

\* MANUAL DEL  
TERAPEUTA:  
SESIONES  
PSICO-  
EDUCATIVAS  
PARA  
FAMILIAS

familiares

# modelo matrix

tratamiento ambulatorio  
intensivo del consumo de  
sustancias

supervisor



---

---

**\* MANUAL DEL  
TERAPEUTA:**  
SESIONES  
PSICO-  
EDUCATIVAS  
PARA  
FAMILIAS

**Dirección:**

**María J. Zarza  
González**  
Universidad de Valencia  
Treatnet Spain

**Juan Jiménez Roset**  
Consejería de Sanidad y  
Política Social

**Julián Oñate Gómez**  
Servicio Murciano de  
Salud

**Traducción  
y adaptación  
a España:**

**María J. Zarza  
González**  
Universidad de  
Valencia  
Treatnet Spain

**Jesús Martí  
Esquitino**  
Fundación para la  
Formación y la  
Investigación  
Sanitarias (FFIS)

**Álvaro Botella  
Guijarro**  
Fundación AEPA

**Antonio Vidal-Infer**  
Universidad de  
Valencia

**Bruno Ribeiro Do  
Couto**  
Universidad de  
Murcia

**David Bisetto Pons**  
Fundación AEPA

**familiares**

# modelo matrix

**tratamiento ambulatorio  
intensivo del consumo de  
sustancias**



**EDITA**

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias  
de la Región de Murcia

**DEPÓSITO LEGAL**

MU 348-2013

**ISBN**

978-84-616-2704-2

**MAQUETACIÓN**

FH2 Publicidad

**IMPRIME**

IM Nova Gráfica  
[www.imnova.com](http://www.imnova.com)

**ILUSTRACIONES**

Claudio Chavez

Quedan reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagiaran, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

---

# manual de sesiones educativas familiares tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias

---

**Versión revisada por**

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

**Instituciones participantes:**

Plan Nacional Sobre Drogas

Servicio Murciano de Salud

Fundación para la formación e investigación Sanitarias en la Región de Murcia

**Versión adaptada por el Instituto de Modelos Empíricos de  
Tratamiento en Adicciones (META)**

**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



# Presentación

**Francisco de Asís Babin Vich**  
Delegado del Gobierno  
para el Plan Nacional Sobre Drogas

---

Estados Unidos ha sido históricamente uno de los países más consumidores de cocaína mundial, y lleva desde la epidemia de cocaína de los años 80 tratando este problema de salud pública (Rawson, Obert, McCann & Mann, 1985). Esta demanda temprana hace que tanto clínicos e investigadores americanos tengan actualmente un claro liderazgo en el diseño de tratamientos y en el hallazgo de nuevos descubrimientos sobre los efectos de drogas estimulantes en la salud física y mental de consumidores y adictos. Además, el gobierno de los Estados Unidos financia el 85% de toda la investigación sobre drogas que se realiza a nivel mundial (NIDA, 2001), lo que incluye investigación básica y aplicada en diversas disciplinas, entre ellas el tratamiento psicológico de las adicciones.

El Modelo Matrix (MM) es uno de estos modelos empíricos transferibles a España que tiene un bagaje de más de 25 años de investigación y que comienza en Estados Unidos para cubrir la demanda de la epidemia de consumo de cocaína a mediados de los 80. MM aparece como una opción viable y económica para invertir en su implementación/adaptación a la situación española por diferentes características; entre ellas porque ha sido originalmente diseñado para el tratamiento de adictos a la cocaína y generalizado posteriormente a diferentes drogas, no necesariamente estimulantes, como el alcohol y el cannabis. Otra característica de importancia es que ha sido utilizado con poblaciones muy heterogéneas en Estados Unidos (nativos americanos, adolescentes, comunidad gay, etc.) y en otros países. Entre los continentes y países que han recibido formación en el modelo está América (Canadá y Brasil), Europa (Irlanda, Finlandia, Portugal, España y Holanda), África (Sudáfrica), Medio Oriente (Líbano), Asia (Corea, Japón, Taiwán, Vietnam y Tailandia), Guam, Las Islas Vírgenes y Australia. Además lleva en funcionamiento y rediseño casi tres décadas y la multitud de publicaciones de estudios de diversa índole (evaluaciones, estudios experimentales, estudios de seguimiento, etc.) son indicadores de que puede tratarse de un modelo transferible también a España.

## Intentos de implementación del Modelo Matrix en España

El primer curso de formación en el Modelo Matrix se realizó por primera vez en Murcia en 2005. El curso de formación fue realizado por The Matrix Institute, Inc. Se comenzó la implementación del modelo en varios centros después del curso de formación. Sin embargo, no se realizaron actividades de adaptación, seguimiento-evaluación, ni se publicaron datos de su implementación hasta el 2011, año en el que se retomó de nuevo la formación; esta vez con un mayor esfuerzo de seguimiento, adaptación del modelo y evaluación. Los objetivos principales desde entonces han estado centrados en analizar la viabilidad del modelo para su implementación generalizada a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, recogiendo toda la evidencia posible sobre los efectos del MM en el tratamiento de la cocaína y otras drogas, y obtener la opinión de expertos de la zona en el tratamiento psicosocial de las adicciones. En definitiva, este estudio ha servido de base para una toma de decisiones informada de sobre si se debe o no invertir en la implementación/adaptación multi-centro del Modelo Matrix en toda la comunidad de

---

---

Murcia y que pueda ser generalizable al resto del territorio nacional, esfuerzo que requiere además de una financiación adecuada, el empleo de recursos humanos, materiales y una estructura piramidal de profesionales y supervisores con una temporalización de entre 18 a 24 meses de trabajo continuado en su primera fase.

Los procedimientos llevados a cabo hasta la fecha han incluido diversos esfuerzos ordenados en el tiempo, como son: 1) una revisión bibliográfica exhaustiva; 2) la colaboración estrecha con los autores del modelo y las clínicas Matrix en EE.UU.; 3) establecer una pirámide de formación de profesionales (terapeutas y supervisores), revisión de todos los materiales y requisitos de implementación, incluyendo la experiencia directa de implementación de un mínimo de dos sesiones del modelo para finalmente; 4) obtención a través de un análisis DOFA de la opinión de expertos en el tratamiento de las adicciones acerca de la adaptabilidad del modelo al sistema de servicios de salud murcianos.

Hasta la fecha y desde 2011, se han llevado a cabo tres grandes bloques de formación que han resultado en la cualificación de más de 80 profesionales como terapeutas Matrix en la región de Murcia, así como 5 supervisores locales del modelo que velarán por el cumplimiento de los criterios de calidad de implementación.

Los análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) resultantes de la opinión de más de 50 expertos profesionales de la salud en el tratamiento de las adicciones entrenados en MM indican que el modelo manifiesta más fortalezas y oportunidades para su implementación que debilidades y amenazas, indicando que el Modelo Matrix, además de ser fácilmente adaptable a los centros según la opinión de los expertos, está ahora en un buen momento para su implementación masiva en los centros de tratamiento murcianos, sean estos residenciales, centros de día o ambulatorios. Esto, unido a que España continúa a la cabeza mundial en el consumo de determinados estupefacientes, nos indica que el modelo goza de un interés clínico especial en nuestro país y que se hace necesario invertir en una estructura que permita un estrecho seguimiento de su control de calidad (fidelidad al modelo), además de garantizar su sostenibilidad en las actividades futuras de implementación, formación, supervisión y evaluación.

Recién aprobado el PLAN CUATRIENAL SOBRE DROGAS 2013-2016 dentro de la ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016 me llegan estos manuales para el tratamiento de las drogodependencias, ya como medidas concretas que pretenden garantizar una asistencia de calidad adaptada a las necesidades cambiantes de aquellas personas directas o indirectamente afectadas por el consumo de drogas; estos manuales nos ayudaran a cumplir este objetivo permitiendo el desarrollo de psicoterapias basadas en la evidencia a drogodependientes y familiares. Estos manuales y todo el trabajo científico y profesional desarrollado en su entorno en los últimos años en Murcia quedan fortalecidos por los principios básicos de coherencia presupuestaria (eficiencia y coste-oportunidad), rentabilización de los recursos sanitarios normalizados, facilitación de la continuidad asistencial como medida de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, así como ejemplo de factibilidad y calidad de los procesos y productos, que se han hecho evidentes en lo que podemos calificar de ejemplo de buenas prácticas en drogodependencias.

Por tanto felicitar a todos los profesionales que han hecho posible que estos materiales vean la luz y sirvan de herramienta clínica en el proceso de deshabituación de los drogodependientes, no sólo en Murcia sino también en el resto del Estado Español.





# Prólogo

## **Juan Manuel Ruiz Ros**

Director General de Atención al Ciudadano y  
Drogodependencias  
Consejería de Sanidad y Política Social  
Región de Murcia

---

Sin duda alguna la adicción es una enfermedad mental crónica y como tal debe ser tratada, disponiendo con todos los medios de base científica que tengamos a nuestro alcance, y aportando el seguimiento y la continuidad que requieren, sin olvidar el respeto que estos enfermos, igual que los que sufren otras enfermedades, merecen.

Las altas prevalencias del consumo de alcohol, cánnabis y cocaína en población adolescente y adulta se convierten en actuación prioritaria del Plan Regional sobre Drogas tanto a nivel preventivo como asistencial en estos momentos.

La Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social, establece en su artículo 9. 2: “Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, determinará los programas a realizar para la formación interdisciplinar del personal sanitario, de servicios sociales, educadores y de cualquier otro personal al servicio de esta Administración, cuya actividad profesional se relacione con las drogodependencias”.

Esta es una de las responsabilidades de las que nos sentimos más satisfechos en el desarrollo del Plan Regional sobre Drogas, proporcionando al profesional de la salud formación continua, liderazgo y supervisión, que garanticen buenas prácticas asistenciales en el campo de las drogodependencias, hagan posible que los profesionales de la salud de la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud puedan además de ejercer su profesión con mejores medios, trabajar bajo la seguridad de que estos tratamientos están basados en evidencia empírica y obtener con su trabajo resultados alentadores. De este modo, se mejora la calidad asistencial, lo que repercute directamente en el apoyo a los más vulnerables, como son las personas que sufren este tipo de enfermedad.

Por tanto, es un objetivo del Plan Regional sobre Drogas la aplicación de programas científicamente validados, para el tratamiento de la dependencia de cocaína en las unidades especializadas de atención a drogodependencias de la red de Salud Mental y servicios asistenciales concertados convenidos siguiendo las líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios.

Esperamos que estos materiales sean de vuestro agrado y que hagan más fácil vuestra desafiante tarea profesional, y nos permita el despliegue y desarrollo del Modelo de Tratamiento Intensivo Psicosocial MATRIX, que tiene a sus espaldas más de tres décadas de investigación científica y evaluación continuada para su mejora; estando considerado por el National Institutes on Drug Abuse (NIDA) como uno de los modelos empíricos más efectivos; además se ha implementado en distintos países, poblaciones y culturas con diversos tipos de adicciones químicas con éxito.

---



---

# Reconocimientos

---

El equipo de revisión agradece la contribución que han hecho a esta edición Ana García Ruiz, Inmaculada Cárceles Arnau y Trinidad Ortuño así como a los terapeutas Matrix que con sus sugerencias y correcciones han contribuido a mejorar estos manuales.

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**

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

---

### **Cómo citar este documento**

Zarza González, M.J., Martí Esquitino, J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D. (2013). Modelo Matrix: Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias. Versión revisada de: 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 psicoeducativas para usuarios.

### **Versión Española financiada por**

Plan Nacional Sobre Drogas

Fundación para la Formación y la Investigación Sanitarias en la Región de Murcia

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) 06-415406-4154

---

# 01.

## Introducción al tratamiento ambulatorio intensivo Matrix para personas con trastornos por consumo de sustancias: 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, E.E.U.U. 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 de Tratamiento para el Terapeuta.
- Manual del Terapeuta de sesiones educativas para familias.
- CD-ROM que acompaña el Manual del Terapeuta para las sesiones educativas de familias
- Manual para el 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 sus-

tancias un modelo ambulatorio intensivo para estos usuarios y sus familias: 16 semanas de programación estructurada y 36 semanas de seguimiento.

### Antecedentes

El Modelo Matrix (MM) fue desarrollado inicialmente en los años 80 como respuesta al número creciente de personas que accedían al sistema sanitario 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 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 los 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 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 familiares individuales y grupales (3 sesiones).
- Sesiones del grupo de Habilidades de Recuperación Temprana (9 sesiones).

- Sesiones grupales de Prevención de Recaídas (32 sesiones).
- Sesiones educativas para familias (13 sesiones).
- Sesiones grupales de Apoyo Social (36 sesiones).

Los usuarios pueden empezar a asistir a los grupos de Apoyo Social una vez hayan completado las 13 sesiones de educación para las familias, 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 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 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: sesiones educativas para familias.

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 para 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.

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 para recordar palabras o conceptos. Repetir la información de diferentes maneras, 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 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 (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 familiares más significativos para el usuario en cada sesión individual/conjunta, además de las sesiones grupales de educación para la familia. 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) más una opcional, dos por semana durante el primer mes del tratamiento principal. Estas sesiones generalmente implican grupos pequeños (10 personas máximo) y son relativamente cortas (50 minutos). Cada grupo HRT está dirigido

**Figura 1. Ejemplo de Horario de Matrix IOP**

|                  | Tratamiento Intensivo  |   | Cuidados continuados     |
|------------------|--|---|--------------------------|
|                  | Semanas 1 a 4*   | Semanas de la 5 a la 16   | Semanas de la 13 a la 48 |
| Lunes            | 18:00-18:50 Habilidades de recuperación temprana<br>19:15-20:45 Prevención de recaídas | 19:00-20:30<br>Prevención de recaídas                           |                          |
| Martes           | 12-pasos/reuniones de grupos de autoayuda  |   |                          |
| Miércoles        | 19:00-20:30 Educación Familiar   | 19:00-20:30 Educación Familiar<br>o<br>19:00-20:30 Apoyo social | 19:00-20:30 Apoyo social |
| Jueves           | reuniones de grupos de autoayuda/12 pasos  |   |                          |
| Viernes          | 18:00:50 Habilidades de recuperación temprana<br>19:15-20:45 Prevención de recaídas    | 19:00-20:30<br>Prevención de recaídas                           |                          |
| Sábado y Domingo | reuniones de grupos de autoayuda/12 pasos  |   |                          |

\*1 Sesión Individual/Conjunta en la semana 1  
\*2 Sesión Individual/Conjunta en la semana 5 ó 6 y en la semana 16

por un terapeuta y codirigido por un usuario que está en una fase avanzada del programa y tiene una recuperación estable (ver páginas 9 y 10 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 HRT te proporcionarán estrategias y habilidades prácticas para hacerlo.
  2. El tratamiento profesional puede ser una fuente de información y apoyo, además, puede ser muy útil asistir a grupos de ayuda mutua.

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 ayudarlo 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.

### **Prevención de Recaídas**

El grupo de Prevención de Recaídas (PR) es un componente central del método 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 colider facilitan las sesiones de grupo PR (Ver páginas 9 y 10 para información sobre el trabajo con colideres).

Algunos ejemplos de los temas cubiertos en las 32/33 sesiones incluyen:

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

### **Grupo de educación familiar**

Durante el transcurso del programa de 16 semanas se llevan a cabo 12/13 sesiones de 90 minutos en 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 a 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 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 12 sesiones del grupo de educación familiar. El material para 13 sesiones del grupo de educación familiar se encuentra en el Manual del Terapeuta: sesiones educativas para familias.

### **Grupo de Apoyo Social** (Grupo de seguimiento)

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 el grupo de seguimiento 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 prepa-

radas 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 relacionarse 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. Un 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.
- Ayuda al usuario a integrar los conceptos del tratamiento así como psicoterapia o tratamiento psiquiátrico (para usuarios con tratamiento de continuidad).
- 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 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 debe 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.

### **Trabajar con usuarios colíderes y usuarios facilitadores**

Utilizar a los usuarios como colíderes de grupo es una parte esencial del Modelo Matrix (MM). Los usuarios que han completado al menos las primeras 8 semanas del programa y han sido abstinentes durante dicho periodo, pueden ser usuarios colíderes de grupos HRT. Idealmente, los usuarios colíderes para grupos de Prevención de Recaídas deberán haber terminado el año completo de tratamiento Matrix, y haber estado abstinentes durante dicho periodo. Estos usuarios avanzados aportarán la riqueza de sus experiencias a las sesiones de grupo. Como personas que se han recuperado satisfactoriamente

---

te, los usuarios colíderes están en posición de dirigir cuestiones difíciles y controvertidas desde una perspectiva similar a la de los usuarios en el grupo, a menudo ofreciendo sus experiencias personales. Los colíderes también pueden reforzar su propia recuperación durante el proceso, y devolver dicho refuerzo al programa y los otros usuarios.

Los colíderes deben escogerse cuidadosamente. Los usuarios pueden ser considerados para coliderar un grupo HRT si cumplen los siguientes criterios:

- Un mínimo de 8 semanas de abstinencia ininterrumpida de alcohol y otras drogas.
- Asistencia regular a las sesiones programadas del grupo de
- Prevención de Recaídas y las sesiones individuales/conjuntas.
- Voluntad de servir como colider una vez o dos a la semana durante al menos 3 meses.

Los usuarios pueden ser considerados para co-liderar un grupo de Prevención de Recaídas si cumplen los siguientes criterios:

- Un mínimo de 1 año de abstinencia ininterrumpida de alcohol y otras drogas.
- Haber completado MM (Ej., haber completado 1 año de tratamiento).
- Participación activa en un grupo de Apoyo Social.
- Voluntad de servir como colider una o dos veces por semana durante al menos 6 meses.

Cuando se selecciona a los colíderes, el terapeuta debe considerar también si estos usuarios son respetados por los otros miembros del grupo y son capaces de trabajar bien con el terapeuta.

El terapeuta debería pedir a los usuarios colíderes que firmen un acuerdo formal; un ejemplo de dicho acuerdo puede encontrarse en el apéndice C.

Antes de que los usuarios empiecen a servir como colíderes, el terapeuta tiene que orientarles sobre su nuevo papel. Los usuarios colíderes deben entender lo siguiente:

- No son terapeutas; sus declaraciones deben ser hechas en primera persona (Ej., “Lo que me ayudó fue...”).
- Deben mantener la confidencialidad de los usuarios del grupo.
- Deben tener la voluntad de contarle al terapeuta cualquier cuestión o problema que pudiera surgir mientras sirvan como colideres.

El terapeuta debería reunirse con el colider antes de cada sesión de grupo para discutir brevemente el tema y cualquier cuestión que pudiera surgir. Tras cada sesión de grupo, el terapeuta debería reunirse con el colider para:

- Asegurarse de que el colider no esté angustiado por nada de lo que ocurra durante el grupo.
- Discutir brevemente como está funcionando el grupo y proporcionar retroalimentación sobre cualquier cosa que el co-lider hiciera particularmente bien o que pudiera mejorarse (Ej., monopolizar la conversación, confrontar inapropiadamente a un usuario, dar consejo en vez de relatar la experiencia propia).

Reuniones regulares, proporcionar oportunidades al terapeuta y los colíderes para mejorar la manera de trabajar juntos y maximizar los beneficios.

Los usuarios que han servido como colideres para grupos HRT o PR pueden actuar

---

como usuarios facilitadores para las sesiones de grupo de Apoyo Social. El terapeuta debería seguir las directrices previamente mencionadas para seleccionar y trabajar con los facilitadores.

### **El paquete Matrix (MM)**

Además de este Manual de tratamiento para el terapeuta (presentado con detalle en la página 9), el paquete completo del Modulo 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.

Nota: Durante el transcurso del MTP, que sirve como modelo para este manual de tratamiento,

las copias del Manual del usuario se almacenaban en un armario con cerradura hasta que los miembros llegaban, que era cuando recogían sus manuales para utilizarlos durante la sesión. Para preservar la confidencialidad del usuario, éstos sólo anotan sus nombres en los manuales; ninguna otra información que pueda identificar al usuario es anotada.

- Manual del terapeuta para la Educación Familiar y presentaciones en diapositivas.
- Este manual contiene:
  1. Introducción al MM.
  2. 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 8 de las 13 sesiones.

- Libreta de trabajo del 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 una herramienta útil para la recuperación.

## **Introducción al grupo de sesiones educativas para familias**

### **Resumen**

Las personas con trastorno por consumo 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 familiares normalmente no entienden los trastornos por consumo de sustancias ni los cambios que han ocurrido en su familia. Tampoco pueden entender las dinámicas de la recuperación y los cambios que conlleva. Es fundamental dar información el trastorno y sobre el proceso de recuperación y permitir a los familiares hablar sobre sus preocupaciones para ayudarles a apoyar a la persona que está en tratamiento además de que puede aliviar la ansiedad y otros posibles sentimientos.

Las sesiones psicoeducativas ayudan a las familias a cambiar algunas conductas que son comunes a las familias que se enfrentan con personas con un trastorno por consumo de sustancias (como proteger a las personas dependientes de sustancias de las consecuencias de su dependencia).

Estas conductas pueden ser perjudiciales para las personas en tratamiento y para sus familiares. Además, tener alguna idea de lo que se puede presentar conforme el usuario progresa en la recuperación ayuda a los familiares 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 se forman sobre los cambios que previsiblemente ocurrirán en las relaciones conforme la recuperación progresa. Además de proporcionar información específica, las sesiones educativas para familias 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 familiares implicados en el tratamiento debe

ser la mayor preocupación del terapeuta.

El grupo educativo para familias no es terapia familiar y no pretende una intervención directa en las dinámicas particulares de la familia. El componente familiar del protocolo Matrix 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 del usuario y cómo pueden, los miembros de la familia, 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 Grupo Psicoeducativo para Familias, 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 Grupo Psicoeducativo para Familias 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 de sesiones educativas para familias si sus familias, u otras personas significativas, asisten. Estas sesiones proporcionan a los usuarios el componente psicoeducativo estructurado del tratamiento. Además, los usuarios reciben información sobre la dinámica de las relaciones familiares respecto al consumo de sustancias.

El terapeuta que imparte las sesiones educativas 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 Protocolo de Mejora del Tratamiento “Mejora de la Competencia Cultural en el Trata-

miento del Abuso de Sustancias” proporciona más información sobre la competencia cultural. El terapeuta del psicoeducativo para familias debe estar al tanto de los grupos de ayuda mutua 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 protocolo Matrix 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 Psicoeducativo para Familias.**

- 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 como 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 animar 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**

El de sesiones educativas para familias se reúne una vez por semana durante 12/13 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 estas sesiones.

Los grupos pueden hacerse con solo 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:

- Ocho sesiones se basan en presentaciones en PowerPoint.
- Cuatro sesiones son de grupo de debate multifamiliar.
- Una sesión es una presentación de “panel de expertos”.
- Presentación con diapositivas.
- Las diapositivas para las ocho sesiones están incluidas en el CD-ROM que acompaña a este manual. También pueden descargarse de <http://www.e-drogas.es/> haciendo clic en Biblioteca, después en Manuales Modelo Matrix y por último en Manual del terapeuta: familiares. 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 participantes hablen sobre sus asuntos más importantes.

La sesión número 13: opiáceos se trabajará en función de las características de cada grupo, es decir, que no es obligatoria si ningún usuario o familiar ha tenido contacto con los opiáceos y el terapeuta piensa que no va a tener interés general.

### **Grupo de Debate Multifamiliar**

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

### **Presentación de Panel de 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 ayuda mutua o de AA 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 cómo conducir 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, coloca las sillas en círculo.
- Prepara el equipo para mostrar las diapositivas que se encuentran en el CD adjunto. Las diapositivas están disponibles también en el portal de “e-drogas” ([www.e-drogas.es/modelo-matrix1](http://www.e-drogas.es/modelo-matrix1)).
- Haz copias de todos los ejercicios para los participantes de la sesión.
- Averigua qué usuarios y familiares son nuevos en el grupo y preséntalos al comienzo de la primera sesión.
- Es muy importante que el terapeuta adapte las sesiones FAM al número de familias, el nivel cultural, las sustancias más consumidas por los usuarios del grupo en ese momento, etc. De este modo, parte de las diapositivas o incluso sesiones enteras pueden suprimirse si el terapeuta lo ve conveniente.

### Durante cada sesión

- Actúa como anfitrión del grupo, da la bienvenida a los usuarios y las familias y presenta a los nuevos participantes.
- Ten cuidado para referirte adecuadamente a las personas que el usuario invita a las sesiones. Estas personas pueden ser esposas, parejas, hijos adultos, amigos empleados, colegas y otros.

Evita limitarte a usar términos como “marido” o “esposa”, y dirígete a los invitados como miembros de la familia o amigos, a menos que tengas otras instrucciones del usuario.

- Anima a los usuarios y a los familiares a preguntar y hacer comentarios apropiados al tema que se trate.
- Debes estar preparado para proporcionar fuentes de información. Las referencias se proporcionan al final de los encuentros de las sesiones 2, 4, 7, 10 y 13. 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 (por ejemplo el apartado de Publicaciones de la página web del Plan Nacional Sobre Drogas: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/home.htm>)
- Termina la sesión agradeciendo a los participantes su asistencia y anunciando el tema de la siguiente semana.
- Permanece 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.



# 02.

## 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 (Cravings) | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre la química cerebral del placer y la recompensa, y cómo los disparadores y deseos (cravings) se relacionan con la adicción.                         | 29-38 |
| 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.                                   | 39-49 |
| 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. | 50-51 |
| 4                | Cocaína                          | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la cocaína, incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación.                                       | 52-60 |
| 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.  | 61-77 |

|    |  |                                  |   |         |
|----|--|----------------------------------|---|---------|
| 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 afrontarla.                               | 78-79   |
| 7  | Marihuana y tranquilizantes            | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la marihuana y los tranquilizantes, incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación. | 80-87   |
| 8  | Familias en Recuperación               | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre el proceso de recuperación y cómo pueden trabajar juntos para evitar la recaída.   | 88-98   |
| 9  | Reconstruyendo la Confianza            | Grupo de Discusión Multifamiliar | Los participantes tratan sobre el importante papel que representa la confianza en la recuperación y cómo pueden empezar a rehacer las relaciones dañadas.             | 99-99   |
| 10 | Metanfetamina y Otras Drogas de Diseño | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre la metanfetamina y el resto de las drogas de diseño. También sobre su peligro para la salud y la recuperación.                       | 100-112 |
| 11 | Convivir 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.                               | 113-113 |
| 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.                 | 114-117 |
| 13 | Opiáceos                               | Presentación PowerPoint          | Los participantes aprenden sobre la heroína y otros opiáceos así como los problemas que conlleva su consumo.  | 118-127 |

# Sesión 1: Disparadores y Deseos de Consumo (Presentación PowerPoint)

## Resumen

### Objetivos de la Sesión

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

### Presentación PowerPoint (40–45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas Power Point, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 18 a 23 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

Los esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 1-1 — Disparadores y Deseo

- Esta presentación comienza con una introducción sobre adicción y dependencia para centrarse después en el desarrollo de la adicción, 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 consumo 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 consumo de drogas o alcohol.
- El sentido común sugiere que estar junto a personas, lugares o situaciones que en el pasado suponían consumo de sustancias puede aumentar las posibilidades de consumir droga o beber alcohol otra vez.
- La influencia que los disparadores tienen en el cerebro hace que los consejos sobre evitar disparadores sean algo más que una buena idea: 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 abordaje del ser humano.
- Por debajo del córtex hay 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 están localizados y donde la mayoría, si no todos, los mecanismos de supervivencia tienen su origen.
- El placer es una herramienta poderosa 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.
- El hambre, la sed, el 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 ha comido en 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 correría a la zona oscura.
  - Los ratones y otros roedores pequeños están condicionados a buscar automáticamente la oscuridad, porque la oscuridad les protege de los depredadores. 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 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 rodean cuando consumen 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.
- Esta clase de respuestas a los disparadores de droga sucede independientemente de que la persona intente consumir la droga. La persona dependiente solo puede prevenir su reacción cerebral evitando los disparadores.
- Los disparadores y el deseo de consumo son puntos claves de la adicción.
- Un ejemplo cotidiano de condicionamiento clásico puede ser la relación entre las migas y la lluvia. En Murcia cuando llueve a mucha gente le apetece comer migas porque ha asociado durante años ambas cosas.

### Diapositiva 1-6—Una Definición de Adicción

- El ejercicio SP 1A proporciona una definición de adicción desarrollada por la Sociedad
-



---

Americana de Medicina en Adicciones.

- 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.
- Es importante tener en cuenta estos factores psicosociales y ambientales cuando se buscan los disparadores para el consumo de drogas y alcohol de una persona.

#### Diapositiva 1-7—Otra Definición de Adicción

- Una definición alternativa es la de la Organización Mundial de la Salud para el manual de diagnóstico CIE-10, referencia en Europa para el diagnóstico en Salud Mental.
- Esta definición hace hincapié en la descripción, sin entrar en conceptos controvertidos como la cronicidad o atribuciones biológicas como “enfermedad cerebral”. Si bien en algunos casos parece ser crónica, en general en la mayoría de las personas se comporta más como un trastorno del que uno se recupera totalmente.

#### Diapositiva 1-8—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, consumo 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 1-9—Proceso Adictivo (Fase Introdutoria)

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

#### Diapositiva 1-10— Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase Introdutoria)

- Inconscientemente, las personas que consumen 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 consumo de drogas o alcohol.

#### Diapositiva 1-11 —Desarrollo del Pensamiento Obsesivo (Fase Introdutoria)

- Durante esa fase, el consumo de drogas o alcohol ocupa solamente una pequeña parte del pensamiento de la persona.

#### Diapositiva 1-12—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase Introdutoria)

- La respuesta de deseo es la experiencia combinada de disparadores que activan el sistema límbico y los pensamientos continuos sobre el consumo de alcohol u otras drogas 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 estimulante 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 1-13— Proceso Adictivo (Fase de Mantenimiento)

- Durante la fase de abuso o mantenimiento del consumo durante el proceso de adicción, la frecuencia del consumo de AOD aumenta, a tal vez cada mes o incluso semanalmente. En cuanto a los efectos y consecuencias negativas, los platillos de la balanza van a empezar a inclinarse hacia lo negativo.

#### Diapositiva 1-14—Proceso de Condicionamiento Durante la Adicción (Fase de Mantenimiento)

- Aquí en esta fase de abuso y mantenimiento del uso de drogas es cuando empieza el condicionamiento. La gente, lugares, y cosas que se asocian al uso de AOD ya se convierten en disparadores o estímulos condicionados.
  - La mera exposición a estos estímulos o disparadores causan pensamientos de usar drogas.
-

- 
- Estos pensamientos se originan en el cerebro reacciones fisiológicas moderadas que provocan deseos de buscar y consumir drogas.

#### Diapositiva 1-15—Desarrollo de Pensamiento Obsesivo (Fase de Mantenimiento)

- Los pensamientos de consumir ya ocurren más frecuentemente en el cerebro de esta persona.

#### Diapositiva 1-16—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase de Mantenimiento)

- Una excitación fisiológica leve comienza a ocurrir en situaciones asociadas al uso de AOD.
- A medida que la persona va encontrando disparadores o estímulos que asocia al consumo de sustancias, el sistema límbico se activa y los deseos o craving comienzan a ocurrir.
- Una vez que esta persona finalmente ingiere drogas o alcohol a esto le sigue generalmente una excitación fisiológica (en relación al tipo de drogas consumidas).

#### Diapositiva 1-17—Proceso Adictivo (Fase de Desencanto)

- Durante la fase de desencanto, la recompensa empieza a cambiar de lo positivo a lo negativo.
- Las consecuencias del consumo de alcohol y drogas son ya graves y la vida de la persona se hace 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 1-18—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 consumir alcohol u otras drogas.

#### Diapositiva 1-19—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 1-20—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 cada vez más alejadas del alcohol o de otras drogas.
- La respuesta de deseo es casi tan poderosa como la reacción física real ante las drogas y el alcohol.

#### Diapositiva 1-21 —Proceso Adictivo (Fase de Desastre)

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

#### Diapositiva 1-22—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 1-23—Desarrollo del Pensamiento Obsesivo (Fase de Desastre)

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

#### Diapositiva 1-24—Desarrollo de la Respuesta de Deseo (Fase de Desastre)

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

#### Diapositiva 1-25—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 1-26—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.
  - Otra forma de entender este proceso es ver la secuencia Disparador – Pensamiento – Deseo – Consumo como la caída de una pendiente. El momento en el que hay que utilizar técnicas de parada de pensamiento es justo después de que se sea conscientes del primer pensamiento de consumo. El proceso biológico, que se ejemplifica en el ejemplo como un círculo amarillo que va rodando pendiente abajo hacia el hombre aún es relativamente pequeño. Es posible parar este proceso cuando aún se está en la fase de deseo, pero se hace más difícil entonces.
  - Cuando se está en fase de deseo el círculo amarillo ahora se hace demasiado grande – como una gran montaña. Una persona que tiene una dependencia puede no querer en realidad consumir e intentar evitar el deseo pero con demasiada frecuencia los deseos son tan poderosos que atropellan a esta persona empujándola a la recaída.

#### Diapositiva 1-27—Detención de Pensamiento

- La detención de pensamiento interrumpe el proceso habitual que culmina con el consumo de droga o alcohol.
- La reacción normal a los pensamientos sobre consumo 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 detención de pensamiento pone fin a este proceso antes de que llegue la recaída, normalmente detiene al deseo en su recorrido.
- Si la detención 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 detención de pensamiento incluyen:
  - Visualización
  - Relajación
  - Golpearse con una goma elástica
  - Llamar a alguien

#### Diapositiva 1-28—Visualización

- Cuando las personas experimentan pensamientos de consumo de alcohol u otras drogas, pueden visualizar un interruptor o una palanca e imaginarse que lo mueven del ENCENDIDO al APAGADO para parar los pensamientos de consumo de alcohol u otras drogas.
-

- 
- Es importante tener otro pensamiento preparado para reemplazar los pensamientos de consumo de alcohol u otras drogas.
  - Este debería ser placentero o significativo, que no esté relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.

#### Diapositiva 1-29—Golpearse con una goma elástica

- La técnica conductual de la goma elástica ayuda a las personas en recuperación “golpeando” su atención lejos de pensamientos de consumo de alcohol o drogas.
- Las personas dependientes se ponen una goma elástica en su muñeca de manera que 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 alcohol u otras drogas.
- Como sucedía con la visualización, las personas deben tener otro pensamiento listo para reemplazar los pensamientos de consumo de alcohol u otras drogas.
- Esta técnica funciona mejor si llevan la goma puesta siempre.

#### Diapositiva 1-30—Relajación

- Los deseos con frecuencia producen sensaciones de vacío, pesadez y retortijones en el estómago.
- Estas sensaciones frecuentemente pueden ser aliviadas 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 1-31—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.

# 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 para hablar sobre sus experiencias (o las experiencias de su familiar) con el alcohol y la recuperación.

### Presentación PowerPoint (40–45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 24 a 30 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 urgente que puedan tener.

---

## Presentación

Los esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 2-1 — Alcohol y Recuperación

- Esta sesión se centra en el alcohol.
- Dado que el alcohol es una parte omnipresente en la cultura española, no beber supone un desafío particular para las personas en recuperación.
- Las personas en recuperación deben entender cómo puede afectar el alcohol a su cuerpo, su conducta y su recuperación.
- Aunque muchas personas beben 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 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 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 deja 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:
-



- 
- Convulsiones
  - Insomnio
  - Temblores (inestabilidad)
  - Agitación (nerviosismo e irritabilidad extremos)
  - Náuseas
  - Confusión
  - Alucinaciones auditivas o visuales (oír o ver cosas que no están ahí)

#### 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 10 personas que desarrollan estos síntomas mueren.<sup>1</sup>
- Los síntomas del DT incluyen:
  - Aumento de la tasa cardíaca
  - Temblores
  - Aumento de la temperatura corporal
  - Pérdida de control del movimiento muscular
  - Aumento de la tensión sanguínea
  - Estado mental alterado
  - Respiración anormalmente rápida
  - Alucinaciones
  - Sudoración
  - Colapso cardiovascular y muerte

#### Diapositiva 2-6—Incidencia

- La mayoría de personas mayores de 18 años pueden beber moderadas cantidades de alcohol sin desarrollar problemas.
- El estudio EDADES 2009/2010 del Observatorio Español sobre Drogas informa de que el 84,4% de los hombres y el 72,2% de las mujeres de 15 a 64 años han consumido alcohol en el último año.
- De ellos, el 7,3% tienen un consumo perjudicial (2 millones de personas, 1.320.000 hombres y 680.000 mujeres) y el 0,3% muestran posible dependencia (90.000 personas, 75.600 hombres y

---

14.400 mujeres).

#### Diapositiva 2-7—Incidencia por Sexo y Edad

- En general, actualmente dicen beber más hombres que mujeres: en 2009, 18% de hombres de 15 a 64 años, informaron haber bebido alcohol a diario, frente al 6% de mujeres.
- La tasa de dependencia al alcohol es también más baja en mujeres que en hombres.
- La incidencia consumo diario de alcohol es mayor en adultos de 35 a 64 años que en el grupo de 15 a 34 años pero el consumo de estos es mayor.
- La edad de inicio de consumo de alcohol en la Región de Murcia ha subido un poco respecto a encuestas anteriores y se ha situado en 2009 en 13,8 años.

#### 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
  - Vomitar
  - Sufrir pérdida en la visión periférica (la capacidad de ver los laterales)
  - Dormirse
  - 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

#### Diapositiva 2-10—Cambios en el cerebro

- Se dice que el alcohol es un desinhibidor de los impulsos. No se conoce muy bien el efecto en el cerebro pero se sabe que afecta al córtex prefrontal, que es quien se ocupa de las normas sociales, la educación, los valores y de adecuar nuestros deseos a la realidad. El alcohol
-

---

adormece esta parte, liberando al sistema límbico de su freno.

- El sistema límbico se ocupa de los deseos y de la supervivencia, el deseo sexual, el hambre, el sueño, la agresividad y la tristeza están situados ahí.
- Por último, también afecta al cerebelo, que se ocupa entre otras cosas de la coordinación, tanto motora (caminar recto) como verbal. Por lo cuál en la intoxicación de alcohol las personas ven doble, hablan y caminan con dificultad.

#### Diapositiva 2-11 — Efectos a Largo Plazo

- Beber en exceso puede causar un daño significativo a los órganos del cuerpo.
- Beber “en exceso” puede definirse como atiborrarse de alcohol cinco o más veces 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 afectar los aparatos digestivo y cardiovascular y a los sistemas: inmunológico, endocrino y nervioso.

#### Diapositiva 2-12 — 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.
- Se estima que más de 12.000 personas sufren cirrosis en España.

#### Diapositiva 2-13 — 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 ensanchamiento de los vasos sanguíneos en el esófago (varices esofágicas) puede ser causado por daño hepático.
-

- 
- Estos vasos sanguíneos pueden romperse y cuando sucede, suele ser fatal.
  - El consumo excesivo de alcohol se ha asociado a pancreatitis (inflamación del páncreas) y cáncer en la garganta, colon y recto.

#### Diapositiva 2-14— Aparato Circulatorio

- Aunque la ingesta moderada de alcohol (una bebida al día para las mujeres, dos para los hombres) se muestra en algunos estudios como cardioprotector, el consumo 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 tensión arterial, 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 2-15— Sistema Inmunológico

- El alcohol puede dañar gravemente el sistema inmunológico (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 2-16— Sistema Endocrino

- El sistema endocrino (el sistema de control hormonal) también puede dañarse por el consumo 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 las hormonas 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 2-17— 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.
    - La encefalopatía de Wernicke-Korsakoff produce trastornos en los movimientos oculares, desequilibrio, dificultades en la marcha y una afección grave en la memoria que impide aprender cosas nuevas.
    - 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 2-18—Efectos en la Conducta

- Beber puede causar problemas físicos y de conducta:
  - El consumo de alcohol está relacionado con la violencia doméstica, el abuso infantil y la violación.
  - También está asociado con todo tipo de accidentes.
  - Cuanto más beba una persona, mayores serán los problemas 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 sufrir actos violentos
    - Accidentes de tráfico y/o arrestos por conducir bajo la influencia del alcohol

#### Diapositiva 2-19—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. 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 2-20—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.
- No se ha encontrado ninguna cantidad de alcohol que no suponga riesgo durante el embarazo.

#### Diapositiva 2-21—Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)

- El riesgo más grave es el síndrome alcohólico fetal (SAF).
- SAF causa retraso mental entre otras cosas.

#### Diapositiva 2-22—Trastorno del Síndrome Alcohólico Fetal (Daños Cognitivos y Conductuales)

- Aunque los efectos del SAF varían, los niños con el síndrome tienen problemas 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 2-23—Trastorno del Síndrome Alcohólico Fetal (Característica Craneofaciales)

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

#### Diapositiva 2-24— Abstinencia Total

- El consumo en exceso de alcohol tiene efectos dañinos evidentes.
  - Sin embargo, beber un poco de vez en cuando 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 consumir todo tipo de drogas ilegales y alcohol, sin importar qué droga o drogas lo trajeron al tratamiento.

#### Diapositiva 2-25—Los Disparadores de Alcohol Están en Todas Partes

- Las personas en recuperación que intentan dejar de beber alcohol se enfrentan a una difícil lucha.
- Les bombardean muchos disparadores externos; el consumo de alcohol es la norma, especialmente en lo social y en las celebraciones.
- Beber acompaña frecuentemente a ciertas actividades: vino en las comidas, una cerveza en el partido o una copa después del trabajo.
- Es difícil para una persona en recuperación pasar un día típico sin que le vengan recuerdos culturales y personales del alcohol.
- Anuncios, películas y programas de televisión asocian beber con ser feliz, popular y tener éxito.
- La gente en recuperación se encuentra a compañeros, amigos y familiares con quienes ha bebido y pasa por bares sitios donde se puede comprar alcohol.
- 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 2-26—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 consumo de alcohol para “aliviar” su estado mental.

#### Diapositiva 2-27—Advertencia de Recaída

- 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 consumen estimulantes tienen ocho veces más probabilidades de recaída en el consumo de estimulantes si beben alcohol que si no lo hacen.<sup>9</sup>

#### Diapositiva 2-28—Recaída

---

- 
- Beber disminuye las inhibiciones de una persona y hace más probable que actúe impulsivamente a partir de cualquier pensamiento que pueda tener.
  - Dado que el alcohol afecta a la parte del cerebro del razonamiento, las personas que beben están peor preparadas para enfrentarse con cualquier disparador del consumo.
  - Además, es más probable que se encuentren con disparadores las personas que beben que las que no están bebiendo. Por ejemplo, beber puede:
    - Juntar a las personas en recuperación con otras personas que consumen 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 2-29—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 incómodo proceso de aprendizaje es contraproducente porque:
  - Beber alcohol evita que las personas se enfrenten directamente a su problema de consumo.
  - 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 2-30—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 beba en su presencia o que guarde el alcohol que hay en casa.

#### Diapositiva 2-31 —Plan de Afrontamiento

- Una persona en recuperación debería desarrollar un plan para afrontar los incómodos sentimientos que afloran durante el proceso. Este plan puede incluir:
-



- 
- Asistir regularmente a los grupos de ayuda mutua.
  - Hablar abiertamente de los sentimientos en las sesiones de grupo del tratamiento Matrix
  - Practicar regularmente técnicas de relajación
  - Practicar HESC (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

# Sesión 3: Recuperación (Presentación de Expertos)

## 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 graduados: panel de participantes
- EF 3B—Guía para miembros familiares: panel de participantes
- EF 3C—Guía para la recuperación: panel de participantes

## Preparación

Al menos una semana antes de la sesión, el terapeuta localiza, invita y orienta a cuatro o cinco participantes expertos. El panel de expertos puede estar formado por una mezcla de graduados del programa estables en su recuperación y activamente implicados en grupos de ayuda mutua y familiares de graduados del programa que hayan asistido a las sesiones familiares.

El terapeuta se asegura de que los participantes expertos reciben una copia de la ficha EF 3A— Guía para graduados: panel de participantes, y de que los participantes expertos familiares reciben una copia de la ficha EF 3B— Guía para miembros familiares: panel de participantes, antes de la sesión.

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 las fichas.

## 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 las fichas 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 las fichas 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 a 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 urgente que puedan tener.

# Sesión 4: 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.

#### Presentación PowerPoint (40–45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a formular preguntas en cualquier momento. Las páginas 34 a 41 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva. El terapeuta debe añadir ejemplos y explicar 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 cocaína (Diapositivas 4-09–4-31) y la presentación de las anfetaminas y metanfetaminas (Diapositivas 4-32–4-54).

#### 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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 4-1 – Cocaína

- Esta sesión se centra en la cocaína, un psicoestimulante

### Diapositiva 4-2 – Dopamina

- Los efectos de la cocaína y la metanfetamina se producen a través de la dopamina, una sustancia química que está siempre presente en el cerebro.
- La dopamina tiene 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 4-3 – Proceso de recuperación de la dopamina

- Aunque el proceso de recuperación se ve con más detalle en la siguiente sesión, esta diapositiva muestra que el nivel de dopamina se altera con el consumo de sustancias como la cocaína y durante la recuperación va recuperando la normalidad con los cambios de humor y algunas de las emociones que notamos normalmente y que reflejan cambios naturales en los niveles de dopamina en el cerebro.
- Recuperar este rango de normalidad lleva un tiempo como veremos en las siguientes sesiones.

### Diapositiva 4-4 – Ejemplo 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 repetirlos, 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 metanfetamina 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 metanfetamina o coca, primero notará los efectos placenteros, aunque también algunos efectos negativos provocados por el exceso de dopamina.

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

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

#### Diapositiva 4-8—Ciclo de la adicción

- Cuando se pasan los efectos euforizantes y estimulantes de la metanfetamina 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 consumo–depresión–deseo–consumo 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—Cocaína

- Conocida hace más de 5000 años, la cocaína es una droga extraída de las hojas de la planta *Erythroxylon coca* L., un arbusto de los Andes.
- Conocida en Europa desde 1859
- En seguida se vio que provocaba deseo compulsivo y síntomas paranoides

#### Diapositiva 4-11—Nombres de la calle

- La cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína, una sal) se conoce en la calle como:
  - Coca
  - Farlopa
  - Nieve
  - Chino
  - Crack
  - Base

#### Diapositiva 4-12—Cocaína Crack

- Cocaína crack es cocaína que se ha transformado a partir del clorhidrato de cocaína en cristal 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 clorhidrato de cocaína y fuman lo obtenido, suelen llamar a esto “base libre”.

#### Diapositiva 4-13—Popularidad de la Cocaína

- Las encuestas EDADES (2009/2010) y ESTUDES 2010 del Observatorio español sobre drogas estiman que el 10,2% de la población española ha consumido cocaína alguna vez en su vida.
- Las mismas encuestas estima lo siguiente:
  - Cerca de 4,8 millones de españoles han consumido alguna vez en su vida cocaína.

- 
- Alrededor del 2,6% de las personas entre 14 y 64 años informaron haber consumido cocaína al menos una vez en el último año.
  - El 1,2% de la población española reconoce haber consumido cocaína en el último año.

#### Diapositiva 4-14— ¿Quién Consume Cocaína?

- Los 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 (3,3% de los hombres frente al 1,8% de las mujeres).

#### Diapositiva 4-15---Vida media y detección

- La cocaína tiene una vida media en el cuerpo de 1 hora, lo que quiere decir que tras una hora desde la ingesta queda la mitad de la sustancia en nuestro cuerpo.
- Sin embargo se puede detectar a través de los restos de la metabolización del cuerpo hasta 4 días después.

#### Diapositiva 4-16— Efectos Psicológicos Inmediatos

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

#### Diapositiva 4-17— Efectos físicos inmediatos

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



- 
- Disminución del sueño
  - Aumento de la temperatura

#### Diapositiva 4-18— ¡Atención!

- En raras ocasiones puede producirse la muerte súbita por el consumo 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 4-19 y 4-20— Cambios en el cerebro

- El dibujo siguiente es una foto del cerebro cortado por la mitad (como una cresta del pelo) que muestra las zonas que tienen que ver con las adicciones.
- La cocaína afecta a las vías de refuerzo del cerebro racional, dándole fuerza a los impulsos que vienen del sistema límbico.
- A corto plazo uno disfruta más de todo y se siente más atento pero a largo plazo es como si los “cables” que llevan estos impulsos de placer y atención se quemaran de manera que al final falta la concentración, la memoria y cuesta disfrutar de las cosas.
- Afortunadamente el cerebro normalmente es capaz de regenerarse si se mantiene la abstinencia total durante un tiempo.

#### Diapositiva 4-21 — 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
  - Daño en las memorias visual y verbal y en capacidad de atención y concentración

---

#### Diapositiva 4-22— Efectos psicológicos crónicos

- Otro de los efectos de la cocaína es la psicosis cocaínica, que se produce cuando se consume cocaína y consiste en una crisis que suele durar mientras dure la cocaína en el cuerpo aunque puede desencadenar una enfermedad mental más grave como la esquizofrenia.
- Es indistinguible de otras psicosis excepto porque normalmente la persona no cree que las alucinaciones que tiene sean reales.

#### Diapositiva 4-23— 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 4-24— Cocaína inyectada

- 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 4-25— 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 4-26— Fumar crack

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

#### Diapositiva 4-27— Cocaína: Dosis y efectos

- Quienes consumen cocaína regularmente desarrollan tolerancia a los efectos de la droga y tienen que consumir dosis más altas cada vez para conseguir los mismos efectos euforizantes.
- A dosis más altas y uso más frecuente, aumenta la potencia de los efectos tóxicos.

#### Diapositiva 4-28— Dependencia de la cocaína

- Hay que tener en cuenta que hay dos patrones principales de consumo, el consumo episódico que suele darse con atracones y el consumo regular que suele conllevar un aumento progresivo.

#### Diapositiva 4-29— Síndrome de abstinencia

- El síndrome de abstinencia de la cocaína es más fuerte durante los primeros 4 días. Sin embargo durante las primeras semanas se suelen tener los efectos contrarios a los que provocaba la cocaína al principio de consumirla.
- Normalmente el cerebro se recupera gradualmente durante los primeros 6 meses de abstinencia.

#### Diapositiva 4-30— Niveles de tratamiento

- El tratamiento recomendable siempre que no haya que hacer una desintoxicación de otras sustancias es el ambulatorio convencional, que permite a la persona mantener su vida normalizada.

- 
- Según la gravedad del consumo puede ser recomendable un tratamiento intensivo, sobre todo al principio del mismo, para ir espaciándolo con el tiempo.
  - El siguiente paso sería un centro de día, en el que el usuario va normalmente de 9 a 5 de la tarde.
  - Si todo lo anterior no ayuda al usuario lo suficiente, o bien si las condiciones externas lo recomiendan, se utiliza el recurso de comunidad terapéutica, en el que el usuario sale de su entorno y entra en un entorno protegido durante un tiempo prolongado, de 6 meses a 18.

#### Diapositiva 4-31 — Cocaína y embarazo

- Consumir 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 presentar:
  - Nacimiento prematuro
  - Tener la cabeza más pequeña de lo normal (microcefalia)
  - Peso bajo al nacer
  - Tener menos talla de la normal (enanismo)
- Los bebés también pueden estar expuestos a virus VIH o de la hepatitis si la madre está infectada.

#### Diapositiva 4-32 — 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 son:
  - Prestar atención a las tareas
  - Aprender nueva información
  - Pensar las cosas antes de actuar (impulsividad)
- La ficha EF 4B resume estos datos.

# 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 en cuatro fases, cómo puede evolucionar la recuperación.
- Ayudar a reconocer las características de cada fase de la recuperación.
- Ayudar a conocer los riesgos de recaída particulares 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.

### Presentación PowerPoint (40–45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 42 a 52 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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### 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, cada fase lleva consigo unos riesgos de recaída concretos. La familia será 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 en 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 evitar fallos y permanecer en el camino de la recuperación.
- Saber lo que se puede esperar ayuda a las familias a entender el proceso de mejora y les permite dar más apoyo a la persona en recuperación.

### Diapositiva 5-2 — Fases de la recuperación

- Las fases de recuperación que explicaremos son:
  - Fase 1: Retirada y/o síndrome de abstinencia
  - 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 — Proceso de la recuperación

- El siguiente dibujo es una representación ejemplo del proceso de recuperación. Aunque cada persona y cada proceso son diferentes, es común que se distingan estas fases.
  - La mejoría no suele ser una línea continua de estar mal a estar bien, tiene altibajos que iremos expli-
-

---

cando.

#### Diapositiva 5-4— Fase 1: Retirada o inicio de la abstinencia (síndrome de abstinencia)

- La fase de retirada empieza con el primer abandono del consumo de alcohol y otras drogas.
- Esta fase dura de 1 a 2 semanas.
- Las características típicas del síndrome de abstinencia durante la retirada (particularmente para los que consumen cocaína/metanfetamina u otros estimulantes) son:
  - Desintoxicación física
  - Deseos intensos de consumir
  - Depresión o ansiedad
  - Baja energía
  - Irritabilidad o agresividad
  - Agotamiento
  - Insomnio y/o prolongados periodos de sueño
  - Pensamiento desordenado
  - Paranoia (desconfianza de los demás)
  - Problemas de memoria y dificultad para concentrarse
  - Sensación de hambre intensa
- Las personas que han abusado de otras drogas como tranquilizantes, barbitúricos, heroína o han bebido alcohol en exceso, pueden experimentar síntomas de abstinencia 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 para su familia entender que estos estados emocionales pasarán pero cada uno puede llevar, a corto plazo, a pensamientos o planes suicidas. Si la depresión, la ansiedad o la paranoia son muy graves, es recomendable una consulta psiquiátrica o ir a urgencias.
- Además de los síntomas relacionados, las personas en recuperación pueden necesitar atención médica para problemas resultantes del consumo de drogas como:
  - Convulsiones
  - Carencias vitamínicas
  - Infecciones en las zonas de inyección

- 
- Problemas respiratorios
  - Problemas cardiovasculares
  - VIH/SIDA
  - Pérdida grave de peso
  - Hepatitis C

#### Diapositiva 5-5—Retirada: síndrome de abstinencia (Factores de riesgo de recaída)

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

#### Diapositiva 5-6—Retirada o inicio de la abstinencia (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 sus vidas.
- La estructura diseñada por los usuarios:
  - Ayuda a evitar disparadores mediante un plan
  - Es lo opuesto al estilo de vida del consumo de drogas
  - Proporciona un fundamento básico concreto para continuar hacia la recuperación
  - Crea el concepto de “día a día”
  - Reduce ansiedad
- Los usuarios de Matrix aprenden a programar su tiempo fuera del tratamiento.
- Los miembros de la familia pueden ayudarles con su programación.<sup>45</sup>

#### Diapositiva 5-7— 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.
  - La hoja EF 5A— Agenda diaria, proporciona un ejemplo de formulario que puede usarse para ayudar
-



---

a los usuarios a estructurar su tiempo.

- La agenda del usuario debería incorporar opciones nuevas libres de drogas, como son:
  - Actividades del tratamiento
  - Programación del tiempo
  - Interés en nuevas o antiguas pero olvidadas actividades de ocio o tiempo libre
  - Reuniones relacionadas con la familia
  - Actividades espirituales
  - Asistir a grupos de ayuda mutua
  - “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 5-8— 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 no realistas (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 grupos de ayuda mutua 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 cómo 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 cliente para programar su tiempo.
  - Programar y crear estructura en la vida propia es una habilidad que necesita práctica.

#### Diapositiva 5-9— Fase 2: Abstinencia temprana

- A la fase de abstinencia temprana se la 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 4-6 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 optimismo
  - Sentimientos intensos
  - Exceso de confianza
  - Cambios de humor
  - Dificultad para concentrarse
  - Consumo de otras drogas
  - Continuos problemas de memoria
  - Falta de habilidad para priorizar
  - Preocupación por la ganancia de peso
  - Leve paranoia

#### Diapositiva 5-10— 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 aumento de energía hace que algunas personas se impliquen demasiado en su trabajo: “adictos al trabajo”, esto puede llevarles 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 que “dejar la droga está chupado”. Esta creencia puede llevarles a pensar que:
  - No necesitan prolongar más el tratamiento

- 
- Pueden estar seguras con amigos o miembros de la familia que consumen o ir a lugares donde consumieron
  - Pueden tomar con seguridad otras drogas distintas a la que les causó el problema o beber alcohol.
  - La exposición a disparadores o consumir otras drogas, incluido el alcohol, suele llevar a recaer con la cocaína/metanfetamina u otros 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 deben:
    - Reconocer los riesgos de esta fase de recuperación
    - Aprender a canalizar la energía de la luna de miel hacia actividades de recuperación, armar una estructura sólida de actividades con la construcción de un impulso que los lleve a través de las siguientes fases de recuperación
  - Los familiares también deben de comprender que aunque las personas en recuperación estén aparentemente mejor y más optimistas, todavía pueden necesitar apoyo para:
    - Asistir a todas las actividades de tratamiento
    - Abstenerse de tomar otras drogas y alcohol
    - Asistir a grupos de ayuda mutua
    - Continuar programando su tiempo
    - Evitar personas y lugares asociados con el consumo de drogas
    - Hacer regularmente ejercicio físico

#### Diapositiva 5-11 — Abstinencia temprana (Disparadores y 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 consumo.
  - Las personas en la fase de abstinencia temprana deben conocer los conceptos de disparador y parada de pensamiento. Los familiares también tienen que entenderlos.
-

- 
- A las personas en recuperación puede parecerles que la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo ocurre toda junta.
  - En realidad, las personas en recuperación pueden aprender a interrumpir esta secuencia en cualquier punto.

#### Diapositiva 5-12— Interrupción

- Otra forma de imaginar este proceso es ver la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo como si se bajara una cuesta empinada.
- El momento para detener el pensamiento es justo después de haber reconocido el primer pensamiento de consumo.
- En ese momento la urgencia, como muestra el círculo pequeño moviéndose hacia la figura, es todavía relativamente pequeña y controlable.
- Todavía se puede 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 al consumo.
- Un primer paso para aprender a interrumpir la secuencia disparador-pensamiento-deseo-consumo es entender lo que es un disparador y aprender a reconocerlo tan rápido como sea posible.

#### Diapositiva 5-13— Tipos de disparadores

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

#### Diapositiva 5-14— Disparadores (Personas)

- Los disparadores relacionados con personas incluyen:
    - Amigos que toman drogas
    - Ausencia de personas importantes (soledad)
    - Voces de amigos que toman drogas o vendedores (por ejemplo, una llamada de teléfono)
    - Vendedores de droga
-

- 
- Parejas en relaciones sexuales con droga
  - Personas que hablan sobre el consumo de drogas como algo positivo

#### Diapositiva 5-15— 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 5-16— Disparadores (Cosas)

- Los disparadores relacionados con objetos o cosas pueden incluir:
  - Material para consumir (tarjetas, DNI, billetes, espejos, papel de aluminio, etc.)
  - 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
  - Consumir otra droga que la que causó los problemas o beber alcohol

#### Diapositiva 5-17— Disparadores (Momentos)

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

---

### Diapositiva 5-18— 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 asociado con el consumo.
- Algunos de los disparadores relacionados con estados emocionales son:
  - Ansiedad
  - Fatiga (o temor a fatigarse)
  - Depresión
  - Ira
  - Aburrimiento
  - Frustración
  - Miedo
  - Preocupación sobre la ganancia de peso
  - Activación sexual, abstinencia o ansiedad sobre la ejecución

### Diapositiva 5-19— Parada de pensamiento

- Las técnicas de detención de pensamiento pueden usarse para interrumpir el ciclo disparador-pensamiento-deseo-consumo.
- El primer paso para usar las técnicas de parada de pensamiento con éxito es identificar los pensamientos de consumo en cuanto aparezcan.
- Las personas que inician la recuperación no siempre identifican estos pensamientos pero pueden aprender.
- Cuando las personas reconocen un pensamiento de consumo, pueden elegir interrumpirlo usando una de estas técnicas de parada:
  - Visualización:
    - Cuando las personas tienen pensamientos de consumo pueden visualizar un interruptor o palanca e imaginar que la mueven del ON (encendido) al OFF (apagado).
    - Es importante tener otro pensamiento preparado para reemplazar a los de consumo.
    - El pensamiento debería ser placentero o significativo para la persona y no suponer el consumo de alcohol u otras drogas.
  - Gomazo:
    - La técnica de la goma elástica ayuda a las personas en recuperación “golpeando” su atención lejos de los pensamientos de consumo.

- 
- Pueden ponerse una goma elástica en su muñeca, como una pulsera, de forma que quede algo holgada.
  - Cuando el deseo de consumo se produce, golpean ligeramente la goma contra su muñeca y dicen “NO” (gritando o no, dependiendo de las circunstancias) a los pensamientos de consumir.
  - Como con la visualización, las personas necesitan tener otro pensamiento preparado que reemplace el pensamiento de consumir.
  - Esta técnica funciona mejor si se lleva la goma durante todo el tiempo.
  - Relajación:
    - Los deseos crean frecuentemente sensaciones de vacío, pesadez y pinchazos en el estómago.
    - Estas sensaciones se alivian muchas veces con respiración profunda, se llenan los pulmones de aire y se vacían más lentamente que como se han llenado, se repite el proceso varias 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 estas sensaciones 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, para llamar a alguien cuando lo necesiten.

#### Diapositiva 5-20— Actividades no disparadoras o seguras

- Si la parada de pensamiento funciona pero los pensamientos vuelven frecuentemente, las personas en recuperación pueden cambiar su entorno más cercano o involucrarse en actividades que requieran una total concentración.
- Ejemplos de actividades no disparadoras podrían ser:
  - Ejercicio
  - Meditación o rezar
  - Reuniones de grupos de ayuda mutua
  - Comer o dormir
  - Actividades recreativas o aficiones nuevas
  - Películas en las que el tema principal no tenga que ver con las drogas
  - Actividades religiosas o de comunidad espiritual

- 
- Periodos estructurados/supervisados (con la familia o amigos no consumidores, por ejemplo)
  - Las personas en recuperación deberían tener una lista de actividades a mano para cuando les haga falta.

### Diapositiva 5-21 — Fase 3: Abstinencia prolongada

- La fase de abstinencia prolongada dura aproximadamente de 3 a 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 con apatía, tristeza y anhedonia (incapacidad para experimentar placer).
- Este cambio puede ocurrir incluso aunque la persona siga haciendo cambios positivos en su vida y comience a recoger los beneficios de la recuperación.
- Las características habituales de esta fase de recuperación incluyen:
  - Continuos cambios en el estilo de vida
  - Rabia y tristeza
  - 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
  - Dificultad para pensar
  - Ganancia de peso
  - Regreso de los deseos de consumo
  - 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 se mantiene la abstinencia, la química de sus cerebros se estabilizará y las emociones negativas y la baja energía de esta fase pasarán.

### Diapositiva 5-22 — 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 alcohol u otras drogas
  - Desestructuración de vida
  - Conflictos interpersonales
  - Pérdida de motivación
  - Ansiedad sexual
  - Insomnio
  - Desconfianza
  - 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 serán eternos.
  - La persona en esta fase puede pensar que la recuperación no merece la pena con sensaciones tan malas.
  - Este pensamiento, la baja energía y la 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 tener más pensamientos de consumo y empezar a crear justificaciones para una caída.
  - Es crucial anticipar “el Muro” y entenderlo como una fase temporal.
  - Es imprescindible permanecer en tratamiento y mantener los cambios ya hechos hasta el momento para evitar la inercia, el aburrimiento, la pérdida del objetivo de recuperación, la justificación de la recaída y, por último, la propia recaída.
  - Un buen autocuidado con ejercicio regular y la comprensión y apoyo de los familiares pueden ayudar mucho a la persona a superar con éxito esta fase.

#### Diapositiva 5-23—Alcohol y otras drogas secundarias

- Es normal para 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 es un problema típico de esta fase 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 cocaína/metanfetamina, nunca he tenido problemas con los porros. Necesito relajarme un poco”.
- Consumir una droga secundaria 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:** Puede hacer que el córtex prefrontal, la parte del cerebro responsable de la toma de decisiones racional, se inhiba (esté menos activo), debilitando el freno racional y facilitando el camino para volver al consumo de la droga principal. Esto es especialmente probable cuando el consumo de la droga secundaria expone a las personas a los disparadores asociados con el consumo de la sustancia 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 aunque el usuario no sea adicto al alcohol o a la marihuana.
  - **Conflicto con la filosofía de los grupos de ayuda mutua:** si las personas en recuperación consumen drogas secundarias o alcohol, es poco probable que continúen asistiendo a los grupos de ayuda mutua, grupos vitales para la recuperación, porque el consumo de cualquier droga es contrario a la filosofía del grupo y las personas que lo hacen estarán incómodas en las reuniones.
  - **Efecto de violación de la abstinencia (E.V.A.):** hay una marcada tendencia de las personas a pensar: “vale, he bebido otra vez; podría también tomar un poco de coca/meta”.
  - **Interferencia con nuevas conductas:** consumir una droga secundaria para afrontar los problemas o el estrés interferirá con el aprendizaje de nuevas conductas de afrontamiento que son necesarias para asegurar una recuperación a largo plazo.

#### Diapositiva 5-24— Abstinencia prolongada (Justificación de la recaída)

- La justificación de la recaída sucede cuando el cerebro del adicto intenta dar una explicación aparentemente racional (justificación) para la conducta que pone a la persona en recuperación cerca de un desliz (caída).
- Es crucial que las personas en recuperación y sus familiares aprendan a reconocer las justificaciones tan pronto como aparezcan.
- 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
    - No fue fallo mío
    - Lo necesitaba para algo concreto
    - Fue un accidente
    - Me estaba probando a mí mismo
    - Me sentía mal

#### Diapositivas 5-25 a 5-30— Justificaciones de recaída

- El cuadernillo EF 5B— Justificaciones de recaída, identifica las excusas para el consumo en las Diapositivas 5-25 a 5-30 y trata el proceso de la justificación de la recaída.

#### Diapositiva 5-31 — Fase 4: Adaptación y resolución

- La fase de adaptación/resolución dura de 4 a 6 meses.
  - Aunque una persona puede haber superado bien los síntomas de abstinencia física y puede haber mejorado de muchos de los efectos físicos del consumo de la sustancia, la recuperación está lejos de haber terminado.
  - Frecuentemente se tiene la sensación de haber cumplido después de pasar la fase del Muro.
  - Esta sensación puede crear la falsa creencia de que por fin la vida de uno puede volver a la normalidad pretratamiento.
  - Las personas que superan esta fase (y sus familiares) tienen que acostumbrarse a que los cambios hechos en el estilo de vida y las relaciones son ahora la nueva definición de “normal”.
  - Una vez que han completado el tratamiento deben de aprender nuevas habilidades para:
    - Mantener un estilo de vida equilibrado
    - Vigilar las señales de recaída
    - Reconocer y aceptar que la recuperación 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 temas subyacentes que se han evitado o no han surgido antes por ser demasiado sensibles.
-

---

#### Diapositiva 5-32— 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 y exponerse a situaciones de alto riesgo.
  - Volver a relacionarse con personas que consumen
  - 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 aparición o reaparición de temas emocionales o de relación pueden provocar malestar y deseos de consumo de alcohol u otras drogas, estos temas tienen que ser tratados en un marco terapéutico para evitar posibles recaídas.

#### Diapositiva 5-33— 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.
- Cada persona debe encontrar el equilibrio óptimo que le funcione.
- Las familias también pueden ayudar en esta búsqueda y mantenimiento del equilibrio.

#### Diapositiva 5-34— Proceso de la recuperación

- En el siguiente dibujo se muestra el proceso de recuperación en los primeros meses de abstinencia total.
- Se ven las 4 fases que suelen atravesarse y aunque el color pasa uniformemente desde el rojo oscuro al verde, y en general se nota una mejoría con el tiempo, también hay altibajos.
- Se puede apreciar que las fases de síntomas de abstinencia y luna de miel son las más cortas.

#### Diapositiva 5-35— Proceso de recuperación de la dopamina

- Como vemos, el cerebro va recuperando los niveles normales de sustancias conforme pasa el tiempo, con altibajos cada vez menos pronunciados hasta la normalidad de cambios pequeños.
  - Los estimulantes aumentan artificialmente el nivel de dopamina (DA) en el cerebro, ya sabemos que
-

---

la DA es la sustancia que nos da las sensaciones de placer entre otras cosas, así que cuando se deja de consumir el cerebro, que se había acostumbrado y trataba de compensar produciendo menos DA, tiene un bajón que nos da los síntomas de los primeros días.

- Cuando el cerebro se da cuenta de que no va a recibir más estimulantes intenta volver al nivel de sustancias que tenía antes de empezar el consumo y ese proceso de búsqueda del equilibrio es el que lleva meses.

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

## 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.
- Ayudar a los participantes a compartir sus ideas sobre cómo afrontar la recaída.

## Materiales

- EF 6A—Afrontar la posibilidad de una recaída: para la persona en recuperación
- EF 6B—Afrontar la posibilidad de una 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 una recaída.
- Una caída es un consumo puntual que se corta porque el usuario se protege, pide apoyo y vuelve a estar abstinentes. Una recaída es la vuelta al consumo continuado. Las caídas son muy peligrosas porque pueden llevar fácilmente a una recaída, aunque no tiene por qué. El peligro más grande de un consumo puntual (caída o desliz) es el Efecto de Violación de la Abstinencia (E.V.A.) como ya hemos comentado en la Sesión 5: Mapa de la recuperación.
- Las recaídas solo ocurren si se ha logrado previamente la abstinencia.
- Muchas personas tienen una caída o 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 dejar de cuidarse cuando el familiar en recuperación recaer en el consumo.
- 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 de la ficha EF 6A— Afrontar la posibilidad de una recaída: para la persona en recuperación, y les pide que la lean con atención y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Da a los familiares una copia del cuadernillo EF 6B— Afrontar la posibilidad de una recaída: para los familiares de la persona en recuperación, y les pide que la lean con atención y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Les dice a los participantes que sus respuestas servirán de guía en la discusión pero que nadie las verá.

### **Discusión Guiada (50–55 minutos)**

El terapeuta:

- Facilita la discusión, utiliza las respuestas de 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 la ficha EF 6C— Familiares y recuperación.
- Explica que la ficha contiene algunos conceptos de importantes para que los familiares de las personas en recuperación los recuerden y vuelvan a ellos de vez en cuando.

### **Discusión abierta (15 minutos)**

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

# Sesión 7: Marihuana y tranquilizantes (Presentación PowerPoint)

## Resumen

### Objetivos de la sesión

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

### Presentación Power-Point (40 – 45 minutos)

El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento. Las páginas 72 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 información nueva? ¿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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 7-1 — Marihuana

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

### Diapositiva 7-2 — La importancia de la abstinencia total

- 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.
- Para asegurar el éxito de la recuperación, las personas que están en tratamiento por abuso de estimulantes deben alejarse del alcohol y de las drogas ilegales, incluso del consumo de drogas como la marihuana, que mucha gente cree que es sana.
- El consumo de cualquier sustancia puede poner en peligro la recuperación en la dependencia a estimulantes.

### Diapositiva 7-3 — ¿Es inocua la marihuana?

- Mucha gente cree erróneamente que la marihuana no es peligrosa, especialmente cuando la compara con drogas como heroína, cocaína, crack, metanfetamina 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 el 10,6% de los mayores de 15 años consumen marihuana.
- El consumo de marihuana pone en peligro la salud. Afecta a casi todo el cuerpo.
- 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 7-4 — Prevalencia de la marihuana

- Cada año, el 6,7% de los europeos adultos consumen marihuana. En España alcanza el 10,1%.
- La edad promedio en la que las personas prueban la marihuana son los 14,7 años, el consumo diario es del 3% de los jóvenes de 14 a 18 años, y desciende desde 2004. Sin embargo el 33% de los adolescentes han probado la marihuana alguna vez, de los cuales el 17,2% han consumido en el último mes.
- 26,4% estudiantes de 14 a 18 años consumen marihuana cada año.

---

#### Diapositiva 7-5— ¿Qué es la marihuana?

- La marihuana es una mezcla 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 7-6— Nombres en la calle

- A la marihuana se la conoce por diferentes nombres en la calle que pueden variar según la región. Algunos nombres comunes son: cannabis, maría, hierba, porros, costo, hachis, chocolate, mais, canutos, etc.
- Los cigarrillos de marihuana se conocen como porros, joints, mais. Las pipas se llaman bongos.

#### Diapositiva 7-7— 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 neuropático en la esclerosis múltiple.
  - En España el único uso autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) desde 2011 es el del Sativex para la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple, el resto de usos están autorizados en otros países como Canadá, E.E.U.U. o Australia.

#### Diapositiva 7-8— 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 7-9— Efectos a corto plazo

- Cuando alguien fuma marihuana, el THC va rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo y al cerebro haciendo que las células nerviosas del cerebro liberen el neurotransmisor dopamina.
  - La dopamina es responsable de las sensaciones de “subidón” de los consumidores, unas sensaciones de relajación y euforia.
-

- 
- El THC puede dañar la memoria a corto plazo, alterar el equilibrio y la coordinación, aumentar el tiempo de reacción, aumentar la tasa cardiaca, 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 triste. Es habitual tener sensaciones de pánico, ansiedad o desconfianza.

#### Diapositiva 7-10— 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.
- Los estudiantes que fuman habitualmente marihuana obtienen menores puntuaciones en secundaria y en la universidad que aquellos que no lo hacen.
- La marihuana daña muchas habilidades relacionadas con el aprendizaje de modo 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 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 7-11 — Riesgo de cáncer

- Las personas que fuman marihuana están tan expuestas a tener dañados los pulmones como las personas que fuman tabaco.
- El consumo habitual de marihuana puede provocar resfriados, bronquitis y enfisema.
- Fumar marihuana tiene cinco veces más alquitrán y monóxido de carbono y 70% 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 posibilidades de desarrollar cáncer en la cabeza o en la garganta.

#### Diapositiva 7-12— 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 reducida su capacidad para prevenir infecciones y tumores.

#### Diapositiva 7-13— 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% 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 haya desvanecido.
- De los 969 fallecidos por accidentes de tráfico analizados en 2011, el 37,54% había consumido drogas, y de estos el 47% había consumido cannabis.
- Después del alcohol, la marihuana es la sustancia que más frecuentemente se encuentra en los conductores involucrados en accidentes fatales de tráfico.

#### Diapositiva 7-14— Marihuana y embarazo

- Las mujeres que consumen marihuana durante el embarazo exponen al feto a diversos peligros.
- Se ha asociado el bajo peso al nacer y problemas de desarrollo neurológico con el consumo de marihuana .
- 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 después del nacimiento.
- Las madres que dan el 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 7-15— 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 pueden no desarrollar una dependencia física a la marihuana, pueden llegar a ser psicológicamente adictos a la marihuana.
  - Adicción significa consumir una droga incluso sabiendo que interfiere en la familia, escuela, trabajo y otros aspectos importantes de la vida.
-

- 
- Para aquellos que son psicológicamente adictos, terminar con el consumo de marihuana traerá, al principio, deseos de consumir (craving) la droga, ansiedad, irritabilidad y falta de sueño.

#### Diapositiva 7-16—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 estimulantes.

#### Diapositiva 7-17—Marihuana y recaída

- La investigación sugiere que Las personas que fuman marihuana durante el tratamiento tienen 3 veces más de probabilidad de recaer en otras sustancias, que aquellos que no fuman marihuana .
- Fumar marihuana es una forma de evasión o evitación de responsabilidades y problemas incluyendo aquellas relacionadas con el tratamiento y la abstinencia como la ansiedad, la tristeza o el aburrimiento.
- Además de hacer la recuperación de otras sustancias más difícil, el consumo de marihuana puede contribuir al deterioro de la vida personal y familiar.

#### Diapositiva 7-18—Tranquilizantes: Benzodicepinas

- Ahora vamos a ver los tranquilizantes más comunes, las benzodicepinas.
- Los más comunes son: Alprazolam, Flumitrazepam, Loracepam, Lormetacepam, Cloracepato dipotásico, Diacepam, Bromacepam, Flurazepam y Zolpidem, aunque este último no es una benzodicepina, es un inductor del sueño.

#### Diapositiva 7-19—Benzodicepinas: Patrones de uso

- El 5,9% de la población de 15-64 años las ha tomado en los últimos 30 días.
- El 3,1% la toma diariamente.
- Se estima que el 1,4% la toman sin estar prescritas.
- La población real que toma benzodicepinas es mucho mayor dado que los mayores de 65 años no entran en el estudio pero son quienes toman la mayor parte de las prescripciones médicas de benzodicepinas.
- Aunque no se debe mantener el tratamiento más de 4-6 semanas, en la mayoría de los casos se usan durante meses o años, esto provoca que muchas personas tengan una dependencia sin saberlo.

---

#### Diapositiva 7-20—Benzodiacepinas: hechos

- Las benzodiacepinas son sustancias depresoras del sistema nervioso central, utilizadas como medicamentos para la ansiedad y para dormir.
- Sustituyen a los barbitúricos porque son más seguras y menos adictivas que aquellos.
- Por norma general, a dosis bajas tienen efectos ansiolíticos mientras que a dosis altas tienen efectos sedantes, con sueño, lentitud motora y amnesia para lo ocurrido mientras dure su efecto.
- A largo plazo tiene efectos en la memoria verbal y no verbal, la velocidad de procesamiento, y la coordinación (la hace más lenta).
- Crean tolerancia y dependencia aunque es difícil que lleven a la pérdida de control, la búsqueda continua y el craving de otras sustancias.

#### Diapositiva 7-21—Benzodiacepinas: hechos

- Las benzodiacepinas son sustancias depresoras del sistema nervioso central, utilizadas como medicamentos para la ansiedad y para dormir.
- Sustituyen a los barbitúricos porque son más seguras y menos adictivas que aquellos.
- Por norma general, a dosis bajas tienen efectos ansiolíticos mientras que a dosis altas tienen efectos sedantes, con sueño, lentitud motora y amnesia para lo ocurrido mientras dure su efecto.
- A largo plazo tiene efectos en la memoria verbal y no verbal, la velocidad de procesamiento, y la coordinación (la hace más lenta).
- Crean tolerancia y dependencia aunque es difícil que lleven a la pérdida de control, la búsqueda continua y el craving de otras sustancias.

#### Diapositiva 7-22— Trankimazin (Alprazolam): hechos

- El trankimazin es la benzodiacepina de la que más se abusa por diferentes razones:
  - Es de acción ultra-corta, es decir, que comienza a hacer efecto en la primera media hora después de la toma y su efecto dura poco tiempo.
  - Tiene una potencia alta, es decir, que al principio hacen falta dosis pequeñas para que haga efecto.
- Al tener un efecto rápido, intenso y de poca duración crea las condiciones para generar tolerancia (en seguida uno necesita más dosis para tener el mismo efecto) y si se utiliza mucho tiempo, dependencia.
- Normalmente se utiliza para tratar los ataques de pánico (crisis de ansiedad).
- También se utiliza en la calle de forma ilegal por los efectos relajantes, por los efectos euforizantes (parecido a la euforia del alcohol) y por los efectos de la mezcla con otras sustancias.

---

#### Diapositiva 7-23—Trankimazin (Alprazolam): efectos físicos

- Los efectos principales del Alprazolam son muy parecidos al de otras benzodiazepinas, excepto porque las reacciones paradójicas son más frecuentes:
- Reduce la ansiedad.
- Produce somnolencia.
- Produce relajación muscular.
- Dependiendo de la dosis produce también amnesia posterior a la toma, incluso horas después por lo que se recomienda asegurarse de poder dormir al menos 7-8 horas seguidas después de la toma.
- Reacciones paradójicas:
  - Intranquilidad.
  - Ataques de ira.
  - Pesadillas.
  - Alucinaciones.

#### Diapositiva 7-24—Rohypnol (Hechos)

- Rohypnol es el nombre comercial del Flunitrazepam, una benzodiazepina hipnótica legal usada como anestésico quirúrgico.
- Rohipnol es un depresor como Halcion, Transilium y Valium, pero mucho más fuerte.
- Rohipnol se conoce por los nombre de la calle como rohipnoles, roofies, rophies, roche, rope y la pastilla del olídame.

#### Diapositiva 7-25—Rohypnol (Efectos físicos)

- Como el GHB, Rohipnol produce euforia y 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.

# 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.
- Orientar a los familiares para 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 63 a 70 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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### 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 preocupadas por sí mismas y sus familias como para buscar tratamiento; los familiares están aquí porque quieren ofrecer su apoyo.
- Cuando una familia se enfrenta con un ser querido que consume sustancias, la vida puede ser frustrante y caótica. La persona que consume puede actuar de forma autodestructiva y los familiares pueden recurrir a medidas desesperadas para hacer frente a esto.

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 muy difícil.

- En esta sesión veremos cómo las personas llegan a ser dependientes de una sustancia y cómo se recuperan de la dependencia tanto ellos como sus familiares. 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 es parte de su familia cuando el usuario está en tratamiento.

### Diapositiva 8-3 — ¿Qué es adicción?

- La adicción es un complicado proceso físico y emocional que ocurre 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 trastorno médico. Es contraproducente para la recuperación pensar en la adicción como la demostración de un error personal, una falta de fuerza de voluntad, un hundimiento moral o un vicio.

### 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 y 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 los estimulantes, activa el sistema límbico. Al final el sistema llega a estar sobreactivado hasta un punto donde las restricciones racionales de la conducta se pierden.
- Una forma de entender el proceso de la 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, la parte racional de sus cerebros mantiene al principio el consumo controlado. Sin embargo, con el consumo continuado, los efectos en las zonas 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 consumir una droga.
- Para crear el craving de una droga se juntan tres procesos separados:
  - El proceso cognitivo
  - El proceso de condicionamiento
  - El pensamiento obsesivo
- El proceso cognitivo trata de cómo 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 la 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 suele ocurrir ocasionalmente, con frecuencia en una fiesta o en una ocasión especial. (Hablamos aquí del aumento progresivo pero también puede darse un patrón de consumo en atracones, que no aumenta gradualmente pero produce también deterioro en todos los aspectos).
- El consumo aumenta gradualmente, pero la parte racional del cerebro está controlando y decide que el consumo está justificado dados los supuestos beneficios que proporciona.
- Lo positivo pesa más que lo negativo. El hecho de que la cocaína/metanfetamina sea ilegal y de que se gaste un dinero extra en comprarla no tiene demasiada importancia.

---

### Diapositiva 8-7— Proceso cognitivo (Desencanto)

- La persona que continúa consumiendo llega finalmente a desencantarse cuando las consecuencias negativas del consumo pesan claramente más que las positivas.
- Algunas personas son capaces de parar el consumo cuando es evidente que está dañando sus vidas. Aquellos que no pueden parar tienen una dependencia.
- El deseo de consumir 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 deseo 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 órdenes.

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

- Mientras el proceso cognitivo tiene lugar en el córtex prefrontal, el proceso de condicionamiento ocurre de forma paralela en el sistema límbico.
- El condicionamiento es un tipo de aprendizaje que ocurre por asociación. Cada vez que la persona consume, refuerza una conexión mental entre la droga y sus efectos placenteros. Esta conexión condiciona al cerebro a querer más.
- Al principio el consumo es tan poco frecuente que no hay una respuesta automática a personas, lugares o situaciones asociadas.
- Con el tiempo esta asociación llega a ser más fuerte y más general, con lo que no solo consumir sino también pensar en cosas asociadas con la droga (dinero, la casa de un camello, ciertos amigos...) puede inducir craving.
- Las cosas que están asociadas al consumo y que inician el deseo por la droga se llaman disparadores.
- Craving es un deseo fuerte de consumir causado por la activación del centro emocional del cerebro y por pensamientos obsesivos sobre el consumo.
- Desarrollar craving por una sustancia es un proceso. El consumo repetido “construye” en la mente de la persona el deseo de consumo de la droga.
- Al principio, comprar y consumir la droga activaba 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 consumo y placer.

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

- A medida que la conexión mental entre consumo y placer se hace más fuerte, otras cosas distintas a la propia droga van disparando el craving y el craving va haciéndose más fuerte.
  - Una persona que continúe consumiendo 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 pondrá en marcha poderosos deseos de consumo. Para una persona que es dependiente, pensar en la sustancia o en el consumo provoca una poderosa activación, similar a los efectos reales de la sustancia.
- Los disparadores inician un craving automático de consumo y este sentimiento lleva a buscar y consumir.

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

- En poco tiempo, se multiplican los disparadores y las asociaciones con el 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 inundado 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 formado en el cerebro. Solo pueden ser más listas.

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

- Cuando una persona empieza a consumir, invierte muy poco tiempo o pensamientos en ello. El consumo es solo una pequeña parte de vida personal.
- Conforme pasa el tiempo consumiendo, las decisiones sobre consumir o no, dónde conseguir dinero para comprar y cómo ocultar las pruebas 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 consumo y diversión tienen mucha influencia.

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

- Con el consumo continuado, los pensamientos ocupan otros aspectos de la vida. En gran medida, la parte emocional del cerebro está dedicada a la adicción y domina los pensamientos de la persona.
- Las personas que consumen llegan a estar tan obsesionadas que sus relaciones empiezan a romperse. Hay poco espacio en sus vidas para una relación con alguien o algo aparte del consumo.
- Esta abrumadora preocupación no significa que los familiares signifiquen menos para las personas que consumen. Significa que los cambios cerebrales causados por el consumo hacen que el deseo de consumo 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. Podemos identificar las respuestas de los familiares a través de cuatro fases progresivas de la adicción:

- Introdutoria
- Desencanto
- Mantenimiento
- Desastre

### Diapositiva 8-14—Respuesta de los familiares al consumo (Fase introdutoria)

- Durante la fase introdutoria del consumo, los familiares no están muy afectados. La mayoría de las veces ni siquiera son conscientes del consumo de su familiar.
- Los familiares pueden ver conductas que vienen del consumo ocasional pero no lo asocian con un problema de drogas.
- O preguntarse por qué la persona deja de cumplir con sus responsabilidades u obligaciones de vez en cuando.

### Diapositiva 8-15— Respuesta de los familiares al consumo (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.
- Pueden dar un apoyo económico, excusar la conducta irreflexiva del familiar o incluso 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 y sus consecuencias.
- Los problemas continúan en la medida que el consumo continúe, por muchas cosas de las que se hagan responsables los familiares.
- Esta conducta hace más daño que bien. Tapar las consecuencias del consumo 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 debe parar.

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

- Con el tiempo, para cuando la persona pasa a la fase de desencanto, 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 familia-

---

res intentan protegerse no queriendo saber lo que está pasando.

- Cuando no pueden evitar enfrentarse a 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 hace a los familiares sentirse culpables y avergonzados de lo que está sucediendo y de su incapacidad para controlar la situación.

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

- Durante la fase de desastre, los familiares suelen acabar separándose de la persona que consume para salvarse ellos mismos. Como resultado de la separación física y emocional, tienen 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 la persona ni para el bienestar de la familia.
- En el caso de que haya niños, están en un entorno en el que aprenden modos de comportamiento que pueden perjudicar su capacidad para tener relaciones saludables en el futuro.

#### Diapositiva 8-18—Beneficios de la implicación familiar

- Es importante para los familiares implicarse 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 y son conscientes de los problemas que pueden surgir.
- La persona en recuperación es responsable de dejar de consumir y trabajar en la recuperación pero los familiares que han estado relacionándose con ella durante la progresión hacia la dependencia de la droga, se han visto afectados por este proceso y también deben hacer cambios y deshacer el daño que se ha hecho.
- La ficha EF 8A—Anticipar y prevenir la recaída, analiza el papel 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.
- Saber que hay un patrón de recuperación y lo que se espera en cada fase suele animar a los familiares y les ayuda a apoyar mejor a la persona en recuperación.

---

#### Diapositiva 8-20—Retirada (síntomas de abstinencia)

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

#### Diapositiva 8-21— Luna de miel

- La fase de luna de miel dura aproximadamente 4 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 seguir 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 trae consigo algunas emociones molestas y dificultades de pensamiento. El optimismo de la fase de luna de miel deja paso algunas dificultades y hace falta un esfuerzo total para continuar con la recuperación.
- Las personas en recuperación experimentan tristeza, 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 las estrategias aprendidas en el tratamiento, se supera.

#### Diapositiva 8-23—Readaptación o Reajuste

- 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 saludable.
- Durante y después de la fase de readaptación, el usuario y la familia pueden beneficiarse de la psicoterapia y la terapia familiar dado que el modelo matrix normalmente no trata asuntos de importancia a largo plazo.

#### Diapositiva 8-24—Gráfico de las Fases de Recuperación

- En este dibujo se muestran las fases de la recuperación que acabamos de explicar y su duración aproximada.
-

---

### Diapositiva 8-25— Objetivos de la retirada

- El principal objetivo de la persona en recuperación durante la fase de retirada es detener el consumo.
- 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 cómo afectan la drogas a la química cerebral y al resto del cuerpo.
- Cuando la persona en recuperación está en la fase de retirada, los familiares tienen una importante decisión que tomar: si quieren o no formar parte del proceso.
- Los familiares encontrarán fácil estar implicados si ven al consumo y no a la persona en recuperación, como el problema y si el consumo se reconoce como una condición médica, independientemente de cómo empezó.

### Diapositiva 8-26— 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 y las justificaciones para la recaída y a utilizar técnicas dirigidas a seguir abstinentes.
- Normalmente las personas en recuperación se sienten curadas durante este periodo pero es muy importante 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 deben de reconocer y acabar con interacciones disparadoras.

### Diapositiva 8-27— 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 en 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 deben evitar expresar ira hacia ella.
  - Tanto como sea posible, los familiares deben alejar resentimientos pasados y trabajar para apoyar a la persona en recuperación. Los familiares comprometidos con este apoyo necesitan empezar a confiar en la recuperación del usuario.
  - Los familiares deben reaprender cómo cuidar de sí mismos para volver a las rutinas normales de la vida y buscar actividades placenteras.
  - También es importante examinar la forma de comunicarse de los miembros de la familia para mejorarla (la sesión 12 trata de las trampas de la comunicación)
  - La ficha EF 8B— Justificaciones de la recaída, ayuda a los familiares a entender cómo pueden empezar las recaídas.

#### Diapositiva 8-28— Objetivos para la readaptación o reajuste

- Con el tiempo las personas en recuperación pasan a la fase de readaptación o reajuste, saben qué conductas deben afianzar para mantenerse fuertes en la recuperación y qué conductas la ponen en riesgo.
  - 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 aseguran en las conductas que les ayudan a evitar la recaída.
  - Debido a que las personas en recuperación suelen enfrentarse a la oportunidad y el deseo de consumir, deben ser conscientes de las situaciones y pensamientos que les ponen en riesgo de recaída, anticipando situaciones difíciles con planes detallados para tratarlas. El aspecto más importante para mantener la abstinencia es saber cómo evitar la recaída.
  - Durante la fase de reajuste, la persona en recuperación trabaja para tener nuevas y saludables relaciones y fortalecer las amistades existentes. También empieza a examinar los objetivos de vida a largo plazo.
  - Cuando se llega a la readaptación, la familia ha acompañado al usuario durante aproximadamente 4 meses de recuperación. La persona en recuperación y los familiares han aprendido mucho sobre qué supone apoyar la recuperación.
  - La fase de readaptación se caracteriza por la vuelta de la familia a un estilo de vida más saludable. Los familiares deben saber que muchos de los cambios que han hecho en sus vidas para apoyar la recuperación necesitarán continuar y ser permanentes.
  - Es importante para la familia aceptar las limitaciones de vivir con una persona en recuperación; mantener un estilo de vida equilibrado y saludable y evitar la recaída en conductas anteriores.
  - La paciencia es crucial.
  - La ficha EF 8C— Evitar la deriva a la recaída, ayuda a los familiares a entender cómo apoyar a la persona en recuperación.
-

---

#### Diapositiva 8-29— Temas clave de la recaída para las personas en recuperación

- La persona en recuperación y los familiares tienen que evaluar qué cambios en el estilo de vida y las actitudes son importantes para ellos en concreto. Después de este punto de la recuperación, el usuario recibirá menos tratamiento.
- Parte del papel de apoyo lo harán los grupos ayuda mutua y los amigos pero los familiares serán el mayor apoyo para la persona en recuperación.
- Las familias deben decidir de los cambios que han hecho durante la recuperación, deben ser permanentes en sus vidas.
- Cuando tomen estas decisiones, las familias deben tener en mente los temas más comunes de recaída. Puede que ninguno de los 6 temas listados en esta diapositiva sea un problema para la persona en recuperación, pero la familia debe encontrar los temas que pueden ser problemáticos.
- Los familiares deberían tener una discusión abierta con la persona en recuperación sobre cómo mejorar el apoyo a su recuperación y negociarlo.

#### Diapositiva 8-30— Temas clave de la recaída para los familiares

- Mientras que la persona en recuperación debe estar alerta para evitar la recaída, los familiares tienen que estar atentos para no volver a los modos anteriores de comportarse, pensar y comunicarse.
- Esta diapositiva enumera los problemas comunes que pueden preceder a un cambio hacia antiguas conductas de los familiares.
- Igual que ayudan a los usuarios a anticipar qué podría llevar a la recaída, estos temas ayudarán a los familiares a estar en guardia para lo que podría llevarles a ellos hacia conductas anteriores que destruirían la recuperación y la familia.

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

## Objetivos de la sesión

- Dar la oportunidad a los participantes de 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, 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.

## Materiales

- 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 de los materiales (15–20 minutos)

El terapeuta:

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

## 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: Metanfetamina y otras drogas de diseño (Presentación PowerPoint)

## Resumen

### Objetivos de la sesión

- Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia de las drogas de diseño (por ejemplo, metanfetamina, ketamina, LSD y éxtasis).
- Familiarizar a los participantes los peligros que las drogas de diseño suponen para la recuperación.

### 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 información nueva? ¿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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 10-1—Metanfetamina y otras drogas de diseño

- En esta sesión vamos a hablar de la metanfetamina y otras drogas de diseño o de discoteca que se consumen en los últimos años.

### Diapositiva 10-2— ¿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.
- Las drogas de diseño se usan en fiestas universitarias, discotecas, bares, afterhours o afters (discotecas que prolongan sus fiestas hasta la tarde), conciertos y fiestas que duran toda la noche, conocidas como raves.

### Diapositiva 10-3—Drogas de diseño

- Se incluyen la metanfetamina, el ácido gamma hidroxibutírico (GHB), ketamina, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), MDMA o éxtasis, el PCP o polvo de ángel, la Ketamina, el Popper, m-CPP y derivados anfetamínicos como el MDA o el MDE.

### Diapositiva 10-4—Efectos específicos de las drogas de diseño

- Son fabricadas en laboratorios caseros por lo que la composición de las mismas se desconoce en muchos casos.
- Son más cardiotóxicas (dañan más rápido el corazón).
- Provocan más infartos y derrames cerebrales.
- Se ha descrito una disminución de la conciencia con alucinaciones a las 24h del consumo.

### Diapositiva 10-5—Metanfetamina

- Es una droga sintética que se fabrica a partir de productos químicos corrientes.

### Diapositiva 10-6—Nombres en la Calle

- La metanfetamina se conoce en la calle como:
  - Meta
  - Cristal

- 
- Hielo o ice
  - Cristal meth
  - Speed
  - Tiza
  - Crank

#### Diapositiva 10-7—Popularidad de la Metanfetamina<sup>1</sup>

- En España el la metanfetamina y el éxtasis no son drogas especialmente populares, aunque en la década de los 90 hubo un boom importante, en los últimos años el consumo se ha ido reduciendo gracias, en parte, a los programas de prevención del Plan Nacional Sobre Drogas.
- La prevalencia de consumo anual en mayores de 18 años se hga reducido hasta el 0,6% en el caso de metanfetaminas y anfetaminas, 0,8% para el éxtasis y 0,5% para los alucinógenos.
- Además la edad de inicio de consumo ha subido hasta los 15,4 años.

#### Diapositiva 10-8—¿Quién consume metanfetamina?

- Los hombres consumen con mayor frecuencia que las mujeres, principalmente en clubs y raves (fiestas ilegales itinerantes y secretas que suelen durar varios días).
- El último estudio del Ministerio de Sanidad indica que el 2,1% de los jóvenes han consumido alucinógenos en el último año, el 1,7% éxtasis y el 1,6% anfetaminas. Aunque ha bajado el consumo se ve que es más alto que después de los 18 años.

#### Diapositiva 10-9—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 intensifica el deseo sexual
  - Disminuyen las sensaciones de aburrimiento, soledad y timidez

#### Diapositiva 10-10—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 10-11 — Efectos Tóxicos

- Estos efectos pueden no parecer malos, incluso pueden ser deseables.
- Sin embargo, la metanfetamina puede 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 algunos efectos pueden ser permanentes.
- Además la mayoría de los efectos negativos empiezan bastante pronto.

#### Diapositiva 10-12 — Diferencias entre cocaína y metanfetamina

- La cocaína y la metanfetamina tienen efectos parecidos, con algunas diferencias:
  - 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.
  - El síndrome de abstinencia de la metanfetamina también dura más y los síntomas pueden ser más intensos.
  - Se dice que el placer del primer consumo de cocaína es 3 veces el de un orgasmo, mientras que el de la metanfetamina 12 veces más potente. Esto explica que sea tan adictiva.
  - Además, los efectos del deterioro son mucho mayores y más rápidos que con la cocaína.
-

---

### Diapositiva 10-13—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 incluyen:
  - Confusión
  - Cambios de humor
  - Pérdida de la capacidad de concentración y de organizar la información
  - Irritabilidad e ira
  - Depresión
  - Pérdida de la capacidad de sentir placer sin la droga
  - Trastornos de ansiedad y pánico
  - Depresión cuando no se consume meta, llamada “crash”
  - Paranoia (sensación persistentes de que a uno lo siguen, o de que le van a hacer daño)
  - Insomnio y fatiga
  - Imprudencia, conductas sexuales sin protección

### Diapositiva 10-14—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 10-15—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 10-16—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 10-17—Pureza de la Metanfetamina

- Debido a que las metanfetaminas la fabrican “cocineros” aficionados, es habitual que esté llena de impurezas como acetato o mercurio, los cuáles 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 metanfetamina 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 10-18—Metanfetamina inyectada

- La forma en la que una persona consume meta puede ocasionar también problemas específicos. Meta Inyectada puede causar:
-

- 
- Coágulos sanguíneos
  - Inflamación cardíaca
  - Abscesos en la piel
  - Neumonía
  - Exposición al VIH, tuberculosis o virus de la hepatitis C por compartir agujas y otros utensilios o por practicar sexo sin protección
  - Fallos renales

#### Diapositiva 10-19—Metanfetamina esnifada

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

#### Diapositiva 10-20—Metanfetamina Fumada

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

#### Diapositiva 10-21— Dosis de Metanfetamina y Efectos

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

#### Diapositiva 10-22—Metanfetamina y Embarazo

Opcional a utilizar si hay interés por parte de los usuarios, mujeres o mujeres embarazadas en

---

---

el grupo.

- El consumo durante el embarazo 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.
- El consumo de meta durante el embarazo 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 10-23—Otros Efectos en los Niños

Opcional a utilizar si hay interés por parte de los usuarios, mujeres o mujeres embarazadas en el grupo.

- La meta puede afectar a los niños de otras formas:
  - Aunque se importan grandes cantidades de meta de Méjico, son normales en Estados Unidos los 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 a 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.

#### Diapositiva 10-24—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.
- La ficha EF 4A resume estos hechos sobre la metanfetamina.

#### Diapositiva 10-25—MDMA (“Éxtasis”) (Patrones de uso y efectos inmediatos)

- En España aproximadamente el 1,7% de los adolescentes entre 14 y 18 años han consumido éxtasis (MDMA) en el último año, esta proporción baja al 0,8% en los mayores de 15 a 64 años.
- Es una droga psicoestimulante y alucinógena que crea una sensación de bienestar, cercanía y conexión con los demás (efectos entactógenos).
- Originalmente consumida principalmente en clubs, se ha extendido a otros contextos sociales.
- Efectos inmediatos:
  - Sociabilidad, euforia, desinhibición
  - Incremento de la autoestima
  - Locuacidad
  - Inquietud
  - Confusión, agobio
  - Taquicardia, arritmia e hipertensión
  - Sequedad de boca, sudoración
  - Escalofríos, náuseas
  - Contracción de la mandíbula, temblores
  - Deshidratación. Aumento de la temperatura corporal o “golpe de calor”
- 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”.
- El éxtasis también provoca aumento de energía, deseo de estimulación visual y mayor conciencia y respuesta a los estímulos 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 y ha matado a mucha gente.
- 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.

#### Diapositiva 10-26—Éxtasis (Efectos a largo plazo)

- El éxtasis se ha utilizado en psicoterapia pero se ha demostrado que no tiene ningún valor terapéutico.
- A largo plazo provoca:
  - Tolerancia y dependencia
  - Depresión
  - Trastornos de ansiedad y del sueño
  - Ataques de pánico
  - Trastornos psicóticos
  - Flashbacks (recuerdos en imágenes)
  - Pérdida de memoria y dificultades de concentración hasta 7 años tras el último consumo
- Es neurotóxico, mata células nerviosas en el cerebro. Estudios en ratas y monos han mostrado que, incluso dosis bajas de éxtasis causan daños que no se recuperan hasta 7 años más tarde. Estudios recientes en humanos

#### Diapositiva 10-27—GHB (“Éxtasis líquido”) Gamma hidroxibutirato

- Lo llaman también Éxtasis líquido pero su composición es muy diferente a la del éxtasis y los efectos también. Mientras que el éxtasis tiene una intoxicación con sensación de estar centrado, el GHB produce una sensación más parecida a la de una borrachera con amnesia posterior.
- Últimamente es común también el GBL, que se descompone en GHB produciendo los mismos efectos.
- Se utiliza en agresiones sexuales o en firma obligada de documentos de forma que la persona después ni siquiera recuerda lo ocurrido.

#### Diapositiva 10-28—GHB (Efectos físicos)

- Es un depresor del sistema nervioso por lo que en un primer momento puede provocar euforia y desinhibición, debido a que desactiva el cerebro racional (normas sociales) pero después
-

---

produce somnolencia y amnesia, aunque también puede producir coma o la muerte si se utiliza en dosis altas o mezclado con otros depresores como el alcohol.

#### Diapositiva 10-29—Polvo de ángel o pcp

- Fenciclidina, antiguo anestésico en polvo blanco, cristalino que se disuelve fácilmente en agua o en alcohol.
- Dejado de utilizar por los efectos secundarios.
- Potencia los efectos de otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNS) como el alcohol o las benzodiazepinas.
- Efectos inmediatos:
  - Bloqueo de la concentración y del pensamiento lógico
  - Alteración de la percepción, pensamientos y estado del ánimo
  - Euforia/pánico (mal viaje)
- A largo plazo:
  - Trastornos emocionales
  - Pérdida de memoria
- Dificultad para hablar y pensar

#### Diapositiva 10-30—Ketamina (Patrones de uso)

- Ketamina es popular entre estudiantes y adultos jóvenes que frecuentan discotecas y raves.
- El consumo de ketamina y otros alucinógenos ha disminuido mucho desde 1995.
- Alrededor del 0,5% de los españoles han consumido alucinógenos durante el último año.
- También ha sido utilizado para obligar a mantener relaciones sexuales o a firmar documentos por su poder amnésico.

#### Diapositiva 10-31—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 roba en clínicas veterinarias.
- 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.
- La ketamina se conoce en la calle como special K, vitamina K, kit-kat, K,súper ácido.

---

### Diapositiva 10-32— Ketamina (Efectos)

- La ketamina produce percepciones alteradas y alucinaciones y puede inducir amnesia.
- A dosis bajas, las percepciones alteradas suponen una sensación placentera de flotar o estar fuera del cuerpo.
- Dosis altas pueden llevar a sensaciones terroríficas de estar cerca de la total privación sensorial conocida como agujero K (K-hole).
- completamente normales otra vez hasta después de 24 a 48 horas.
- A dosis muy altas, la ketamina puede causar infarto, muerte súbita e hipoxia, todas pueden llevar al coma y a la muerte aunque incluso dosis mínimas pueden producir sobredosis.
- Los efectos de la ketamina comienzan pocos minutos después de haberla tomado y normalmente se desvanecen en una hora.

### Diapositiva 10-33—LSD (Hechos)

- El LSD es una de las drogas más poderosas y perturbadoras del ánimo y la percepción . No tiene ningún uso médico.
- Se vende a veces en forma de pastilla pero normalmente está disuelto en un papel secante que se divide en cuadrados. Es inodoro pero tiene un ligero gusto amargo.
- En la calle se le llama ácido, ácido secante, ácido de batería, cristal de ventana, micropunto, brillo de sol y zen.

### Diapositiva 10-34—LSD (Efectos físicos)

- Los primeros efectos del LSD se sienten de 30 a 90 minutos después de tomarlo. Los cambios físicos incluyen aumento de la tasa cardiaca y la presión sanguínea, sudor, náuseas, boca seca, pérdida de apetito, entumecimiento y temblores.
- A dosis bajas, produce cambios emocionales rápidos y sensaciones intensificadas.
- A dosis altas, 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. Mucha gente ha tenido accidentes fatales debido a estas alucinaciones.
- 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 consumido la droga.

- 
- El LSD puede fomentar a largo plazo depresión o esquizofrenia.

Diapositiva 10-35— m-CPP (tiburón blanco, Lacoste, Mitsubishi, Versace, etc.)

- La metaclorfenilpiperazina es un estimulante y alucinógeno legal en algunos países que se vende como si fuera éxtasis aunque no tiene que ver con él.
- Tiene muchos efectos negativos:
  - Náuseas
  - Dolor de estómago
  - Vómitos
  - Dolor de cabeza
  - Daño renal (riñón)
  - Reacciones de pánico
  - Agresividad
  - Episodios psicóticos



# Sesión 11: Convivir con una adicción

## (Grupo de discusión multifamiliar)

### Objetivos de la sesión

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

### Materiales

- EF 11 — Convivir con una adicción

### Introducción (2–3 minutos)

El terapeuta explica que:

- Comprometerse con la recuperación requiere reconocer y aceptar algunas verdades.
- La recuperación trae muchas preguntas: ¿Qué pasa después de dejar el consumo de alcohol y otras drogas? ¿Vuelve la vida a la normalidad? ¿Puede una persona en recuperación llevar el mismo estilo de vida que alguien que nunca ha sido adicto?
- La sesión de hoy proporciona una oportunidad a los participantes para tratar asuntos y preocupaciones relacionadas con el hecho de convivir con la adicción tanto desde la perspectiva de los usuarios como de sus familiares.

### Revisión de los materiales (10–15 minutos)

El terapeuta:

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

### Discusión guiada (50–55 minutos)

El terapeuta facilita la discusión usando las respuestas hechas en la ficha para estructurar la sesión.

### Resumen (2–3 minutos)

El terapeuta resume los temas y las ideas tratadas en el grupo para vivir de forma efectiva 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)

## Objetivos 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 (opcional)

## 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, enfadadas, heridas y a la defensiva.
- Estos sentimientos pueden afectar gravemente a la forma en la que se comunican entre ellos llegando a veces a automatizar los patrones negativos de interacción.
- Un primer paso para mejorar las relaciones familiares es entender que las habilidades de comunicación se pueden aprender.
- 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 como para su familia.
- Las 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 qué manera piensa que mejorar la comunicación puede ayudar a mejorar las relaciones en tu familia?
- ¿De qué manera ha cambiado en tu familia la comunicación durante la recuperación?

El terapeuta:

- Reparte copias de la ficha EF 12A— Trampas de la comunicación.
- Proporciona ejemplos de cada trampa de la comunicación (se da un ejemplo para cada una en “Trampas de la comunicación: ejemplos de situaciones” en las páginas 80 y 81; se pueden añadir ejemplos).
- Facilita la discusión preguntando cuestiones como:
  - ¿Cómo crees que podría haberse evitado la situación del ejemplo?
  - ¿Reconoces esta trampa de la comunicación en la interacción de tu propia familia? ¿Podrías 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).

Después de tratar la ficha EF 12A— Trampas de la comunicación, el terapeuta:

- Da a los participantes una copia de la ficha EF 12B— Mejorando la comunicación.
- Repasa cada punto.

### **Resumen (15 minutos)**

El terapeuta:

- Resume los temas y las ideas relacionados con la comunicación de las familias en recuperación tratadas en la sesión.
- Les da a los participantes el cuadernillo EF 12C— Contrato: compromiso para practicar las habilidades de comunicación, y les deja 5 minutos 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.

---

## Trampas de la comunicación: Ejemplos de situaciones

### 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 ha preguntado si iba a volver al salir del trabajo y se ha sentido frustrado y enfadado porque no estaba confiando en él o en los cambios que había hecho en la recuperación. Lo que Loli estaba pensando preguntar 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 siendo claro/a?

#### La situación

Aníbal, con 17 años y en recuperación, estaba jugando a la consola cuando su madre, Laura, pasa por allí y dice: “Aníbal, la basura de la cocina está llena.” Aníbal responde: “vale” y continúa jugando. Media hora más tarde, Laura se da cuenta de que Aníbal no ha vaciado la basura. Enfadada le riñe por no haberla sacado en su momento. Aníbal le responde enfadado gritando: “¡lo haré cuando a mí me dé la gana!”

#### Ejemplo de una comunicación “corregida”:

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

### 3. ¿Estás enviado dobles mensajes?

#### La situación

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

---

### **Ejemplo de una comunicación “corregida”**

Fran podría haber sido sincero con Fabiola 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”. Fabiola habría entendido claramente lo que él necesitaba y podría haber cambiado sus planes o haber negociado una forma de pasar un tiempo con él.

## **4. ¿Puedes admitir un error?**

### **La situación**

Israel olvidó que era su aniversario de boda con Pepe. 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 Pepe llorando. Él había dejado a los niños con su hermana y preparado una cena romántica, que ahora se estaba secando en el horno. Cuando le echó la bronca a Israel 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?”. Pepe respondió: “¿cómo puedes olvidarte de nuestro aniversario?”. Israel se sintió culpable en este momento, pero no quería admitir que se había equivocado y replicó de forma defensiva: “escucha, Pepe, hace cinco años que estamos casados; ¿dónde está el gran acontecimiento?”. Pepe se marchó a la cama.

### **Ejemplo de una comunicación “corregida”**

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

## **5. ¿Utilizas frases desde el “yo”?**

### **La situación**

Ana, alumna mayor de instituto, 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 forma calmada y Ana no habría sentido la necesidad de defenderse agresivamente. Así habría también más posibilidades de que Ana llamara a su madre la próxima vez que se le hiciera tarde.

# Sesión 13: Opiáceos (Presentación PowerPoint)

## Resumen

### Objetivos de la sesión

- Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia de los opiáceos (por ejemplo, heroína, morfina).
- Familiarizar a los participantes con los peligros del consumo de opiáceos y el abuso de medicamentos opioides prescritos.

### 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 información nueva? ¿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 esquemas que se presentan a continuación expresan de manera concisa la información que el terapeuta debe tratar para cada diapositiva. Las diapositivas PowerPoint pueden descargarse gratuitamente de <http://www.e-drogas.es> haciendo click en la pestaña “Biblioteca” después en “Manuales Modelo Matrix” y finalmente en “Manual del terapeuta: familiares”.

### Diapositiva 13-1— Opiáceos, tranquilizantes y drogas de diseño

- Esta presentación ofrece un resumen sobre los opiáceos incluyendo qué son, quién los consume, sus efectos en el cuerpo y los riesgos que suponen para la recuperación.
- También se ofrece información sobre los medicamentos relacionados.

### Diapositiva 13-2— 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 opiáceos, deben dejar el alcohol y todas las drogas ilegales, incluyendo drogas como la marihuana o los estimulantes, para asegurar el éxito de la recuperación.

### Diapositiva 13-3— ¿Qué son los opiáceos?

- Los opiáceos son un grupo de drogas que actúan sobre los receptores opiáceos del cerebro. Pueden fabricarse a partir de fuentes naturales (la planta del opio, la adormidera, que es un tipo de amapola, y de la cuál se puede sacar morfina y la codeína entre otras sustancias) o sintéticas (como el fentanilo).
- Los opiáceos naturales (como la morfina y la heroína) y los sintéticos (como la meperidina y la oxiconona) tienen efectos similares.
- Los opiáceos tratan el dolor porque reducen la sensación y alivian la ansiedad que se produce por la anticipación del dolor.
- Las personas abusan de los opiáceos porque les proporcionan unas fuertes sensaciones de euforia o “subidón” (rush) que se experimentan al inicio del consumo, este efecto de los primeros desaparece con el consumo continuado.
- En la foto se puede ver la planta de la adormidera sin los pétalos.

### Diapositiva 13-4— Efectos físicos de los opiáceos

- Una vez que los opiáceos han entrado en el cerebro, hacen efecto en cuestión de segundos o minutos.
  - Algunos de los efectos físicos del consumo son: sensación de euforia, analgesia general, contracción de las pupilas, enrojecimiento de la piel, una sensación de pesadez en las extremidades y estreñimiento.
-

---

Se describe a las personas adictas a la heroína como “gente que da cabezadas” (nodding) porque parece que están apunto de caer dormidos.

- Al subidón de euforia le sigue un estado de somnolencia. Los ritmos respiratorio y cardíaco son lentos durante el consumo. Los dolores de cabeza y mareos son normales. Estos efectos inmediatos se desvanecen pocas horas después de haber tomado la droga.
- En el dibujo se observa la planta de la adormidera.

#### Diapositiva 13-5— Circuito de recompensa

- El dibujo siguiente es una foto del cerebro cortado por la mitad (como una cresta del pelo) que muestra las zonas que tienen que ver con las adicciones.
- Los opiáceos afectan a todo el cerebro pero el efecto adictivo se da porque afecta a las vías del placer y los centros que regulan entre otras cosas el sexo y la alimentación.
- El núcleo más importante es el accumbens, señalado con un óvalo anaranjado.

#### Diapositiva 13-6— Opiáceos y tolerancia

- Conforme las personas continúan consumiendo opiáceos necesitan dosis más altas para conseguir los mismos efectos. Esto se llama “tolerancia.”
- Con el tiempo la tolerancia a los opiáceos lleva a consumir para evitar los síntomas de la abstinencia, ya no se consigue el “subidón” (rush), se consigue calmar el “mono”.
- En la foto se observa la adormidera en flor.

#### Diapositiva 13-7— Dependencia frente a adicción

- El consumo repetido de opiáceos puede producir dependencia y adicción.
- Las personas que toman opiáceos prescritos por su médico para el dolor raramente llegan a tener dependencia.
- Pero con el consumo a largo plazo, incluso las personas que lo toman como medicación prescrita llegan a ser dependientes de los opiáceos.
- Estas personas deben dejar de tomar los opiáceos como medicación para el dolor gradualmente o tendrán síntomas de abstinencia.
- La adicción se caracteriza por dependencia acompañada de una urgencia compulsiva a tomar la droga, incluso si esto puede llevar consecuencias negativas.
- Es decir, se puede tener dependencia (si dejas de tomar la sustancia de golpe tendrás síntomas de abstinencia) sin desarrollar la adicción (que está más relacionada con la búsqueda compulsiva a pesar de las consecuencias negativas).

#### Diapositiva 13-8— Retirada de los opiáceos (Síndrome de abstinencia)

---



- 
- Una persona dependiente o adicta tendrá síntomas de abstinencia si los opiáceos se interrumpen de repente. Los síntomas de abstinencia incluyen dolores musculares y de huesos fuertes, problemas para dormir, diarrea, vómitos, insomnio, espasmos, ansiedad, inquietud, bostezo, lagrimeo, sudoración, escalofríos y piel de gallina. No son graves pero muy incómodos.
  - Los síntomas de abstinencia pueden durar hasta una semana. No suele ser fatal en adultos sanos, pero puede dar lugar a parto prematuro o aborto involuntario en las mujeres.
  - Algunos de los nombres comunes en la calle para el síndrome de abstinencia de los opiáceos son: mono, tengo el mono en lo alto, gorila, gorilón...

#### Diapositiva 13-9—Heroína

- Ahora hablaremos de la heroína, que tiene muchos nombres en la calle, los más conocidos son: Caballo, jaco, pasta base y material.

#### Diapositiva 10-10—Heroína (Hechos)

- La heroína esta hecha a partir de la morfina, que se obtiene de la planta de la adormidera, un tipo de 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 aunque comprada en la calle varía en color, desde el blanco al marrón oscuro y suele estar mezclada con otras sustancias como azúcar, aspirina, codeína, harina, talco, leche en polvo, almidón o venenos como la estricnina.

#### Diapositiva 13-11 —Heroína (Patrones de uso)

- Los principales opiáceos naturales de abuso son la heroína y la morfina. Nos centraremos en la heroína en las próximas diapositivas.
- La heroína es la droga menos consumida por los jóvenes aunque es la que más fallecidos por reacción a intoxicación provoca. El 72,8% de los fallecidos por intoxicación por drogas en 2007 dieron positivo a opiáceos.
- Sobre el 1% de las personas de 14 a 18 años han consumido heroína en España alguna vez. El 0,6% durante el último año y el 0,5% durante el último mes.
- Fumar y esnifar heroína ha aumentado su popularidad por el miedo a usar agujas y el pensamiento de que fumar o esnifar no crea dependencia. Por supuesto, esto es falso.

#### Diapositiva 13-12—Heroína (Peligros)

- Las personas que consumen heroína suelen estar tan centradas en conseguir la droga que descuidan los demás aspectos de su vida.
  - La vida en general se ve afectada en el trabajo, la familia y las amistades, incluso aspectos básicos
-

---

como el sueño, la alimentación o la higiene por lo que muchas veces tienen pérdida de peso, deshidratación y malnutrición. Algunos llegan a empobrecerse y comenzar una actividad delictiva o a prostituirse.

- La sobredosis accidental es un peligro grave porque la pureza de la heroína cambia continuamente.

#### Diapositiva 13-13— Heroína (Riesgos de enfermedad)

- La mayoría de personas que consumen heroína regularmente se la inyectan aunque cada vez hay más gente que la consume solamente fumada. Los que empiezan fumando o esnifando heroína suelen acabar inyectándose porque el efecto es más intenso y más rápido.
- 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 de los riñones, problemas endocrinos (de las hormonas, como hipogonadismo, que consiste en una disminución del tamaño de los órganos sexuales).
- La heroína fumada tiene menos consecuencias pero también graves, tos crónica, asma y otras enfermedades cardiopulmonares.

#### Diapositiva 13-14— Heroína y embarazo

- Consumir heroína durante el embarazo provoca bajo peso y talla del bebé, parto prematuro, síndrome de abstinencia al nacer y convulsiones que pueden ser mortales para el bebé si los médicos no saben que la madre consume.
- Durante el embarazo es necesario sustituir la heroína por un medicamento como la metadona o la buprenorfina.

#### Diapositiva 13-15— Fármacos opioides

- Se les llama opioides a las sustancias sintetizadas que imitan a los opiáceos. Algunos medicamentos son opiáceos (derivados de la morfina) y otros son totalmente sintéticos

#### Diapositiva 13-16— Tipos

- Agonista: imita los efectos de una sustancia (en este caso la heroína).
- Agonista parcial: imita los efectos de una sustancia pero en menor medida.
- Antagonista: evita que la sustancia haga efecto.

#### Diapositiva 13-17— Abuso de fármacos prescritos

- Los fármacos de los que las personas abusan principalmente son: morfina, fentanilo, meperidina (Dolantina, Demerol), oxicodona (Oxicodona Exal, Targin®), Pentazocina (Sosegón), metadona e hidromorfina (Dilaudid).
- La naloxona y la Naltrexona son antagonistas así que no se abusa de ellos, pero los comentaremos

---

brevemente.

- Nos centraremos brevemente en ellos en las siguientes diapositivas.

#### Diapositiva 13-18—Fentanilo, Meperidina y codeína

- El fentanilo es un potente anestésico (de 50 a 150 veces más potente que la morfina) utilizado en cirugía y en algunos casos para el dolor agudo o crónico cuando fallan otros tratamientos
- La petidina, o meperidina (traducida directamente del inglés) se utiliza para el tratamiento del dolor agudo intenso, y es una sustancia famosa por ser utilizada por algunos personajes muy conocidos (como Michael Jackson) para tratar el dolor.
- La codeína es un compuesto sacado directamente de la planta del opio con una potencia mucho menor que en dosis bajas sirve de antitusígeno, para la diarrea y el colon irritable.

#### Diapositiva 13-19—Oxicodona (Hechos y peligros)

- 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.
- 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.
- Los riesgos de paro respiratorio, infarto 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 todos los opiáceos, la oxicodona es altamente adictiva cuando se abusa de ella.

#### Diapositiva 13-20—Metadona

- Es un fármaco sintético similar a la heroína pero utilizada como medicamento porque:
  - Es muy segura, con pocos o ningún efecto secundario
  - Se administra en una sola dosis diaria (efecto 24-36 horas)
  - Se toma por vía oral
  - Quita la sintomatología de abstinencia
  - Es muy barata de fabricar
  - Aumenta la retención al tratamiento

---

### Diapositiva 13-21 — Metadona

- Se utiliza para la desintoxicación de otras sustancias como la morfina, la codeína o la meperidina pero también para el mantenimiento a largo plazo en usuarios que no quieren o pueden dejar de tomar opiodes porque:
  - Disminuye el consumo de otros opioides y de heroína
  - Reduce la mortalidad, dado que la administración es por vía oral se evitan los problemas asociados a la vía intravenosa, pero además se hace seguimiento de los pacientes al tener que recibir el medicamento en los dispensarios públicos.
  - Mejora la calidad de vida general de los usuarios, porque al estar disponible de forma gratuita disminuye los riesgos asociados a la compraventa ilegal.
  - Es segura para ser utilizada durante el embarazo.

### Diapositiva 13-22 — Buprenorfina

- La buprenorfina es un agonista opioide parcial que se administra deshaciéndose en la boca (tragada pierde eficacia). Se combina con Naloxona para evitar el abuso.
- Las principales ventajas son que es más difícil abusar de ella, que no es un opioide por lo que puede dispensarse en centros ambulatorios y farmacias sin ningún problema. Además el síndrome de abstinencia al interrumpir su toma es menor que el de la metadona.
- En cambio es de 5 a 10 veces más caro que la metadona.
- Puede provocar síndrome de abstinencia si se utiliza mal.
- ¿Y qué quiere decir utilizarla mal? Lo vemos en la siguiente diapositiva

### Diapositiva 13-23 — Naloxona

- La naloxona es un antagonista opioide, es decir, evita que los opioides tengan efecto.
- La buprenorfina se combina con naloxona y se vende en comprimidos (suboxone) que se deshacen en la boca, de esta forma la naloxona no tiene efecto, pero si se machaca y se toma por vía intravenosa la naloxona sí que tiene efecto y provoca síndrome de abstinencia al no dejar que la buprenorfina haga efecto.
- La naloxona se utiliza para combatir la intoxicación y evitar la sobredosis de opiáceos, dado que interfiere con el efecto de los opiáceos evita que la persona pueda tener sobredosis, pero también puede provocar el síndrome de abstinencia por la misma razón.

### Diapositiva 13-24 — Naltrexona

- La naltrexona es otro antagonista y se utiliza como el colme en el alcohol, para ayudar a los usuarios a no consumir. Una persona que esté abstinentes y tomando naltrexona no obtendría ningún efecto de consumir heroína, puesto que la naltrexona interfiere con la heroína.
-

- 
- Por este hecho de ser antagonista, se debe esperar a que el cuerpo esté desintoxicado de opiáceos para comenzar a utilizar la Naltrexona.
  - También se utiliza para evitar consumir alcohol.

#### Diapositiva 13-25—Programas de intercambio de jeringuillas, preservativos y vacunación

- Los programas de intercambio de jeringuillas, preservativo y vacunación están orientados a los usuarios que siguen consumiendo heroína u otros opiáceos, para reducir las enfermedades y la mortalidad así como para dar información, educación y consejo sobre el consumo y otras cuestiones relacionadas.
- Además estos programas facilitan un contacto estable con los centros sanitarios, de manera que las intervenciones urgentes y controles se pueden realizar de manera más reglada.

#### Diapositiva 13-26—Programas sustitutivos con heroína

- En los casos en los que todo lo anterior falla, en algunos países, y dentro de España en algunas comunidades existen centros o programas de sustitutivos de la heroína ilegal de la calle por heroína facilitada por profesionales sanitarios.
- En estos centros se proporciona material necesario, heroína para inhalar, tomar vía oral o intravenosa.
- Los también llamados “programas de uso compasivo”, tienen los mismos objetivos que los programas comentados anteriormente.

---

## Bibliografía

- Abuse, S. (2009). Mental Health Services Administration (2004) Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health. Department of Health and Human Services, 14–21.
- Aldworth, J. (2009). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. DIANE Publishing. Retrieved from <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rp82PvR8LbAC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Results+From+the+2004+National+Survey+on+Drug+Use+and+Health:+National+Findings&ots=ZERCuDHIWO&sig=QNs-9nRHEsAsAmWly5N8szTpy8M>
- Carpentier, C., Laniel, L., Griffiths, P., & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). Cannabis production and markets in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Center for Substance Abuse Prevention (US). (2003). Heroin: what's the real dope? US Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Di Iorio, C. R., Watkins, T. J., Dietrich, M. S., Cao, A., Blackford, J. U., Rogers, B., ... Cowan, R. L. (2011). Evidence for Chronically Altered Serotonin Function in the Cerebral Cortex of Female 3,4-Methylenedioxymethamphetamine Polydrug Users. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 399–409. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.156
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2006). Informe sobre cannabis: Comisión Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid.
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2007a). Informes de la Comisión Clínica: Cocaína. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones.
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2007b). Informes de la Comisión Clínica: alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones.
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2009a). Cannabis II. Informe 4 de la Comisión Clínica. DGPNSD, Ministerio de Sanidad y Política Social Gobierno de España Madrid.
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2009b). Informes de la Comisión Clínica: Heroína. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones.
- España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Comisión clínica, & España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones. (2011). Informes de la Comisión Clínica: Drogas emergentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones.
- Facts, N. I. (2005). Club Drugs. National Institute on Drug Abuse–National Institute of Health–US De-

---

partment of Health and Human Services.

- Health, N. I. of. (2005). Helping patients who drink too much: a clinician's guide. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Holloway, K., Bennett, T., Lower, C., Britain, G., England, N., & Monitoring, W. A. D. A. (2004). Trends in Drug Use and Offending: The Results of the NEW-ADAM Programme, 1999-2002. Home Office.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2003). Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Khalsa, J. H., Genser, S., Francis, H., & Martin, B. (2002). Clinical consequences of marijuana. *Journal of clinical pharmacology*, 42(11 Suppl), 7S-10S.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2011). Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2010-2011. MSC Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, & Babín, F. (2012, July 10). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa. Retrieved December 2, 2012, from <http://www.msc.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2500>
- Observatorio Español sobre Drogas. (2010). Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009-2010.
- Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., ... Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of substance abuse treatment*, 12(2), 117-127.
- Trevisan, L. A., Boutros, N., Petrakis, I. L., & Krystal, J. H. (1998). Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. *Alcohol health and research world*, 22(1), 61-66.
- Wagner, D., Becker, B., Koester, P., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Daumann, J. (n.d.). The debate over ecstasy continues: New study finds evidence of memory impairments with one year of recreational use. *Addiction Journal*. Retrieved from <http://www.addictionjournal.org/viewpressrelease.asp?pr=177>
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Fowler, J. S., Pappas, N. R., Wong, C. T., Pascani, K., ... Hitzemann, R. J. (1998). Regional cerebral metabolism in female alcoholics of moderate severity does not differ from that of controls. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 22(8), 1850-1854.

---



---

# 03.

## Manual de Sesiones educativas para familias

---

| Número | Título de la ficha  |
|--------|---|
| 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 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   |
| EF 8A  | Anticipar y prevenir la recaída   |
| EF 8B  | Justificaciones de la recaída   |
| EF 8C  | Evitar la deriva a la recaída   |
| EF 9   | Reconstruyendo la confianza   |
| EF 11  | Convivir con una adicción   |
| EF 12A | Trampas de la comunicación  |
| EF 12B | Mejorando la comunicación   |
| EF 12C | Contrato: compromiso para practicar las habilidades de comunicación                   |

---

# EF 3A

## Panel de participantes: guía para graduados

---

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

Tú 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 psicoeducación para 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 de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incómodo.

Cuando pienses sobre qué te gustaría compartir con el grupo, utiliza 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 papel han desempeñado los grupos de ayuda mutua o AA (Alcohólicos Anónimos) en tu vida?
- ¿Qué es lo que te habría gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

### Recuerda:

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

**¡Gracias por participar!**

---

---

# EF 3B

## Panel de participantes: guía para familiares

---

¡Enhorabuena! Estar invitado al panel de recuperación significa que tu familia ha hecho grandes progresos y ya puedes ayudar a otros. Es muy útil para los usuarios y sus familiares que alguien les hable en los primeros meses del tratamiento, historias sobre éxitos terapéuticos, y a ti puede ayudarte contar tu historia y enseñar a los demás tu experiencia. Mucha gente que empieza a ser miembro del panel se siente renovada con respecto a sus vivencias del proceso de recuperación.

Tú 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 psicoeducación para 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 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 mejor durante este tiempo?
- ¿Qué crees tú 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 papel han desempeñado los grupos de autoayuda o de AA (Alcohólicos Anónimos) en tu vida?
- ¿Qué es lo que te habría gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

### Recuerda:

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

**¡Gracias por participar!**

---



## Panel de participantes: guía para usuarios

---

Gracias por decidirte a participar en estas sesiones de psicoeducación para familias 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 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 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 papel han desempeñado los grupos de ayuda mutua o de AA (Alcohólicos Anónimos) en tu vida?

### Recuerda:

- Tu historia tendrá más poder si estás abierto/a y honesto/a con tus sentimientos.
- Intenta evitar decir a los demás lo que tienen que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

**Gracias de nuevo**

---

---

# EF 6A

---

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 podéis tu familia y tú reconducir una recaída puede prepararte para afrontarla minimizando su duración y el efecto sobre tu familia.

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

**¿Qué diferencias hay entre una caída y una recaída?**

---

---

---

**¿Cuáles son tus mayores temores ante la recaída?**

---

---

---

**Si sufrieras una recaída, ¿qué sentimientos crees que tendrías?**

---

---

---

**Si sufrieras una recaída, ¿qué crees que tu familia haría o diría para que volvieres al proceso de recuperación cuanto antes?**

---

---

---

**¿Qué pasos estás siguiendo para evitar una recaída?**

---

---

---

---

# EF 6B

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

---

La posibilidad de que haya caídas o recaídas 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 podéis tu familia y tú reconducir una recaída puede prepararte para afrontarla minimizando su duración y efecto.

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

**¿Qué diferencias hay entre una caída y una recaída?**

---

---

---

**¿Qué es lo que más te preocupa de una recaída?**

---

---

---

**Si hubiera una recaída, ¿qué sentimientos tendrías?**

---

---

---

**Si tu familiar recayó en el pasado, ¿qué le dijiste o hiciste para afrontar esa situación?**

---

---

---

**¿Qué es lo que más te ayudaría? (Si tu familiar nunca ha recaído, ¿qué crees que te ayudaría para afrontar dicha situación?)**

---

---

---

---

# EF 6C

## Familiares y recuperación

---

Cosas para recordar:

- Estás participando en el tratamiento también por ti, no solo por la persona que consume sustancias.
- La recuperación de tu ser querido o su abstinencia no dependen de ti.
- La recuperación de tu familiar no depende de otras personas que consuman sustancias.
- Tú no has causado el problema de consumo de tu familiar. No es tu culpa.
- Una caída es un consumo aislado, no tiene por qué llevar a una recaída, que es la vuelta al consumo como antes de empezar la abstinencia.
- Las recaídas ocurren, pero las personas vuelven al proceso de recuperación.
- Tú puedes ofrecer soporte a tu familiar en el proceso de recuperación, pero no eres responsable 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 de hacer los ajustes necesarios.
- Aunque sea importante que ofrezcas ayuda a tu familiar en proceso de recuperación, igual de importante que te cuides a ti mismo, tanto emocional como físicamente.
- Si tu familiar recae, es especialmente importante que tú continúes cuidándote. La lista a continuación puede darte algunas ideas sobre cómo:
  - Continúa asistiendo a grupos de ayuda mutua
  - 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.

---

# EF 8A

## Anticipar y prevenir la recaída

---

### ¿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. El siguiente es no volver a consumir más. Este proceso se llama prevención de recaídas.

### ¿Qué es una recaída?

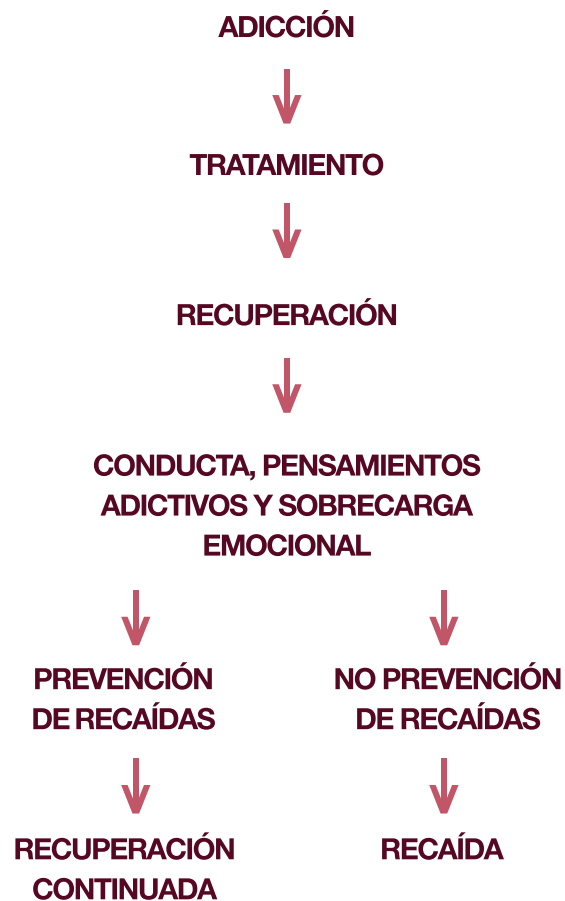
La recaída significa volver al consumo y a todas las conductas que engloba el mismo. A menudo la vuelta a las conductas que favorecen el consumo ocurre antes que el consumo mismo. Las conductas pueden ser incluso una señal de alerta de una recaída. Aprender a reconocer el principio de las recaídas puede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

### ¿Qué diferencia hay entre caída y recaída?

Una caída es un consumo aislado después de un tiempo de abstinencia, también se le llama desliz. El peligro más grande de una caída es el “efecto de violación de la abstinencia” o EVA, es decir, el sentimiento de culpa y fracaso que puede sentir la persona y que le puede llevar a justificar seguir consumiendo, a una recaída. A veces la familia puede influir mucho en este momento, ayudando a la persona a protegerse y continuar con la abstinencia.

### ¿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 adicti-





---

vas. 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 ayuda mutua, 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 solo una copa.
- Si creen que consumo, quizá debería hacerlo.
- He estado trabajando duro y necesito un descanso.

### **¿Qué es la sobrecarga 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 de dos formas: Primero, ellos pueden estar alerta de las señales. Segundo, en cosas concretas como:

- Llamar a tu terapeuta.
- Llamar a un amigo.

Ve al grupo de ayuda mutua o al centro donde hacen los grupos de soporte:

- Haz deporte.
- Tómate el día libre.
- Habla con tu familia.
- Programa tu tiempo de forma rigurosa.
- Tomate tu tiempo y anota tus sentimientos durante todo este proceso de rehabilitación.
- Reza o haz meditación.

---

# EF 8B

## Justificaciones de la recaída

---

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 a 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

El cerebro adicto puede convencer a la gente que está en proceso de recuperación de que no tiene otra alternativa que el consumo. 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.

### Acontecimientos 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 mujer 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 trabajo. ¿Por qué no voy a consumir?
  - Ha habido una muerte en mi familia. 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 energía. 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 sentiré así.
- Si mi pareja cree que estoy consumiendo, ¿por qué no hacerlo?

### **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 dejar 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 (o el alcohol, o las pastillas, etc). Entonces no consumiré más estimulantes para no recaer.

### **Probándose a sí mismo/a**

Es muy fácil olvidar que para mantenerse abstinente 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 pen-

---

samientos:

- 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 dejarlo 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.

**Como miembro de la familia de una persona en proceso de recuperación, ¿qué harías o cómo abordarías estas excusas?**

---

---

---

---

# EF 8C

## Evitar la deriva a la recaída

---

### 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.

---

---

# EF 09

## 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 honesta, 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, saber 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. Tómame 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.

---

# EF 11

## Convivir con una adicción

---

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?**

---

---

---

---

# EF 12A

## Trampas de la comunicación

---

¿Por qué las palabras son tan importantes? ¿Qué diferencia hay en la forma de decir las cosas? ¿Cómo es posible que el otro 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, enfadadas, heridas 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 buena comunicación necesita 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 descrip-

---

---

ciones de tus propios sentimientos para evitar culpar y discutir con el otro. “Cuando haces ... yo me siento... ¿qué piensas?, ¿qué podemos hacer? (me gustaría...)”.

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. Una buena comunicación positiva y de confianza, ayuda a todos (incluidos los familiares) en el proceso de recuperación.

---

# EF 12B

## Mejorando la Comunicación

---

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.

---

# EF 12C

## Contrato

---

### 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 clientes 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 clientes.

**Figura A-1. Características de los participantes del PTM**

|  |                         |  |                         |
|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Hombres<br>Mujeres   | 45%<br>55%              | Nivel educativo medio  | 12.2 años               |
| Caucásico<br>Hispano/Latino<br>Asiático/Isleño<br>del Pacífico<br>Otros* | 60%<br>18%<br>17%<br>5% | Empleados  | 69%                     |
| Media de edad  | 32.8 años               | Media de tiempo de consumo de metanfetaminas<br>Media de días de consumo de metanfetaminas en los últimos 30 | 7.54 años<br>11.53 días |
| Casados y no separados   | 16%                     | Vía de administración preferida:<br>Fumada<br>Intravenosa<br>Intranasal                                      | 65%<br>24%<br>11%       |

\*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.

---

## Manual de Psicoeducación Familiar del Terapeuta: Tratamiento Intensivo Ambulatorio de Matrix

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 clientes 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):

- Tuvieron una tasa de retención en el tratamiento consistentemente mejor que los participantes en el TH
- Tuvieron un 27% más de probabilidad de terminar el tratamiento que los que recibieron el TH
- 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 clientes 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 clientes 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 clientes 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 cliente, focalizándolo en lugar de eso en aspectos del pensamiento o conducta del cliente provocados por la adicción.

---

El terapeuta del grupo de Psicoeducación Familiar puede ser también el profesional que ve a los clientes 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 cliente en tratamiento. Una potencial desventaja es el peligro de que el terapeuta exponga información confidencial del paciente de forma inadvertida antes de que el cliente 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 cliente 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 clientes. 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

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AA</b>       | Alcohólicos Anónimos  |
| <b>ACoA</b>     | Hijos Adultos de Alcohólicos  |
| <b>Al-Anon</b>  | Grupo de apoyo para familias y queridos de personas que son adictas al alcohol              |
| <b>Alateen</b>  | Grupo de apoyo para familiares jóvenes y queridos de personas que son adictas al alcohol    |
| <b>ASI</b>      | Índice de Severidad de la Adicción  |
| <b>CA</b>       | Cocaína Anónimos  |
| <b>CAL</b>      | Calendario (para hojas de trabajo utilizadas durante la planificación)                      |
| <b>CMA</b>      | Metanfetamina Cristal Anónimos  |
| <b>CoDA</b>     | Co-Dependientes Anónimos  |
| <b>CSAT</b>     | Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias  |
| <b>EA</b>       | Emociones Anónimos  |
| <b>ERS</b>      | Habilidades de Recuperación Temprana  |
| <b>GA</b>       | Jugadores Anónimos  |
| <b>HALT</b>     | Hambriento Enfadado Solo Cansado  |
| <b>IC</b>       | Individual/Conjunto   |
| <b>IOP</b>      | Tratamiento Intensivo Ambulatorio para Personas Con Trastornos del Consumo de Es timulantes |
| <b>JACS</b>     | Judíos Alcohólicos, Personas Químicamente Dependientes y Parejas                            |
| <b>MA</b>       | Marihuana Anónimos  |
| <b>meth</b>     | Metanfetamina   |
| <b>PTM</b>      | Proyecto de Tratamiento de Metanfetamina  |
| <b>NA</b>       | Narcóticos Anónimos   |
| <b>Nar-Anon</b> | Grupo de apoyo para familias y queridos de personas que son adictas a narcóticos            |
| <b>OA</b>       | Sobreingesta Anónimos   |
| <b>PA</b>       | Pastillas Anónimos  |
| <b>RP</b>       | Prevención de Recaídas  |
| <b>SAMHSA</b>   | Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias                           |
| <b>SCH</b>      | Horario (para hojas de trabajo utilizadas durante la planificación)                         |
| <b>SMART</b>    | Entrenamiento en Recuperación y Automanejo  |
| <b>SS</b>       | Apoyo Social  |
| <b>TH</b>       | 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](http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2004.pdf) [accessed September 16, 2005].

---

## Counselor's Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment

- Khalsa, J.H.; Genser, S.; Francis, H.; and Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (Suppl):7S–10S, 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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.

---

## Bibliografia

- 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.oas.samhsa.gov/2k4/dailyMJ/dailyMJ.htm) [accessed September 16, 2005].

---

## Counselor's Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment

- 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](http://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](http://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.







Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



Fundación para la Formación  
e Investigación Sanitarias  
de la Región de Murcia

