quemados
 - Congestión pulmonar
- Tos grave con moco negro
- Enfermedad pulmonar crónica

Diapositiva 4-25— Dosis de Metanfetamina y Efectos

- La dosis y frecuencia de consumo de meta influyen también en el nivel de los efectos tóxicos.
- Dosis altas y consumo frecuente, alta probabilidad de efectos tóxicos.
- Las personas que consumen meta tienden a desarrollar tolerancia a la droga, lo que supone tomar dosis mayores para conseguir el efecto deseado conforme se continúa consumiendo meta.

Diapositiva 4-26—Metanfetamina y Embarazo

- Una mujer que consume meta cuando está embarazada puede dañar al feto.
- Los fetos de madres que consumen meta tienen mayor riesgo de sufrir antes del parto un ataque o hemorragia cerebral, frecuentemente mortales.
 - En consumo de meta durante el embarazo también puede provocar partos prematuros.
 - El feto también puede estar expuesto a VIH o hepatitis si la madre se infecta con estos virus.
 - Los bebés de madres que consumieron meta en el embarazo pueden tener
 - Reflejos anormales
 - Problemas para comer o digerir los alimentos
 - Irritabilidad

Diapositiva 4-27—Otros Efectos en los Niños

- La meta puede afectar a los niños de otras formas:
 - Aunque cantidades importantes de meta se importan de Méjico, son normales en Estados Unidos la existencia de laboratorios que fabrican meta instalados en casas; es habitual que haya niños en estas casas.
 - Cuando los niños viven con padres que fabrican meta, están expuestos las sustancias químicas tóxicas que se usan en el proceso.
 - Los laboratorios de meta son lugares peligrosos para niños y adultos.
 - Incendios, explosiones, vertidos químicos y humos tóxicos, pueden ser habituales.
 - Los productos químicos utilizados para fabricar meta producen humos que son lo suficientemente fuertes para quemar los pulmones; pueden dañar el cerebro, riñones o hígado, e incluso pueden causar la muerte.
 - Los niños de gente que usa meta pueden estar desatendidos o maltratados.
 - En 2001, 700 niños presentes en laboratorios de meta descubiertos por la Drug Enforcement Administration dieron positivo en productos químicos tóxicos.

Diapositiva 4-28—Otros problemas con los laboratorios de Metanfetamina

- Los laboratorios donde se fabrica meta causan problemas a otras personas y al medioambiente:
 - Los humos tóxicos de los productos utilizados para hacer la meta impregnan las paredes y moquetas y permanecen allí mucho tiempo, poniendo en riesgo a toda persona de la casa.
 - Incluso están en riesgo personas que se mudan a una casa que fue un laboratorio de meta.
 - Fabricar meta produce también residuos sólidos.
 - Por cada medio kilo de meta producida, se generan de 2,5 a 3 kilos de residuos tóxicos.

- Estos residuos se vierten normalmente al suelo, en desagües locales o en el alcantarillado o sistemas sépticos, contaminando el área circundante.
 - El cuadernillo SP4A resume estos hechos sobre la meta.

Diapositiva 4-29—Cocaína

- El siguiente estimulante del que vamos a hablar es la cocaína, droga extraída de las hojas de coca.

Diapositiva 4-30—Nombres de la calle

- La cocaína en polvo (clorohidrato de cocaína, una sal) se conoce en la calle como
 - Coca
 - Farlopa
 - Nieve
 - Perico

Diapositiva 4-31—Cocaína Crack

- Cocaína crack es cocaína que se ha transformado a partir del clorohidrato de cocaína en cristal rocoso que puede fumarse.
- Toma su nombre del sonido que hace cuando se quema.
- El crack se llama a veces “roca” o “base libre”.
- Cuando las personas procesan ellas mismas el clorohidrato de cocaína y fuman lo obtenido, suelen llamar a esto “base libre”.

Diapositiva 4-32—Popularidad de la Cocaína

- La encuesta NSDUH de 2004 estimó que cerca de 34 millones de americanos han consumido cocaína alguna vez en su vida.
- La misma encuesta estima lo siguiente:
 - Cerca de 2 millones de personas en Estados Unidos consumen cocaína.
 - Alrededor del 2,5 por ciento de las personas con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años informaron que habían consumido cocaína al menos una vez. Cerca del 9 por ciento de los mayores de 18 años informaron que habían consumido cocaína al menos una vez.
 - Entre los adultos jóvenes, con edades de 18 a 25 años, el 16 por ciento informaron haber consumido cocaína al menos una vez.

Diapositiva 4-33—¿Quién Consume Cocaína?

- Adultos de 18 a 25 años tienen actualmente la tasa más alta de consumo de cocaína, por encima de cualquier otro grupo de edad.
- En general, los hombres tienen mayor tasa de consumo que las mujeres.

Diapositiva 4-34—Efectos Psicológicos Inmediatos

- Los efectos psicológicos inmediatos de la cocaína son parecidos a los de la meta e incluyen:
 - Euforia
 - Aumento de energía
 - Aumento de la locuacidad
 - Aumento de la sensibilidad a sensaciones de visión, audición y tacto
 - Aumento de alerta mental
 - Aumento de la confianza
 - Deseo sexual intensificado

Diapositiva 4-35—Efectos físicos inmediatos

- Los efectos físicos inmediatos de la cocaína comprenden:
 - Vasoconstricción
 - Pupilas dilatadas
 - Aumento de la tasa cardiaca
 - Aumento de la temperatura
 - Aumento de la presión sanguínea
 - Disminución del apetito
 - Disminución del sueño

Diapositiva 4-36— Atención

- En raras ocasiones puede producirse la muerte súbita por el uso de cocaína, incluso siendo la primera vez que se toma.
- Beber alcohol y tomar cocaína aumenta este riesgo.
- El hígado combina cocaína y alcohol y fabrica una tercera sustancia: el cocaetileno.
- El cocaetileno intensifica los efectos euforizantes de la cocaína, al mismo tiempo que aumenta el riesgo de muerte súbita.

Diapositiva 4-37— Efectos psicológicos crónicos

- Los efectos psicológicos crónicos del uso de cocaína comprenden:
 - Irritabilidad
 - Posibilidad de presentar conductas extrañas y/o violentas (con altas dosis)
 - Depresión
 - Disminución de la capacidad para sentir placer sin la droga
 - Aumento del desasosiego
 - Paranoia
 - Exposición a los virus VIH o de la hepatitis C por temeridad, sexo sin protección...
 - Alucinaciones auditivas

Diapositiva 4-38— Efectos físicos crónicos

- Los efectos físicos crónicos del uso de cocaína comprenden:
 - Efectos cardiovasculares, como son
 - Perturbaciones del ritmo cardíaco - Ataque cardíaco
 - Efectos respiratorios, como son
 - Dolor de pecho - Fallo respiratorio
 - Bronquitis y neumonía
 - Efectos neurológicos, como son
 - Ataque fulminante
 - Pérdida de apetito que con el tiempo lleva a la pérdida de peso y malnutrición
 - Convulsiones
 - Dolores de cabeza

Diapositiva 4-39— Cocaína inyectada

- Como la meta, la forma de tomar la cocaína puede llevar problemas particulares. Las personas que se inyectan cocaína regularmente, pueden experimentar
 - Abscesos (llagas infectadas) en las zonas donde se inyectan
 - Reacciones alérgicas, tanto a la droga como a algún aditivo añadido a la cocaína de la calle, que puede provocar la muerte
 - Exposición a los virus VIH y hepatitis C

Diapositiva 4-40— Cocaína esnifada

- Esnifar regularmente cocaína puede llevar a
 - Pérdida del olfato
 - Hemorragias nasales
 - Ronquera
 - Problemas para tragar
 - Desviación del tabique nasal
 - Irritación general del tabique nasal que lleva a una inflamación crónica y moqueo continuo

Diapositiva 4-41— Fumar crack

- Fumar cocaína crack puede llevar a.
 - Problemas de garganta
 - Tos grave
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Labios quemados
 - Congestión pulmonar

Diapositiva 4-42— Cocaína: Dosis y efectos

- Como las personas que usan meta, las personas que usan cocaína regularmente desarrollan tolerancia a los efectos de la droga y usan cada vez dosis más altas para conseguir los mismos efectos euforizantes.
- A dosis más altas y uso más frecuente, aumenta la potencia de los efectos tóxicos.

Diapositiva 4-43— Cocaína y embarazo

- Usar cocaína durante el embarazo puede causar graves problemas
- La droga pasa a través de la placenta, entra en el sistema sanguíneo del feto y pasa a través de la barrera cerebral fetal.
- Los bebés nacidos de madre consumidora de cocaína pueden presentar¹
 - Nacimiento prematuro w Tener la cabeza más pequeña de lo normal
 - Peso bajo al nacer w Tener menos talla de la normal
- Los bebés también pueden estar expuestos a virus VIH o de la hepatitis si la madre está infectada.

Diapositiva 4-44— Niños expuestos a la cocaína

- La exposición fetal a la cocaína no parece causar problemas tan graves y duraderos como se pensaba.
- Sin embargo, conforme los niños expuestos a la cocaína crecen, pueden presentar a lo largo de su vida sutiles, pero significativos problemas en áreas que son importantes para el éxito escolar, como son²
 - Prestar atención a las tareas - Aprender nueva información
 - Pensar las cosas
- La ficha EF 4B resume estos datos.

1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The NSDUH Report: Metaamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003, y 2004. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, Septiembre 16, 2005. www.oas.samhsa.gov/2k5/meta/meta.pdf [consultado Marzo 2, 2006].

2 National Institute on Drug Abuse. NIDA Community Drug Alert Bulletin: Metaamphetamine. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998. www.drugabuse.gov/MetaAlert/MetaAlert.html [consultado Septiembre 16, 2005].

3 Office of National Drug Control. Fact Sheet: Metaamphetamine. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, Noviembre 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj197534.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].

4 Ver nota 1.

5 Ver nota 2.

6 Ver nota 3.

7 Ver nota 3.

8 Ver nota 3.

9 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

10 National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction. NIH Publication No. 99-4342. Bethesda, MD: National Institutes of Health, revised November 2004. www.nida.nih.gov/PDF/RRCocain.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].

11 Ver nota 9.

12 Ver nota 10.

Sesión 5: Mapa de la recuperación (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Ayudar a entender a los participantes, mediante la descripción de un modelo de recuperación de cuatro fases, qué puede deparar la recuperación de los usuarios.
- Ayudar a los participantes a reconocer las características de cada fase de la recuperación.
- Ayudar a los participantes a reconocer los riesgos de recaída particulares que los que los usuarios pueden encontrarse en cada fase de recuperación.
- Ayudar a los participantes a saber más sobre disparadores del deseo (*craving*) y la forma en que, la familia y los usuarios pueden evitarlos o afrontarlos.

Materiales

- EF 5A— Programa horario diario
- EF 5B— Justificaciones de la recaída

Presentación PowerPoint (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 44 a 55 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

Discusión Abierta (15 - 20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Presentación

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matrix.

Diapositiva 5-1— Mapa de la recuperación

- Esta presentación planteará la recuperación como si fuera una ruta predecible (como un mapa de carretera) a través de una serie de cuatro fases de recuperación.
- Las personas en recuperación probablemente experimenten síntomas y cambios físicos y emocionales en cada fase de recuperación, y cada fase lleva consigo unos riesgos de recaída concretos. La familia será probablemente testigo de estos cambios y síntomas.
- Esto no significa que todas las personas y sus familias experimenten la recuperación de la misma manera; aunque el progreso general es predecible, cada persona en recuperación seguirá su propio mapa.
- Unos cuantos progresarán de fase a fase suavemente, algunos se “atascarán” durante un tiempo en alguna fase y otros desviarán su rumbo por completo, antes de volver de nuevo a progresar.

- Incluso con esta variabilidad, ser consciente de las etapas de recuperación puede dar a la persona en recuperación y a su familia una idea básica de lo que puede esperar durante el proceso de recuperación.
- Saber lo que se puede esperar puede ayudar a las personas a evitar fallos y permanecer en el camino hacia la recuperación.
- Saber lo que se puede esperar ayuda a los miembros de la familia a entender el proceso de mejora y les permite proporcionar más apoyo a la persona en recuperación.

Diapositiva 5-2— Fases de la recuperación

- Las fases de recuperación que abordaremos son:
 - Fase 1: Retirada
 - Fase 2: Abstinencia temprana (llamada algunas veces la fase de “luna de miel” o de “nube rosa”)
 - Fase 3: Abstinencia prolongada (llamada algunas veces “el muro”)
 - Fase 4: Adaptación y resolución

Diapositiva 5-3— Fase 1: Retirada

- La fase de retirada empieza con el primer abandono del consumo de drogas y alcohol.
- Esta fase dura de 1 a 2 semanas.
- Las características típicas de la fase de retirada (particularmente para los que usan metanfetamina u otros estimulantes) suponen

- Desintoxicación física	- Insomnio y prolongados periodos de sueño
- Deseos intensos de la droga	- Pensamiento desordenado
- Depresión o ansiedad	- Paranoia
- Baja energía	- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse
- Irritabilidad o agresividad	- Sensación de hambre intensa
- Agotamiento	
- Si las personas hay utilizado en exceso otras drogas, como tranquilizantes, barbitúricos o heroína, o han bebido alcohol en exceso, pueden experimentar síntomas de la retirada de esas drogas también.
- La depresión, ansiedad y paranoia que las personas experimentan con la primera abstinencia de estimulantes son el resultado directo del ajuste cerebral a la ausencia de una droga estimulante y, en la mayoría de casos, son temporales.
- Es importante para la persona que se encuentra en esta fase y su familia entender que estos estados emocionales pasarán, pero cada una de ellos puede llevar, a corto plazo, a pensamientos o planes suicidas. Si la depresión, ansiedad o paranoia es muy grave, puede ser recomendable una consulta psiquiátrica.
- Además de experimentar los síntomas o características relacionados, las personas en recuperación pueden necesitar atención médica para problemas resultantes del uso de drogas, como pueden ser.

- Convulsiones	- Carencias vitamínicas
- Infecciones en las zonas de inyección	- Problemas respiratorios
- Problemas cardiovasculares	- VIH/SIDA
- Pérdida grave de peso	- Hepatitis C

Diapositiva 5-4—Retirada (Factores de riesgo de recaída)

- Durante la fase de retirada, las personas tienden a sentir que pierden el control de sus vidas.
- Síntomas como paranoia, depresión, miedo o retirada, y patrones alterados del sueño contribuyen a ser más vulnerables al deseo (*craving*).
- El tiempo desestructurado y la proximidad a los disparadores, aumentan el riesgo de recaída.

Diapositiva 5-5—Retirada (Estructura)

- El concepto de estructura es una parte importante del tratamiento Matrix.
- Las personas en tratamiento ambulatorio, con la ayuda de sus familias, deben aprender a diseñar su propia estructura, porque el tratamiento ambulatorio no proporciona la estructura de un recurso residencial.
- Crear una estructura mediante la programación del tiempo puede ayudar a las personas en recuperación a sentir que tienen más control de su vida.
- La estructura diseñada por los usuarios
 - Ayuda a evitar disparadores evitables mediante un plan para evitarlos
 - Es lo opuesto al estilo de vida del uso de drogas
 - Proporciona un fundamento básico concreto para continuar hacia la recuperación
 - Crea el concepto de “un día a la vez”
 - Reduce ansiedad
- Los usuarios de Matrix aprenden a programar su tiempo fuera del tratamiento.
- Los miembros de la familia pueden ayudarles en su esfuerzo de programación.⁴⁵

Diapositiva 5-6— Construyendo bloques de estructura

- Con la ayuda de su terapeuta y los miembros de su familia, las personas en recuperación crean estructura organizando y planificando su tiempo con hojas de programación.
- El cuadernillo SP5A— Horario Diario proporciona un ejemplo de formulario que puede usarse para ayudar a los usuarios a estructurar su tiempo.
- La construcción de bloques de la estructura de un usuario debería incorporar opciones nuevas libres de drogas, como son:
 - Actividades del tratamiento
 - Programación del tiempo
 - Interés en nuevas o antiguas pero dormidas actividades recreativas o de tiempo libre
 - Eventos relacionados con la familia
 - Actividades espirituales
 - Asistir a programas de los 12 pasos o grupos de autoayuda
 - “Construcción de la Isla” (planificar momentos concretos o “islas” de descanso, relajación, o que puedan ser de diversión)
 - Trabajo, educación o actividades de voluntariado
 - Deporte o ejercicio físico
 - Actividades con amigos que no tomen drogas
- El resultado final es un plan diario de actividades que promueven la recuperación y reducen la posibilidad de aburrimiento, toma de decisiones impulsiva, exposición a disparadores y recaída.

Diapositiva 5-7— Dificultades de la programación

- Programar debería ser una experiencia positiva, pero algunas veces programar puede llegar a ser tedioso o estresante.
- Algunos de los problemas de programación que una persona en recuperación puede encontrarse son:
 - Programas irreales (por ejemplo, trabajar 8 horas, llevar a los niños a una actividad extraescolar, asistir a una sesión de grupo Matrix, asistir a una reunión de los 12 pasos y hacer ejercicio; todo en 1 día)
 - Programas no equilibrados (insuficiente o demasiado tiempo libre, por ejemplo)
 - Programas imposibles (permitir que otros le digan lo que hacer y como hacerlo, por ejemplo, que raramente escoja uno mismo las actividades)
 - No tener apoyo de otras personas significativas
 - Vacaciones, enfermedades y otros cambios que pueden perturbar la programación.
- Es importante que los usuarios del tratamiento Matrix trabajen estrechamente con su terapeuta para aprender como programar de forma apropiada y planificar como afrontar sucesos imprevistos que pueden desorganizar el programa.
- Es igualmente importante que la familia apoye los esfuerzos del usuario para programar su tiempo.
- Programar y crear estructura en la vida propia, es una habilidad que necesita práctica.

Diapositiva 5-8— Fase 2: Abstinencia temprana

- A la fase de abstinencia temprana se le llama algunas veces la fase de luna de miel o de nube rosa, porque es la fase en la que las personas se suelen sentir mucho mejor y empiezan a pensar que sus problemas con las sustancias están resueltos.
- Esta fase suele durar unas 4 semanas.
- Las características típicas de la fase de abstinencia temprana (concretamente para los que usan metanfetamina y otras drogas estimulantes) son:
 - Aumento de energía y optimismos
 - Exceso de confianza
 - Dificultad para concentrarse
 - Continuos problemas de memoria
 - Preocupación por la ganancia de peso
 - Sentimientos intensos
 - Cambios de humor
 - Uso de otras drogas
 - Falta de habilidad para priorizar
 - Leve paranoia

Diapositiva 5-9— Abstinencia temprana (Factores de riesgo de recaída)

- Durante esta fase, mejora el estado de ánimo de las personas, tienen más energía, disminuye el deseo y aumentan la confianza y el optimismo.
- Este incremento de energía hace que determinadas personas lleguen a implicarse demasiado con su trabajo, "adictos al trabajo", que a su vez, como personas en recuperación, puede llevarlas a recaer por:
 - Autocuidados negligentes
 - Llegan a estar muy cansados y estresados
 - Disminuye su implicación en el tratamiento y otras actividades de recuperación
- El exceso de confianza puede también causar problemas; las personas en recuperación pueden empezar a creer "Dejar la droga está chupado" Esta creencia puede llevarlos a pensar que:
 - No necesitan prolongar más el tratamiento
 - Pueden estar seguros con amigos o miembros de la familia que consumen drogas o ir a lugares donde consumieron drogas
 - Pueden tomar con seguridad otras drogas distintas a la que les causó el problema, o beber alcohol.

- La exposición a disparadores o tomar otras drogas secundarias o alcohol, suele llevar a recaer con la metanfetamina u otras drogas estimulantes.
- Las personas en esta fase suelen experimentar
 - Preocupación por la ganancia de peso
 - Resistencia a seguir cambiando la conducta
 - Falta de habilidad para priorizar
 - Paranoia ocasional
 - Ansiedad respecto a los cambios en la conducta sexual
- Las personas en esta fase necesitan:
 - Reconocer los riesgos de esta fase de recuperación
 - Aprender a canalizar la energía de la luna de miel hacia actividades de recuperación, juntar una sólida estructura de actividades con la construcción de un impulso que los lleve a través de las siguientes fases de recuperación
- Los familiares, también, necesitan reconocer que, aunque las personas en recuperación están aparentemente mejor y más optimistas, todavía necesitan apoyo y estímulo para
 - Asistir a todas las actividades de tratamiento
 - Abstenerse de tomar otras drogas y alcohol
 - Asistir a grupos de 12 pasos o autoayuda
 - Continuar programando su tiempo
 - Evitar personas y lugares asociados con el consumo de drogas
 - Hacer regularmente ejercicio físico

Diapositiva 5-10— Abstinencia temprana (parada de pensamiento)

- Independientemente de lo cuidadosas que sean las personas programando su tiempo, es probable que se encuentren una persona, un lugar, una situación o un estado emocional que dispare pensamientos de uso de drogas.
- Las personas en la fase de abstinencia temprana necesitan entender los conceptos de disparador y Parada de pensamiento. Los familiares también necesitan entender estos conceptos.
- A las personas en recuperación, la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo, puede parecerles que todas las partes de la secuencia ocurren simultáneamente.
- En realidad, las personas en recuperación pueden aprender a interrumpir la secuencia en cualquier punto.

Diapositiva 5-11—Interrupción

- Otra forma de imaginar este proceso es ver la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo como si se bajara una empinada cuesta.
- El momento para detener el pensamiento es justo después de haber reconocido el primer pensamiento de consumo de drogas.
- En ese momento, la urgencia de consumo de drogas, como muestra el círculo pequeño moviéndose hacia la figura, es todavía relativamente pequeño y controlable.
- Es todavía posible detener este proceso cuando se pasa a la fase de deseo, pero entonces es mucho más difícil. Cuando una persona está en el momento de deseo, el círculo pequeño se convierte en inmenso, una fuerza enorme que está casi fuera de control.
- Las personas en recuperación pueden no querer tomar drogas y pueden intentar desviar los deseos, pero la mayoría de veces, los deseos son tan poderosos que impulsan a la persona a la recaída.
- Un primer paso para aprender a interrumpir la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo es entender lo que constituye un disparador y aprender a reconocerlo tan rápido como sea posible.

Diapositiva 5-12— Tipos de disparadores

- Los disparadores pueden estar relacionados con
 - Personas
 - Lugares
 - Cosas
 - Momentos
 - Estados emocionales

Diapositiva 5-13— Disparadores (Personas)

- Los disparadores relacionados con personas incluyen
 - Amigos que toman drogas
 - Ausencia de personas importante (soledad)
 - Voces de amigos que toman drogas o vendedores (por ejemplo, una llamada de teléfono)
 - Parejas en relaciones sexuales con droga
 - Personas que hablan sobre el consumo de drogas como algo positivo
 - Vendedores de droga

Diapositiva 5-14— Disparadores (Lugares)

- Los disparadores relacionados con lugares pueden incluir
 - La casa del vendedor (camello)
 - Bares, discotecas
 - Barrios donde se toman drogas
 - Trabajo
 - Algunos rincones de la calle
 - Cualquier lugar asociado al consumo

Diapositiva 5-15— Disparadores (Cosas)

- Los disparadores relacionados con objetos o cosas pueden incluir
 - La parafernalia de la droga
 - Dinero/Tarjetas de crédito/Cartilla
 - Películas o espectáculos de televisión sobre o que representan consumo de alcohol o drogas
 - Revistas o películas de sexo explícito
 - Música asociada al consumo
 - Usar otra droga que la que causó los problemas o beber alcohol

Diapositiva 5-16— Disparadores (Momentos)

- Los disparadores relacionados con momentos concretos pueden incluir
 - Momentos de ocio
 - Después del trabajo
 - Vacaciones
 - Cumpleaños, aniversarios y otras ocasiones especiales
 - Momentos de estrés
 - Días de cobro
 - Noches de viernes y sábado

Diapositiva 5-17— Disparadores (Estados emocionales)

- La realidad de las personas en recuperación es que cualquier estado emocional, positivo o negativo, puede ser un disparador si ha sido asociados con el consumo de alcohol o drogas.
- Los disparadores relacionados con estados emocionales suponen
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Aburrimiento
 - Miedo
 - Activación sexual, privación o ansiedad sobre la ejecución
 - Fatiga (o temor a fatigarse)
 - Ira
 - Frustración
 - Preocupación sobre la ganancia de peso

Diapositiva 5-18— Parada de pensamiento

- Las técnicas de Parada de pensamiento pueden usarse para interrumpir el ciclo disparador-pensamiento-deseo-uso.
- El primer paso para usar con éxito la técnica de Parada de pensamiento es identificar los pensamientos de consumo de drogas (“pensamientos de uso”) tan pronto como ocurren.
- Las personas noveles en la recuperación no siempre lo hacen cuando tienen pensamientos de consumo de drogas, pero pueden aprender a hacerlo tomando conciencia de sus procesos de pensamiento.
- Cuando las personas reconocen un pensamiento de consumo, pueden elegir interrumpir el pensamiento usando una de estas técnicas de detención de pensamiento:
 - Visualización
 - Cuando las personas experimentan pensamientos de consumo de drogas, pueden visualizar un interruptor o palanca e imaginar que la mueven del ON (encendido) al OFF (apagado) para parar los pensamientos de consumo de drogas o alcohol.
 - Es importante tener otro pensamiento preparado para reemplazar los pensamientos de consumo de droga o alcohol.
 - El pensamiento debería ser uno placentero, o uno que sea significativo para la persona y que no suponga el uso de alcohol o droga.
 - Gomazo
 - La técnica de la goma elástica ayuda a las personas en recuperación “golpeando” su atención lejos de los pensamientos de consumo de alcohol o drogas.
 - Las personas, simplemente, pueden ponerse una goma elástica en su muñeca, como una pulsera, de forma que quede algo holgada.
 - Cuando un pensamiento de deseo o de consumo de drogas se produce, las personas golpean ligeramente la goma contra su muñeca y dicen “NO” (gritando o no, dependiendo de las circunstancias) a los pensamientos de droga o alcohol.
 - Como con la visualización, las personas necesitan tener otro pensamiento preparado que reemplace a los pensamientos sobre droga y alcohol.
 - Esta técnica funciona mejor si las personas llevan la goma durante todo el tiempo
 - Relajación
 - Los deseos crean frecuentemente sensaciones de vacío, pesadez y retortijones en el estómago.
 - Estas sensaciones pueden ser frecuentemente aliviadas mediante la respiración profunda, se llenan los pulmones de aire y lentamente se suelta, se repite el proceso tres veces y la persona se centra en relajar el cuerpo tanto como sea posible durante unos minutos.
 - Este proceso puede repetirse tantas veces como se presenten las sensaciones.
 - Llamar a alguien
 - Hablar con otros proporciona una salida a los sentimientos y permite a las personas “escuchar” su proceso de pensamiento.
 - Las personas en recuperación deberían llevar consigo los números de teléfono de personas de apoyo, incluyendo familiares, con ellos podrían llamar a alguien cuando se necesite apoyo.

Diapositiva 5-19— Actividades no-disparadoras

- Si la Parada de pensamiento funciona, pero los pensamientos regresan frecuentemente, las personas en recuperación pueden cambiar su entorno más cercano o involucrarse en actividades que requieren una total concentración.
- Ejemplos de actividades no-disparadoras podrían ser:
 - Ejercicio
 - 12 pasos o reuniones de grupos de autoayuda
 - Actividades recreativas o aficiones nuevas
 - Películas sin tema de drogas
 - Actividades religiosas o comunidad espiritual
 - Periodos estructurados/supervisados (con la familia o amigos no consumidores, por ejemplo)
 - Meditación o rezar
 - Comer o dormir
- Una persona en recuperación debería tener una lista de actividades a mano para las ocasiones en las que pueda ser necesaria.

Diapositiva 5-20— Fase 3: Abstinencia prolongada

- La fase de abstinencia prolongada dura aproximadamente entre 3 y 4 meses.
- Esta fase (también llamada el Muro) supone una vuelta atrás desde la cúspide de la fase de luna de miel a un periodo de baja energía y un estado emocional caracterizado frecuentemente por apatía, depresión y anhedonia (incapacidad para experimentar placer).
- Este cambio es posible incluso suponiendo que la persona en recuperación continúa haciendo cambios positivos en su vida y comienza a recoger los beneficios de la recuperación.
- Las características habituales de esta fase de recuperación incluyen:
 - Continuos cambios en el estilo de vida
 - Ira y depresión
 - Episodios de paranoia o recelo
 - Soledad
 - Adaptación familiar y conflicto
 - Preocupación por la pérdida del impulso sexual, dificultades con el funcionamiento sexual y reducción de la actividad sexual
 - Beneficios positivos de la abstinencia
 - Cambios emocionales
 - Pensamiento turbado
 - Ganancia de peso
 - Regreso de los deseos de droga
 - Regreso de antiguas conductas
- Es importante para la gente en recuperación y sus familiares saber que los cambios en esta fase son el resultado de un proceso de mejora continuo en el cerebro y que, si las personas permanecen abstinentes, la química de sus cerebros se estabilizará y las emociones negativas y la baja energía de esta fase pasarán.

Diapositiva 5-21— Abstinencia prolongada (Factores de riesgo de recaída)

- Los factores de recaída propios de esta fase son:
 - Aumento de la emotividad
 - "Deriva" conductual
 - Disminución de la capacidad para sentir placer
 - Preocupación por la ganancia de peso
 - Autocuidado deficiente
 - Baja energía/fatiga
 - Consumo secundario de drogas o alcohol
 - Rotura de la estructura
 - Conflictos interpersonales

- Pérdida de motivación
- Ansiedad sexual
- Insomnio
- Paranoia
- Justificación de la recaída
- La persona en recuperación es especialmente vulnerable a la recaída en la fase de abstinencia prolongada porque percibe que los estados emocionales negativos y la baja energía característicos de esta fase persistirán indefinidamente.
- La persona en esta fase puede llegar a pensar que si las sensaciones de la recuperación son tan malas, puede que no merezca la pena.
- Este pensamiento, y la baja energía y fatiga, pueden llevar a una deriva conductual, un abandono gradual de la estructura (incluyendo actividades del tratamiento y reuniones de los 12 pasos o grupos de autoayuda) y otros cambios conductuales que han costado mucho de conseguir.
- Conforme se rompe la estructura, la persona puede experimentar más pensamientos sobre consumo de drogas o alcohol y empezar a crear justificaciones para consumirlos.
- Es crucial que la persona en recuperación anticipe el Muro y lo entienda como una fase temporal.
- Es crucial que una persona en recuperación permanezca en tratamiento y mantenga los cambios conductuales ya hechos hasta el momento para evitar una secuencia de inercia, aburrimiento, pérdida del objetivo de recuperación, justificación de la recaída y, por último, recaída.
- Un buen autocuidado, particularmente ejercicio regular, y la comprensión y apoyo de los familiares pueden ayudar en gran medida a que la persona gestione esta fase con éxito.

Diapositiva 5-22—Alcohol y drogas secundarias

- Es normal en las personas en todas las fases de recuperación distraerse a veces con la idea de consumir otras drogas distintas de las que ellos consideran que son su problema principal (llamadas “drogas secundarias”).
- El consumo de drogas secundarias o alcohol es un problema característico de la fase de abstinencia prolongada, dados los estados emocionales incómodos característicos de esta fase y la tendencia a disminuir la estructura de apoyo.
- Las personas en recuperación pueden llegar a decirse, “Mi problema es con la metanfetamina, nunca he tenido problemas con los porros. Necesito relajarme un poco”.
- Consumir una droga secundaria o alcohol es una mala idea y puede llevar rápidamente a la recaída en el consumo de la droga principal a través de varias vías:
 - Desinhibición cortical. Consumir una droga secundaria o alcohol puede hacer que el córtex prefrontal, la parte del cerebro humano responsable de la toma de decisiones racional, llegue a desinhibirse (esté menos activo), esto allana el camino para volver al consumo de la droga principal. Esto es especialmente probable y el consumo de la droga secundaria expone a las personas a los disparadores asociados con el consumo de la droga principal (comprando al mismo camello, por ejemplo).
 - Inducción del deseo de estimulantes. Los estudios del Instituto Matrix han mostrado que, si la cocaína o la metanfetamina son las drogas de elección, volver al consumo de alcohol aumentará el riesgo de recaída de estimulantes en un 800 por ciento. La vuelta al consumo de marihuana hará lo mismo en un 300 por ciento. Estos resultados son así incluso si el usuario no era adicto al alcohol o a la marihuana.
 - Conflicto con la filosofía del grupo de 12 pasos. Si las personas en recuperación consumen drogas secundarias o alcohol, es poco probable que continúen asistiendo a los grupos de 12 pasos, grupos vitales para la recuperación, porque el uso de cualquier droga ilícita o alcohol es contrario a la filosofía del grupo y las personas que lo hacen estarán más y más incómodas en las reuniones.

- Efecto de violación de la abstinencia. Hay una marcada tendencia de las personas a pensar, "Vale, he bebido otra vez; podría también tomar un poco de meta".
- Interferencia con nuevas conductas. Consumir un drogas secundaria o alcohol para afrontar los problemas o el estrés vital interferirá con el aprendizaje de nuevas conductas de afrontamiento, que son necesarias para asegurar una recuperación a largo plazo.

Diapositiva 5-23— Abstinencia prolongada (Justificación de la recaída)

- La justificación de la recaída sucede cuando el cerebro del adicto intenta proporcionar una aparentemente razón racional (justificación) para la conducta que pone a la persona en recuperación cerca de un desliz.
- Es crucial que las personas en recuperación y sus familiares aprendan a reconocer una justificación tan pronto como aparezca.
- La mayoría de las justificaciones de la recaída se basan en la falsa premisa de que las personas en recuperación no tienen posibilidad de elegir entre consumir drogas o permanecer en recuperación.
- Aunque en algún momento, el consumo puede llegar a ser inevitable (por ejemplo, en el momento que las personas están en casa del camello, probablemente no tienen mucha capacidad de elección; el deseo tiene en ese momento el control), pueden elegir no ponerse en situaciones de riesgo.
- Los pensamientos de recaída cobran poder si no han sido reconocidos o debatidos abiertamente antes.
- Las justificaciones de recaída pueden tomar diferentes formas:
 - Otras personas me llevan a hacerlo.
 - Lo necesitaba para algo concreto.
 - Me estaba probando a mí mismo.
 - No fue fallo mío.
 - Fue un accidente.
 - Me sentía mal.

Diapositivas 5-24 a 5-29— Justificaciones de recaída

- El cuadernillo EF 5B— Justificaciones de recaída identifica las excusas para el consumo en las Diapositivas 5-24 a 5-29 y trata el proceso de la justificación de la recaída.

Diapositiva 5-30— Fase 4: Adaptación y resolución

- La fase de adaptación/resolución dura aproximadamente de 4 a 6 meses.
- Aunque una persona puede haber superado bien la retirada física y puede haber mejorado de muchos, o de la mayoría, de los efectos físicos del consumo de la sustancia, la recuperación está lejos de haber terminado.
- Hay frecuentemente una gran sensación de haber cumplido después de pasar la fase del Muro.
- Esta sensación puede resultar en la falsa creencia de que, por fin, la vida de uno puede volver a la normalidad pretratamiento.
- Las personas en recuperación que afrontan con éxito esta fase (y sus familiares) deben reconocer que los cambios hechos en el estilo de vida y las relaciones son ahora la nueva definición de "normal".
- Una vez que las personas han completado el tratamiento, necesitan cambiar la forma de aprender nuevas habilidades para:
 - Mantener un estilo de vida equilibrado
 - Monitorizar señales de recaída
 - Reconocer y aceptar que la recuperación de la adicción es un proceso para toda la vida
 - Desarrollar nuevas áreas de interés
- Dado el aumento de la estabilidad emocional de esta fase, la persona puede estar lista para abordar significativos, y algunas veces volátiles, temas subyacentes que se han evitado o no han surgido antes.

Diapositiva 5-31— Adaptación y resolución (Factores de riesgo de recaída)

- Dado que los deseos ocurren con menor frecuencia y con menos intensidad en esta fase de recuperación, las personas pueden:
 - Creer que pueden consumir una droga secundaria con seguridad
 - Relajar su vigilancia sobre las señales de recaída
 - Relajar la estructura de recuperación que han creado, poniéndose en situaciones de alto riesgo.
- Volver a relacionarse con personas que usan estimulantes
- Abandonar las actividades de recuperación, perdiendo el impulso de recuperación
- Abandonar el ejercicio y otras actividades de autocuidado
- Las personas en recuperación y sus familiares también pueden entrar en conflicto con aceptar la naturaleza crónica de la adicción y la recuperación.
- La emergencia o reemergencia de temas emocionales o de relación pueden provocar malestar y deseos de consumo de alcohol o drogas, estos temas necesitan ser tratados en un marco terapéutico para evitar posibles recaídas.

Diapositiva 5-32— Adaptación y resolución (Equilibrio)

- Una tarea crucial para esta fase de recuperación (y para el futuro) es desarrollar equilibrio en la propia vida.
- Esta representación de un pastel de recuperación ilustra el equilibrio en el estilo de vida necesario para sostener la continuidad de la abstinencia y la sobriedad.
- Cada individuo necesita encontrar el equilibrio óptimo que le funcione.
- Las familias pueden ayudar a la gente en recuperación a encontrar y mantener este equilibrio en sus vidas.

Sesión 6: Afrontar la posibilidad de una recaída (Grupo de discusión multifamiliar)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Ayudar a los participantes a explorar sus sentimientos y miedos sobre la recaída.
- Ayudar a los usuarios y sus familiares a entender mejor los miedos y necesidades de unos y otros.
- Ayudara a los participantes a compartir sus ideas sobre cómo afrontar la recaída.

Materiales

- EF 6A— Afrontar la posibilidad de recaída: para la persona en recuperación
- EF 6B— Afrontar la posibilidad de recaída: para los familiares de la persona en recuperación
- EF 6C— Familiares y recuperación

Introducción (2–3 minutos)

El terapeuta explica que:

- La sesión de hoy proporciona a los usuarios y sus familiares la oportunidad de hablar sobre asuntos y miedos relacionados con la posibilidad de recaída.
- La recaída en el consumo de alcohol o drogas puede ocurrir si se ha logrado previamente la abstinencia.
- Muchas personas tienen una recaída en algún momento. La recuperación es como el aprendizaje de una difícil habilidad; la mayoría de personas no son capaces de adquirir la habilidad de recuperación sin tener errores.
- Sin embargo, la recaída no es inevitable. Algunas personas consiguen la recuperación a largo plazo sin recaer.
- Los familiares también pueden recaer; los que han aprendido nuevas y saludables formas de comunicarse y comportarse pueden recaer en antiguas formas de comunicarse y comportarse y pueden dejar de cuidarse cuando el familiar en recuperación recaer en el consumo de drogas y alcohol.
- Es normal que las personas en recuperación y sus familiares teman la recaída.

Revisión de los Materiales (10–15 minutos)

El terapeuta

- Da a los usuarios una copia del cuadernillo EF 6A— Afrontar la posibilidad de recaída: Para la persona en recuperación y les pide que lean la información, que la examinen con atención y que escriban sus respuestas a las preguntas
- Da a los familiares una copia del cuadernillo EF 6B— Afrontar la posibilidad de recaída: Para los familiares de la persona en recuperación y les pide que lean la información, que la examinen con atención y que escriban sus respuestas a las preguntas.
- Les dice a los participantes que sus respuestas a las preguntas servirán de guía en la discusión; nadie verá sus respuestas

Discusión Guiada (50–55 minutos)

El terapeuta

- Facilita la discusión, utiliza las respuestas a los Materiales para darle estructura
- Refuerza las buenas ideas para afrontar la recaída que surjan en la discusión

Resumen (2–3 minutos)

El terapeuta

- Resume las ideas para afrontar con efectividad la recaída que se han discutido en el grupo
- Le da a los familiares el cuadernillo EF 6C— Familiares y recuperación
- Explica que la ficha contiene algunos conceptos que son importantes que recuerden los familiares de una persona en recuperación y que remitirse a ellos de vez en cuando puede ser útil

Discusión abierta (15 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Sesión 7: Opiáceos y drogas de diseño (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia de dos grupos de drogas: los opiáceos (por ejemplo, heroína, morfina) y Drogas de diseño (por ejemplo, ketamina, LSD, y éxtasis).
- Familiarizar a los participantes los peligros que suponen para la recuperación los opiáceos y las drogas de diseño.

Materiales

- EF 7A— Hoja de datos: Opiáceos
- EF 7B—Hoja de datos: Drogas de diseño

Presentación Power-Point (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 58 a 66 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

Discusión abierta (15 - 20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matrix.

Diapositiva 7-1—Opiáceos y drogas de diseño

Esta presentación ofrece un resumen sobre los opiáceos y las Drogas de diseño, incluyendo lo que son, quién las consume, sus efectos en el cuerpo y los riesgos que suponen para la recuperación.

Los Materiales EF 7A— Hoja de datos: Opiáceos y el EF 7B— Hoja de datos: Drogas de diseño resumen la información que se tratará en esta sesión.

Diapositiva 7-2— La importancia de la abstinencia total

- Para que el tratamiento funcione, las personas en recuperación deberían estar totalmente abstinentes. La abstinencia de toda sustancia psicoactiva aumenta enormemente las oportunidades de éxito en la recuperación.
- Si las personas que están en tratamiento abusan de los estimulantes, deben dejar el alcohol y todas las drogas ilegales, incluyendo drogas como la marihuana, que algunos creen que no es perjudicial, para asegurar el éxito de la recuperación.

Diapositiva 7-3— ¿Qué son los opiáceos?

- Los opiáceos son un grupo de drogas que actúan sobre los receptores opiáceos del cerebro. Los opiáceos pueden fabricarse de fuentes naturales (p. e. amapolas) o sintéticas.
- Los opiáceos naturales (como la morfina y la heroína) y los sintéticos (como la meperidina y la oxycodona) tienen efectos similares.
- Los opiáceos tratan el dolor efectivamente porque embotan la sensación y alivian la ansiedad que se produce por la anticipación del dolor.
- Las personas abusan de los opiáceos porque les proporcionan unas poderosas sensaciones de euforia o un “subidón”.

Diapositiva 7-4— Efectos físicos de los opiáceos

- Una vez que los opiáceos han entrado en el cerebro, hacen efecto en cuestión de minutos.
- Los efectos físicos del consumo de opiáceos son disminución del tamaño de las pupilas, enrojecimiento de la piel, y una sensación de pesadez en las extremidades. Se describe a las personas adictas a la heroína como “gente que da cabezadas” (nodding) porque parece que están a punto de caer dormidos.
- Al subidón de euforia le sigue un estado de somnolencia. La tasa respiratoria y cardíacas son lentas durante este momento. Los dolores de cabeza y mareos son normales. Estos efectos inmediatos se desvanecen pocas horas después de haber tomado la droga.

Diapositiva 7-5— Opiáceos y tolerancia

- Conforme las personas continúan consumiendo opiáceos, se necesitan más y más altas dosis para conseguir los mismos efectos. Esto se llama “tolerancia.”
- Eventualmente, la tolerancia de una persona a los opiáceos significa que si se toma la droga para evitar los síntomas de la retirada, no se consigue el “subidón” (high).

Diapositiva 7-6— Dependencia frente a adicción

- El consumo repetido de opiáceos puede producir dependencia y adicción.
- Las personas que toman opiáceos porque le han sido prescritos por su médico para combatir el dolor, raramente llegan a ser adictos.
- Con el consumo a largo plazo, incluso las personas que lo toman como medicación prescrita llegan a ser dependientes de los opiáceos.
- Estas personas debe dejar de tomar los opiáceos como medicación para el dolor gradualmente o tendrán síntomas de retirada.⁵⁹
- La adicción se caracteriza por dependencia física acompañada de una urgencia compulsiva a tomar la droga, incluso si esto puede llevar consecuencias negativas.

Diapositiva 7-7— Abstinencia de los opiáceos

- Una persona dependiente o adicta entrará en retirada si los opiáceos se interrumpen de repente. Los síntomas de retirada (síndrome de abstinencia) incluyen inquietud, dolor muscular y óseo grave, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos y piel de gallina (el origen de la frase “ir al pavo frío”, usada para describir la entrada en la retirada).
- La retirada puede tomarse hasta una semana para seguir su curso. No suele ser fatal en adultos sanos, pero puede dar lugar a un parto prematuro o un aborto involuntario en una mujer embarazada.

Diapositiva 7-8— Abuso de opiáceos prescritos

- Los opiáceos prescritos de los que las personas principalmente abusan son codeína, oxycodona (OxyContin®, OxyNorm®, Targin®), hidrocodona (Vicodina®), meperidina (Dolantina®, Demerol®) y hidromorfona (Jurnista®)
- Nos centraremos brevemente en la oxycodona en las siguientes diapositivas. OxyContin es la forma más fuerte disponible de la oxycodona.

Diapositiva 7-9—Oxicodona (Patrones de uso)

- El abuso de oxicodona parece aumentar.
- Según la National Survey on Drug Use and Health de 2004, más del 10 por ciento de las personas, en Estados Unidos, con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años han tomado oxicodona sin receta médica. El número de personas que abusan de la oxicodona ha aumentado cada año desde que la droga entró en el mercado en 1995.
- La mayoría de las personas que abusan de la oxicodona son mayores de 30 años.
- En 2004, el 5 por ciento de los estudiantes mayores de secundaria informaban haber usado oxicodona al menos una vez.

Diapositiva 7-10—Oxicodona (Hechos)

- La oxicodona es una pastilla de liberación prolongada que se prescribe a las personas con dolor de larga duración, como el dolor del cáncer o el dolor de espalda.
- Las personas obtienen oxicodona ilegalmente diciendo que padecen dolor, falsificando recetas y robando farmacias.
- Para superar acción de liberación prolongada, las personas que abusan de la oxicodona machacan la pastilla y se la tragan, la esnifan o la disuelven en agua y se la inyectan.
- Tomada de estas formas, la oxicodona produce un subidón de euforia como el de la heroína.
- Los nombres en la calle de la oxicodona son, entre otros oxy, OC, kickers, killers, blue y heroína hillbilly .

Diapositiva 7-11— Oxicodona (Peligros)

- OxyContin contiene una dosis mucho mayor de opioide que otras formulaciones de la oxicodona, como son OxyNorm o Targin.
- Los riesgos de respiración peligrosamente lenta, ataque cardíaco y sobredosis aumentan cuando las pastillas se machacan antes de tomarlas.
- Las personas que disuelven las pastillas y se inyectan la solución, se enfrentan además al riesgo de enfermedades como la hepatitis y el VIH/SIDA que están ligadas con agujas sucias.
- Como los opiáceos, la oxicodona es altamente adictiva cuando se abusa de ella.

Diapositiva 7-12—Heroína (Patrones de uso)

- Los principales opioides naturales de abuso son la heroína y la morfina. Nos centraremos en la heroína in las próximas diapositivas.
- Sobre el 1,6 por ciento de las personas de 12 o más años han consumido heroína. Más del 3,1 por ciento de los estudiantes de secundaria han consumido heroína.
- Alrededor de 1 millón de personas en los Estados Unidos puede ser adicto a la heroína.
- Entre los caucásicos, hispanos y todas las personas menores de 26 años, la heroína está asociada a más muertes que cualquier otra sustancia, excepto el alcohol.
- La heroína esta ligada con el 15 por ciento de todas las atenciones en urgencias en los Estados Unidos.
- La mayoría de personas que usan heroína son hombres caucásicos mayores de 30 años que viven en áreas urbanas. La edad a la que se comienza a consumir heroína descendido de la mitad de la veintena en 1990 al comienzo de la veintena en 2000.
- El aumento de consumo entre la gente joven se puede en parte atribuir a que, en los últimos años, formas más puras de heroína son más baratas y están más disponibles. Esta heroína más pura puede fumarse o esnifarse, más que inyectarse.
- Fumar y esnifar heroína ha aumentado su popularidad porque, erróneamente las personas suponen que fumar o esnifar heroína no lleva a la adicción. El miedo a usar agujas también ha contribuido a aumentar el uso de estas vías de administración.

Diapositiva 7-13—Heroína (Hechos)

- La heroína esta hecha a partir de la morfina, la cual se obtiene de la amapola. Se usó como un remedio para el dolor a finales del siglo XIX y principios del XX. Debido a que es altamente adictiva y a que se comenzó a disponer de otros analgésicos, la heroína se prohibió en 1914.
- La heroína pura es un polvo blanco. La heroína comprada en la calle varía en color, desde el blanco al marrón oscuro y suele estar mezclada con otras sustancias como azúcar, leche en polvo, almidón o venenos, como la estricnina.
- La heroína se conoce en la calle por muchos nombres, caballo, jaco, potro, dama blanca, chiva.

Diapositiva 7-14—Heroína (Peligros)

- Las personas que consumen heroína suelen estar tan centradas en obtener la droga que descuidan la mayoría de los restantes aspectos de su vida.
- Experimentan pérdida de peso, deshidratación y malnutrición. Algunos llegan a empobrecerse y comenzar una actividad delictiva.
- La sobredosis accidental es un peligro destacado, debido a que la pureza de la heroína suele ser variable.

Diapositiva 7-15—Heroína (Riesgos de enfermedad)

- La mayoría de personas que consumen heroína regularmente se la inyectan. Los que empiezan fumando o esnifando heroína suelen acabar inyectándose, porque les proporciona un efecto más intenso y más rápido.
- El consumo de droga inyectada se estima que es causante de un tercio de todos los caso de VIH y de más de la mitad de todos los casos de hepatitis C en los Estados Unidos.
- Inyectarse heroína puede llevar a colapsar las venas, obstruir los vasos sanguíneos, infecciones bacteriales del corazón y los vasos sanguíneos, neumonía, tuberculosis

y

enfermedades del hígado o riñón.

Diapositiva 7-16— ¿Qué son las Drogas de diseño?

- Las Drogas de diseño incluyen una amplia variedad de sustancias, de muchas de las cuales se piensa erróneamente que son relativamente seguras. Se incluyen el ácido gamma hidroxibutírico (GHB), Rohipnol, ketamina, dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y MDMA o éxtasis.
- Las Drogas de diseño se usaron al principio por personas menores de 30 años, caucásicos; los estudiantes de secundaria y universitarios muestran altos niveles de consumo.
- Las Drogas de diseño se usan en hermandades universitarias, clubs de baile, bares, conciertos y fiestas que duran toda la noche, conocidas como raves.

Diapositiva 7-17—GHB (Patrones de uso)

- La mayoría de las personas que consumen GHB están entre los 18 y los 30 años. La mayoría son caucásicos, hombres de clase media.
- El consumo de GHB creció precipitadamente durante los años 90. Hubo 56 atenciones en urgencias relacionadas con el consumo de GHB en 1994; en 2002 hubo cerca de 5.000 atenciones. Esto representa un 9.000 por ciento de aumento en 8 años. Los informes de atenciones en urgencias muestran que el consumo de GHB ha disminuido desde 2002.
- Aproximadamente el 2 por ciento de los estudiantes mayores de secundaria consumieron GHB al menos una vez en 2004.

Diapositiva 7-18—GHB (Hechos)

- GHB se fabrica en laboratorios ilegales a partir de ingredientes baratos. Es un polvo ligeramente coloreado que se disuelve fácilmente en un líquido. Cuando se disuelve en líquido es transparente, inodoro e insípido.
- En las discotecas, se vende frecuentemente por tapones, en forma de líquido de una botella de agua o de bebida deportiva.
- GHB se conoce por los nombres de la calle de éxtasis líquido, G y líquido G.

Diapositiva 7-19—GHB (Efectos físicos)

- GHB produce euforia y estados alucinógenos, acompañados por pérdida de control del equilibrio, del habla y descoordinación. GHB produce efectos de 15 a 30 minutos después de ingerir una dosis. Los efectos duran de 3 a 6 horas.
- A altas dosis puede ocurrir, respiración peligrosamente lenta, pérdida de la conciencia, coma y sobredosis. Si se mezcla GHB con alcohol, puede producirse la muerte.
- Desde 1990, se han dado 16000 casos de sobredosis de GHB y 70 muertes por GHB.

Diapositiva 7-20—Rohipnol (Patrones de uso)

- La mayoría de las personas que consumen Rohipnol están entre los 13 y los 30 años y son hombres.
- El consumo de Rohipnol parece haber descendido en la mayor parte del país.
- El Rohipnol es popular entre algunos jóvenes porque es más barato que otras drogas de discoteca.
- Alrededor del 1,6 por ciento de los estudiantes mayores de secundaria consumieron Rohipnol al menos una vez en 2004.

Diapositiva 7-21—Rohipnol (Hechos)

- Rohipnol es el nombre comercial de una droga que es legal en Méjico y Europa, donde se usa para tratar el insomnio; nunca ha sido legal en los Estados Unidos.
- Las pastillas de Rohipnol se venden frecuentemente en su envoltura original, lo que puede hacer pensar a la gente que la droga es legal (en España es legal).
- Rohipnol es un depresor como Halcion, Xanax y Valium, pero mucho más fuerte.
- Rohipnol se conoce por los nombre de la calle como roofies, rophies, roche, rope y la pastilla del olvídame.

Diapositiva 7-22—Rohipnol (Efectos físicos)

- Como el GHB, Rohipnol produce euforia alucinaciones en quienes lo toman.
- Los efectos del Rohipnol comienzan 15 o 20 minutos después de haberlo tomado y pueden durar unas 12 horas.
- Los efectos del Rohipnol incluyen disminución de la presión sanguínea, dificultad para hablar, alteraciones en el juicio y dificultad para caminar.
- Rohipnol puede provocar dolor de cabeza, pesadillas, temblores, dolor muscular, problemas digestivos, conducta agresiva y pérdida del conocimiento que puede durar hasta 24 horas.

Diapositiva 7-23—Ketamina (Patrones de uso)

- Ketamina es popular entre estudiantes y adultos jóvenes que frecuentan club nocturnos y raves.
- El consumo de ketamina ha disminuido lenta pero continuamente.
- Alrededor del 1,9 por ciento de los estudiantes de secundaria mayores consumieron ketamina al menos una vez en 2004.

Diapositiva 7-24—Ketamina (Hechos)

- La ketamina es un anestésico usado por primera vez en los campos de batalla por su rápida acción. Hoy la usan exclusivamente los veterinarios. Se roban clínicas veterinarias para conseguir ketamina.
- La ketamina se produce en forma líquida pero normalmente se deseca y forma un polvo blanco, inodoro e insípido antes de venderse ilegalmente. Puede ser añadido en bebidas, esnifado o fumado con marihuana o tabaco.
- La ketamina no huele y no tiene sabor, por lo que es difícil de detectar.⁶³
- La ketamina se conoce en la calle como special K, vitamina K, kit-kat, K, super ácido.

Diapositiva 7-25— Ketamina (Efectos físicos)

- La ketamina produce percepciones alteradas y alucinaciones y puede inducir amnesia.
- A bajas dosis, las percepciones alteradas suponen una sensación placentera de flotar o estar fuera del cuerpo.
- Altas dosis pueden llevar a sensaciones terroríficas de estar cerca de la total privación sensorial conocida como agujero K (K-hole).
- Los efectos de la ketamina comienzan pocos minutos después de haberla tomado y normalmente se desvanecen en una hora, aunque las personas han informado no sentirse completamente normales otra vez hasta después de 24 a 48 horas.
- A altas dosis, la ketamina puede causar ataque cardíaco, ataque fulminante y falta de oxigenación—todas pueden llevar al coma y a la muerte.

Diapositiva 7-26— Drogas de diseño y violación

- Como el GHB y el Rohipnol, la ketamina puede dejar a las personas confusas e indefensas, haciéndolas vulnerables al crimen, especialmente a la violación.
- Las personas que toman estas drogas pueden estar incapacitadas para resistirse a actos sexuales.
- Rohipnol es insípido e inodoro y puede disolverse fácilmente en bebidas en una discoteca, pub...
- Las nuevas pastillas de Rohipnol se vuelven azules en la bebida para aumentar su visibilidad y disminuir su uso como una droga para la violación.

Diapositiva 7-27—LSD (Patrones de uso)

- El LSD lo usaron por primera vez personas jóvenes en fiestas de clubs, raves y conciertos.
- Aproximadamente el 10 por ciento de las personas de 12 años o más han probado el LSD; 0,2 por ciento han consumido al menos una vez LSD en 2003.¹⁸
- El consumo LSD en adultos ha disminuido en los últimos años.
- En 2004, el 2,2 por ciento de los estudiantes mayores de secundaria informaron haber consumido LSD al menos una vez en el año anterior.¹⁹

Diapositiva 7-28—LSD (Hechos)

- El LSD es uno de las más poderosas drogas perturbadoras del ánimo y la percepción. No tiene un uso médico.
- El LSD se vende algunas veces en forma de pastilla, pero el más frecuente que esté disuelto en un papel secante que se divide en cuadrados. Es inodoro pero tiene un ligero gusto amargo.
- El LSD se conoce por los nombres de la calle de ácido, ácido secante, ácido de batería, cristal de ventana, micropunto, brillo de sol y zen.

Diapositiva 7-29—LSD (Efectos físicos)

- Los primeros efectos del LSD se sienten de los 30 a 90 minutos después de tomarlo. Los cambios físicos incluyen aumento de la tasa cardíaca y la presión sanguínea, sudoración, náuseas, boca seca, pérdida de apetito, entumecimiento y temblores.
- A bajas dosis, el LSD produce cambios emocionales rápidos y mayores sensaciones

- A altas dosis, el LSD induce distorsiones de la percepción: cambios de forma, lentitud en el paso del tiempo y sensaciones que parecen fundirse. A estas alucinaciones se les llama viaje.
- Un mal viaje puede ser una experiencia terrorífica que causa confusión, pánico y miedo.
Las personas que han experimentado alucinaciones por LSD han tenido accidentes fatales.
- Un viaje puede durar hasta 12 horas y frecuentemente le sigue fatiga y depresión.
- Uno de los aspectos más peligrosos del LSD es que es impredecible. Sus efectos dependen de las dosis, del estado de ánimo de la persona en el momento de tomarlo y del entorno en el que se toma.
- Las personas que consumen regularmente LSD son propensas a tener flashbacks en los que de repente experimentan alucinaciones sin haber tomado la droga.
- El LSD puede fomentar a largo plazo depresión o esquizofrenia.

Diapositiva 7-30—MDMA (“Éxtasis”) (Patrones de uso)

- El compuesto químico MDMA, éxtasis, se consume mayormente entre estudiantes y adultos jóvenes caucásicos y de clase media alta.²⁰
- Originalmente se consumía principalmente en clubs, pero el éxtasis se ha diseminado en otros contextos sociales.
- Cerca del 5 por ciento de las personas de 12 o más años han probado el éxtasis; el 1 por ciento la consumición al menos una vez en 2003.²¹
- Alrededor del 4 por ciento de los estudiantes mayores de secundaria han consumido éxtasis al menos una vez en 2004; este número parece estar disminuyendo.²²

Diapositiva 7-31—Éxtasis (Hechos)

- El éxtasis se usó en psicoterapia en los 70, pero no tiene valor médico y se prohibió.
- El éxtasis puro es un polvo blanco, pero puede combinarse con otras drogas o sustancias antes de venderse, normalmente en forma de píldora.
- El éxtasis el nombre de la calle principal de la droga, también se conoce como XTC, X, E, Adán, claridad, droga del abrazo y droga del amor.

Diapositiva 7-32—Éxtasis (Efectos físicos)

- Los efectos físicos de consumir éxtasis incluyen aumento de la tasa cardiaca y la presión sanguínea, náuseas, pérdida del apetito, mandíbula en tensión y masticar y apretar los dientes de forma compulsiva.
- Después de conseguir un subidón inicial al tomar éxtasis, las personas experimentan calma, sensaciones positivas que duran de 3 a 6 horas; este proceso se llama “rolling”.
- Éxtasis también provoca aumento de energía, deseo de estimulación visual y mayor conciencia y respuesta a los inputs sensoriales.
- Dado que el éxtasis aumenta los sentimientos de bienestar y tolerancia a los demás, muchas personas la consideran erróneamente una droga no dañina.
- El éxtasis puede aumentar la temperatura corporal hasta niveles peligrosos (tan alta como 42 grados); esta fiebre alta lleva a la deshidratación, que ha matado a mucha gente del éxtasis.
- Dado que la deshidratación es un riesgo conocido, las personas que toman éxtasis a veces beben demasiada agua, lo que conduce a una condición peligrosa y potencialmente fatal llamada hiponatremia.
- El éxtasis es neurotóxico—mata células nerviosas en el cerebro. Estudios en ratas y monos han mostrado que, incluso bajas dosis de éxtasis causan daños que no se recuperan hasta 7 años más tarde.

- 1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2004 National Survey on
Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville,
MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005. www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4Results/2k4Results.htm#toc [consultado en Enero 30, 2006].
- 2 Office of National Drug Control Policy. Pulse Check: Trends in Drug Abuse. Washington, DC: Executive Office of
the President, Noviembre 2002. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/drugfact/pulsechk/nov02/pulse_nov02.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 3 Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; Bachman, J.G.; and Schulenberg, J.E. Monitoring the Future National Results on
Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings 2004. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National
Institute on Drug Abuse, 2005. www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2004.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 4 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Overview of Findings From the 2003
National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD:
Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004, p. 37. oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/2k3OverviewW.pdf
[consultado Septiembre 16, 2005].
- 5 Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Heroin. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, June
2003, p. 1. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/heroin/197335.pdf [consultado Septiembre 16,
2005].
- 6 Center for Substance Abuse Prevention. Heroin: What's the Real Dope? DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville,
MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003, p. 11.
- 7 Ver nota 5, p. 4.
- 8 Ver nota 5, p. 2.
- 9 Ver nota 6, p. 10.
- 10 Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB). Rockville, MD: Drug Policy
Information Clearinghouse, Noviembre 2002, p. 2. www.whitehousedrugpolicy.gov/pdf/gamma_hb.pdf [consultado
Septiembre 16, 2005].
- 11 National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: Rohypnol and GHB. Bethesda, MD: National Institutes of Health,
March 2005, p. 2. www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/Rohypnol05.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 12 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Club Drugs, 2002 Update. The DAWN
Report. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, Julio 2004.
- 13 Ver nota 11.
- 14 Ver nota 10.
- 15 Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Rohypnol. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse,
Febrero 2003, p. 1. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/rohypnol/rohypnol.pdf [consultado
Septiembre 16, 2005].
- 16 Ver nota 3, p. 43.
- 17 Ver nota 3, p.43.
- 18 Ver nota 4.
- 19 National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: LSD. Bethesda, MD: National Institutes of Health, Marzo 2005, p.
2. www.nida.nih.gov/pdf/infofacts/LSD05.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 20 Center for Substance Abuse Prevention. Éxtasis: What's All the Rave About? DHHS Publication No. (SMA) 3710B.
Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, p. 9.
- 21 Ver nota 4.
- 22 Ver nota 3, p. 43.

Sesión 8: Familias en recuperación (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Ayudar a los familiares y a las personas en recuperación a entender mejor el consumo de sustancias y la recuperación.
- Ayudar a los familiares como pueden apoyar la recuperación.

Materiales

- EF 8A— Anticipar y prevenir la recaída
- EF 8B— Justificaciones de la recaída
- EF 8C— Evitar la deriva a la recaída

Presentación Power-Point (40 – 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 67 a 76 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

Discusión Abierta (15 - 20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Presentación

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matrix.

Diapositiva 8-1—Familias en recuperación

En esta sesión, vamos a hablar sobre las personas que son más importantes para ustedes. Todos los asistentes están aquí porque se preocupan por un miembro de la familia.

- Las personas en recuperación están aquí porque están lo suficientemente preocupados por sí mismos y sus familias como para buscar tratamiento; los familiares están aquí porque quieren ofrecer su aliento y apoyo.
- Cuando una familia se enfrenta con un ser querido que toma estimulantes, la vida puede ser frustrante y caótica. La persona que consume puede actuar autodestructivamente; los familiares pueden recurrir a medidas desesperadas para hacer frente a esto.
- Frecuentemente, es duro para todos los implicados entender cómo han llegado a este punto. ¿Cómo se pusieron tan mal las cosas?. Evaluar una situación cuando uno está en medio puede ser difícil.
- En esta sesión veremos cómo las personas llegan a ser dependientes de una sustancia y cómo ellos y sus familias se recuperan de la dependencia. Esperamos que mediante la mejor comprensión del proceso de dependencia y recuperación, los familiares estén mejor capacitados para proporcionar apoyo.

Diapositiva 8-2— ¿Quiénes forman una familia?

- Es importante pensar en la familia en sus términos más extensos.
- Familia incluye, familia inmediata y familia extensa, amigos, mentores, parejas, colegas del trabajo — toda esta gente son parte de su familia cuando se está en tratamiento. Si alguien es cercano y de apoyo, esa persona es parte de su familia.

Diapositiva 8-3— ¿Qué es adicción?

- La adicción es un complicado proceso físico y emocional que tiene lugar en el cerebro. Como resultado del consumo de drogas, el cerebro cambia y las personas se enganchan en conductas que les afectan a ellos mismos y a sus familias.
- La adicción es un desorden médico. Es contraproducente para la recuperación pensar en la adicción como la representación de un error personal, una falta de fuerza de voluntad, o un hundimiento moral.

Diapositiva 8-4— Desarrollo de la adicción

- El desarrollo de la adicción implica principalmente a dos áreas cerebrales: el córtex prefrontal y el sistema límbico.
- El córtex prefrontal es la parte inteligente, racional, pensante del cerebro. Es la que toma las decisiones, el ordenador del cerebro. El córtex prefrontal dirige constantemente nuestro cerebro y evalúa lo positivo y lo negativo de cualquier situación para tomar una decisión.
- El sistema límbico está hecho de pequeñas partes del cerebro debajo del córtex prefrontal. El sistema límbico está implicado en la emoción y la motivación que impulsan la adicción. Cada dosis de una sustancia, especialmente estimulantes, activa el sistema límbico. Eventualmente, el sistema llega a estar sobreactivado hasta el punto donde lo normal, las restricciones racionales de la conducta, se pierden.
- Una forma de entender el proceso de adicción es verlo como una lucha entre la parte racional del cerebro (el córtex prefrontal) y la parte emocional (el sistema límbico).
- Para la mayoría de personas que consumen meta, la parte racional del sus cerebros mantiene al principio el consumo de meta en revisión. Sin embargo, con el consumo continuado, los efectos de la meta en las partes del cerebro que gobiernan la emoción y la motivación llegan a anular la razón y la claridad de pensamiento.

Diapositiva 8-5— Desarrollo de la respuesta de deseo (craving)

- *Craving* es el deseo físico y emocional de una droga.
- Para crear el *craving* de una droga convergen tres procesos separados:
- El proceso cognitivo - El pensamiento obsesivo
- El proceso de condicionamiento
- El proceso cognitivo trata de como la parte racional del cerebro (el córtex) se enfrenta con el consumo de la sustancia.
- El proceso de condicionamiento es la implicación de la parte emocional del cerebro (el sistema límbico) en la adicción.
- El pensamiento obsesivo es la lucha entre la parte racional y emocional en el consumo de sustancias.

Diapositiva 8-6— Proceso cognitivo (Fase iniciales de la adicción)

- En las fases iniciales de la adicción, el consumo de meta ocurre ocasionalmente, con frecuencia en una fiesta o en una ocasión especial.
- El consumo aumenta gradualmente, pero la parte racional del cerebro está controlando y decide que el consumo de meta está justificado dados los supuestos beneficios que proporciona.
- Lo positivo pesa más que lo negativo. El hecho de que la meta es ilegal y de que se gasta un dinero extra en comprarla no comporta demasiado peso en contra.

Diapositiva 8-7— Proceso cognitivo (Desencanto)

- La persona que continua consumiendo meta llega eventualmente a desencantarse, de forma que las consecuencias negativas del consumo de meta pesan claramente más que las positivas.
- Algunas personas son capaces de parar el consumo de meta cuando llega a ser manifiesto que el consumo de meta está dañando sus vidas. Aquellos que no pueden parar son adictos.
- Una poderosa necesidad de meta llega a ser más fuerte que la parte racional del cerebro.
- La decisión racional de no consumir y la fuerza de voluntad no son suficientes para parar el *craving* de meta que ha echado raíces en la parte emocional del cerebro. El proceso de toma de decisiones racional está gravemente dañado y las demandas del cerebro adicto son imperativas.

Diapositiva 8-8— Proceso de condicionamiento (Niveles de craving)

- Mientras el proceso cognitivo tiene lugar en el córtex prefrontal, de forma paralela tiene lugar en el sistema límbico de la persona que consume meta una progresión de sucesos.
Esto es el proceso de condicionamiento.
- El condicionamiento es un tipo de aprendizaje que ocurre por asociación. Cada vez que las personas toman meta, refuerzan una conexión mental entre la droga y sus efectos placenteros. Esta conexión condiciona al cerebro a querer más meta.
- Al principio, el consumo de meta es tan poco frecuente que no hay una respuesta automática a personas, lugares o situaciones asociadas con la meta.
- Con el tiempo, esta asociación llega a ser más fuerte y más general, con lo que no sólo tomar meta sino pensar en cosas asociadas con la droga (dinero, la casa de un camello, ciertos amigos) pueden inducir *craving* de meta.⁶⁹
- Las cosas que están asociadas al consumo de meta y que inician el deseo por la droga se llaman disparadores.
- *Craving* es un deseo por la meta que se intensifica por la activación del centro emocional del cerebro y por pensamientos obsesivos sobre el consumo de meta.
- Desarrollar *craving* por una sustancia es un proceso. El consumo repetido de meta "construye" *craving* por la droga en la mente de una persona.
- Al principio, comprar y consumir la droga activaban los centros emocionales y motivacionales en el sistema límbico del cerebro. Esto da como resultado euforia y activación fisiológica: aumento de la tasa respiratoria y cardíaca, efectos de la adrenalina y aumento de energía.
- El cerebro empieza a crear una asociación entre meta y placer.

Diapositiva 8-9—Proceso de condicionamiento (Cravings fuertes)

- A medida que la conexión mental entre meta y placer se va haciendo más fuerte, otras cosas distintas a la propia droga van disparando el *craving*, y el *craving* va siendo más fuerte.
- Una persona que continúe consumiendo meta sentirá una abrumadora respuesta física hacia la meta en situaciones más y más alejadas de la droga en sí misma.
- En las últimas fases de la adicción, pensar en la meta pondrá en marcha poderosos *cravings*. Para una persona que es dependiente de la meta, pensar en meta o en el consumo de meta provoca una poderosa activación, similar a los efectos reales de la meta.
- Los disparadores inician un *craving* automático de consumo de meta, y este sentimiento conduce a las personas a encontrar y tomar meta.

Diapositiva 8-10— Proceso de condicionamiento (Craving Abrumador)

- En poco tiempo, proliferan los disparadores y las asociaciones mentales entre disparadores y consumo de droga llegan a ser abrumadoras. La adicción, la pérdida del control racional de la parte emocional del cerebro, se ha establecido.
- Conforme la adicción se hace más grave, las personas empiezan a consumir diariamente o en atracones que se interrumpen solo por un colapso físico.
- El cerebro racional está totalmente abrumado por el constante y poderoso *craving* del cerebro adicto. Las personas que son adictas no pueden ser más fuertes que la respuesta condicionada que se ha forjado en el cerebro. Solo pueden ser más listos.

Diapositiva 8-11— Desarrollo del pensamiento obsesivo (Consumos tempranos)

- Cuando una persona empieza a consumir meta, invierte muy poco tiempo o pensamientos en ello. El consumo de meta es solo una pequeña parte de vida personal.
- Si la persona está consumiendo meta, decisiones sobre si consumir o no, dónde conseguir dinero para comprar droga y cómo ocultar las evidencias del consumo van ocupando más tiempo y pensamientos.
- Estos pensamientos de consumo se introducen más y más, debido a que las asociaciones formadas en la parte emocional del cerebro entre meta y diversión ejercen su influencia.

Diapositiva 8-12—Desarrollo del pensamiento obsesivo (Consumo continuado)

- Con el consumo continuado, los pensamientos sobre meta se expanden a otros aspectos de la vida. En gran medida, la parte emocional del cerebro está dedicada a la adicción y la meta domina los pensamientos de la persona.
- Las personas que consumen meta llegan a estar tan obsesionadas con la meta que sus relaciones pueden empezar a romperse. Hay poco espacio en sus vidas para una relación con alguien o algo, excepto para la meta.
- Esta abrumadora preocupación no significa que los familiares signifiquen menos para las personas que toman meta. Significa que los cambios cerebrales causados por la meta hacen que el deseo de consumo de meta sea del todo irresistible.

Diapositiva 8-13-- Fases progresivas de la adicción

- Volvemos ahora a las respuestas de los familiares, a cómo ven ellos a la persona conforme se va haciendo dependiente a la meta. Podemos trazar las respuestas de los familiares a través de cuatro fases progresivas de la adicción:
 - Introdutoria
 - Mantenimiento
 - Desencanto
 - Desastre

Diapositiva 8-14—Respuesta de los familiares al consumo de meta (Fase introductoria)

- Durante la fase introductoria del consumo de meta de una persona, los familiares no están probablemente muy afectados. Pueden no ser conscientes del consumo de meta de su familiar.
- Los familiares pueden ver conductas que vienen del consumo ocasional de meta, pero no lo asocian con un problema de drogas.
- Los familiares pueden preguntarse por qué la persona deja de hacer sus responsabilidades ocasionalmente y falla en cumplir sus obligaciones.

Diapositiva 8-15— Respuesta de los familiares al consumo de meta (Fase de mantenimiento)

- Con frecuencia, durante la fase de mantenimiento de la adicción, los familiares se dan cuenta de que existe un problema e intentan resolverlo.
- Los familiares pueden dar un apoyo económico. Pueden excusar la conducta irreflexiva que resulta del consumo de meta. Incluso pueden intentar tomar toda la responsabilidad de ganar dinero, cuidar de la familia, conservar los amigos y mantener la casa.

- Estos esfuerzos ayudan solo temporalmente, debido a que el problema real es el consumo de meta y sus consecuencias.
- Los problemas continúan en la medida que el consumo de meta continúe. Los familiares quieren ayudar, por lo que toman las riendas de todo, por su familiar consumidor.
- Esta conducta hace más daño que bien. Tapar las consecuencias del consumo de meta, ayuda a la persona a mantenerse adicta. Cada acción da a la persona más tiempo, energía y dinero para continuar consumiendo y tapa el hecho de que el consumo de meta debe parar.

Diapositiva 8-16— Respuesta de los familiares al consumo de meta (Fase de desencanto)

- Con el tiempo, la persona pasa a la fase de desencanto de la adicción, los familiares suelen estar enfadados y han renunciado a resolver el problema.
- Una vez reconocen que ninguna de las soluciones que han intentado funciona, los familiares intentan no querer saber lo que continúa sucediendo.
- Cuando son incapaces de evitar afrontar las consecuencias de la conducta de la persona adicta, los familiares tienden incluso a odiar a la persona que está consumiendo o a ellos mismos.
- La dependencia de la persona a la meta hace sentirse culpables y avergonzados de lo que está sucediendo, y de su incapacidad para controlar la situación, a todos los miembros de la familia.

Diapositiva 8-17—Respuesta de los familiares al consumo de meta (Fase de desastre)

- Durante la fase de desastre, los familiares suelen acabar separándose de la persona que consume meta para salvarse ellos mismos. Como resultado de la separación física y emocional, los familiares sienten una sensación de fracaso y desesperanza.
- Cuando los familiares permanecen con la persona adicta, aprenden a comportarse y pensar de forma que se mantenga la paz, pero esto no suele ser saludable ni para el individuo ni para el bienestar de la familia.
- En el caso que haya niños, están en un entorno en el que aprenden modos de comportamiento que pueden interferir con su capacidad para tener relaciones saludables en su vida futura.

Diapositiva 8-18—Beneficios de la implicación familiar

- Es importante para los familiares que se impliquen en el tratamiento. Los estudios muestran que el tratamiento funciona mejor cuando al menos un miembro de la familia de apoyo está metido en el tratamiento.
- Los miembros de la familia que participan en el tratamiento tienen un mejor entendimiento de lo que la persona en recuperación está pasando. También aprenden sobre las fases de recuperación, por lo que pueden anticipar las dificultades que tiene que afrontar la persona en recuperación y es consciente de los problemas que pueden surgir.
- La persona en recuperación es responsable de dejar la meta y trabajar en la recuperación.
Pero los familiares que han estado relacionándose con la persona en recuperación durante la progresión hacia la dependencia de la droga, se han visto afectados por este proceso y necesitan hacer cambios ellos mismos y deshacer el daño que se ha hecho.
- Cuadernillo EF 8A—Anticipar y prevenir la recaída analizando los papeles de los familiares en la recuperación

Diapositiva 8-19— Fases de la recuperación

- Las personas que dejan de tomar una sustancia, son dependientes de esta y generalmente pasan por unas determinadas fases a lo largo de su recuperación.
- El calendario de recuperación varía de una persona a otra, pero las fases normalmente no varían.
- Conocer que hay un patrón de recuperación y saber lo que se espera en cada fase suele proporcionar ánimo a los familiares y les ayuda a apoyar mejor a la persona en recuperación.

Diapositiva 8-20—Retirada

- La fase de retirada dura aproximadamente de 1 a 2 semanas.
- Durante esta fase, los síntomas más graves son el *craving* y la depresión. Muchas personas también experimentan baja energía, dificultad para conciliar el sueño, aumento del apetito y dificultad de concentración.

Diapositiva 8-21— Luna de miel

- La fase de luna de miel dura aproximadamente 2 semanas.
- Se caracteriza por aumento de la energía, entusiasmo y optimismo.
- Muchas personas piensan que este es el final de la recuperación y que las cosas van a permanecer de esta forma tan positiva de aquí en adelante. Desafortunadamente la parte más dura de la recuperación todavía no ha llegado.

Diapositiva 8-22— El muro

- El muro es la fase más dura de la recuperación y una de las más largas. Dura aproximadamente de 12 a 16 semanas.
- El muro lleva consigo algunas emociones molestas y dificultades de pensamiento. El optimismo de la fase de luna de miel deja paso al completo desarrollo de las dificultades y el esfuerzo total implicado en la recuperación.
- Las personas en recuperación experimentan depresión, irritabilidad, dificultad de concentración, baja energía y una pérdida general de entusiasmo. El riesgo de recaída es muy alto en esta fase.
- Esta fase supone siempre una lucha para las personas en recuperación, pero con el apoyo de los familiares y la recuperación de las estrategias aprendidas en el tratamiento, los usuarios consiguen pasar el muro.

Diapositiva 8-23—Readaptación

- La fase de readaptación se da cuando el individuo empieza a adaptarse a un continuo estado de abstinencia.
- Durante esta fase, se ha superado el muro y la persona en recuperación y sus familiares empiezan a recuperar un estilo de vida normal.
- Durante y después de la fase de readaptación, el individuo y la familia pueden beneficiarse de la psicoterapia y la terapia familiar. El tratamiento de la dependencia a la meta normalmente no trata asuntos de importancia a largo plazo.

Diapositiva 8-24— Objetivos de la retirada

- El principal objetivo de la persona en recuperación durante la fase de retirada es detener el consumo de meta.
- La persona aprende técnicas específicas para reducir los deseos y evitar la recaída en sesiones de grupo centradas en habilidades de recuperación temprana.
- La persona en recuperación también empieza a aprender sobre el proceso de adicción y como las drogas, como la meta, afectan la química cerebral y al resto del cuerpo.
- Cuando la persona en recuperación esta en la fase de retirada, los familiares tienen una importante decisión que tomar: si quieren o no formar parte del proceso de recuperación.
- Los familiares encontrarán fácil estar implicados si ven el consumo de meta, no a la persona en recuperación, como el problema y si el consumo de meta se reconoce como una condición médica, independientemente de como empezó.

Diapositiva 8-25— Objetivos para la luna de miel

- Durante la fase de luna de miel, las personas en recuperación trabajan para mejorar su salud física y fijan su recuperación en el ejercicio y en permanecer activos.
- Las personas en recuperación también empiezan a identificar sus disparadores personales y las justificaciones para la recaída y a utilizar técnicas dirigidas a permanecer abstinentes.
- Normalmente, las personas en recuperación se sienten como si estuviesen curadas durante este periodo. Es importante para las personas en recuperación continuar trabajando en su recuperación y evitar probarse acercándose a las drogas.
- Los familiares pueden ayudar mucho durante la fase de luna de miel, trabajando con la persona en recuperación para afianzar el primer objetivo de abstinencia.
- Aunque los familiares no son responsables de la recuperación de su ser querido, su conducta y actitudes durante este tiempo puede aumentar o disminuir significativamente las oportunidades de la persona en recuperación para conseguir y mantener la abstinencia.
- Los familiares necesitan reconocer y acabar con interacciones disparadoras.

Diapositiva 8-26— Objetivos para el muro

- Con el tiempo las personas en recuperación han estado abstinentes durante varios meses y pasan a una fase conocida como el muro. Continúan trabajando en mantener la abstinencia poniendo en práctica las técnicas de prevención de recaídas que han aprendido.
- La persona en recuperación también se centra en recuperar las relaciones con los familiares y amigos y a desarrollar redes de apoyo para afrontar los problemas que surgen durante la recuperación.
- El muro puede ser una parte frustrante y difícil de la recuperación. La persona en recuperación necesita apoyo y ánimo de cualquier parte. Es importante para la recuperación trabajar en el desarrollo de nuevos intereses y permanecer activo.
- También es importante reconocer y tratar las emociones peligrosas.
- Mientras la persona en recuperación está en la fase del muro, los familiares necesitan guardarse de expresar ira hacia la persona.
- Tanto como sea posible, los familiares necesitan alejar resentimientos pasados y trabajar para apoyar a la persona en recuperación. Los familiares comprometidos con este apoyo necesitan empezar confiar en la recuperación de su familiar en recuperación.
- Los familiares deben reaprender cómo cuidar de ellos mismos para volver a las rutinas normales de la vida y buscar actividades reforzantes y placenteras.
- Es también importante en esta fase examinar cómo se comunican los miembros de la familia, cómo una comunicación pobre puede traer problemas y cómo puede mejorarse la comunicación.
- Cuadernillo EF 8B— Las justificaciones de la recaída ayuda a los familiares a entender cómo pueden empezar las recaídas.

Diapositiva 8-27— Objetivos para la readaptación

- Con el tiempo las personas en recuperación pasan a la fase de readaptación, saben qué conductas necesitan afianzar para mantenerse fuertes en la recuperación y qué conductas ponen en riesgo la recuperación.
- La tarea para las personas en recuperación en esta fase—y para el resto de sus vidas— es monitorizar su recuperación, asegurándose de que se afianzan en aquellas conductas que les ayudan a evitar la recaída.
- Debido a que las personas en recuperación suelen enfrentarse a la oportunidad y deseo de consumir droga, necesitan ser conscientes de aquellas situaciones y pensamientos que les ponen en riesgo de recaída. Por esta razón, necesitan anticipar situaciones difíciles y tener planes detallados para tratarlas. El aspecto más importante para mantener la abstinencia es saber como evitar la recaída.
- Durante la fase de reajuste, la persona en recuperación trabaja para tener nuevas y saludables relaciones y en fortalecer las amistades existentes. La persona en recuperación también empieza a examinar los objetivos de vida a largo plazo.
- Cuando la persona en recuperación supera la fase de readaptación, la familia ha estado con el o ella durante aproximadamente 4 meses de recuperación. La persona en recuperación y los familiares han aprendido mucho sobre qué supone apoyar la recuperación y a realizar bien la función de la familia.
- La fase de readaptación se destaca por el regreso a un estilo de vida para toda la familia más predecible, más normal. Los familiares deben tener plena conciencia de que muchos de los cambios que han hecho en sus vidas para apoyar en la recuperación necesitarán continuar y llegar a ser permanentes.
- Es importante para la familia aceptar las limitaciones de vivir con una persona en recuperación; mantener un equilibrado y saludable estilo de vida; y evitar la recaída en conductas anteriores.
- La paciencia con el proceso de recuperación es crucial.
- Cuadernillo EF 8C— Evitar la deriva a la recaída ayuda a los familiares a entender como pueden apoyar a la persona en recuperación.

Diapositiva 8-28— Temas clave de la recaída para las personas en recuperación

- La persona en recuperación y los familiares necesitan evaluar qué cambios en el estilo de vida y las actitudes son importantes, para cada uno de ellos en particular y como familia. Después de este punto de la recuperación, la persona en recuperación recibirá menos tratamiento.
- Parte del papel de apoyo lo cogerá los grupos de 12 pasos o de autoayuda y los amigos, pero los familiares serán el mayor apoyo para la persona en recuperación.
- Las familias necesitan decidir qué adaptaciones, de las que han hecho durante la recuperación, deben llegar a ser permanentes en sus vidas.
- Cuando tomen estas decisiones, las familias deberían tener en mente los temas más comunes de recaída de las personas en recuperación del consumo de meta. Puede que ninguno de los 6 temas listados en esta diapositiva sea un problema para la persona en recuperación, pero la familia necesita encontrar qué temas pueden ser problemáticos para la persona en recuperación.
- Los familiares deberían tener una discusión abierta con la persona en recuperación sobre cómo mejorar el apoyo en su recuperación.

Diapositiva 8-29— Temas clave de la recaída para los familiares

- Mientras que la persona en recuperación necesita estar alerta para evitar la recaída en el consumo de meta, los familiares necesitan estar atentos a no volver a los modos anteriores de comportarse, pensar y comunicarse.
- Esta diapositiva lista los problemas comunes que pueden preceder a un desliz hacia un regreso a antiguas conductas de los familiares.
- Al igual que ayuda a las personas en recuperación a anticipar qué podría llevar a la recaída, también estos temas ayudarán a los familiares a estar en guardia para lo que a ellos podría deslizarlos hacia conductas anteriores que destruirán la recuperación y la familia.

Sesión 9: Reconstruyendo la confianza (Grupo de discusión multifamiliar)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Proporcionar una oportunidad a los participantes para pensar y examinar el papel que representa la confianza en las relaciones.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes para tratar la pérdida de confianza que se produce durante el consumo de estimulantes, incluidas las continuas sospechas de los familiares sobre el consumo de sustancias de los usuarios.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes para que empiecen a reparar las relaciones dañadas..

Cuadernillo

- EF 9— Reconstruyendo la confianza

Introducción (2–3 minutos)

El terapeuta explica que la sesión de hoy proporciona una oportunidad a los participantes de examinar la pérdida de confianza que sobrevino con el consumo de estimulantes y la forma de reconstruir la confianza en las relaciones familiares.

Revisión del cuadernillo (15 --20 minutos)

El terapeuta

- Le da una copia del cuadernillo EF 9—Reconstruyendo la confianza a los participantes y les pide que lean la información y que piensen y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Le dice a los participantes que las respuestas a las preguntas servirán de guía para la discusión pero nadie verá sus respuestas.

Discusión guiada (50 --55 minutos)

El terapeuta facilita la discusión usando las respuestas al cuadernillo para estructurar la sesión.

Resumen (2- 3 minutos)

El terapeuta resume las ideas para reconstruir la confianza entre los familiares que se han tratado en el grupo..

Discusión abierta (15 minutos)

El terapeuta da un tiempo para que los participantes pregunten cuestiones generales y expongan cualquier asunto estresante que puedan tener.

Sesión 10: Marihuana (Presentación PowerPoint)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia del consumo de marihuana.
- Familiarizar a los participantes con los peligros para la salud y la recuperación que tiene el consumo de marihuana.

Cuadernillo

- EF 10—Hoja de datos: Marihuana

Presentación Power-Point (40 - 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 78 a 82 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar conceptos de forma apropiada a la audiencia.

Discusión Guiada (30 minutos)

El terapeuta facilita la discusión del material presentado y formula preguntas abiertas como:

- De lo que habéis oído, ¿hay algo que sea nueva información? ¿Qué os ha sorprendido?
- ¿Cómo se relaciona esta información con vuestra propia experiencia?
- ¿Cómo puede afectar esta información a la forma con que vuestro familiar afronta la recuperación?
- ¿Qué dudas tenéis sobre esta información?

Discusión abierta (15 -20 minutos)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto apremiante que puedan tener.

Presentación

Los puntos en viñetas presentados abajo exponen brevemente la información que el terapeuta de cubrir para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse de www.kap.samhsa.gov pinchando en Products, pinchando en Resource Documents & Manuals y después pinchando en el icono Matrix.

Diapositiva 10-1—Marihuana

n Esta presentación ofrece un resumen general sobre la marihuana, incluyendo lo que es, los efectos a corto y largo plazo que produce su consumo en la mente y el cuerpo y los riesgos que supone para la recuperación..

Diapositiva 10-2—La importancia de la abstinencia total

n Para que el tratamiento funcione, las personas en recuperación deben estar totalmente abstinentes. Esto significa que, independientemente de por qué están en tratamiento, deben abstenerse de cualquier sustancia psicoactiva.

- Una persona que está en tratamiento por abuso de estimulantes, debe alejarse del alcohol y de las drogas ilegales, incluso de drogas como la marihuana, que muchas personas creen que es inocua, para asegurar el éxito de la recuperación.
- El consumo de cualquier sustancia puede poner en peligro la recuperación de la dependencia a estimulantes.

Diapositiva 10-3— ¿Es inocua la marihuana?

- Muchas personas creen erróneamente que la marihuana no es peligrosa, especialmente cuando la comparan con drogas como la heroína, cocaína, crack, meta o Drogas de diseño.
- La marihuana es la droga ilegal más consumida, lo que puede contribuir a la percepción de que es inocua.. Cada año, aproximadamente 25 millones de norteamericanos de 12 o más años consumen marihuana. Esto es más de 1 de cada 10 norteamericanos.
- Acude más gente joven a tratamiento por consumo de marihuana que por el consumo de todas las demás drogas ilegales, tomadas en conjunto.²
- El consumo de marihuana pone significativamente en peligro la salud. Afecta a casi todo sistema orgánico del cuerpo.³
- Además de estos efectos físicos, la marihuana puede tener un gran impacto en la educación de las personas , el empleo y la vida personal..

Diapositiva 10-4— Prevalencia de la marihuana

- Cada año, cerca de 2,6 millones de personas toman marihuana por primera vez. Dos terceras parpes de estos consumidores primerizos son menores de 18 años. La edad promedio en la que las personas prueban la marihuana son los 17 años⁴
- Dos de cada cinco norteamericanos han probado la marihuana. Uno de diez ha consumido marihuana en el último año. Uno de cada cien ha consumido marihuana al menos 300 días en el último año.⁵

Diapositiva 10-5— ¿Qué es la marihuana?

- La marihuana es una mezcál gris verdosa de las partes secas y desmenuzadas de la planta de cáñamo, Cannabis sativa. La mezcla puede estar compuesta de hojas, tallos, flores y semillas.
- Normalmente se fuma en cigarrillos hechos a mano o pipas. Algunas veces los cigarrillos se abren y se sustituye el contenido en tabaco por marihuana.
- Una de las formas más concentradas de marihuana es una resina llamada hachís y un líquido negro llamado aceite de hachís.

Diapositiva 10-6— Nombres en la calle

- A la marihuana se la conoce por diferentes nombres en la calle que pueden variar en las distintas regiones de Estados Unidos. Algunos de los nombres más comunes son cannabis, maría, hierba.
- Los cigarrillos de marihuana se conocen como porros, joints, mains. Las pipas se llaman bongos. Los cigarrillos fabricados con marihuana se llaman blunts.

Diapositiva 10-7—Historia

- La marihuana se cultiva en toda España. Los principales proveedores externos de marihuana son Méjico, Canadá, Colombia y Jamaica.
- La marihuana está clasificada como sustancia controlada de Tipo I, como la heroína y el LSD (en EE.UU.).
- El consumo no médico de la marihuana ha sido ilegal en los Estados Unidos desde 1937.

Diapositiva 10-8— Marihuana para uso médico

- La marihuana se ha usado para tratar
 - Pérdida de visión por glaucoma
 - Náuseas experimentadas por pacientes que están en tratamiento para el VIH/SIDA y el cáncer.
 - Dolor asociado con la esclerosis múltiple.
- En 1985, el U.S. Food and Drug Administration aprobó el Marinol, una cápsula de toma oral que incluye la marihuana como principio activo.
- Se puede disponer del Marinol mediante prescripción para tratar las náuseas y vómitos que acompañan a la quimioterapia del cáncer y la pérdida de peso que se observa en pacientes con SIDA.
- Otros países, incluidos Canadá y el Reino Unido, han aprobado un aerosol de marihuana, que se dispensa con un inhalador, para tratar el dolor en pacientes con esclerosis múltiple.

Diapositiva 10-9— Principio activo

- El principio activo de la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).
- El THC es responsable de los efectos que produce el subidón de marihuana.
- Durante las dos últimas décadas, los niveles de THC en la marihuana han aumentado. La marihuana de hoy contiene hasta tres veces más THC que la marihuana de los años 70 u 80, haciéndola tres veces más fuerte.

Diapositiva 10-10— Efectos a corto plazo

- Cuando alguien fuma marihuana, THC rápidamente va de los pulmones al torrente sanguíneo y el cerebro. THC hace que las células nerviosas del cerebro liberen el neurotransmisor dopamina.
- La liberación de dopamina es responsable de las sensaciones de “subidón” de la personas, unas sensaciones de relajación, euforia.
- El THC puede también dañar la memoria a corto plazo, alterar el equilibrio y la coordinación, hacer más lento el tiempo de reacción, aumentar la tasa cardíaca, distorsionar la percepción y dar como resultados desorientación, confusión y pánico.
- Los efectos iniciales de la marihuana pueden durar de 1 a 3 horas.
- Después de que el “subidón” baje, una persona puede sentirse somnolienta o deprimida. Son normales sensaciones de pánico, ansiedad y desconfianza.

Diapositiva 10-11— Efectos a largo plazo

- El consumo de marihuana puede tener efectos a largo plazo en la memoria y el aprendizaje.
- Las personas que consumen marihuana habitualmente tienen problemas de aprendizaje y de recuerdo, incluso 30 días después de haber dejado el consumo de la droga.
- Los estudiantes que fuman habitualmente marihuana obtienen menor graduación en secundaria y en la universidad que aquellos que no lo hacen.
- La marihuana daña muchas habilidades relacionadas con el aprendizaje que las personas que la consumen regularmente pueden estar funcionando todo el tiempo en un grado intelectual más reducido.
- Los trabajadores que fuman marihuana están más expuestos que sus colegas a tener problemas a tener problemas en el trabajo, incluidos accidentes, absentismo, retrasos y pérdida de empleo.
- Las personas que consumen marihuana al menos 300 días al año tienen más probabilidades de perder el empleo que aquellos que la consumen con menor frecuencia o que no toman nada.

Diapositiva 10-12— Riesgo de cáncer

- Las personas que fuman marihuana están tan expuestas a tener dañado el pulmón como las personas que fuman tabaco.
- El consumo habitual de marihuana puede provocar resfriados, bronquitis y enfisema.¹¹
- Fumar marihuana tiene cinco veces más alquitrán y monóxido de carbono y 70 por ciento más de sustancias cancerígenas que tiene fumar tabaco.
- Fumar marihuana puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón más de lo que lo hace fumar tabaco.
- Los estudios sugieren que fumar marihuana aumenta las oportunidades de desarrollar cáncer de cabeza o garganta.

Diapositiva 10-13— Riesgo de infección y enfermedad

- El principio activo de la marihuana, el THC, dificulta la capacidad del sistema inmunológico para luchar contra la infección y la enfermedad.
- Los estudios han demostrado que las células del sistema inmunológico expuestas a los componentes de la marihuana tienen una capacidad reducida para prevenir infecciones y tumores.

Diapositiva 10-14— Conducción y marihuana

- La marihuana está asociada a toda clase de accidentes debido a que daña el equilibrio, la coordinación y la toma de decisiones.
- Los estudios muestran que más de un 11 por ciento de las víctimas de accidentes fatales tenían THC en su cuerpo.
- Conducir bajo la influencia de la marihuana es peligroso..
- Incluso a bajas dosis de marihuana, se reduce significativamente la ejecución al volante en las pruebas de carretera. La combinación de marihuana con alcohol, afecta más las habilidades para conducir.
- La coordinación y el tiempo de reacción de los conductores quedan afectados durante varias horas después de que el "subidón" del consumo de marihuana se ha desvanecido.
- Después del alcohol, la marihuana es la sustancia que más frecuentemente se encuentra en los conductores involucrados en accidentes fatales de tráfico. En el siete por ciento de los accidentes fatales está involucrada la marihuana.
- Los estudios estiman que más de uno de cada siete estudiantes mayores de secundaria conducen bajo los efectos de la marihuana.

Diapositiva 10-15—Marihuana y embarazo

- Una mujer que consuma marihuana durante el embarazo se expone al feto a diversos peligros.
- Se han asociado con el consumo de marihuana el bajo peso al nacer y problemas de desarrollo neurológico.
- Más adelante, los bebés expuestos a la marihuana durante el embarazo, pueden tener problemas de concentración, aprendizaje y toma de decisiones. Estos problemas se agravan si la madre continúa consumiendo marihuana después del nacimiento de su hijo.
- Las madres que dan pecho a su hijo y consumen marihuana, pueden pasar THC a sus bebés. El THC está muy concentrado en la leche materna y puede asociarse a problemas con el desarrollo motor en los niños.

Diapositiva 10-16— Adicción a la marihuana

- Una de las razones por las que las personas piensan que la marihuana es una droga "segura" es que creen que no es adictiva.
- Aunque las personas pueden no desarrollar una dependencia física a la marihuana, pueden llegar a ser psicológicamente adictos a la marihuana. No pueden imaginarse viviendo sin la droga.
- Adicción significa consumir una droga incluso pensando que interfiere en la familia, escuela, trabajo y otros aspectos importantes de la vida.

- Para aquellos que son psicológicamente adictos, la retirada del consumo de marihuana puede suponer deseos (*craving*) de la droga, ansiedad, irritabilidad y falta de sueño.

Diapositiva 10-17—Marihuana y otras drogas

- Las personas que consumen marihuana al menos 300 días al año, es más probable que beban y consuman drogas ilegales que las personas que toman marihuana ocasionalmente o que nunca la consumen.
- Los jóvenes que comienzan a consumir marihuana son los que tienen mayor probabilidad de consumir heroína y cocaína y llegar a ser adultos dependientes de las drogas.
- Debido a esta asociación integral con el consumo de otras sustancias, el consumo de marihuana pone en particular riesgo a las personas en recuperación del consumo de meta.

Diapositiva 10-18—Marihuana y recaída

- La investigación sugiere que las personas que están en recuperación del consumo de meta o de cocaína que continúan consumiendo marihuana, tienen tasas de recaída tres veces más altas que las que se abstienen del consumo de marihuana.

Diapositiva 10-19—Marihuana y familias

- Las personas consumen marihuana como medio para afrontar el aburrimiento, la ansiedad y la depresión.
- La marihuana puede consumirse como escape, más que como forma de afrontar, de los problemas graves en la familia.
- Además de hacer la recuperación de la meta más difícil, el consumo de marihuana puede contribuir al deterioro de la vida personal y familiar.
- Más de la mitad de los hombres adultos que han sido arrestados, han consumido marihuana en el último año. Dos de cada cinco hombres que han sido arrestados, dan positivo a la prueba de marihuana en el momento del arresto.

- 1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The NSDUH Report: Daily Marijuana Users. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, Noviembre 26, 2004. www.oas.samhsa.gov/2k4/dailyMJ/dailyMJ.htm [consultado Septiembre 16, 2005].
- 2 Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Marijuana. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, Febrero 2004, p. 6. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj198099.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 3 Khalsa, J.H.; Genser, S.; Francis, H. y Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (suppl):7S–10S, 2002.
- 4 Ver nota 2, p. 1.
- 5 Ver nota 2.
- 6 Center for Substance Abuse Prevention. Marijuana: Weeding Out the Hype. DHHS Publication No. (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, p. 13.
- 7 National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: Marijuana. Bethesda, MD: National Institutes of Health, Marzo 2004, p. 4. www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Marijuana04.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 8 Ver nota 7.
- 9 Ver nota 1.
- 10 Ver nota 2, p. 3.
- 11 Ver nota 2, p. 3.
- 12 Ver nota 7, p. 3.
- 13 Ver nota 7, p. 3.
- 14 Ver nota 7, p. 3.
- 15 Ver nota 7, p. 3.
- 16 National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Marijuana Abuse. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, Octubre 2002, p. 4. www.drugabuse.gov/PDF/RRMarijuana.pdf [consultado Septiembre 16, 2005].
- 17 Ver nota 7, pp. 3, 4.
- 18 Ver nota 6, p. 19.
- 19 Ver nota 2, p. 4.
- 20 Ver nota 1.
- 21 Ver nota 2, p. 1.
- 22 Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R. y Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):121, 1995.

Sesión 11: Convivir con una adicción (Grupo de discusión multifamiliar)

Resumen

Objetivos de la sesión

- Proporcionar una oportunidad a los participantes para pensar y tratar las formas en las que la recuperación de la adicción pueden afectar a la vida familiar.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes para compartir preocupaciones y soluciones con los demás en el grupo.

Cuadernillo

- EF 11— Convivir con una adicción

Introducción (2 --3 minutos)

El terapeuta explica que

- Comprometerse con la recuperación requiere reconocer y aceptar determinadas realidades.
- La recuperación lleva consigo todo tipo de preguntas: ¿Qué pasa después de dejar el consumo de alcohol y drogas? ¿Vuelve la vida a la normalidad? ¿Puede una persona en recuperación llevar el mismo estilo de vida que una persona que nunca ha sido adicta?
- La sesión de hoy proporciona una oportunidad a los participantes para tratar asuntos y preocupaciones relacionadas con el hecho de vivir con una adicción y recuperación, desde la perspectiva de las personas en recuperación y de sus familiares.

Revisión del cuadernillo (10 --15 minutos)

El terapeuta

- Pide a los participantes que lean la información del cuadernillo y que piensen y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Le dice a los participantes que las respuestas a las preguntas servirán de guía para la discusión pero nadie verá sus respuestas.

Discusión guiada (50 --55 minutos)

El terapeuta facilita la discusión usando las respuestas al cuadernillo para estructurar la sesión.

Resumen (2-- 3 minutos)

El terapeuta resume los temas y las ideas tratadas en el grupo para vivir efectivamente con la adicción y la recuperación.

Discusión abierta (15 minutos)

El terapeuta da un tiempo a los participantes para que hagan preguntas generales y expongan cualquier tema estresante que puedan tener.

Sesión 12: Trampas de la comunicación (Grupo de discusión multifamiliar)

Metas de la sesión

- Proporcionar información sobre estilos de comunicación, técnicas y trampas.
- Proporcionar una oportunidad a los participantes para considerar y tratar sobre la comunicación en la familia.
- Animar a los participantes a practicar nuevas habilidades de comunicación.

Materiales

- EF 12A— Trampas de la comunicación
- EF 12B— Mejorando la comunicación
- EF 12C— Contrato: Compromiso para practicar las habilidades de comunicación.

Introducción (2-- 3 minutos)

El terapeuta explica que:

- Las personas en familias que se enfrentan con trastornos por consumo de sustancias se sienten normalmente culpables, enfadados, heridos y a la defensiva.
- Estos sentimientos pueden afectar gravemente a la forma en la que se comunican los integrantes de la familia; patrones negativos de interactuar llegan frecuentemente a ser automáticos.
- Un primer paso para mejorar las relaciones familiares es entender que la comunicación positiva supone habilidades que pueden ser aprendidas.
- Esta sesión se centra en las trampas de la comunicación (conductas de comunicación que no son productivas) y las habilidades necesarias para mejorar la comunicación familiar.
- Prestar atención a los temas de comunicación y aprender nuevas habilidades ayuda a las familias a mejorar su comunicación.
- Claramente, las interacciones positivas permiten a las personas aumentar la autoestima y confianza y allanan el camino a las relaciones comprometidas y de confianza.
- La recuperación de los trastornos por consumo de sustancias es un proceso difícil, tanto para la persona en recuperación como para su familia.
- Relaciones familiares y de confianza sirven de apoyo a todos en el proceso de recuperación.

Discusión dirigida y revisión de los Materiales (55 - 60 minutos)

El terapeuta facilita la discusión sobre comunicación y recuperación formulando a los participantes las siguientes preguntas:

- ¿De que manera piensas que mejorar la comunicación puede ayudar a mejorar las relaciones en su familia?
- ¿De que manera ha cambiado la comunicación en su familia durante la recuperación?

El terapeuta:

- Da a los participantes una copia de EF 12A— Trampas de la comunicación.
 - Proporciona ejemplos de cada trampa de la comunicación (se da un ejemplo para cada trampa de la comunicación en Trampas de la comunicación: Ejemplos de situaciones en las páginas 87 y 88; el terapeuta puede añadir ejemplos si quiere)
 - Facilita la discusión sobre las trampas de la comunicación, preguntando cuestiones como:
 - ¿Cómo crees que podía haberse evitado la situación del ejemplo?
 - ¿Reconoces esta trampa de la comunicación en la interacción de tu propia familia? ¿Querrías poner un ejemplo?
 - Proporciona ejemplos en positivo “arreglando” cada trampa de la comunicación, si no han surgido en la discusión (se da un ejemplo para cada trampa de la comunicación en Trampas de la comunicación: Ejemplos de situaciones; el terapeuta puede añadir ejemplos si quiere)
- Después de tratar el cuadernillo EF 12A— Trampas de la comunicación, el terapeuta
- Da a los participantes una copia de EF 12B— Mejorando la comunicación
 - Se repasa cada punto

Resumen (15 minutos)

El terapeuta

- Resume los temas y las ideas relacionados con la comunicación en familias en recuperación que se han tratado en el grupo
- Le da a los participantes el cuadernillo EF 12C— Contrato: Compromiso para practicar las habilidades de comunicación y deja 5 minutos a los participantes para que completen el contrato usando las técnicas relacionadas en EF 12B
- Sugiere a los participantes que guarden el contrato en un lugar que les recuerde que tienen que practicar estas habilidades regularmente

Discusión abierta (15 minutos)

El terapeuta da un tiempo a los participantes para que hagan preguntas generales y expongan cualquier tema estresante que puedan tener.

1. ¿Estás suponiendo?

La situación

Loli le pregunta a su marido Pedro, "¿vendrás a casa justo después del trabajo?" Pedro explota: "¡No tienes que estar controlándome cada 5 minutos! ¿Quieres también una muestra de orina?" Loli responde enfadada, "Me has dado suficientes razones para controlarte." La conversación se convierte en una pelea sobre el pasado. Pedro supone que Loli tenía sospechas cuando ella le preguntó si iba a volver al salir del trabajo y se sintió frustrado y enfadado porque no estaba confiando en él o en los cambios que había hecho en la recuperación. Lo que Loli estaba realmente preguntando cuando hizo la pregunta era si Pedro podría pasar por la tintorería antes de que cerrasen o si ella tendría que organizarse para salir antes del trabajo.

Ejemplo de una comunicación "corregida"

Pedro podría haber evitado la pelea no suponiendo que sabía lo que Loli estaba pensando. Podría haber preguntado, "Sí, ¿por qué lo preguntas?" en un tono de voz neutral o haber respondido directamente y haberse esperado a la respuesta de Loli.

2. ¿Estás dando a entender?

La situación

Ricardo, con 17 años y en recuperación, estaba jugando a un videojuego cuando su madre, Rosa, pasa por allí y dice, "Ricardo, la basura de la cocina está llena." Ricardo responde, "Vale" y continúa jugando. Media hora más tarde, Rosa se da cuenta de que Ricardo no ha vaciado la basura. Enfadada regaña a Ricardo por no vaciar la basura en su momento. Ricardo le responde enfadado gritando, "¡Oye, lo haré cuando a mí me de la gana!"

Ejemplo de una comunicación "corregida"

En lugar de dar a entender lo que ella quería, que Ricardo tirara la basura en ese momento, ella podría habérselo pedido directamente diciendo, "Ricardo, necesito que tires la basura en los próximos cinco minutos; voy a empezar a preparar pronto la cena y tendré muchos desperdicios de verduras." Ricardo sabría entonces que ella quiso decir "ahora" y no "en cualquier momento."

3. ¿Estás enviado dobles mensajes?

La situación

Tanya le pregunta a su marido, Andrés, "¿Qué te parece si voy a pescar con Susana el sábado?" Andrés ha estado planeando pasar el fin de semana con Tanya y no quiere que ella vaya con Susana. Sin embargo, le dice "Bien, vete." Conforme dice esto, cruza de forma rígida sus brazos sobre su pecho y no mira directamente a Tanya. Tanya no se siente tranquila y dice, "Estás completamente seguro?". Andrés responde enfadado, "He dicho que vayas, ¿verdad?" La conversación entra en escalada hacia la discusión.

Ejemplo de una comunicación "corregida"

Andrés podría haber sido sincero con Tanya sobre sus sentimientos, en lugar de mostrarlos indirectamente. Podría haber dicho, "Esperaba que pudiéramos pasar algún tiempo juntos este sábado. He estado trabajando mucho y echo de menos verte." Tanya podría haber entendido claramente lo que él necesitaba y haber cambiado sus planes o haber negociado una forma de pasar un tiempo con él.

4. ¿Puedes admitir un error?

La situación

Juan olvidó que era su aniversario de boda con Natalia. Un compañero de trabajo lo invitó a jugar a los bolos después del trabajo y aceptó. Cuando llegó a casa vio la mesa puesta para dos y a Natalia llorando. Ella había dejado a los niños con su hermana y preparado una cena romántica, que ahora se estaba secando en el horno. Cuando ella le echó la bronca a Juan por haber llegado tan tarde, él respondió a la defensiva, "¡Sabes que tengo dificultad para recordar estas cosas; deberías habérmelo recordado! ¿Cómo iba yo a saber que habías planeado una cena especial?" Natalia respondió, "¿Cómo puedes olvidarte de nuestro aniversario?" Juan se sintió culpable en este momento, pero no quería admitir que se había equivocado y replicó de forma defensiva, "Escucha, Natalia, hace cinco años que estamos casados; ¿dónde está el gran acontecimiento?". Natalia se marchó a la cama.

Ejemplo de una comunicación "corregida"

Cuando Juan se dio cuenta que había olvidado su aniversario, podría simplemente haber admitido su error y haberse disculpado sinceramente. Aunque la subsiguiente discusión todavía podría haber sido difícil, no se habría producido la escalada.

5. ¿Utilizas frases desde el "yo"?

La situación

Ana, alumna mayor de secundaria, se pasó de hora un día. Debía volver a casa a media noche y era raro que se le hiciera tarde. Cuando Ana llegó a casa a la 1 de la madrugada, su madre, Pilar, estaba muy preocupada. Pilar recibió a Ana en la puerta diciendo, "¡Llegas tarde! ¡Deberías haber cogido el teléfono y haber llamado; eres siempre tan desobediente!" Ana respondió enfadada, "¡No soy siempre desobediente!" Siguió una pelea.

Ejemplo de una comunicación "corregida"

Pilar podría haber utilizado una frase desde el "yo", diciendo algo así "Me preocupa mucho que algo te haya pasado cuando se hace tarde y no sé nada de ti. Por favor, hazme una llamada rápida cuando vayas a llegar tarde". Pilar podría haber tratado directamente un asunto importante de una forma calmada y Ana no habría sentido la necesidad de defenderse agresivamente. Así habrá también una mayor probabilidad de que Ana llame a su madre la próxima vez que se le haga tarde.

III.

Manual del terapeuta: Sesiones educativas para familiares

Número	Título de la ficha
EF 1A	Definición de adicción de la "American Society of Addiction Medicine"
EF 1B	Parada de pensamiento
EF 2	Hoja de datos: alcohol
EF 3A	Guía para graduados: panel de participantes.
EF 3B	Guía para miembros familiares. panel de participantes.
EF 3C	Guía para la recuperación: panel de participantes.
EF 4A	Hoja de datos: metanfetamina
EF 4B	Hoja de datos: cocaína
EF 5A	Agenda diaria
EF 5B	Justificaciones de las recaídas
EF 6A ^a	Afrontar la posibilidad de recaída: para la persona en recuperación
EF 6B	Afrontar la posibilidad de recaída: para los familiares de la persona en recuperación
EF 6C	Familiares y recuperación
EF 7A	Hoja de datos: opiáceos
EF 7B	Hoja de datos: Drogas de diseño
EF 8A	Anticipar y prevenir la recaída.
EF 8B	Justificaciones de la recaída
EF 8C	Evitar el giro a la recaída.
EF 9	Reconstruyendo la confianza.
EF 10	Hoja de datos: Marihuana
EF 11	Convivir con una adicción
EF 12A	Trampas de la Comunicación
EF 12B	Mejorando la comunicación
EF 12C	Contrato.

Definición de adicción de la “American Society of Addiction”

Medicina

Una adicción es un problema o trastorno primario, crónico, neurobiológico, genético, psicosocial, y que interviene factores del entorno influenciando en el desarrollo y otras manifestaciones del individuo. La Adicción se caracteriza por conductas que incluyen una o más de las siguientes características que se detallan a continuación:

Falta de control sobre consume de droga.

- Consumo compulsivo.
- *Cravings* (o deseos intensos de consumo).
- Uso continuando aún teniendo consecuencias negativas.

Extraído de: Graham, A.W.; Schultz, T.K.; Mayo-Smith, M.F.; Ries, R.K.; and Wilford, B.B., eds. Principles of Addiction Medicine, Third Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.

Visualización

- Dibuja un interruptor o una barrera en tu cabeza
- Imagínate a ti mismo abriendo y cerrando el interruptor o subiendo y bajando la barrera para parar los pensamientos referentes al consumo .
- Ten preparado otra imagen para remplazar los pensamientos de consumo.
- Asegúrate de que sea un pensamiento placentero o grato pero que no tenga nada que ver con el consumo
- Si la parada de pensamiento funciona, pero el pensamiento de consumo vuelve de forma frecuente, cambia de sitio o empieza a hacer una tarea que requiera de tu concentración

Utilizar un estímulo aversivo

- Utiliza un estímulo aversivo o doloroso que haga que se detenga la atención en los pensamientos referentes al consumo de drogas.
- Simplemente pon un goma de pelo alrededor de tu muñeca (que no te oprima demasiado).
- Cuando aparezca el deseo o pensamientos positivos de consumo, estira la goma y golpéate la muñeca mientras dices "NO" en voz alta (dependiendo de la situación) a los pensamientos de consumo.
- Tras la visualización, ten preparado otro pensamiento para reemplazar los pensamientos relacionados con el consumo.
- Déjate la goma alrededor de tu muñeca todo el tiempo.

Relajación

- Hay que entender que el *craving* (deseo elevado de consumo) crea a menudo sensaciones de desasosiego, desagradables, y sensaciones en el estómago. Esas sensaciones pueden reducirse en ocasiones utilizando bien la relajación profunda ,llenando profundamente nuestros pulmones, y dejando salir lentamente el aire. Hace esto tres veces.
- Intenta relajar tu cuerpo lo máximo que puedas unos cuantos minutos.
- Siente como las tensiones abandonan tu cuerpo.
Repite este proceso cada vez que estas sensaciones vuelvan a aparecer.

Llamar a alguien

- Hay que entender que hablando con alguien en ocasiones te puede reducir las sensaciones y relaja tu proceso de pensamiento.

¿Cómo funciona el alcohol?

En el cerebro hay un delicado balance de neurotransmisores por el que se inhiben o estimulan las funciones cerebrales y corporales a través de cambios sutiles, el alcohol interfiere en este equilibrio.

¿Como acaba la gente dependiendo del Alcohol?

Si la gente bebe alcohol con cierta frecuencia y regularidad, sus cerebros llegan a habituarse a la presencia del alcohol reduciendo los efectos del mismo. Entonces, ellos deben de beber más para llegar a la estimulación química que les refuerza.

Una vez adaptados sus cerebros, la gente puede llegar a ser dependientes al alcohol para mantener ese balance neuroquímico en sus cerebros. Si una persona que es dependiente al alcohol para de beber, la alta estimulación neuroquímica del cerebro, puede causar el llamado síndrome de abstinencia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia, depende de cuanto alcohol se ha consumido y durante cuanto tiempo.

¿Cuáles son los síntomas de abstinencia más frecuentes?

El síndrome de abstinencia incluye.

- Seizures
- Temblores.
- Náuseas
- Confusión
- Alucinaciones auditivas y/o visuales (oír o ver cosas que no existen).
- Insomnio.
- Agitación (extremadamente nervioso y agitado)

El síndrome de abstinencia del Alcohol puede traer complicaciones serias con peligro de muerte. El Delirium tremens (DT) es un síntoma producido por el abandono del alcohol muy peligroso. Sin tratamiento, 1 de cada 20 muere.

Los síntomas del DT incluyen:

- Alta frecuencia cardíaca
- Incremento de la temperatura del cuerpo.
- Temblores
- Pérdida de la habilidad o control muscular.
- Alteración del estado mental
- Incremento de la presión sanguínea.
- Respiración acelerada.
- Sudoración
- Alucinaciones
- Colapso cardiovascular.

¿Quién consume alcohol?

Muchas personas alrededor de los 18 años pueden beber de forma moderada sin padecer problemas de adicción. Beber de forma moderada significa 1 bebida por día para mujeres y 2 bebidas por día para hombres. En el informe del 2003 del "National Survey on Drug Use and Health" se señala que al menos la mitad de los americanos a partir de los 12 años afirma haber consumido alcohol.

El "National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism" estima que 3 de cada 10 (un 30%) de americanos adultos consumen alcohol a niveles peligrosos para su salud incrementando las probabilidades de padecer problemas psicológicos y sociales. De esos que consumen cantidades peligrosas de alcohol, alrededor de 1 de cada 4 se convertirán en dependientes al alcohol.

En general, más hombres que las mujeres consumen alcohol: en el 2003, el 57% de varones de edades comprendidas entre los 12 y más años, afirman haber consumido alcohol en el último mes, en comparación con el 43% de las mujeres.

El ratio de la dependencia del alcohol es más bajo en mujeres que en hombres. Se estima que un tercio de los dependientes al alcohol, son mujeres.

El consumo más elevado de alcohol se suele dar en jóvenes-adultos comprendidos entre los 21 y 29 años y menor consumo se aprecia en adultos de 65 años o más.

¿Cuáles son los efectos más inmediatos del consumo de Alcohol?

Cuando la gente empieza a beber, suelen experimentar:

- Sentimientos de bienestar y euforia.
- Más locuacidad aumentando sus sociabilidad.
- La inhibición baja (la gente hace o dice cosas que no diría sin haber consumido).

¿Qué pasa si la gente continúa consumiendo?

Empiezan a sentirse sedados y adormecidos y suelen:

- Tener problemas de equilibrio.
- Reducción del campo visual. (se reduce la habilidad de ver a los lados)
- Reducción del tiempo de reacción-
- Dificultad en el habla.
- Vómitos.
- Sueño extremo.
- Problemas de memoria o no recordar nada que pasó bajo el consumo de alcohol.

Cómo afectan los bebedores abusivos a las personas?

Los "Bebedores abusivos" pueden ser categorizados si han consumido grandes cantidades de alcohol en cinco o más ocasiones en el pasado mes. Beber de forma abusiva es beber cinco o más bebidas en una ocasión al menos una vez en el pasado mes. Un "bebedor abusivo" puede ser definido también cuando bebe de forma abusiva (beber más de cinco bebidas consecutivas en hombres y más de cuatro bebidas en mujeres).

Los "bebedores abusivos" pueden tener problemas de salud significativos. Cuando el alcohol es consumido, entra directamente en el torrente sanguíneo y es distribuido por el cuerpo.

Además los “bebedores abusivos” suelen tener problemas hepáticos, problemas en el aparato digestivo, problemas a nivel cardiovascular, inmunitario, endocrino y a nivel del sistema nervioso. El alcohol afecta a su hígado.

- El hígado es dónde se sintetiza el alcohol. Un gran número de toxinas que se generan de ese proceso químico son tóxicas (un veneno) para el hígado.
- Esas toxinas o ese veneno se va incrementando con el tiempo según se va consumiendo más alcohol pudiendo llegar a dañar al hígado.
- Este daño puede llegar a producir daños importantes a nivel hepático como hepatitis alcohólica o cirrosis hepática.
- En ocasiones ambos daños persisten en el misma persona.
- La dependencia al Alcohol es la principal causa de muerte por problemas hepáticos en los Estados Unidos.
- Se estima que alrededor de 2 millones de personas tendrán problemas hepáticos debidos al consumo abusivo de alcohol.

El Alcohol afecta al sistema digestivo:

- Los “bebedores abusivos” presentan inflamación crónica. (irritación) del esófago (que comunica con el estómago), que puede llegar a provocar cáncer.
- Problemas de circulación en los capilares del esófago (varices) puede ser consecuencia del los problemas hepáticos.
- Esos capilares pueden romperse; cuando esto sucede las consecuencias pueden ser fatales.
- Los “bebedores abusivos” suelen padecer también pancreatitis (inflamación del páncreas), así como cáncer de garganta, de colón y del recto.

El Alcohol afecta al corazón.

- Aunque el consumo moderado de alcohol se ha mostrado en algunos estudios como beneficiosos para el corazón, el consumo abusivo de alcohol es asociado con serios problemas de corazón por interfiere con el normal latido del corazón causando desarreglos en la presión sanguínea aumentando las probabilidades de infarto.
- Las plaquetas de la sangre dejan de hacer su función siendo más débiles incrementando las probabilidades de sangrado.

El Alcohol afecta al sistema inmune.

- El Alcohol puede perjudicar seriamente al sistema (el sistema que protege al cuerpo de las enfermedades) dañando a los glóbulos rojos y blancos.
- Los bebedores abusivos padecen más infecciones y enfermedades que las personas que beben de forma moderada.
- El alcohol puede dañar el sistema inmune reduciendo el nivel de protección del cuerpo. Esto puede perjudicar aún más los problemas relacionados con el consumo de alcohol como los daños producidos a nivel hepático.

El Alcohol afecta al sistema endocrino.

- El sistema (sistema de control hormonal) puede ser dañado por el uso continuado de alcohol.
- El balance de hormonas de insulina y la glucosa, que regula los niveles de glucosa en sangre, es alterado; la diabetes (altos niveles de azúcar) es común en personas que beben de forma abusiva..
- Beber alcohol puede retrasar la reproducción de hormonas como la hormona del crecimiento, y de la testosterona.
- Los efectos del alcohol sobre las hormonas incluye la disminución del tamaño de los testículos y óvulos perjudicando al espermatozoides y a la evolución.
- El Alcohol provoca cambios negativos en las hormonas sexuales dañando sus funciones tanto en hombres como en mujeres.

El Alcohol afecta al sistema nervioso.

- El consumo abusivo de alcohol puede dañar al sistema nervioso. Estos daños pueden producir:
 - Neuropatía periférica, que se aprecia con temblores constantes en las piernas, brazos y manos.
 - El síndrome de Wernicke, resultado del desorden de los movimientos de los ojos, provocando un mal equilibrio y con sus consecuencias negativas a la hora de caminar.
 - Síndrome de Korsakoff resultado de el daño del proceso de la memoria, haciendo difícil poder aprender cosas nuevas.
- Además de todos esos desórdenes a nivel del sistema nerviosos, muchas personas que beben de forma abusiva se quejan de falta de capacidad mental, como consecuencia de la reducción del tamaño del cerebro y de los cambios neurales producidos por el consumo de alcohol.

Beber puede provocar problemas psicológicos así como de conducta.

- El uso de Alcohol es asociado con la violencia doméstica, el abuso infantil y asaltos.
- El uso de Alcohol es asociado a todo tipo de accidentes.
- Cuanto mayor cantidad de alcohol se consuma, aumentan las probabilidades de tener problemas en casa, en el trabajo, con los amigos, así como con extraños. Esos problemas pueden incluir:
 - Argumentos para la separación o divorcio de parejas o de otros familiares.
 - Relaciones poco sinceras con compañeros/as.
 - Faltas injustificadas al trabajo de forma frecuente.
 - Pérdida de trabajo por el descenso de productividad laboral .
 - Ser víctima o convertirse en agresor violento.
- Accidentes de circulación o retiradas de carné de conducir por infringir la ley.

¿El Alcohol afecta igual a hombres y mujeres?

Beber aunque sea en pequeñas cantidades, afecta a mujeres y a hombres de forma diferente.

- Las mujeres experimentan los efectos del alcohol más rápidamente y con menos cantidad que los hombres. Las mujeres pueden desarrollar más rápidamente hepatitis alcohólica (inflamación del hígado) y pueden morir de cirrosis más rápidamente.
- Las mujeres son más rápidas que los hombres a la hora de desarrollar efectos negativos del alcohol sobre el cerebro.

Similares ratios se dan con respecto a los problemas cardíacos, aún cuando las mujeres beben menos alcohol que los hombres a lo largo de su vida.

Para algunas mujeres aún consumiendo una bebida por día, puede aumentar la probabilidad de padecer un cáncer de pecho.

¿Qué hay sobre el consumo de alcohol y embarazo?

Beber durante el embarazo pone al bebe en serio riesgo. Los bebés nacidos de madres que bebieron durante el embarazo pueden padecer de retraso mental u otros problemas de aprendizaje o de tipo conductual. El riesgo más serio es el llamado Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) El SAF es una de las principales causas del retraso mental en los Estados Unidos.

Además los efectos del SAF varían, algunos niños con el síndrome pueden tener problemas cognitivos así como problemas conductuales. Los problemas conductuales y neurológicos asociados al SAF pueden verse reflejados en un pobre expediente académico, problemas a la hora de buscar trabajo o problemas serios durante la adolescencia y adultez.

Niños con el SFA suelen tener distintivos físicos en la cara y cabeza como:

- Finos dobleces en el contorno del los ojos
- Pequeña circunferencia craneal.
- Un pequeño tabique nasal
- Poca apertura de los ojos.
- Corta nariz
- Pequeña frente.
- Un surco indistinto entre el labio superior y la nariz.
- Un fino labio superior.

**LAS INVESTIGACIONES
NO HAN ENCONTRADO
NINGÚN CONSUMO
PRUDENTE DURANTE EL
EMBARAZO.**

Guía para graduados: panel de participantes

¡Enhorabuena! Estar invitado al panel de recuperación significa que has hecho grandes progresos en tu recuperación y ya puedes ayudar a otros. Es muy útil para los usuarios (y sus miembros familiares) que alguien les hable en los primeros meses del tratamiento, historias sobre éxitos terapéuticos. Esta experiencia además puede ayudarte al darte una oportunidad a contar tu historia y enseñar a los demás tu experiencia dando otra perspectiva a las vivencias vividas. Mucha gente que empieza a ser miembro del panel se siente renovada con respecto a sus confidencias y sus vivencias del proceso de recuperación.

Tu y otros tres o cuatro participantes vais a ir describiendo por turnos el camino terapéutico, así como el éxito conseguido en la sesiones de los grupos de educación de familias del día: _____ a las ____ h.

Vas a tener alrededor de 10 minutos para hablar. Cuando hayas terminado tu exposición, el grupo de familias tendrá la oportunidad de hacer preguntas. Por favor intenta responder a las mismas de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, por favor siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incómodo.

Cuando pienses sobre qué es lo que te gustaría compartir con el grupo, usa las preguntas que siguen a continuación para ayudarte a organizar tus ideas:

- ¿Qué efectos ha tenido el consumo abusivo en tu vida?
- ¿Quién te trajo a tratamiento?
- ¿Qué sensaciones recuerdas haber tenido durante las primeras semanas de tratamiento o primeros meses?
- ¿Qué experiencias, actividades, y conductas han sido para ti las más útiles para tu recuperación?
- ¿Qué crees que harías de forma diferente en todo este proceso?
- ¿Qué papeles han desempeñado AA (Alcohólicos Anónimos) o NA (Narcóticos Anónimos) u otro tratamiento en tu vida?
- Si fueras un supervisor de los 12 pasos (AA). ¿Cómo seleccionarías a esa persona?
- ¿Qué es lo que te hubiera gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

Recuerda:

- Tu historia tendrá más poder si estas abierto y eres honesto con tus sentimientos.
- Intenta evitar decir a los demás qué es lo que tiene que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

¡Gracias por participar!...

Guía para miembros familiares: panel de participantes

¡Enhorabuena! Estar invitado al panel de recuperación significa que tu familia ha hecho grandes progresos en tu recuperación y ya puedes ayudar a otros. Es muy útil para los usuarios (y sus miembros familiares) que alguien les hable en los primeros meses del tratamiento historias sobre éxitos terapéuticos. Esta experiencia además puede ayudarte al darte una oportunidad a contar tu historia y enseñar a los demás tu experiencia dando otra perspectiva a las vivencias vividas. Mucha gente que empieza a ser miembro del panel se siente renovado con respecto a sus confianzas y sus vivencias del proceso de recuperación.

Tu y otros tres o cuatro participantes vais a ir describiendo por turnos el camino terapéutico, así como el éxito conseguido en la sesiones de los grupos de educación de familias del día: _____ a las ____ h.

Vas a tener alrededor de 10 minutos para hablar. Cuando hayas terminado tu exposición, el grupo de familias tendrá la oportunidad de hacer preguntas. Por favor intenta responder a las mismas de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, por favor siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incómodo.

Cuando pienses en qué vas a decir o contar en grupo, utiliza las preguntas que tienes a continuación para organizar tus pensamientos:

- ¿Qué efectos ha tenido en los miembros de tu familia el abuso de sustancias durante tu vida?
- ¿Qué conductas intentaste aplicar con su miembro familiar que consumía?
- ¿Qué es lo que pareció funcionar durante este tiempo?
- ¿Qué crees tu que harías de forma distinta?
- ¿Qué sensaciones recuerdas durante las primeras semanas o meses de tratamiento de tu familiar?
- ¿Qué experiencias, actividades, y conductas han sido más útiles en el proceso de recuperación de tu familiar?
- ¿Qué papeles han desempeñado AA (Alcohólicos Anónimos) o NA (Narcóticos Anónimos) u otro tratamiento en tu vida?

Si fueras un supervisor de los 12 pasos (AA). ¿Cómo seleccionarías a esa persona?

- ¿Qué es lo que te hubiera gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

Recuerda:

- Tu historia tendrá más poder si estas abierto y eres honesto con tus sentimientos.
- Intenta evitar decir a los demás qué es lo que tiene que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

¡Gracias por participar!...

Guía para la recuperación: panel de participantes

Gracias por decidirse a participar en estas sesiones de educación familiar para la recuperación. Es muy útil para nuestros usuarios (y sus familiares) escuchar en los primeros meses del tratamiento una historia de éxito terapéutico.

Vas a tener alrededor de 10 minutos para hablar. Cuando hayas terminado tu exposición, el grupo de familias tendrán la oportunidad de hacer preguntas. Por favor intenta responder a las mismas de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, por favor siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incomodo.

Cuando pienses en qué vas a decir o contar en grupo, utiliza las preguntas que tienes a continuación para organizar tus pensamientos:

¿Qué efectos ha tenido el consumo abusivo en tu vida?

- ¿Quién te trajo a tratamiento?
- ¿Qué sensaciones recuerdas haber tenido durante las primeras semanas de tratamiento o primeros meses?
- ¿Qué experiencias, actividades, y conductas han sido para ti las más útiles para tu recuperación?
- ¿Qué crees que harías de forma diferente en todo este proceso?
- ¿Qué papeles han desempeñado AA (Alcohólicos Anónimos) o NA (Narcóticos Anónimos) u otro tratamiento en tu vida?

Recuerda:

- Tu historia tendrá más poder si estas abierto y eres honesto con tus sentimientos.
- Intenta evitar decir a los demás qué es lo que tiene que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

Gracias de nuevo.

¿Qué es la metanfetamina?

La metanfetamina es un estimulante muy poderoso resultado de varios procesos químicos.

Metanfetamina (metanfetamina) está en la calle como

- Ice
- Glass
- Crank
- Cristal
- Speed
- Chalk
- Tweak

¿Cuántas personas utilizan Metanfetamina?

El número de personas que consumen metanfetamina han aumentado a más del doble entre 1994 y el 2000 en EE.UU..

En el 2004 el "National Survey on Drug Use and Health" estimó que 12 millones de personas de 12 o más años probaron la metanfetamina al menos una vez en su vida.

Algunas evidencias señalan que el consumo se ha estabilizado. El número de personas que consumen metanfetamina se ha mantenido constante en 2002, 2003 y en el 2004. Desde el 2002 al 2004, la media de edad de consumo se ha incrementado tres años de los 18,9 a los 22,1 años de edad.

¿Quién utiliza metanfetamina?

Aunque el consumo ha disminuido considerablemente, el consumo sigue siendo un gran problema actual, ya que se ha visto como aumenta su consumo en determinadas poblaciones. Algunas zonas confinadas en el país, como Hawai y en las ciudades de la costa este. El consumo de metanfetamina irregular a lo largo del país.

La gente que consume metanfetamina tradicionalmente ha sido de raza caucásica, hombres y trabajadores. El consumo de Metanfetamina se ha focalizado en el consumo de fiestas (raves, etc.).

El consumo de Metanfetamina aumenta en población hispana y personas jóvenes sin hogar.

El uso en mujeres también se ha incrementado. Hay más mujeres que consumen metanfetamina que cocaína o heroína. Es la droga que se consume por igual en hombres y mujeres.

El consumo de metanfetamina ha aumentado en los lugares de trabajo; ha sido utilizada por conductores de camiones de largos recorridos, pero además se ha utilizado en la construcción y en la manufacturación de materias primas. Actualmente es más consumida por gente dedicada al entretenimiento, profesiones liberales, ventas y en otras profesiones legales.

¿Cuáles son los efectos de la Metanfetamina?

Los efectos psicológicos inmediatos de la metanfetamina incluyen:

- Euforia
- Alteración de la vigilia.
- Sensaciones de incremento de la resistencia y de la energía.
- Sensación de invulnerabilidad (creen que no les puede pasar nada malo).
- Sensaciones de incremento de la confianza y de la competencia personal.
- Sensaciones intentas de deseo sexual.
- Descenso en las sensaciones de aburrimiento, cansancio o tristeza.

Los efectos inmediatos a nivel físico de la metanfetamina incluyen:

- Incremento
- Frecuencia cardiaca - Presión sanguínea.
- Dilatación pupilar. - Respiración acelerada.
- Sensibilidad a los sonidos y estímulos
- Aumenta la temperatura corporal.
- Desciende
 - Apetito - El sueño
 - Tiempo de reacción

Los efectos crónicos psicológicos ("crónico" significa que esos efectos empiezan más tarde en las personas consumidoras pero están durante más tiempo) del consumo de metanfetamina incluye

- Confusión
- Pérdida de la habilidad de concentración y de la organización de la información.
- Pérdida de la habilidad de sentir placer sin el consumo de la droga.
- Paranoia.
- Insomnio y fatiga.
- Estado de ánimo bajo.
- Irritabilidad e ira.
- Depresión.
- Ansiedad y trastornos de pánico.
- Conductas peligrosas como conductas sexuales de riesgo.
- Alucinaciones táctiles (las personas creen que hay cosas que raptan encima de ella o él) o alucinaciones auditivas (la persona oye cosas que no existen.)
- Depresión severa que puede llevar a pensamientos de suicidio o incluso intentos de suicidio.
- Episodios súbitos de conductas violentas.
- Pérdida severa de memoria que puede llegar a ser permanente.

Efectos crónicos a nivel físico

- Temblores.
- Despertares.
- Boca seca.
- Pérdida de peso y malnutrición.
- Incremento de la sudoración.
- Piel aceitosa.
- Picores constantes son causados por el efecto de la piel aceitosa, es un efecto muy común del consumo de metanfetamina.
- Dolores de cabeza.
- Problemas serios con los dientes y encías causadas por el descenso de flúor en los dientes y el desgaste de la saliva.

- Daño en los pequeños capilares o venas del cerebro que puede dar lugar a un derrame

Daño en las células neurales.

- Latido irregular del corazón que puede causar muerte súbita.
- Ataque cardíaco o problemas crónicos, incluyendo la ruptura de la musculatura cardíaca.
- Fallo renal.
- Fallo hepático.
- "Temblores," movimientos que la persona no puede controlar que son repetidos de forma regular.
- Infección de la piel que puede provocar picores severos.

Las formas que cada persona puede utilizar metanfetamina puede crear problemas especiales, así pues, inyectando metanfetamina puede causar:

- Coágulos de sangre. - Inflamación del corazón.
- Infecciones en la piel - Neumonía.
- VIH, tuberculosis, o hepatitis C, todos ellos virus provenientes del uso compartido de jeringuillas o de prácticas sexuales de riesgo.
- Fallo en el riñón.

Esnifar metanfetamina puede provocar:

- Sinusitis crónica.
- Perforaciones en el tabique nasal, y en el cartílago entre los orificios nasales.
- hemorragia nasal
- Ronqueras.

Fumar metanfetamina puede causar:

- Problemas de garganta.
- Labios quemados.
- Congestión pulmonar.
- Tos severa con mucosidad negra
- Enfermedad pulmonar crónica.

¿Qué sucede si se utiliza metanfetamina durante el embarazo?

Una mujer que consume metanfetamina durante su embarazo puede dañar su feto.

Los fetos de madres que consumen metanfetamina están en riesgo de padecer un derrame cerebral, que causan la muerte del feto. Además el consumo de metanfetamina durante el embarazo puede provocar un parto prematuro.

Los fetos pueden ser expuestos al VIH o a la hepatitis si la madre se infecta con los esos virus.

Los bebés de madres que usaron metanfetamina durante su embarazo suelen tener:

- Reflejos anormales.
- Problemas de alimentación y problemas digestivo.
- Irritabilidad extrema.

¿En que otras formas pueden los niños ser afectados por el Metanfetamina?

Algunos laboratorios de metanfetamina están instalados en casa donde viven niños siendo sitios muy peligrosos tanto para niños como adultos por muchas razones:

- Fuegos, explosiones, compuestos químicos, humos tóxicos son muy comunes.
- Los procesos químicos para hacer el metanfetamina provocan humos pesados que pueden perjudicar gravemente quemando pulmones, pueden dañar al cerebro, riñones o hígado pudiendo tener consecuencias fatales.

En 2001, 700 niños que estaban presentes en laboratorios de metanfetamina dieron positivo a los tóxicos de la droga.

¿Qué otros problemas producen los laboratorios de metanfetamina?

Los humos tóxicos que son consecuencia de la manipulación química para hacer la metanfetamina impregnan las paredes, las alfombras, etc. permaneciendo ahí durante mucho tiempo, poniendo a todos los habitantes de la casa en riesgo. Incluso para nuevos inquilinos que entren a vivir en una casa en la que se haya fabricado metanfetamina.

La producción de metanfetamina genera grandes cantidades de residuos sólidos, por cada Kg. de metanfetamina producido se producen de 5 a 6 kilogramos de residuos tóxicos que son desechados de forma no regulada en vertederos no autorizados contaminando químicamente el área en la que se encuentra dicho laboratorio..

¿Qué es la cocaína?

La Cocaína es una droga estimulante muy potente que procede de la hoja de coca. La cocaína esta ahora en la calle con nombres como:

- Coke
- Nieve.
- Polvo feliz
- Basuco

El Crack es cocaína que se ha procesado del clorhidrato de cocaína a una piedra en forma de cristal que puede ser fumada. Su nombre proviene del sonido que produce su combustión.

El Crack a veces es llamado "piedra" o "base."

¿Cuánta gente consume cocaína?

En el 2004 el "National Survey on Drug Use and Health" estimó que cerca de 34 millones de americanos habían consumido cocaína al menos una vez en su vida.

El mismo informe estimó lo siguiente:

- Alrededor de 2 millones de personas en los Estados Unidos usan frecuentemente cocaína.
- Un 2,5% de personas jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad han contestados que consumieron cocaína al menos una vez en sus vidas.
- Un porcentaje de jóvenes adultos de edades comprendidas entre los 18 y 25 años (16%) han contestado que utilizaron cocaína al menos una vez en sus vidas.

¿Quién consume cocaína?

Adultos de edades comprendidas entre los 18 y 25 años de edad pero con ratios elevados en otras edades poblacionales también. Por regla general consumen más hombres que mujeres cocaína.

¿Cuáles son los efectos de la cocaína?

Los efectos psicológicos a corto plazo de la cocaína son similares a la metanfetamina son:

- Euforia
- Incremento de la energía Aumento de la comunicación
- Incremento a las sensaciones del tacto, sonido o olores.
- Incremento de la alteración neural-
- Incremento de la confianza
- Incremento del deseo sexual.

Los efectos inmediatos del consumo de cocaína a nivel físico son:

- Constricción de las venas.
- Dilatación pupilar.
- Incremento de la frecuencia cardiaca.
- Incremento de la temperatura.
- Incremento de la presión sanguínea
- Decrece el apetito.
- Decrece el sueño.

En raras ocasiones, puede suceder la muerte súbita en consumidores de cocaína, aún siendo los primeros consumos.

Consumir alcohol en combinación con cocaína incrementa el riesgo. El consumo de cocaína y de alcohol produce una tercera sustancia, cocaetileno. El cocaetileno intensifica los efectos eufóricos de la cocaína incrementando además las probabilidades de muerte súbita.

Efectos psicológicos del consumo crónico de cocaína incluye:

- Irritabilidad.
- Aumento del desasosiego.
- Psicosis paranoides con alucinaciones auditivas o visuales.
- Episodios de conductas violentas extremas.
- Incapacidad de experimentar placer sin consumir la droga.
- Depresión.
- Paranoia

Efectos físicos crónicos del uso de cocaína incluyen:

- Conductas de riesgo que exponen al VIH o a al virus de la hepatitis C.
- Arritmias en los latidos del corazón
- Ataques de corazón
- Dolor de pecho.
- Bronquitis y neumonía
- Fallo Respiratorio.
- Movimientos incontrolados.
- Dolores de cabeza

Además, la pérdida del apetito durante el consumo hace que pueda padecer malnutrición así como pérdida de peso. Igual como en el consumo de metanfetamina, la forma en la que la cocaína se usa puede causar distintos problemas. Personas que se inyectan cocaína pueden padecer:

- Heridas infectadas producidas por las inyecciones.
- Reacciones alérgicas serias.
- Exposición a la VHI y al virus de la hepatitis.

Esnifar de forma regular cocaína puede llevar a:

- Pérdida de la sensibilidad olfativa.
- Problemas con la respiración
- Irritación grave del septum nasal llegando a ser crónico.

Fumar crack puede provocar los mismos problemas que fumar metanfetamina:

- Problemas en la garganta
- Labios quemados
- Congestión pulmonar
- Tos severa.
- Problemas pulmonares crónicos.

¿Qué pasa cuando se consume cocaína durante el embarazo?

Los bebés que nacen de madres que consumen cocaína durante el embarazo puede suceder:

- Partos prematuros
- Niños de bajo peso
- Diámetro de la cabeza menor.
- Ser más pequeño y débil.

Los bebés además pueden ser expuestos a VHI o al virus de la hepatitis C si la madre se infecta de los mismos. La exposición del feto a la cocaína no parecen causar tan serios problemas y tan duraderos como se pensaba antes.

No obstante, los niños que han sido expuestos a la cocaína antes de nacer, tienen mayores probabilidades de tener problemas en el futuro en distintas áreas de sus vidas importantes para su desarrollo como en el rendimiento escolar.

Teniendo problemas en:

- Prestar atención a las tareas.
- Dificultad en el procesamiento de la información
- En el aprendizaje de nuevas tareas.

Día:	
7:00 AM	
8:00 AM	
9:00 AM	
10:00 AM	
11:00 AM	
12:00 PM	
1:00 PM	
2:00 PM	
3:00 PM	
4:00 PM	
5:00 PM	
6:00 PM	
7:00 PM	
8:00 PM	
9:00 PM	
10:00 PM	
11:00 PM	

Cuántas horas duermes?

De ___ A _____

.....

Notas.

Recordatorios:

.....

Una vez que la persona decide abandonar el consumo de drogas, ¿por qué terminan consumiendo otra vez? Las recaídas, ¿suceden por accidente? ¿O hay señales de alerta y maneras de evitarlas?

La justificación de la recaída es un proceso que ocurre en la mente de las personas. La persona quizá haya decidido dejar de consumir, pero el cerebro aún está excitado e intoxicado por tanto consumo. El cerebro adicto entorpece la recuperación acercando al usuario a situaciones de peligro que le hagan volver a consumir.

Es importante que la persona en proceso de recuperación y su familia aprendan e identifiquen rápidamente las justificaciones de la recaída. Abajo se enumeran algunas justificaciones comunes que es importante identificar:

Otras personas recayeron por

- Mi mujer también consume entonces . . .
- Yo estaba muy bien hasta que el trajo a casa para consumir . . .
- Fui a la playa con mi hermana y . . .
- Mi hermano vino a comer y trajo un poco . . .
- Quise ver a mi amigo una vez más y me ofreció un último . . .

Necesitaba consumir para afrontarme a

- Empecé a engordar otra vez y necesitaba controlar mi peso entonces . . .
- No tenía energía no podía sin . . .
- No puedo divertirme sin . . .
- La vida es muy aburrida sin . . .
- No puedo estar a gusto en determinadas situaciones sociales o conocer gente sin . . .

Estaba poniéndome a prueba

- Intenté ver si podía enfrentarme y “trabajar mejor” ahora que estoy limpio.
- Quise ver de nuevo a mis amigos de nuevo, por qué me siento fuerte ahora.
- Necesitaba un poco de dinero y pensé que podía vender un poco sin consumir.
- Quise ver si podía consumir un poco y luego parar.
- Quise ver cuanto tiempo podía estar en una situación de alto riesgo y decir no
- Pensé que podía beber un poco sin consumir luego.
- Estaba bien, pero luego me deprimí.
- Tuve una discusión con mi pareja.
- Mis padres han estado molestándome.
- Mi pareja ha estado intimidando con otra persona.
- El tiempo estaba muy triste.
- Solo fui a dar un vuelta y . . .

Fue una accidente

- Estaba en un bar y alguien me ofreció metanfetamina para consumir y
- Estaba en el trabajo y alguien me ofreció ...
- Encontré a alguien en mi coche.
- Fui a ver una película y ...
- Un amigo me llamó para verme y decidimos consumir juntos de nuevo.

Me sentí mal

- La vida es tan aburrida, estoy mejor consumiendo.
- Me sentía deprimido y ...
- Mi trabajo no iba bien, y estaba tan frustrado entonces...
- Me sentía tan mal sobre mi situación entonces...
- La recuperación es tan difícil...

Afrontar la posibilidad de recaída: para la persona en recuperación

Para la persona que está en recuperación

La posibilidad de recaer es una realidad durante la recuperación, y es normal para la mayoría de la gente que está en proceso de recuperación y sus familias afrontar dicha situación. Algunas personas evitan pensar en esta posibilidad. No obstante, considerar cómo tú y tu familia pueden reconducir una recaída puede prepararte a afrontar la misma minimizando así su duración y el efecto sobre tu familia.

Piensa sobre las cuestiones enunciadas abajo y contesta lo más honestamente posible. Estas cuestiones son para guiar las discusiones del grupo; nosotros no veremos tus contestaciones a menos que decidas enseñárnoslas. No obstante, cuando los miembros del grupo comparten sus pensamientos con los demás, todos los miembros escuchan ideas nuevas y se sienten más aceptados y menos solos.

¿Cuáles son tus mayores temores ante la recaída?

¿Si sufres una recaída, que sentimientos crees que tendrías?

¿Si sufres una recaída, que crees que tu familia harían o dirían para que volvieres al proceso de recuperación cuanto antes?

¿Qué pasos estás tomando para evitar una recaída?

Afrontar la posibilidad de recaída: para los familiares de la persona en recuperación

Para los familiares que están en proceso de recuperación

La posibilidad de recaídas es una realidad para la recuperación, y es normal para la mayoría de la gente que está en proceso de recuperación y sus familias para afrontar dicha situación. Algunas personas evitan pensar en la posibilidad en alguna recaída. No obstante, considerar como tu y tu familia pueden reconducir una recaída puede prepararte a afrontar la misma minimizando así la duración de la recaída y el efecto sobre su familia.

Pensar y contestar sobre ambas situaciones, es lo más honesto que puedas hacer. Estas cuestiones son para guiar las discusiones del grupo; nosotros no veremos tus contestaciones a menos que tu decidas enseñármelas. No obstante, cuando los miembros del grupo expongan sus pensamientos con otro, todos los miembros aprenden al oír nuevas ideas sintiéndose más aceptados y menos solos.

¿Cuáles son tus mayores temores a que tu familiar recaiga?

Si sucede una recaída, que sentimientos crees que tendrías ante dicha experiencia?

¿Si tu familiar recayó en el pasado, qué le dirías o intentarías para afrontar dicha situación?

¿Qué es lo que te ayudaría más? (Si tu familiar hubiese experimentado una recaída ¿Qué crees que te ayudaría para afrontar dicha situación?)

Cosas para recordar:

- Tu estás participando en el tratamiento por ti, no solo por la persona que consume sustancias.
- Tu familiar querido que está en proceso de recuperación, la sobriedad , o el consumo de sustancias no dependen de ti.
- La recuperación de tu familiar no depende de las personas que consumen sustancias.
- Tu no has causado el problema de consumo de tu familiar. Es no tu culpa.
- Las recaídas pasan, pero las personas vuelven de nuevo al proceso de recuperación.
- Tu puedes ofrecer soporte a tu familiar en el proceso de recuperación, pero tu no eres responsable a la hora de mantener su recuperación. La persona que está en proceso de recuperación es la responsable a la hora de evitar las recaídas, de ir con cuidado con las distintas situaciones peligrosas y hacer los ajustes necesarios para remediarlos.
- Aunque sea importante que ofrezcas soporte a tu familiar en proceso de recuperación, es muy importante que igualmente te cuides a ti mismos, tanto emocionalmente como físicamente.
- Si tu familiar recae, es especialmente importante que tu continúes cuidándote. La lista a continuación puede darte algunas ideas sobre cómo:
 - Continúa asistiendo al grupo de los 12 pasos.
 - Habla con tu familiar explicando como te sientes y expresas tus preocupaciones.
 - Haz ejercicio regularmente.
 - Come bien.
 - Duerme suficiente.
 - Habla con familiares y amigos que te den soporte.
 - Visita a tu iglesia u organización que te de soporte.
 - Continúa practicando y asistiendo a actividades sociales y no dejes de practicar tus hobbies y diviértete.
 - Busca a un terapeuta si crees que es necesario que te puede ayudar en el proceso.

¿Qué son los opiáceos?

- Los opioides son un grupo de drogas que actúa sobre los receptores opioides del cerebro.
- Hay opioides naturales que proviene de las plantas (p.e. morfina y heroína) y opioides sintéticos (p.e. oxicodeina y meperidina). Ambos tipos de opioides tiene efectos similares.

¿Qué efectos producen los opiáceos?

- Los signos del consumo de opioides son: contracción pupilar, piel poco tensa, y una sensación pesada en los miembros. Las personas que han consumido heroína dicen estar "dando una cabezada" porque están adormilados.
- Después de que la precipitación eufórica del uso del opiáceo, hay un estado soñoliento
- Respiración y frecuencia cardiaca lenta. Dolores de cabeza y vértigos son comunes.

¿Qué es la tolerancia a los opiáceos?

- Las personas que consumen de forma continuada opioides, suelen necesitar más cantidad y más dosis para experimentar el subidón. A esto se llama "tolerancia".
- Eventualmente, una persona con tolerancia a los opioides significa que las drogas se toman para prevenir el llamado síndrome de abstinencia, no para experimentar el subidón de la droga.

¿Qué es la dependencia a los opiáceos? ¿Qué es adicción a los opiáceos?

- Las personas que consumen opiáceos de forma prescrita raramente se vuelven adictas.
- Con un uso largo y continuado, las personas con medicación pueden volverse adictas y dependientes a los opiáceos.
- Las personas que son dependientes a los medicamentos de la familia de los opiáceos para el tratamiento del dolor deben de parar de consumir de forma gradual para no sufrir el síndrome de abstinencia.
- La adicción significa que la persona físicamente dependiente a los opiáceos y por lo tanto tiene una urgencia compulsiva para tomar la droga, aún si sus consecuencias son negativas.

¿Qué es el síndrome de abstinencia a los opiáceos?

- El síndrome de abstinencia ocurre cuando una personas que es dependiente físicamente o adicta a un opiáceo deja de consumir de repente.
- Los síntomas del síndrome de abstinencia incluye desasosiego, dolor severo muscular y de huesos, insomnio, diarrea, vómitos, temblores fríos, etc.
- El síndrome de abstinencia puede durar alrededor de una semana.

¿Cuáles son los opiáceos prescritos?

- Los principales opiáceos son: la codeína, oxicodeína (OxyContin®, Percodan®, Percocet®, Tylox®), hidrocódeína (Vicodin®), meperidina (Demerol®), e hidromorfina (Dilaudid®).

¿Quién abusa de la Oxicodina?

- En el 2003, cerca de 3 millones de personas mayores de 12 años abusaron de la Oxicodina, el medicamento de la familia de los opiáceos más potente del mercado.
- Muchos de esos que abusan de la Oxicodina son mayores de 30 años, pero un 5% de los estudiantes de instituto dicen haber consumido alguna vez.
- Para obtener la prescripción de la Oxitocina, las personas fingen que padecen fuertes dolores o roban recetas o farmacias.

¿Qué peligro encierra el abuso de la Oxicodina?

- La gente toma las pastillas o bien de forma oral, esnifada o se forma inyectable (después de deshacerla en agua). Cuando se consume de esta última forma, el riesgo de parada cardiorrespiratoria o de ataque al corazón de dispara e incrementa las probabilidades de morir por sobredosis.
- Inyectando la sustancia con agua incrementa la exposición de la persona a enfermedades como la hepatitis C o el VIH que se puede contaminar por el uso de jeringuillas.
- La Oxicodina es altamente adictiva cuando se utiliza como droga de abuso.

¿Qué es la heroína?

- La heroína es un narcótico muy potente contra el dolor hecho desde la morfina, que procede de las plantas de opio.
- La heroína pura es un polvo blanco. La heroína que se compra en la calle tiene varios colores desde el blanco al marrón oscuro y normalmente está mezclada con varias sustancias incluso con azúcar, leche en polvo, o incluso con veneno como la estricnina.
- La heroína circula en la calle con distintos nombres como caballo, veneno, polvo, etc.

¿Quién consume heroína?

- Un 1,6% de personas mayores de 12 años han consumido heroína alguna vez en su vida. Más del 3,1% de los estudiantes de instituto, han consumido alguna vez en su vida.
- Muchas personas que han consumido heroína son de raza Caucásica, hombres y mayores de 30 años de edad que viven de forma indistinta en pueblos o ciudades. Pero la edad de inicio del consumo de heroína va de la mitad de los 20 en 1990 a antes de los 20 en el 2000 reduciéndose la edad de inicio de consumo de esta droga.

¿Qué peligros encierra el consumo de heroína?

- Como la pureza de la heroína varía considerablemente, el accidente de sobredosis, es muy peligroso y real.
- La heroína está conectada con el 15% de todas las visitas a emergencias de los Estados Unidos.
- Muchas personas que consumen heroína de forma regular lo hacen de forma intravenosa siendo esto un factor importante de riesgo para el contagio del VIH y la hepatitis C.
- El consumo de heroína por vía intravenosa puede causar colapso de las venas debido a los coágulos de sangre que se forman, además es fácil las infecciones de tipo bacteriana en el corazón y venas pudiendo provocar neumonía, tuberculosis y problemas del hígado y páncreas.

¿Qué son las drogas de diseño y quién las consume?

- Las drogas de diseño incluyen sustancias como la GHB, Rohypnol, Ketamina, LSD y éxtasis que son consumidas frecuentemente en las fiestas de baile. Mucha gente cree de forma totalmente errónea que están exentas de peligro pero eso no es así.
- Mucha gente que consume drogas de diseño son menores de 30 años y de raza caucásica. Los estudiantes de institutos y universitarios son los que mayor nivel de consumo muestran.

¿Qué es el GHB?

- El GHB se utiliza como anestésico y genera euforia y alucinaciones.
- Ahora, GHB es fabricado en laboratorios ilegales
- En las fiestas, el GHB se ofrece en forma sólida o líquida ofreciéndose incluso en envases de botellas de deporte.
- El GHB circula en las calles bajo distintos nombres como: éxtasis, Vitamina G, etc.

¿Quién consume GHB?

- Alrededor del 2% de los estudiantes de institutos comentan que lo han probado al menos una vez en el año 2004.

¿Cuáles son los efectos del GHB?

- A dosis bajas, las personas que los consumen experimentan descoordinación motora y baja frecuencia cardiaca y de la respiración baja de respiración.
- Con altas dosis de GHB puede sobrevenir el coma. Hasta el año 1990, unas 70 personas murieron de sobredosis de GHB. can cause comas.

¿Qué es el Rohypnol?

- Rohypnol es el nombre comercial de una droga que es legal en México y Europa, que es utilizado con fines terapéuticos para personas que sufren de insomnio. El Rohypnol nunca ha sido legalizado en los Estados Unidos.
- Las pastillas de Rohypnol se venden frecuentemente con su envase original que hace creer a la gente que se trate de una droga legal.
- El Rohypnol es un depresor del sistema nervioso central como el Halcyon, Xanax, y el Valium, pero es muchísimo más potente.
- El Rohypnol circula por las calles con distintos nombres como roofies, rophies, roche, rope, y la pastillas del olvido.

¿Quién consume Rohypnol?

- Alrededor del 1,6% de estudiantes de secundaria comentan que consumieron esta sustancia al menos una vez durante el 2004.
- El Rohypnol es muy popular entre jóvenes por qué se trata de una droga de síntesis relativamente barata en comparación con otras drogas.

¿Cuáles son los efectos del Rohypnol?

- Los primeros efectos del Rohypnol es la relajación muscular y somnolencia. Luego los efectos incluyen disminución de la presión sanguínea, pérdida de juicio y descoordinación motora.
- El consumo de Rohypnol puede provocar dolores de cabeza, pesadillas, temores, dolores musculares, conducta violenta y no acordarse de lo que se ha hecho en las últimas 24 horas después del consumo.

¿Qué es la Ketamina?

- La Ketamina es un anestésico que primero se usó en los campos de batalla por sus rápidos efectos anestésicos; hoy es un anestésico de utilización veterinaria. Motivo por el cual tiene tantos robos.
- La Ketamina circula en las calles bajo diversos nombres como: special K, vitamina K, kit kat, superácido y jet.

¿Quién consume la Ketamina?

- Alrededor de 1,9% de estudiantes de secundaria dicen haber consumido al menos una vez esta sustancia durante el 2004.

¿Cuáles son los efectos de la Ketamina?

- A dosis bajas, la Ketamina causa problemas en el habla, disminuye la frecuencia en respiración y a nivel cardiaco, disminuye la presión sanguínea, relajación muscular, vómitos y convulsiones.
- Altas dosis de Ketamina puede llevar a un estado total de anestesia. Esta experiencia es conocida como K-hole.
- A altas dosis, la Ketamina puede provocar parada cardiaca, coma o incluso la muerte.

¿Qué son las drogas de síntesis?

- Las llamadas Drogas de Síntesis, son drogas como el GHB, el Rohypnol, y la Ketamina que pueden confundir y dejarlas vulnerables ante el crimen y especialmente a las violaciones.
- Por qué el Rohypnol afecta gravemente a la memoria, la gente no recuerda qué es lo que ha sucedido después de haber consumido la sustancia.
- Actualmente las pastillas Rohypnol se vuelven azules cuando toman contacto con el agua, medida esta de seguridad para evitar entre otras cosas las violaciones.

¿Qué es el LSD?

- El LSD un poderoso alucinógeno que altera la percepción y el humor.
- El LSD altera el humor de los consumidores y cómo perciben el mundo; causando poderosas alucinaciones.
- El LSD circula en la calles con diferentes nombres como: ácido, batería de ácido, sello, zen, etc.

¿Quién consume LSD?

- Alrededor del 10% de las personas mayores de 12 años dicen haber consumido alguna vez en sus vidas; y un 0.2% dicen haber consumido al menos una vez en el 2003 en EEUU.
- En el 2004, un 2,2% de estudiantes de secundaria dijeron que habían consumido LSD.

¿Cuáles son los efectos del LSD?

- A bajas dosis, el LSD produce cambios rápidos de emociones y sensaciones.
- A altas dosis, el LSD induce a la distorsión de la percepción como: cambio de formas, sensación de enlentecimiento del tiempo y sensaciones de mezcla de realidad.
- Las alucinaciones provocadas por el consumo de LSD pueden causar confusión, pánico y miedo.
- Uno de los aspectos más peligrosos del consumo del LSD es la poca predictibilidad de sus efectos. Sus efectos dependen de la dosis, del humor de la persona que lo consume e incluso puede afectar el dónde se consume.
- Algunas personas que han tenido alucinaciones por el consumo de LSD, han sufrido graves accidentes.
- La gente que consume regularmente LSD están expuestos al efecto de "flashbacks" que son como reminiscencias de lo ocurrido durante el consumo de la droga.
- LSD puede favorecer la aparición de serios problemas de salud mental como depresión mayor e incluso esquizofrenia.

¿Qué es el éxtasis (MDMA)?

- El éxtasis puro es un polvo blanco, pero puede ser combinado con otras drogas o sustancias antes de ser vendido, normalmente en forma de pastilla.
- éxtasis es una droga que circula en la calle bajo distintos nombres como: XTC, X, E, Adam y droga del amor.
- Debido a que el éxtasis incrementa las sensaciones de bienestar y tolerancia hacia los demás, mucha gente lo considera una droga poco peligrosa.

¿Quién consume Éxtasis?

- Cerca del 5% de personas mayores de 12 años han probado éxtasis alguna vez en su vida; y 1% lo ha consumido en el 2003.
- Alrededor del 4% de los estudiantes de secundaria dicen haber consumido éxtasis en el año 2004; estos números parecen estar descendiendo.

¿Cuáles son los efectos del éxtasis?

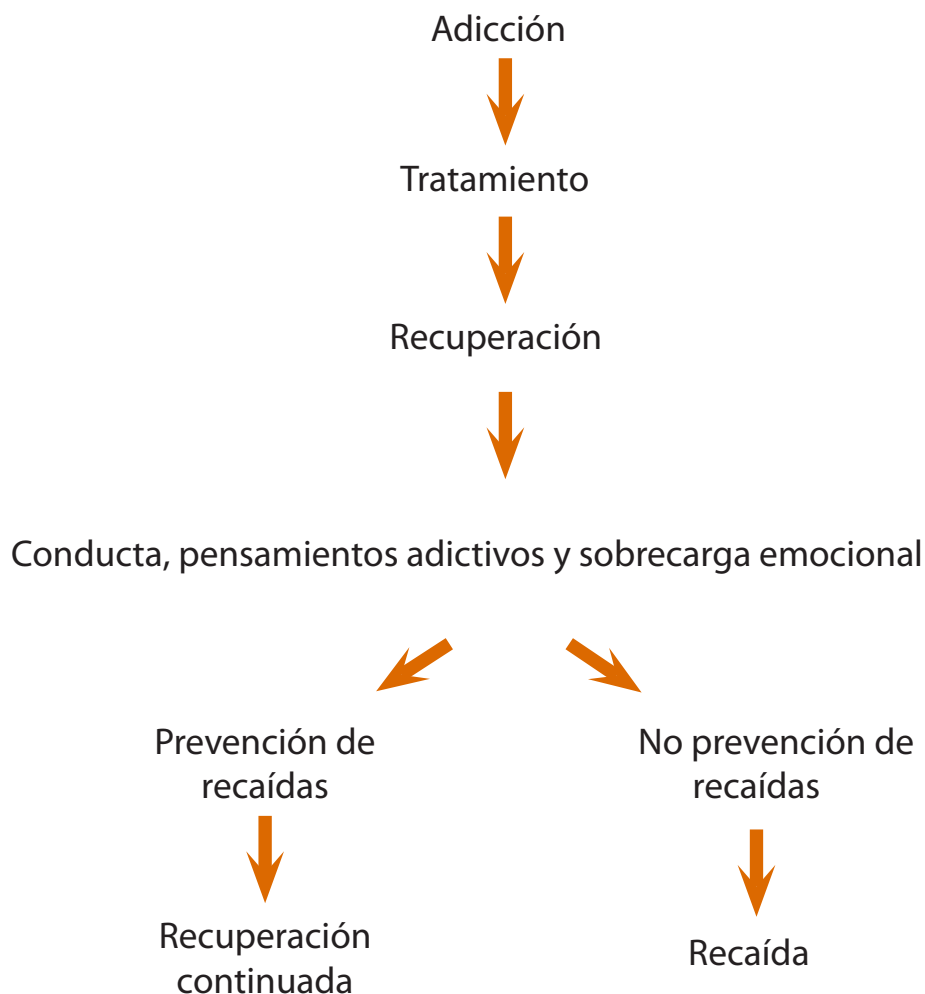
- Éxtasis tiene el riesgo de elevar la temperatura corporal a niveles peligrosos (incluso 109 grados); estos niveles pueden llevar a la deshidratación que es la forma en la que más gente muere con el consumo de éxtasis.
- Ese es el motivo principal del por qué los consumidores de éxtasis consumen mucha agua con el objeto de evitar la deshidratación y las consecuencias a deshidratación y sus fatales consecuencias.
- El éxtasis es neurotóxico mata el nervio de las células del cerebro. Estudios en ratas y monos han mostrado que con unas pocas dosis de éxtasis se han dañado estructuras que no se han vuelto a recuperar hasta después de 7 años.

¿Por qué es importante la prevención de recaídas?

La recuperación es algo más que dejar el consumo de alcohol y de drogas. El primer paso es dejar de consumir droga y alcohol. El siguiente, es no volver a consumir más, Esto es muy importante. Este proceso se llama prevención de recaídas.

¿Qué es una recaída?

La recaída significa ir de nuevo al consumo y a todas las conductas que engloba el mismo. A menudo la vuelta a las conductas que favorecen el consumo es antes que el consumo mismo. Las conductas pueden ser incluso una señal de alerta de una recaída. Aprender a reconocer el principio de las recaídas puede ayudar a las personas que están en recuperación parar el proceso antes de volver a consumir.



¿Qué son las conductas adictivas?

Las conductas que los consumidores tienen en relación al abuso de alcohol y otras drogas y se llaman conductas adictivas. A menudo hay cosas que la persona adicta hace para conseguir droga o alcohol esto es una parte del abuso. Mentir, robar, y actuar de forma compulsiva son tipos de conductas adictivas. Cuando esas conductas reaparecen, la persona que está en tratamiento debe estar alerta ya que la recaída puede ser inminente si no toma las medidas necesarias.

¿Qué son los pensamientos adictivos?

Los pensamientos adictivos son aquellos pensamientos que favorecen el consumo.

(En los programas de los 12 pasos, estos pensamientos se denominan "pensamientos de apuesta").

Algunos ejemplos de los pensamientos adictivos que puede tener una persona en proceso de recuperación son:

- Puedo beber una copa.
- Si ellos creen que yo consumo, estaré mejor.
- He estado trabajando duro y necesito un descanso.

¿Qué es la acumulación emocional?

El proceso de recuperación y estar cada vez más fuerte causa a veces sobrecarga emocional. Algunas veces los sentimientos pueden llegar a ser insoportables. Algunos sentimientos que pueden entorpecer el proceso de recuperación son: el aburrimiento, la ansiedad, la frustración sexual, la irritabilidad y la depresión.

Muévete

Lo importante de todo es que te muevas en cuanto notes alguna de estas señales de alerta. Los familiares pueden ayudarte en recuperarte de dos formas. Primero, ellos pueden estar alerta de las señales. Segundo, ellos te pueden ayudar en cosas concretas como:

- Llamando a tu terapeuta
- Llamando a un amigo

Ves a los 12 pasos o al centro de ayuda donde te hacen los grupos de soporte.

- Contacta con tu "sponsor" de los 12 pasos.
- Reza o haz meditación.
- Haz deporte.
- Cógete el día libre.
- Habla con tu familia
- Programa tu tiempo de forma inflexible.
- Toma tiempo y anota tus sentimientos durante todo este proceso de rehabilitación.

Una vez que las personas deciden no volver a consumir drogas nunca más, ¿cómo pueden volver a consumir de nuevo? ¿Realmente las recaídas pasan como un accidente? ¿O hay señales de alerta o caminos para evitar recaer?

La justificación del proceso de recaída es algo que pasa en la mente de las personas. Aunque las personas hayan decidido no volver a consumir, sus cerebros aún están pidiendo y sienten la necesidad de consumir sustancias. Los cerebros de los adictos inventan excusas para que la persona que está en recuperación se acerque o se exponga a situaciones de alto riesgo de consumo aumentando las probabilidades del mismo. Los usuarios recuerdan las veces que han consumido las sustancias de forma libre inventando justificaciones para el consumo. Entonces, antes de darse cuenta, están consumiendo de nuevo. Los miembros de la familia probablemente pueden ayudar en el proceso si deciden cambiar de comportamiento con respecto a su familiar.

Reflexionar sobre los siguientes ejemplos puede ayudar a los miembros de la familia entender los tipos de justificaciones que puede llegar a inventar el cerebro de una persona en proceso de recuperación. Si los miembros familiares están pendientes de estas señales, tal vez se prevenga la recaída.

Alguien ha fallado

Un cerebro adicto pueden convencer a la gente que está en proceso de recuperación que no tiene otra alternativa que el consumir. Sus justificaciones suelen ser las siguientes:

- Un antiguo amigo me llamó, y decidimos consumir juntos.
- Mi pareja empezó a consumir de nuevo.
- Unos amigos vinieron a comer y compraron vino.
- Estaba en un bar y alguien me invitó a una cerveza.

Eventos traumáticos

Algunas veces, las personas que están en proceso de recuperación sufren acontecimientos inesperados o traumáticos, estos eventos les pueden servir de justificación para consumir, una especie de escape de emergencia. Esas justificaciones suelen estar expresadas de las siguientes formas:

- Mi esposa me dejó. No tengo ningún motivo para estar sobrio.
- Me han declarado culpable. Ha fastidiado todos mis planes. Es mejor que consuma de nuevo.
- Acabo de perder mi empleo. ¿Por qué no voy a consumir?
- Ha habido una muerte en mi familiar. No puedo soportar esto sin consumir.

Por un motivo concreto

Algunas veces las personas que están en proceso de recuperación se convencen a si mismas que el consumo de alcohol y de drogas es la única forma de lograr sus objetivos personales dando pie a una posible recaída. Por ejemplo:

- Estoy engordando y necesito estimulantes para perder peso.
- No tengo energías. Necesito consumir para funcionar
- Necesito drogas para conocer gente más fácilmente.
- No disfruto del sexo sin consumir.

Depresión, enfado, soledad y miedo

Sentirte deprimido, solo o enfadado puede hacer que tengas ideas de consumo. A continuación hay una serie de ejemplos de cómo las emociones pueden justificar el consumo de drogas:

- Estoy deprimido. Qué más da si consumo si esto me hace sentir mejor.
- Cuando me descontrolo y me vuelvo loco. No puedo controlar lo que hago.
- Estoy asustado. Si consumo ya no me siento así.
- Si mi pareja cree que estoy consumiendo. Creo que es mejor que así sea.

La dependencia a las sustancias se cura

Las personas en proceso de recuperación algunas veces se convencen a ellas mismas de que pueden volver a consumir un poco de vez en cuando. Ese tipo de justificaciones se suelen expresar de la siguiente forma:

- Ya vuelvo a controlar. Ahora puedo parar de consumir cuando yo quiera.
- He aprendido la lección. Solo tomaré un poco y muy de vez en cuando.
- Esta sustancia no era el problema, eran solo los estimulantes. Entonces no consumiré más estimulantes para no recaer.

Probándose a sí mismo.

Es muy fácil olvidar que para mantenerse abstinentes es mejor “ser listo” que “ser fuerte”. Cuando las personas en proceso de recuperación olvidan esto, algunas veces intentan probarse a ellas mismas metiéndose en situaciones de alto riesgo de consumo. Suelen justificarlo a través de los siguientes pensamientos:

- Ya estoy lo suficientemente fuerte para meterme en situaciones peligrosas.
- Quiero ver si soy capaz de decir “no” al alcohol y al consumo.
- Quiero ver si soy capaz de ir con mis viejos amigos consumidores.
- Quiero ver si puedo salir ahora que ya no consumo.

Celebraciones

En ocasiones especiales, las personas en proceso de recuperación creen que está bien hacer una excepción a su abstinencia. Ellos creen que las guías del tratamiento pueden ser anuladas durante un pequeño periodo de tiempo sin que pase nada. Este tipo de justificaciones se manifiestan de la siguiente forma:

- Me siento muy bien. Por una vez que consuma no pasa nada.
- Estamos de vacaciones. Volveré a dejármelo cuando llegue de nuevo a casa.
- Lo estoy haciendo tan bien. Las cosas van bien. Me merezco una recompensa
- Esto es un evento tan especial para mí que quiero celebrarlo.

Usted como miembro de la familia de una persona en proceso de recuperación,
¿Qué haría o cómo abordaría estas excusas?

Cómo ocurre la recaída

Las recaídas no ocurren de repente sin avisar. Hay un movimiento gradual de la abstinencia a la recaída que puede ser sutil y fácilmente aclarado o bien negado. A menudo la recaída es sentida por la persona en recuperación como algo repentino. Se puede comparar este movimiento desde la abstinencia a la recaída como la deriva de un barco que se aleja de los amarres.

Interrumpir el Giro a la Recaída

Durante la recuperación la gente tiene conductas específicas para mantenerse abstinentes. A estas actividades las llamamos “anclajes” o “apoyos”. Las personas en recuperación y sus familiares y seres queridos necesitan conocer las actividades que contribuyen a la abstinencia. Estas actividades son las cuerdas que mantienen la recuperación fuerte y evitan un giro inesperado o inadvertido a la recaída.

Mantenerse en Recuperación

Seguir estos consejos ayudará a los usuarios a mantenerse alejados de la recaída. A los miembros de la familia y seres queridos les ayudará conocer el proceso de la recaída y cómo puede la persona evitarlo. La persona en recuperación debería de hacer lo siguiente:

- Identificar 4 o 5 cosas específicas que le ayudarán a mantener la abstinencia (e.g., hacer ejercicio 20 minutos al día 3 veces por semana).
- Incluir ítems como ejercicio, escribir en un diario, terapia y citas en grupos de autoayuda, planificar actividades y patrones de comida.
- Utilizar actividades y conductas, no actitudes, que son mucho más difíciles de medir.
- Enumerar personas o lugares concretos que son disparadores y se deben evitar.
- Informar de las actividades que se planifican a los familiares para que sirvan de apoyo.

A veces pasan cosas que interfieren con los apoyos. Las emergencias y las enfermedades no se pueden controlar. Mucha gente recae en estas situaciones. Cuantas más personas sepan cómo mantener una recuperación fuerte más fácil será sobrellevar estas situaciones. Los miembros de la familia pueden ayudar a la persona estando atentos a las señales del giro hacia la recaída. También pueden asegurarse de que están ayudando al familiar a mantener los apoyos necesarios para la recuperación.

Reconstruyendo la confianza

La mayoría de la gente que consume drogas oculta su comportamiento a la gente que le importa. Engañar a la familia es parte del comportamiento adictivo. Cuando el engaño sale a la luz mina la confianza de la familia. A menudo la gente que consume sustancias tiene dificultades para ser honesto, especialmente con sus relaciones más importantes. Dicen y hacen cosas que destruyen la confianza y dañan sus relaciones.

Los cónyuges, miembros de la familia y amigos que se ven afectados por el consumo de sustancias pueden contribuir al problema. Reaccionando con miedo y rabia, pueden llegar a decir cosas que dañen todavía más la confianza en la relación. Hay dos cosas que pueden ayudar a las familias a reconstruir la confianza. Primero, puede ayudarles conocer lo que está experimentando la persona en recuperación. Segundo, sabes que la dependencia es una enfermedad crónica como la diabetes también puede ayudarles.

El primer paso para restablecer la confianza en una relación es dejar de consumir drogas y permanecer abstinentes. Pero la confianza no vuelve inmediatamente solo porque haya abstinencia. Aunque todas las personas implicadas desean que la situación mejore, la confianza es un sentimiento que no puede ser pedido o deseado. Las personas en recuperación tienen que ganarse de nuevo la confianza de los familiares, a veces con pruebas consistentes. Los usuarios y sus familiares deben hacer un esfuerzo por hablar abiertamente sobre las heridas y el daño producido y trabajar conjuntamente para devolver la confianza a la relación.

El consumo de estimulantes, ¿ha dañado la confianza en tu relación? ¿Cómo?

Además de estar abstinentes, ¿qué puede hacer la persona en recuperación para restablecer la confianza?

¿En qué pueden contribuir los seres queridos al proceso de reconstrucción de la confianza?

¿Qué pasos ha seguido tu familia para restablecer la confianza? ¿Cuáles han sido efectivos? ¿Cómo puedes fortalecer los esfuerzos que han funcionado?

Reconstruir la confianza puede ser frustrante tanto para las familias como para los usuarios. Tómate un minuto para imaginar la lucha de la otra persona. Familiares, imaginad que os habéis esforzado mucho dejando de consumir y cambiando vuestra vida entera y aún así no tenéis la confianza de los que más queréis. Las personas en recuperación imaginad lo que se siente cuando un ser querido os engaña y perdéis la confianza en su palabra.

¿Quién Consume Marihuana?

- La marihuana es la droga ilegal más ampliamente consumida en EE.UU. Cada año más de 1 de cada 10 estadounidenses mayor de 12 años consume marihuana.
- Cada año 2,6 millones de personas la prueban por primera vez. Dos tercios de esta gente es menor de edad.
- Se trata a más gente por el consumo de marihuana que por el resto de drogas ilegales juntas.
- Dos de cada 5 estadounidenses han consumido marihuana en sus vidas.

¿Qué es la Marihuana?

- La marihuana se extrae secando diferentes partes de la planta Cannabis sativa y normalmente se fuma.
- Se conoce como hierba, maría, marihuana, grifa entre otros nombres.
- A los cigarrillos de marihuana se les llama porros.
- En España el consumo de marihuana está regulado para fines médicos.
- El consumo en el ámbito privado es legal, siempre que las cantidades no sean susceptibles de utilizarse para tráfico de estupefacientes.

¿Qué es la Marihuana Terapéutica?

- La marihuana ha sido utilizada para el dolor, las náuseas y el glaucoma.
- En 1985, la FDA americana aprobó el Dronabinol, un medicamento que contiene THC.
- El Dronabinol trata las náuseas asociadas a quimioterapia y la pérdida de peso debida al SIDA y se toma bajo prescripción médica.

¿Qué Efectos Tiene la Marihuana a Corto Plazo?

- El THC es el ingrediente que produce el efecto de la marihuana.
- Se produce relajación y un sentimiento de euforia
- El THC puede causar:
 - o Aumento de la frecuencia cardíaca
 - o Deterioro temporal de la memoria a corto plazo
 - o Pobre coordinación psicomotora
 - o Desorientación
 - o Confusión
- Los efectos duran de 1 a 3 horas. Después se puede tener sensación de adormecimiento, tristeza o ansiedad.

- Es más probable que la gente que consume marihuana:
 - o Consuma heroína o cocaína
 - o Desarrolle dependencia de otras drogas
 - o Esté en el paro
 - o Sea detenida
 - o Desarrolle cáncer

¿Qué Efectos Tiene la Marihuana a Largo Plazo?

- Dificulta el aprendizaje y deteriora la memoria:
 - o Los estudiantes que consumen marihuana tienen peores notas.
 - o Los trabajadores que consumen marihuana tienen más problemas en el trabajo
- Fumar marihuana daña los pulmones y puede provocar:
 - o Resfriados frecuentes, bronquitis y enfisema
 - o Cáncer de pulmón
- El THC debilita al sistema inmune facilitando infecciones y enfermedades.

¿Cómo Afecta la Marihuana a la Conducción?

- Incluso pequeñas dosis reducen la capacidad de conducir. Añadir alcohol empeora las cosas.
 - o El tiempo de reacción y la coordinación están afectados incluso después de que la gente deje de notar los efectos.
 - o El 7% de los accidentes mortales están relacionados con la marihuana .

¿Cómo Afecta la Marihuana al Embarazo?

- Fumar marihuana durante el embarazo puede provocar:
 - o Bajo peso al nacer
 - o Problemas cerebrales y nerviosos
- Más tarde los niños expuestos a THC durante el embarazo pueden tener:
 - o Problemas de aprendizaje
 - o Problemas de toma de decisiones

¿Es Adictiva la Marihuana?

- El consumo de marihuana a largo plazo puede llevar a la adicción.
- La gente es dependiente si continúa consumiendo marihuana a pesar de que daña su vida.

- Los síntomas de abstinencia incluyen:
 - o Deseos de consumo
 - o Ansiedad
 - o Irritabilidad
 - o Insomnio

¿Cómo Afecta la Marihuana a la Recuperación?

- Las personas que consumen grandes cantidades de marihuana tienen más probabilidades de abusar del alcohol y de consumir otras drogas ilegales.
- El consumo de marihuana aumenta el riesgo de recaída de otras drogas.
- La gente a menudo consume marihuana para evitar problemas personales o familiares.

Comprometerse a la recuperación requiere reconocer y aceptar algunas cosas. La recuperación trae todo tipo de cuestiones: ¿Qué pasa cuando se deja de consumir? ¿Vuelve la vida en algún momento a la normalidad? ¿Puede llevar el mismo tipo de vida una persona en recuperación que quien nunca ha sido adicto? Piensa en los siguientes principios y qué importancia tiene para las relaciones con tu familia, después contesta las preguntas de arriba:

1. Las personas en recuperación deben de conocer sus límites y señales de recaída.
2. Una persona en recuperación debe de responder inmediatamente a las señales de recaída y su familia tiene que comprender que evitar la recaída a menudo tiene prioridad sobre las relaciones familiares y los planes, por el bien de todos.
3. Las personas en recuperación deberían mantener su vida en equilibrio mayor que si no hubieran tenido una adicción.
4. La recuperación es un proceso, y todos sus aspectos, incluyendo la recuperación de la confianza, pueden ir lentamente.
5. A menudo es difícil para los miembros familiares vivir sin garantías de que no habrá recaídas.

¿De qué maneras se aplican estos principios a tu situación familiar?

¿Cuáles son (o crees que serán) los principios que más te costará aceptar?

¿Qué problemas ha habido en tus relaciones de familia durante la recuperación?

Si eres familia de una persona en recuperación, ¿qué crees que te ayudaría a convivir con el hecho de que esta persona esté en recuperación?

Si eres una persona en recuperación, ¿qué necesitas que tu esposo/a, compañero/a o miembro de la familia entienda de los límites que la adicción pone en tu vida?

¿Por qué las palabras son tan importantes? ¿Qué diferencia hay en la forma de decir las cosas? ¿Cómo es posible que el receptor escuche un mensaje diferente del que quieres transmitirle?

Las personas de familias que se están enfrentando a trastornos por consumo de sustancias a menudo se sienten culpables, enfadados, heridos y a la defensiva. Estos sentimientos pueden afectar seriamente a la forma en que estas personas se comunican las unas con las otras. A menudo los patrones negativos de interacción se vuelven automáticos y cambiar estos patrones puede ser costoso. Admitir errores, responsabilizarse cada uno de sus propios sentimientos y ser honesto con los demás puede ser difícil y asustar. Sin embargo, el primer paso para mejorar las relaciones familiares es comprender que una comunicación satisfactoria implica habilidades que pueden aprenderse.

Para aprender nuevas formas de hablar con otros miembros de la familia y evitar culpar y discutir, considera las siguientes preguntas sobre comunicación. Escúchate a ti mismo cuando estás hablando para comprobar si estás cayendo en alguna de las siguientes trampas de la comunicación:

1. ¿Estás asumiendo cosas?
Si crees que algo es realidad sin tener todas las pruebas, asegúrate pidiendo más información antes de reaccionar.
2. ¿Estás preguntando claramente?
Pide con claridad lo que quieres o necesitas e intenta aceptar también que el otro puede decidir no aceptarlo.
3. ¿Estás enviando mensajes contradictorios?
Ten en cuenta que el lenguaje corporal o la expresión facial a veces envían mensajes que difieren de lo expresado con palabras. Presta atención a los mensajes no verbales que envías y a los de los demás.
4. ¿Puedes admitir los errores?
Acepta que ser comprendido es más importante que llevar razón. Empieza por comprender al otro, evitar convertirlo en una lucha de poder.
5. ¿Utilizas mensajes del yo?
Recuerda que la tendencia a culpar y discutir con el otro puede pararse si las dos partes hablan claramente desde sus propias experiencias y sentimientos. Empieza las frases con "Yo" seguido de descripciones de tus propios sentimientos para evitar culpar y discutir con el otro. "Cuando haces ... yo me siento... ¿qué piensas?, ¿qué podemos hacer?"

Poner atención a estos temas ayuda a las familias a mejorar su comunicación. Las interacciones claras y positivas permiten a las personas mejorar su autoestima y confianza y allanan el camino a las relaciones de confianza y compromiso. Recuperarse de un trastorno por consumo de sustancias es un proceso difícil tanto para las personas en recuperación como para sus familiares. Unas buenas relaciones familiares, positivas y de confianza, ayudan a todos (incluidos los familiares) en el proceso de recuperación.

Cuando hables con familiares:

Sé educado

Utiliza la misma cortesía y tono de voz que usarías con un extraño o un compañero de trabajo. Recuerda que los “por favor” y “gracias” pueden ayudar mucho a mejorar las relaciones familiares.

Expresa sentimientos positivos

Expresa a los demás lo que te gustaría de ellos y lo que han hecho. Céntrate en los aspectos positivos tanto como en las cosas que no están yendo bien.

Valora la importancia de un problema antes de quejarte

Pregúntate a ti mismo si merece la pena quejarse sobre el problema que te planteas. Quéjate solo sobre las cosas que importan.

Elige un momento adecuado

Elige momentos y lugares que faciliten una discusión productiva. No hables de algo cuando alguno de los dos está enfadado o no hay tiempo para discutir sobre ello.

Ten un objetivo en mente

Pregúntate a ti mismo, “¿qué estoy tratando de conseguir?, ¿qué busco?, ¿por qué quiero estos cambios?, ¿son razonables y alcanzables?”.

Sé específico sobre tus quejas o peticiones

Céntrate en una cosa cada vez. Ten un ejemplo específico del problema. Prepárate para contar a tus familiares, lo más específicamente posible, lo que te gustaría que hicieran de forma diferente. No pierdas tu objetivo, evita cosas como: “tú siempre...”, y no saques más de un tema a la vez.

Pide cambios de forma positiva

De una forma positiva, es decir, dile a la gente lo que te molesta y lo que te gustaría que cambiara. Evita prejuicios, críticas y asunciones sobre los motivos de los demás.

Utiliza “mensajes del yo”

Recuerda que decir: “me preocupo si no llamas cuando vas a llegar tarde” lleva a una discusión más tranquila que decir: “nunca llamas cuando vas a llegar tarde, eres un desconsiderado”.

Compromiso

Prepárate para discutir soluciones que funcionan para las personas en recuperación y para los familiares. Evita los ultimátums y desechar las ideas de la otra persona.

Haz algo bueno

Trabaja en tus relaciones familiares y ayuda a mejorar la comunicación haciendo algo bueno por los otros familiares. Sin que te lo pidan o sin ninguna razón especial, haz algo que le gustará a tu familiar o que encontrará especial... y sin esperar nada a cambio.

Compromiso para practicar las habilidades de comunicación

Realizar el compromiso formal de practicar las habilidades de comunicación puede ayudar a llevar a cabo tus buenas intenciones. Para evitar sobrecargarte, trabaja en una nueva habilidad cada vez.

Rellena este contrato, fírmalo y guárdalo en algún sitio a mano. Quizá quieras compartirlo con otros familiares y pedirles ayuda o guardártelo para ti mismo, al menos por un tiempo. En cualquier caso, échale un vistazo de tanto en tanto para renovar tu compromiso.

Yo, _____ me comprometo a practicar la siguiente habilidad de comunicación durante una semana:

Firma: _____ Fecha: _____

Una vez que hayas practicado esta nueva habilidad durante un tiempo y te sientas cómodo con ella, puedes querer elegir otra nueva en la que trabajar.

Habilidad de comunicación: _____

Habilidad de comunicación: _____

Apéndice A.

El Proyecto de Tratamiento de Metanfetamina

Resumen

Llevado a cabo durante 18 meses entre 1999 y 2001, el Proyecto de Tratamiento de Metanfetamina (PTM) es (hasta la fecha) el mayor estudio clínico aleatorizado sobre tratamiento de la dependencia a metanfetaminas, en él participaron 978 individuos (Rawson et al. 2004). Los investigadores del PTM asignaron a los participantes a cada centro de tratamiento de forma aleatoria siguiendo, bien el tratamiento según el modelo Matrix, bien el tratamiento habitual (TH). El diseño del estudio no estandarizó el TH en los diferentes centros de modo que cada programa ofrecía diferentes modelos de tratamiento ambulatorio (incluyendo tratamientos con duración desde 4 hasta 16 semanas).

Todos los modelos de TH, junto con el modelo Matrix, requerían o recomendaban que los usuarios acudieran a grupos de autoayuda o basados en el modelo de los 12 pasos durante su tratamiento, y todos los modelos animaban a la participación en actividades de continuidad de cuidados tras el tratamiento.

Las características de una muestra representativa de los participantes en el PTM (participantes de Matrix y de TH) fueron consistentes con la población de estudios similares de tratamiento para el abuso de metanfetamina (Huber et al. 1997; Rawson et al. 2000). La Figura A-1 muestra las características específicas de los usuarios.

Hombres	45%	Nivel educativo medio	12.2 años
Mujeres	55%		
Caucásico	60%	Empleados	69%
Hispano/Latino Asiático/Isleño del Pacífico	18%		
Otros*	5%		
Media de edad	32.8 años	Media de tiempo de consumo de metanfetaminas	7.54 años
		Media de días de consumo de metanfetaminas en los últimos 30	11.53 días
Casados y no separados	16%	Vía de administración preferida:	65%
		Fumada	24%
		Intravenosa	11%
		Intranasal	

*El dos por ciento de participantes en la categoría "Otros" fueron afroamericanos (correspondencia personal con Jeanne Obert, Matrix Institute, Noviembre, 2004). Fuente: Rawson et al. 2004, p. 711.

Las historias de los participantes indicaban un consumo múltiple de sustancias. Durante el estudio, los cuestionarios autoinformados de los participantes y los test de drogas y alcohol confirmaron que algunos usuarios habían consumido marihuana, alcohol o metanfetaminas, pero no se identificó ninguna otra sustancia de abuso.

Todos los participantes del PTM completaron las evaluaciones iniciales incluyendo el cuestionario de dependencia de metanfetaminas del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (Asociación de Psiquiatría Americana, 1994), y el Índice de Severidad de la Adicción (McLellan et al. 1992). Las evaluaciones se repitieron en diferentes momentos durante el tratamiento, al terminar, 6 y 12 meses tras haber terminado el tratamiento. Los test de orina fueron semanales durante el tratamiento.

Resultados

No hubo diferencias significativas en el consumo de sustancias ni en el funcionamiento entre el TH y los grupos Matrix al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, el estudio PTM encontró que los participantes en el modelo Matrix (Rawson et al. 2004):

- n Tuvieron una tasa de retención en el tratamiento consistentemente mejor que los participantes en el TH

- n Tuvieron un 27% más de probabilidad de terminar el tratamiento que los que recibieron el TH

- n Tuvieron un 31% más de probabilidades de obtener test de orina libres de drogas durante el tratamiento que quienes recibieron el TH.

En el seguimiento a los 6 meses, más del 65% de los participantes en ambos grupos, Matrix y TH, obtuvieron test negativos en orina para metanfetaminas y otras drogas (Rawson et al. 2004).

Apéndice B.

Notas sobre el grupo de facilitación

Todos los usuarios en un grupo, incluso en uno altamente estructurado como el de Psicoeducación Familiar, desarrollan un vínculo con el terapeuta. El grado en el que el terapeuta puede incitar un cambio positivo en las vidas de los usuarios y en el apoyo de sus familiares está directamente relacionado con la credibilidad que él o ella genera. El terapeuta debe ser percibido como una fuente creíble de información sobre el consumo de sustancias. Dos puntos importantes para establecer esta credibilidad con los usuarios son el grado en el que el terapeuta engancha y mantiene el control sobre un grupo y su capacidad para hacer que todos los participantes perciban el grupo como un lugar seguro.

Estos dos elementos están altamente relacionados. Para que un grupo se sienta seguro, sus miembros tienen que ver al terapeuta competente y seguro. A veces, los miembros del grupo entran a la sesión con mucha energía y están muy habladores.

Frecuentemente esta situación ocurre durante las vacaciones, particularmente si algunos de los miembros han recaído.

El terapeuta debe de utilizar estrategias verbales y no verbales para calmar al grupo y devolver la atención al tema de la sesión. A la inversa, habrá veces en que el grupo esté letárgico, lento y triste. En estas ocasiones, el terapeuta debe de insuflar energía y entusiasmo. Él o ella, debe ser consciente del tono emocional de las familias y responder adecuadamente, especialmente cuando trabaja con grupos multifamiliares.

Debido a los efectos que los trastornos del consumo de sustancias tienen en la familia, las emociones negativas pueden estar muy cerca de la superficie. El terapeuta debe estar preparado para manejar estas emociones de forma apropiada conforme surgen y no permitir que las discusiones negativas o los debates dominen la sesión.

Los miembros de un grupo tienen que sentir que el terapeuta está dirigiendo el grupo en un sentido provechoso y saludable. El terapeuta debe sentirse cómodo para interrumpir conversaciones dentro del grupo, un relato muy gráfico de consumo de sustancias o redirigir una aportación extensa tangencial al tema a tratar. El terapeuta debe transmitir que tiene el tiempo bajo control y dar una oportunidad a cada miembro del grupo para que hable, asegurando que el tiempo no sea monopolizado por unos pocos.

El terapeuta debe ser sensible a los asuntos emocionales y prácticos que surjan durante el grupo. Unas veces puede tener que ser directivo y confrontativo o actuar las aportaciones del resto del grupo como reflejo del pensamiento adictivo. En estos casos, el terapeuta debe de focalizar la atención en la adicción y no en la persona. En otras palabras, se debe tener cuidado para evitar devolver feedback negativo hacia el usuario, focalizándolo en lugar de eso en aspectos del pensamiento o conducta del usuario provocados por la adicción.

El terapeuta del grupo de Psicoeducación Familiar puede ser también el profesional que ve a los usuarios en las sesiones Individuales/ Conjuntas. La ventaja de este doble rol (líder de grupo y terapeuta individual) es que el terapeuta puede coordinarse de forma más efectiva y guiar la recuperación progresiva de cada individuo. La frecuencia de contacto también fortalece el vínculo terapéutico que puede mantener al usuario en tratamiento. Una potencial desventaja es el peligro de que el terapeuta exponga información confidencial del paciente de forma inadvertida antes de que el usuario dé su consentimiento. Es una violación del vínculo por parte del terapeuta incluso sugerir que la información existe y, por supuesto, tratar de forzar al usuario a compartir esa información si no ha planificado hacerlo en el grupo.

Otro peligro que debe evitarse es la percepción del grupo de que el terapeuta tiene preferencia hacia algunos de los usuarios. Es importante que el terapeuta apoye equitativamente a todos los miembros del grupo y no les permita competir por la atención.

Los terapeutas pueden encontrar debates del desarrollo de grupos, liderazgo, conceptos, técnicas y otra información valiosa para conducir terapias de grupo en el Protocolo 41 de Mejora de Tratamientos, Tratamiento de Abuso de Sustancias: Terapia de Grupo (CSAT 2005), una publicación libre del Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias.

Apéndice C. Acrónimos y lista de abreviaturas

AA	Alcohólicos Anónimos
ACoA	Hijos Adultos de Alcohólicos
Al-Anon	Grupo de apoyo para familias y queridos de personas que son adictas al alcohol
Alateen	Grupo de apoyo para familiares jóvenes y queridos de personas que son adictas al alcohol
ASI	Índice de Severidad de la Adicción
CA	Cocaína Anónimos
CAL	Calendario (para hojas de trabajo utilizadas durante la planificación)
CMA	Metanfetamina Cristal Anónimos
CoDA	Co-Dependientes Anónimos
CSAT	Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias
EA	Emociones Anónimos
ERS	Habilidades de Recuperación Temprana
GA	Jugadores Anónimos
HALT	Hambriento Enfadado Solo Cansado
IC	Individual/Conjunto
IOP	Tratamiento Intensivo Ambulatorio para Personas Con Trastornos del Consumo de Estimulantes
JACS	Judíos Alcohólicos, Personas Químicamente Dependientes y Parejas
MA	Marihuana Anónimos
meth	Metanfetamina
PTM	Proyecto de Tratamiento de Metanfetamina
NA	Narcóticos Anónimos
Nar-Anon	Grupo de apoyo para familias y queridos de personas que son adictas a narcóticos
OA	Sobreingesta Anónimos
PA	Pastillas Anónimos
RP	Prevención de Recaídas
SAMHSA	Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias
SCH	Horario (para hojas de trabajo utilizadas durante la planificación)
SMART	Entrenamiento en Recuperación y Automanejo
SS	Apoyo Social
TH	Tratamiento Habitual

Apéndice D. Revisores de campo

Rosie Anderson-Harper, M.A., RSAP Mental Health Manager Missouri Department of Mental Health Jefferson City, MO

Stephen R. Andrew, M.S.W., LCSW, LADC, CGP Director Health Education Training Institute Portland, ME

Michelle M. Bartley Behavioral Health Specialist Division of Behavioral Health Anchorage, AK

Frances Clark, Ph.D., MAC, LADAC, QSAP, CCJS Director of Behavioral Services Metro Public Health Department Nashville, TN

María del Mar García, M.H.S., LCSW Continuing Education Coordinator Caribbean Basin and Hispanic Addiction Technology Transfer Center Universidad Central del Caribe Bayamón, PR

Darcy Edwards, Ph.D., M.S.W., CADC II Substance Abuse Treatment Coordinator Oregon Department of Corrections Salem, OR

Marty Estrada, CAS, CSS-III Ventura, CA

Eric Haram, LADAC Administrative Specialist Mercy Recovery Center Westbrook, ME

Sherry Kimbrough, M.S., NCAC Vice President Lanstat, Inc. Port Townsend, WA

Thomas A. Peltz, LMHC, LADAC-1 Therapist Private Practice Beverly Farms, MA

John L. Roberts, M.Ed., CCDC III-E, LPC, MAC Consultant/Trainer Continuing Education Center Cincinnati, OH

Jim Rowan, M.A., LAC Program Manager Arapahoe House, Inc. Thornton, CO

Angel Velez, CASAC Addiction Program Specialist II Office of Alcohol and Substance Abuse Services New York, NY

Apéndice E. Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Center for Substance Abuse Prevention. Ecstasy: What's All the Rave About? DHHS Publication No. (SMA) 3710B. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
- Center for Substance Abuse Prevention. Marijuana: Weeding Out the Hype. DHHS Publication No. (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
- Center for Substance Abuse Prevention. Heroin: What's the Real Dope? DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. DHHS Publication No. (SMA) 99-3296. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, forthcoming.
- Graham, A.W.; Schultz, T.K.; Mayo-Smith, M.F.; Ries, R.K.; and Wilford, B.B., eds., Principles of Addiction Medicine, Third Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.
- Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; and Rawson, R. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16(4):41–50, 1997.
- Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; Bachman, J.G.; and Schulenberg, J.E. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings 2004. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005. www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2004.pdf [accessed September 16, 2005].

Khalsa, J.H.; Genser, S.; Francis, H.; and Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (Suppl):75–105, 2002.

McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, L.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9:199–213, 1992.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, December 1999 (updated October 2000). www.niaaa.nih.gov/publications/aa46.htm [accessed September 16, 2005].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol Alert* 50, December 2000 (updated April 2001). www.niaaa.nih.gov/publications/aa50.htm [accessed September 16, 2005].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*, 2005 Edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005. www.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/guide.pdf [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. NIDA Community Drug Alert Bulletin: Methamphetamine. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998. www.drugabuse.gov/MethAlert/MethAlert.html [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Marijuana Abuse. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, October 2002. www.drugabuse.gov/PDF/RRMarijuana.pdf [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: Marijuana. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2004. www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Marijuana04.pdf [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction. NIH Publication No. 99-4342. Bethesda, MD: National Institutes of Health, revised November 2004. www.nida.nih.gov/PDF/RRCocain.pdf [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: LSD. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005. www.nida.nih.gov/pdf/infofacts/LSD05.pdf [accessed September 16, 2005].

National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFacts: Rohypnol and GHB. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005. www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/Rohypnol05.pdf [accessed September 16, 2005].

Obert, J.; McCann, M.J.; Marinelli-Casey, P.; Weiner, A.; Minsky, S.; Brethen, P.; and Rawson, R. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychiatric Drugs* 32(2):157–164, 2000.

Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB). Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2002. www.whitehousedrugpolicy.gov/pdf/gamma_hb.pdf [accessed September 16, 2005].

Office of National Drug Control Policy. Pulse Check: Trends in Drug Abuse. Washington, DC: Executive Office of the President, November 2002.

Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Heroin. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, June 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/heroin/197335.pdf [accessed September 16, 2005].

Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Methamphetamine. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj197534.pdf. [accessed September 16, 2005].

Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Rohypnol. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/rohypnol/rohypnol.pdf [accessed September 16, 2005].

Office of National Drug Control Policy. Fact Sheet: Marijuana. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2004. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj198099.pdf [accessed September 16, 2005].

Rawson, R.; Huber, A.; Brethen, P.; Obert, J.; Gulati, V.; Shoptaw, S.; and Ling, W. Methamphetamine and cocaine users: Difference in characteristics and treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(2):233–238, 2000.

Rawson, R.A.; Marinelli-Casey, P.; Anglin, M.D.; Dickow, A.; Frazier, Y.; Gallagher, C.; Galloway, G.P.; Herrell, J.; Huber, A.; McCann, M.J.; Obert, J.; Pennell, S.; Reiber, C.; Vandersloot, D.; and Zweben, J. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* 99(6):708–717, 2004.

Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117–127, 1995.

Shoptaw, S.; Rawson, R.A.; McCann, M.J.; and Obert, J.L. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases* 13(4):129–141, 1994.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Club Drugs, 2002 Update. The Dawn Report. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, July 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The NSDUH Report: Daily Marijuana Users. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, November 26, 2004. www.oas.samhsa.gov/2k4/dailyMJ/dailyMJ.htm [accessed September 16, 2005].

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004. oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/2k3OverviewW.pdf [accessed September 16, 2005].

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The NSDUH Report: Methamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003, and 2004. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, September 16, 2005. www.oas.samhsa.gov/2K5/meth/meth.pdf [accessed March 2, 2006].

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

Tevisan, L.; Boutros, N.; Petrakis, I.; and Krystal, J.H. Complications from alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World* 22(1):61–66, 1998.