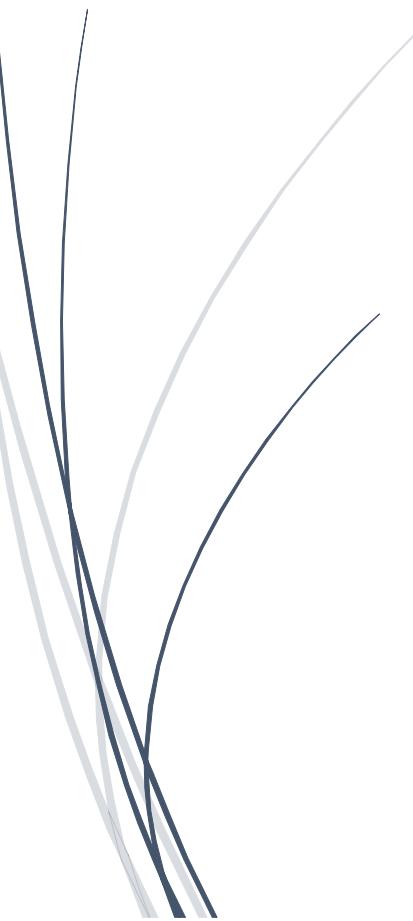




FUNDAMENTOS TERAPEÚTICOS



ÍNDICE

<i>REGLAS DE ORO PARA EL FUTURO TERAPEUTA.....</i>	2
<i>INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA DE GRUPO.....</i>	3
<i>SUSTANCIAS: CLASIFICACIÓN Y FARMACOLOGÍA.....</i>	5
<i>SISTEMA NERVIOSO, CEREBRO Y NEUROTRANSMISORES.....</i>	25
<i>CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD.....</i>	29
<i>HISTORIA Y FILOSOFÍA DEL MODELO MINNESOTA.....</i>	31
<i>MODELO MINNESOTA Y DINÁMICA DE RECUPERACIÓN.....</i>	36
<i>1º FASE DEL TRATAMIENTO MINNESOTA.....</i>	42
- <i>Conocimientos teóricos del profesional</i>	42
<i>(Terapeuta)</i>	
- <i>El tratamiento propiamente dicho.....</i>	58
<i>DINÁMICA DE RECUPERACIÓN.....</i>	74

REGLAS DE ORO PARA EL FUTURO TERAPEUTA

RCA RCA RCA PPP LCP

- 1) **Responsabilizarse con el amor** como motor de vida (ver nuestra parte)
- 2) **Cuidarse** en todas las áreas:
 - **Ejercicio**
 - **Comer** conscientemente
 - **Consciencia de la respiración**
 - **Descansar** suficientemente
 - **Meditar** a diario
 - **Entrenamientos** mentales
 - **Vigilar modo supervivencia**
 - **Cambiar pensamientos** irracionales
 - **Evaluar emociones** negativas y euforia
 - **Vigilar Estrés**
- 3) No olvidar que la **Alergia física** es para todas las sustancias y para siempre.
Humildad.
- 4) Como codependientes vigilar las **Recaídas emocionales**.
- 5) Mantenernos en **Crecimiento y cambio**, evitando estancamiento, postergación y pereza.
- 6) Desarrollar **Autodisciplina**, estableciendo metas y compromisos que alcanzar.
- 7) Hacer lo mejor posible desapegándonos de los **Resultados** y sin generar expectativas, llevando una agenda realista que nos permita aumentar
 - Motivación
 - Fe
 - Entusiasmo
 - Vocación y dedicación
 - Responsabilidad
 - Creatividad
 - Compromiso
 - Confianza
- 8) No tomar las **Cosas** de manera personal
- 9) **Aprender** lo que queremos enseñar
- 10) **Practicar** que dar y recibir es lo mismo
- 11) **Practicar** que no puedes dar lo que no tienes
- 12) **Practicar** que no puedes pedir a los demás lo que no tienen
- 13) **Lenguaje** terapéutico y amoroso
- 14) Practicar **Comunicación** directa y con nosotros y los demás.
- 15) Observar todos los **Pensamientos** disfuncionales e irracionales y cambiarlos asap.

INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA DE GRUPO

- Punto central del tratamiento Minnesota
- Lo es todo para los pacientes, que llegan totalmente perdidos
- Para ellos es un ensayo de la sociedad donde tienen la posibilidad de:
 - Identificarse
 - Conectar con los sentimientos
 - Recibir calor humano
 - Aprender nuevos hábitos
 - Aprender a comunicarse
- Debe ser un espacio luminoso, tranquilo, cómodo, poco decorado.

Normas para los Pacientes

- Puntualidad
- Postura apropiada
- Eliminar defensas como comida, agua, chicle, etc.
- Lenguaje respetuoso
- Estar aseado y vestimenta adecuada
- No reírse como defensa
- No interrumpir
- No abandonar el grupo
- Hablar en 1^a persona
- Estar receptivo
- No juzgar
- No reaccionar
- Reflejar sin rodeos
- Se compromete a responder a todas las preguntas del terapeuta

El Terapeuta

- Reunirse con el coterapeuta u otro personal antes de la sesión para pautas o metas. No empieza la sesión sin tener claras las metas.
- No sentarse al lado del coterapeuta o profesionales.
- No hablar demasiado.
- Da el turno para hablar, reflejar. Lleva la terapia.
- Puntualidad para empezar y terminar.
- Minimizar las defensas de los pacientes. Que no abandonen la sala.
- Repartir el tiempo, no dejar que ningún paciente domine.
- Ayudar a los pacientes a relacionarse fuera.
- Hacer preguntas abiertas.
- Atención a la comunicación no verbal.
- Recordar a los pacientes que sean:
 - directos y sinceros
 - estructurados
 - atentos y concentrados
- Hablar en 1^a persona
- Ser respetuoso verbal, corporal, emocionalmente. Nunca aceptar violencia verbal ni física.
- Tener gran capacidad de escucha, atención y concentración.

- Estar sereno y tranquilo. Debe tener mucha madurez, crecimiento y cubrir sus necesidades.
- Ser amoroso y estar interesado en el crecimiento interior de los pacientes. Sabe que sus pacientes tienen un gran valor y les ayuda a encontrarlo.
- Enfoca y prepara el tratamiento para ayudar al paciente a crecer como este elija. No les impone sus principios y valores personales.
- Intenta averiguar lo que sus pacientes piensan y sienten en todas las áreas de su vida.
- Motiva y ayuda a los pacientes para encontrar su potencial personal y su verdad.
- Debe tener vocación para hacer su trabajo con amor y entusiasmo.
- Los pacientes no están para satisfacer las necesidades del terapeuta, ni los debe usar para resolver sus problemas. No debería haber una amistad ni intimidad entre ellos.
- Corre el riesgo de tapar sus propios problemas ya que palidecen a la luz de los de los pacientes.
- Nunca miente, ya que sin verdad no hay amor y los pacientes se apartan de la realidad. El amor requiere acción en la verdad.
- Nunca ocasionar dolor innecesario al paciente, y ser amable y sensible con su dolor.
- Si se enfada con un paciente y es incapaz de gestionarlo, al menos proyectar el enfado en la enfermedad del paciente para no sentirse atacado.
- Cultivar relaciones sanas con él y con los demás.
- No llevar trabajo a casa, tener tiempo para estar solo.
- No involucrarse con el paciente o familiares al no ser que esté directamente relacionado con el tratamiento.
- Dar prioridad al tratamiento sobre programas de recuperación.
- Procurar que los pacientes se ciñan al objetivo.
- No romper personalmente los silencios del grupo.

El Coterapeuta

- Puede ser un alumno en prácticas, otro terapeuta...
- Ayuda a y recibe directrices y funciones del terapeuta:
 - Observar
 - Reflejar
 - Ayudar en el descanso a analizar la dinámica.
 - Escuchar
 - Observar a los que escuchan
 - Ser respetuoso, sincero, cariñoso, empático

SUSTANCIAS: CLASIFICACIÓN Y FARMACOLOGÍA

La **peligrosidad** de las sustancias ha sido clasificada por la OMS según tres criterios: capacidad de generar dependencia física, rapidez para generar dependencia, y grado de toxicidad. Esto ha resultado en la creación de cuatro grupos:

- 1 – Opiáceos (heroína, morfina, opio...)
- 2 – Barbitúricos y Alcohol
- 3 – Cocaína y Anfetaminas
- 4 – Lsd, Cannabis, etc.

También se clasifican por sus **efectos sobre el SNC**, en los siguientes grupos:

Depresores del SNC: Son las sustancias que inhiben el funcionamiento cerebral, pudiendo llegar a un nivel de ralentización tal que se entra en coma. Los más importantes son:

Alcohol

Opiáceos

- Opio
- Morfina
- Codeína
- Heroína

Opioides

- Metadona
- Petidina (Meperidina): Anestésico local y sedante suave, usado en lugar de morfina pero no ayuda a dormir.
- Pentazocina: Analgésico para dolor moderadamente intenso.
- Fentanilo: Analgésico hasta 80 veces más potente que la morfina, empleado sólo en anestesia hospitalaria.
- Dihidrocodeína: Analgésico para dolores moderados y tos.
- Buprenorfina: Analgésico similar a la morfina pero más duradero, de 8 a 12 horas. Puede inducir síndrome de abstinencia en dependientes de opioides, y se utiliza por médicos y toxicómanos para aliviar la abstinencia en desintoxicación. Se puede encontrar en el mercado negro comúnmente. Buprex y Prefin.
- Dextropropoxifeno: Analgésico suave similar a codeína.

Barbitúricos (Generalmente hipnóticos ya que los efectos no se pueden separar)

Benzodiacepinas (BZD) Fármacos Sintéticos Reserpina

- Tranquilizantes (Ansiolíticos)

- Acción Corta (Vida media < 12 horas): Adumbran, Sobile (Oxazepam), Orfidal (Lorazepam) o Lezatin
- Acción Larga (Vida media > 12 horas): Valium (Diazepam), Normide (Clordiazepoxido), o Tranxilium (Clorazepato)
- Hipnóticos
 - Acción Corta: Halcion (Triazolam)
 - Acción Larga: Rohipnol (Flunitrazepam) o Dormodor (Flurazepam)

Estimulantes del SNC: Estos activan el cerebro y producen aumento del ritmo cardíaco, y hay dos grupos:

Estimulantes Mayores

Cocaína

- Clorhidrato
- Crack

Anfetamina

- Sulfato de Anfetamina (Speed)
- Sulfato de Dexanfetamina: Dexedrina, cápsula similar al speed utilizado para narcolepsia e hiperactividad infantil.
- Metilanfetamina (Meth)
- MDMA (estimulante emparentado con anfetamina pero también alucinógeno)
- MDA (también emparentado pero menos popular ya que es más alucinógeno)
- Otros
 - Efedrina: es químicamente similar a la anfetamina, pero menos potente. Se utiliza en medicina para dilatar bronquios, y los efectos son similares a la anfetamina.
 - Metilfenidato (para narcolepsia, fatiga, hiperactividad infantil. Rubifen)
 - Pemolina (Medicamento con efecto entre cafeína y anfetamina)
 - Adelgazantes (fármacos similares a la anfetamina, anorexígenos)

Drogas de
síntesis

Estimulantes Menores (Nicotina, Cafeína, Tebaína)

Perturbadores del SNC: Éstas alteran el normal funcionamiento cerebral y distorsionan la percepción, pudiendo llegar a ser alucinógenas:

Alucinógenos (Psicodélicos): Sintéticos o naturales. Impredicibles. No produce dependencia física.

- LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)
- Setas Alucinógenas: mejicanas. Malos viajes, flashback.
- Mezcalina (Peyote): México. Abuso en Europa raro. No suele producir dependencia pero sí problemas psíquicos.
- Morning Glory (Ololiuhqui): Similar a LSD. Semillas de “manto del cielo”, América Latina.
- Nuez Moscada: Similar a suave LSD.
- Amanita Muscaria (hongo de los chamanes): Aparece intoxicación digestiva y después trastornos perceptivos.
- Solanáceas (Datura Estramonium, Belladona, Mandrágora, Beleño): Alucinógenos de efectos duraderos (24h) que con leve sobredosis puede ser letal.
- STP (droga de Síntesis, DOM) Psicodélico larga duración (hasta 24h), alta probabilidad de mal viaje.
- DMT: Alucinógeno fumado de acción corta. No dep. si locura.
- PCP (Polvo de Ángel): Anestésico veterinario, evoca trance y distorsión perceptiva total.
- Ketamina (Clorhidrato)

Cannabis y derivados:

- Marihuana: 5 al 10% de Tetrahidrocannabinol
- Hachís: hasta 20% de THC
- Aceite de Hachís: Hasta 85%

Inhalantes (disolventes, pegamentos, etc.): Los adictos suelen ser jóvenes y hay peligro de asfixia e intoxicación.

Otras Drogas:

Esteroides Anabólicos

Antihistamínicos: Antialérgicos con propiedades sedantes. Abuso recientemente detectado con IGRIL (cafeína y ciclizina)

Simpaticomiméticos: Medicamentos usados para vasoconstricción, vasodilatación, broncodilatadores. Efedrina, pseudoefedrina y feilpropanolamina son similares a la anfetamina. Grippal, Bisolvon, etc.

Opiáceos Suaves: Sobre todo bajas dosis de codeína.

Laxantes: Abuso común en anorexia.

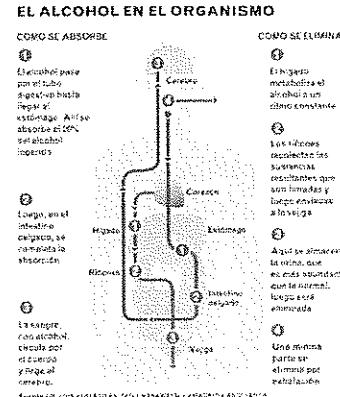
Nitritos de Alquilo: Reanimación y anti cianuro. “Poppers”.

Alcohol

Absorción: El alcohol entra por el esófago, baja por el tubo digestivo, y llega al estómago donde la enzima alcohol deshidrogenasa y otras sustancias lo oxidan hasta convertirlo en acetaldehído (que posteriormente se oxida y se hace acetato). Antes de salir del estómago, alrededor de un 20% del alcohol ya ha pasado al torrente sanguíneo, y el resto se absorbe a continuación al pasar por el intestino delgado. La sangre entonces transporta el alcohol hasta el cerebro, donde estimula la actividad neuronal para liberar dopamina. A medida que el hígado metaboliza el alcohol ingerido, este va generando a partir del acetato los productos residuales dióxido de carbono y agua. Luego es recogido por los riñones, filtrado, y posteriormente enviado a la vejiga donde se expulsa como orina. Aproximadamente el 95% del alcohol ingerido se procesa de esta manera, mientras que el resto se elimina por transpiración y exhalación.

Fases de la Intoxicación Etílica. Los valores suben mucho para alcohólicos con tolerancia:

- 1- Fase de euforia y excitación. Tasa de alcoholemia: 0,5 g/L.
Locuacidad, euforia, desinhibición, conducta impulsiva.
- 2- Fase hipnótica o de confusión. Tasa de alcoholemia: 2 g/L.
Irritabilidad, agitación, somnolencia, cefalea. Disartria, ataxia, dismetría. Nauseas y vómitos.
- 3- Fase anestésica o de estupor y coma. Tasa de alcoholemia: 3 g/L.
Lenguaje incoherente. Disminución marcada del nivel de conciencia (obnubilación y coma) y del tono muscular. Incontinencia de esfínteres. Dificultad respiratoria.
- 4- Fase bulbar o de muerte. Tasa de alcoholemia: 5 g/L. Shock cardiovascular.
Inhibición del centro respiratorio. Parada cardio-respiratoria y muerte.



Efecto bifásico del alcohol sobre el organismo se produce porque el alcohol es un depresor que produce vasodilatación. Primero relaja, desinhibe, y aumenta el flujo sanguíneo, pero después se produce vasoconstricción (hay menos flujo sanguíneo), la euforia desaparece, y aparece el efecto depresor que realmente tiene. Entonces aparecen síntomas como la disminución de las capacidades motoras, visión borrosa, o disminución de la temperatura corporal.

Consecuencias Médicas del Alcoholismo

Dependencia física: la tolerancia al alcohólico va aumentando – las células se van adaptando al ambiente etílico – pierden su capacidad de funcionar normalmente en ausencia del alcohol – surge síndrome de abstinencia con 2 fases:

Síndrome de abstinencia agudo: empieza poco después de la última copa – los síntomas se producen a causa de la alteración de la actividad química y eléctrica del cerebro:

- Desorientación y confusión mental
- Fallos de memoria
- Descoordinación muscular
- Convulsiones
- Alucinaciones
- Ansiedad y nerviosismo
- Paranoia, comportamiento violento y temeroso

- temblores y agitación
- insomnio y pesadillas
- falta de apetito, debilidad
- sudores
- dolores de cabeza
- alteraciones de la vista

emocionalmente, puede sentir:

- sentido de culpabilidad
- depresión, desesperación
- indisposición hacia sí mismo
- inestabilidad psicológica
- auto destructivo y suicida

Los síntomas más severos son:

- **Convulsiones.** De tipo epiléptico muy severas con extrema rigidez, fuertes sacudidas, pérdida de control de esfínteres, etc.
- **Alucinaciones.** Aterradoras, indican profunda alteración del SN.
- **DT.** La expresión más dramática y peligrosa. Generalmente 5 días después de la última, durante 3 a 7 días. Alucinaciones y comportamiento aterrador. 25 al 50% de mortalidad.

Síndrome de Abstinencia Crónico:

Desnutrición. Todos están desnutridos en alguna medida porque el alcohol interfiere con la absorción de nutrientes – es necesaria suplementación nutritiva (macronutrientes + vit + min)

Hipoglicemia. Muy común sobre todo en los que han sufrido daños hepáticos – produce fatiga, dolor de cabeza, sueño, olvidos, ansiedad, depresión, hambre, desorientación. El tratamiento es alta proteína.

Trastornos del SNA. Como temblores, sudores, aceleración del pulso, palpitación del corazón. Sana lentamente y suplemento vitmin ayuda.

Atrofia cerebral. Aproximadamente 50% de los alcohólicos avanzados. Razonamiento, memoria y 5 sentidos se ven afectados por los daños en la corteza cerebral. Una vez más, nutrición es la solución.

Carencia de aminoácidos en el cerebro. Los niveles de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina son muy bajos, lo que resulta en depresión, ansiedad, tensión e irritabilidad.

El Hígado: el hígado es el responsable de la glucogénesis, y siempre elige el alcohol para ello debido a que es más sencillo por requerir menor tiempo de oxidación. Estos otros macronutrientes acaban almacenados como grasa, sobre todo en el hígado, causando infiltración de grasa en el hígado. Cuando el daño va progresando, el hígado se inflama a consecuencia de la mortalidad celular y se vuelve extremadamente sensible resultando en una hepatitis alcohólica. Se experimentan náuseas, fiebre, ictericia y dolor abdominal, pero ambas condiciones son reversibles con abstinencia y nutrición.

Si el alcohólico sigue, las células hepáticas empiezan a necrosarse y a formar un tejido cicatrizante, cirrosis hepática. Este hígado no permite fluir la sangre porque está tapado, se va saturando con toxinas, y la sangre eventualmente llega al cerebro, envenenando y enfermando sus células. Esto afecta gravemente a las emociones y a la conducta. Mientras el

hígado ya no es capaz de filtrar el alcohol, el alcohólico se va sintiendo crecientemente desorientado, desconcertado, torpe y olvidadizo.

Si no se rinde en este punto, la combinación del hígado graso, la hepatitis y la cirrosis resultarán en consecuencia adicionales. Por un lado se produce angioma en cara y pecho, y por otro varices en el bazo, esófago y estomago. El sangrado de las varices del Esófago es una temible manera de morir. Además, con el padecimiento crónico y progresivo, se producen:

Ascitis. La presión que causa el hígado cirrótico hace que el líquido linfático se escape de los vasos y se acumule en abdomen. Se confunde con barriga cervezera.

Intoxicación de amoniaco. Por los daños hepáticos. Aliento amoniaco.

Bilirrubina en la sangre. Pigmenta piel, ojos y orina.

Falta de protrombina. Que es necesaria para la coagulación, lo que resulta en sangrados nasales serios, subcutáneos, o muerte por hemorragia interna.

El punto de inflexión para la regeneración hepática es la cirrosis. Hasta él, tiene un tremendo poder regenerativo.

El Corazón: su fallo es una de las principales causas de muerte – los altos niveles de alcohol y acetaldehído alteran las membranas celulares cardiacas – también pueden ser infiltradas lentamente con grasa, conocido como cardiomiopatía, con palpitaciones y dificultad para respirar – la presión alta también contribuye a la congestión del corazón – todo esto es reversible con abstinencia y cuidados.

Desórdenes Gastrointestinales: extremadamente comunes. El alcohol obstaculiza la membrana mucosa del estómago causando su inflamación, la gastritis. Produce indigestión, hinchazón, náusea, sangrado – aumento de secreción de ácido hidroclórico resulta en ulceraciones, que se pueden volver sangrantes.

Padecimiento del Aparato Respiratorio: Las defensas del cuerpo bajan y hacen más comunes la tuberculosis, la bronquitis crónica, abscesos pulmonares, neumonía, y neumonía de aspiración.

El Páncreas: El daño que le causa el alcohol hacen que libere enzimas en el abdomen y torrente sanguíneo, que digieren tejidos, incluyendo el propio páncreas. Las enzimas se activan en el páncreas en lugar del intestino delgado, causando pancreatitis, que puede convertirse en crónica.

Desnutrición: todos los alcohólicos tienen cierto grado - La común deficiencia de B1 resulta en perdida de agilidad mental, fatiga, perdida de apetito, irritabilidad, inestabilidad emocional, incluso pérdida de memoria – enferma frecuentemente y la progresiva desnutrición causa diversas enfermedades del SNC:

Polineuropatía. La deficiencia de b1, b5, b6. Daña los nervios periféricos del cerebro y médula espinal – entumecimiento y hormigueo en extremidades – luego más adentro – es reversible con abstinencia y nutrición – si progresa, degeneración muscular hasta no poder caminar.

Encefalopatía de Wernicke. Severa deficiencia de b1 – falta de coordinación muscular, estupor, hemorragia cerebral,, agitación, alucinaciones – signo anticipado de DT – necesita tratamiento urgente con vits B inyectadas o se convierte en psicosis de Korsakoff.

Psicosis de Korsakoff. daño mental irreversible producido por grave deficiencia de b1 - Alucinaciones y perdida de memoria corta.

Ambliopía. No distingue rojo y verde – 1 de 200 hospitalizados.

Tener en cuenta que al ser adicto también puede tener cosas como VIH o SIDA.

El consumo prolongado del alcohol va deteriorando paulatinamente las funciones cerebrales, afectando al pensamiento y la capacidad de raciocino, lo cual lleva a una creciente inestabilidad emocional. La función de los neurotransmisores, sobre todo los asociados al sistema hedonístico, sufre graves alteraciones, al igual que el sistema nervioso periférico. La disminución crónica de la vitamina B1 presente en el organismo puede causar la enfermedad de Wernicke-Korsakoff, donde se altera la realidad a causa de daños en la memoria y los pensamientos del individuo. En general, los daños cerebrales irreversibles que puede producir el consumo de alcohol van produciendo deterioro de la visión, la memoria y el pensamiento, y resulta en creciente irritabilidad, tendencias antisociales, depresión, ansiedad, desorden del sueño, amnesia y alucinaciones. Eventualmente se puede llegar a sufrir delirium tremens, psicosis, coma prolongado, o la muerte. Por su puesto también hay problemas de agresividad, accidentes y bajo rendimiento laboral.

Los daños hepáticos a largo plazo son devastadores, ya que el hígado es el órgano encargado de metabolizar el alcohol. La propia metabolización, al producir acetaldehído, daña las proteínas hepáticas, oxida las grasas, acaba con la tiamina (vit. B1), y produce daños físicos en el tejido del órgano. Esto va degenerando en hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis hepática, es decir, la práctica muerte del hígado. La ictericia, esclerótica y los edemas son signos de esta progresiva degeneración hepática. Por supuesto, también está la conocida diabetes tipo II. En el estómago, el consumidor de alcohol puede sufrir úlceras a causa del aumento de la producción de ácido gástrico, que pueden acabar en hemorragias internas o perforación del estómago. También se expone a contraer diferentes tipos de cáncer, como cáncer de laringe, esófago, estómago y páncreas, así como peritonitis. En el páncreas se puede producir una creciente inflamación que resulta en pancreatitis aguda y se puede convertir en crónica. Es muy dolorosa y también puede ser mortal. A nivel plasmático, inhibe gradualmente la producción de glóbulos rojos y blancos, dificultando el transporte de oxígeno. Fallos en sistema inmunitario, disfunción eréctil, fertilidad y libido. Daños fetales de todo tipo incluyendo retraso mental.

En su desintoxicación, se utilizan BZD como clordiazepoxido, para prevenir por ejemplo el delirium tremens y reducir la ansiedad. También se trata a veces con naltrexona, que impide la acción, o antabus, que provoca fuertes reacciones adversas al ingerir alcohol.

Opio

El opio es un “jugo” natural que se extrae de la papaver somniferum, una forma de amapola comúnmente llamada adormidera. Data de los antiguos sumerios, y fue ampliamente utilizada durante la historia, por ejemplo por los romanos, y tiene un impacto histórico tan grande que da nombre a una serie de guerras de gran trascendencia. Normalmente se fuma en pipas, o al estilo “chasing the dragon”, pero también se puede

ingerir directamente. Sus efectos son sobre todo hipnóticos, analgésicos y tranquilizantes, pero a veces resulta alucinógeno. Hoy en día se cultiva legalmente en países como India, Turquía, Serbia, España, Francia, e ilegalmente en Sudamérica, Marruecos, Tailandia y sobre todo Afganistán. Sólo representa un problema en éstos últimos países y sus alrededores. La dependencia genera a largo plazo deterioro de las capacidades físicas y psíquicas, desmejoramiento a causa de la pérdida de apetito, y diversos desórdenes médicos.

Del opio se extrae la morfina, la codeína, y la tebaína. También se obtiene la heroína, mediante la acetilación de la morfina. La **morfina** es un analgésico de tres a cinco veces más potente que el opio, aunque bastante menos que la heroína. Se utiliza médicaamente, sobre todo en enfermos terminales y dolores agudos persistentes. La **codeína (metil morfina)** tiene efectos similares, pero mucho más suaves, y se suele utilizar médicaamente por ejemplo en jarabes para la tos. No es muy común el abuso de ella, pero es importante tener en cuenta que puede desencadenar una recaída en adictos a otros opiáceos como por ejemplo la heroína.

Heroína

Aparece por primera vez a finales del siglo XIX fabricada por los Laboratorios Bayer en Alemania. Se investigaba por aquel entonces un derivado opiáceo que contase con las propiedades analgésicas de la morfina pero que careciese de la acción adictiva de esta. El objetivo era terapéutico y medicinal como remedio para la tos, el asma y la tuberculosis e incluso para paliar el síndrome de abstinencia que causaba la morfina pero en poco tiempo se comprobó que la heroína era un producto más adictivo que la morfina y su uso a nivel médico se suspende en una mayor parte de los países occidentales.

La palabra heroína proviene del término alemán "Heroisch" que significa poderoso y heroico. Recibió ese nombre porque el producto administrado en dosis menores producía mayores efectos.

Actualmente se fabrica de forma ilegal en laboratorios clandestinos que se encuentran en los países cultivadores del Opio. Asia Menor, Oriente medio y China han sido las principales áreas de cultivo de esta planta y a partir los años 90 se introduce su producción y fabricación también en los Países Andinos.

Se conocen **tres tipos de Heroína:**

Heroína Base, que se presenta en color gris, pardo, gris oscuro o rosado de aspecto granulado. Brown sugar. Su aspecto es terroso y de color marrón. A veces tiene un olor fuerte a vinagre y suele aparecer mezclada con otras sustancias contenido entre un 25 y un 50% de pureza. Producida principalmente para fumar.

Tailandesa, que es la que contiene un porcentaje más elevado del principio activo, llegando a alcanzar un 90% de pureza. Su aspecto es el de un polvo fino de color blanco aunque también puede ser amarillento o color crema.

Normalmente la heroína que se fabrica es impura y se encuentra bastante adulterada. En su proceso de fabricación se le añaden otras drogas hipnóticas, sedantes y analgésicas. Más adelante cuando llega a la calle el producto se vuelve a adulterar para transformar su cantidad y así sacarle más beneficio. Se usa todo tipo de polvo similar a la textura y color de la heroína para "cortarse". Algunos ejemplos son: harina, polvos de curry, manitol, glucosa, talcos o yeso...

La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz.

La vía inyectada proporciona al usuario la mayor intensidad en su efecto pudiendo alcanzar el cerebro en 8 segundos. Cuando se inhala o se fuma los efectos máximos sólo se detectan entre los 10 o 15 minutos posteriores a su administración. Muchas personas comienzan su uso fumada o inhalada pensando que no llegarán a depender de ella pero este es un concepto erróneo, ya que el organismo se acostumbra a la presencia de la droga y los usuarios acaban

por recurrir a la inyección para poder sentir los efectos intensos que producía en sus consumos iniciales.

La vía inyectada fue la forma más común hasta el descubrimiento del Sida en la década de los años 80. En la actualidad las vías más usadas son la fumada e inhalada. La variante a mezclarse con tabaco para ser fumada consiste en calentar el producto en papel de aluminio e inhalarse los vapores que desprende con 1 rulo o tubo. Popularmente conocido en la calle como "hacerse un chino". La inhalada (o esnifada) consiste en aspirar el polvo por la nariz donde se absorbe a través de los tejidos nasales hasta llegar a la corriente sanguínea.

Es muy usual encontrar adictos a la heroína que mezclan esa sustancia con otras drogas como por ejemplo la Cocaína, para así prolongar e intensificar los efectos de ambos productos. En la calle esta mezcla es conocida como "Speedball".

Al entrar la heroína en el cerebro se convierte en morfina y se adhiere a los receptores conocidos como receptores opioides. Estos se encuentran localizados en muchas áreas del cerebro (y del cuerpo) especialmente en aquellas involucradas en la percepción del dolor y la gratificación. Estos receptores también se encuentran en el tallo cerebral el cual controla procesos autónomos esenciales para la VIDA como la respiración, la presión arterial y la excitación. Con frecuencia una sobredosis de heroína implica una supresión de la respiración.

Los efectos psicológicos son: Euforia, Sensación de Bienestar y Placer

Los efectos fisiológicos son: Analgesia (supresión del dolor), vómitos y náuseas (en primeros consumos), depresión respiratoria, inhibición del apetito y ofuscación de la mente.

Las primeras experiencias con esta droga no convierten en dependiente al usuario, pero con el uso regular de la heroína el organismo se adapta y aumenta la tolerancia causando un efecto menor tras su administración. A la larga el organismo necesita la sustancia para mantener su funcionamiento habitual y para evitar los dolores y molestias del síndrome de abstinencia. El adicto necesita cada vez dosis más altas para paliar su malestar general y conseguir el efecto placentero de la sustancia.

Riesgos. En primer lugar destacar lo altamente adictiva que es la heroína por lo que puede generar tanto dependencia física como psicológica. Independientemente de la vía de administración cualquier persona que utilice heroína puede correr el riesgo de desarrollar un "hábito". En el momento en que la heroína cae en el organismo por debajo de un cierto nivel empieza a manifestarse el síndrome de abstinencia también conocido como "mono". Este se caracteriza por un conjunto de síntomas como: ansiedad, debilidad, bostezos, lagrimeo, sudoración abundante, temblores, estornudos, diarrea, náuseas, vómitos, dolores en las extremidades, dilatación de las pupilas, agresividad y escalofríos. Si el síndrome continúa pueden aparecer espasmos musculares, fiebre, calambres y dolores continuos en todo el cuerpo. Y por experiencia propia añadiré que se siente un agujero y un vacío en el estómago que te obliga a permanecer en una postura fetal durante horas seguidas para poder sobrevivir....

El síndrome de abstinencia puede durar varios días. Se calcula que el periodo más agudo oscila entre las 48 y 72 horas posteriores a su última dosis. Una vez que los síntomas físicos desaparecen la dependencia psicológica continua y el consumidor es propenso a consumirla de nuevo. La experiencia del síndrome de abstinencia es muy temida por el adicto a la heroína.

El abuso de esta sustancia está asociado a consecuencias graves en la salud, sobredosis mortales, abortos espontáneos y particularmente en los consumidores que se inyectan a enfermedades como el VIH, Sida y la hepatitis.

Las sobredosis pueden ocurrir tanto en usuarios más novatos como en veteranos a la sustancia. Las personas que han desarrollado tolerancia a la heroína pueden tomar cantidades cada vez mayores pero estas mismas dosis pueden causar graves problemas en los

principiantes. Y a su vez los adictos veteranos que han logrado apartarse de la heroína si sufren una recaída y la consumen en la misma cantidad que lo hacían anteriormente sufren una sobredosis porque han perdido la tolerancia a la sustancia.

Entre los efectos de la heroína en el cuerpo encontramos la inhibición del apetito por lo que el organismo se deshidrata y en consecuencia los usuarios pierden sus hábitos alimenticios y se desprecocupan por su aspecto y cuidado personal.

La heroína usada en vena y de una forma crónica da lugar a la aparición de llagas en la piel, a abscesos, infecciones bacterianas, enfermedades hepáticas y renales.

A nivel pulmonar los adictos a esta droga son susceptibles de padecer enfermedades respiratorias como bronquitis o tuberculosis, ya sean estas como resultado del efecto depresor de la droga en sí como de la mala salud del consumidor habitual. Sin olvidar que los aditivos con los que se mezcla la heroína pueden obstruir los vasos sanguíneos de pulmones, hígado, riñones o cerebro.

Compartir jeringuillas u otros utensilios de inyección así como mantener relaciones sexuales sin protección (Prácticas muy habituales entre los consumidores de heroína) pueden dar lugar a infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los de las hepatitis B y C....

Entre los riesgos psicológicos más frecuentes podemos encontrar:

- Alteraciones de la personalidad
- Alteraciones cognitivas como problemas de memoria
- Trastornos de ansiedad y depresión
- Dependencia psicológica que hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a la sustancia

Los riesgos físicos más frecuentes con:

- Adelgazamiento
- Estreñimiento
- Caries
- Anemia
- Insomnio
- Inhibición del deseo sexual
- Perdida de menstruación en la mujer
- Infecciones diversas, asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias en que tiene lugar el consumo y el estilo de vida del consumidor.

Hay muchas otras consecuencias aparte de la tolerancia a la droga, la adicción o dependencia de esta y las diversas enfermedades derivadas de su consumo. Esas otras consecuencias están directamente relacionadas con el factor emocional y psicológico del ser humano pues el adicto a la heroína desarrolla un modo de Vida que lo inhibe de la esperanza de volver a un nivel de vida satisfactorio en su forma natural. Se excluye de forma involuntaria de la sociedad y aprende a sobrevivir en un entorno hostil y degradado que lo lleva gradualmente a una muerte segura.

Llega un momento en que toda la vida del adicto gira única y exclusivamente alrededor de la búsqueda, obtención y consumo de la heroína. Su pensamiento se limita al uso de esta sustancia y abandona su interés por el medio que le rodea.

En la actualidad existen varios **tratamientos** que con el apoyo médico necesario y a través de terapias conductuales pueden conducir al paciente a alcanzar una vida estable.

La buprenorfina, la naltrexona y la metadona son los medicamentos más usados para la desintoxicación de la heroína.

Hay programas en los que se administra Metadona para paliar los síntomas de dependencia de la heroína. En realidad son programas de substitución que ayudan al sujeto a salir del mundo de la delincuencia y degradación en la que se encuentra por su adicción a la heroína.

Hay tratamientos conductuales tanto residenciales como ambulatorios en los que se ayuda al individuo a reincorporarse a la Vida en su entorno familiar, social, laboral y personal. La consejería puede ser de forma individual o en grupo. También existen terapias cognitivo-conductuales en las que se ayuda al paciente a modificar sus expectativas y sus comportamientos por el abuso relacionado con las drogas y a adquirir habilidades para manejar las causas de su estrés en la Vida.

Naltrexona

La naltrexona es un antagonista competitivo de los opiáceos. Esto significa que compite contra los opiáceos como la heroína o la morfina por unirse a los receptores opioides del cerebro, bloqueando la acción de estas sustancias. Tiene una acción prolongada en el organismo, entre 24 y 72 horas según dosis, tiempo en el que conseguirá que no se experimente la euforia ni otros efectos de los opiáceos. Por eso es muy útil en la prevención de recaídas de heroinómanos y se utiliza en su tratamiento. No obstante, la limpieza inicial debe conseguirse sin la naltrexona, ya que el paciente debe haber dejado de consumir opiáceos entre 7 y 10 días antes de iniciar el tratamiento. Es muy importante que la administración de naltrexona se haga bajo estricta supervisión médica, ya que puede haber serias consecuencias si no se respetan las indicaciones. Si el paciente no ha dejado los opiáceos y toma naltrexona, sufriría un síndrome de abstinencia agudo y severo. Por eso es aconsejable realizar un test de esta "limpieza" con naloxona subcutánea. También puede haber fuertes consecuencias como la muerte por fallo respiratorio si se intentan consumir opiáceos durante el tratamiento con naltrexona.

Metadona

La metadona es un opiáceo sintético parcialmente agonista, llamado también "heroína sintética", que ocupa los receptores de los opiáceos. Tiene un efecto analgésico similar a la morfina, es decir, menor al de la heroína. Es calmante, pero no es tan sedante como la morfina ni produce la euforia de la heroína. Actúa después de 30min y tiene después la "ventaja" de tener un efecto bastante más prolongado que la heroína, entre 18 y 36 horas. Se utiliza como tratamiento sustitutivo en la adicción a los opiáceos, particularmente la heroína. Se administra de forma oral y las dosis son dispensadas por instituciones tales como centros de tratamiento, clínicas, etc. La idea es que fuese un sustitutivo temporal de la heroína para poder mantenerse limpio de drogas en las fases iniciales de un tratamiento. No obstante, el uso que realmente se está haciendo de ella es en tratamientos de mantenimiento

prolongados, a veces indefinidos, todo porque mantienen al adicto a la heroína fuera de la delincuencia y marginalidad que conlleva la adicción a la heroína. El tratamiento debería durar semanas o meses, pero la realidad, sobre todo en España, es que se prolonga por años.

Barbitúricos

Los barbitúricos son fármacos desarrollados a partir del ácido barbitúrico, depresores del SNC con diferentes potencias, duraciones y niveles de toxicidad. Se han utilizado ampliamente como hipnóticos y sedantes, pero a causa de una serie de importantes desventajas han sido sustituidos en medicina por las benzodiacepinas. Los barbitúricos tienen un potencial adictivo muy grande, bastante superior al de las benzodiacepinas. El síndrome de abstinencia es más severo que el de la heroína. Además, hay un margen de seguridad mucho menor en la dosificación de los barbitúricos, lo cual hace que el riesgo de sobredosis también sea grande. Los barbitúricos también presentan por lo general más toxicidad, y las BZD tienen la gran ventaja de que el efecto tranquilizante se puede separar del hipnótico, dando lugar a un potencial médico más amplio y preciso.

Las Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son tranquilizantes producidos de forma sintética imitando la estructura de la reserpina, y tienen un efecto depresor del SNC. Algunas caen en la categoría de tranquilizantes mayores, mientras prácticamente todos los tranquilizantes menores utilizados actualmente son BZD. Los menores, que incluyen ansiolíticos e hipnóticos, son medicamentos muy útiles para reducir la ansiedad, el stress o la inquietud, así como para tratar la depresión, el insomnio, y ciertos tipos de epilepsia. Se utilizan también como relajante muscular, anestesia, y tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia en adicciones. Hay efectos de tolerancia y dependencia, pero son unos fármacos relativamente seguros y fiables.

Los **tranquilizantes mayores** se utilizan en trastornos psiquiátricos graves como la psicosis, la demencia senil, trastornos de la personalidad, y en desórdenes del comportamiento infantil.

Los hipnóticos son los que inducen al sueño, es decir, son "píldoras para dormir". Los tranquilizantes, en cambio, producen efectos relajantes y reductores de la ansiedad sin producir somnolencia a dosis bajas. Básicamente, los ansiolíticos se utilizan para mantener los niveles de ansiedad controlados durante el día, y los hipnóticos para inducir el sueño cuando corresponde. No obstante, es importante recordar que los tranquilizantes, en grandes dosis, también producirán somnolencia, y que los hipnóticos a dosis bajas pueden relajar sin inducir al sueño.

En **desintoxicación**, en el caso del alcohol, las BZD se utilizan para evitar el temido delirium tremens, los ataques epilépticos, y las convulsiones, siempre bajo supervisión médica y generalmente en centros cerrados de tratamiento. Por supuesto son también muy valiosas para controlar la ansiedad, las dificultades para conciliar el sueño, y otros efectos secundarios de la abstinencia que puedan hacer peligrar la integridad o la limpieza del paciente. Se usa similarmente en la desintoxicación de la cocaína, donde la ansiedad y el miedo pueden alcanzar cotas demasiado elevadas. En cualquier tratamiento de desintoxicación, las benzodiacepinas pueden ser así mismo muy útiles para eliminar el "craving" durante la fase inicial de abstinencia, ya que ocupa los receptores hedonísticos del cerebro. En el tratamiento de la adicción a la heroína, se pueden utilizar solas o en

combinación posterior con la naltrexona (ya que ésta solo se puede administrar pasados entre 7 y 10 días después del último consumo). En este caso, las BZD cumplen básicamente las mismas funciones que con las anteriores drogas, tratar temporalmente los síntomas de ansiedad, inquietud o deseos de consumo más severos. Es muy importante tener en cuenta que en cualquiera de los casos mencionados no se pueden administrar BZD hasta 24 horas después del último consumo de droga.

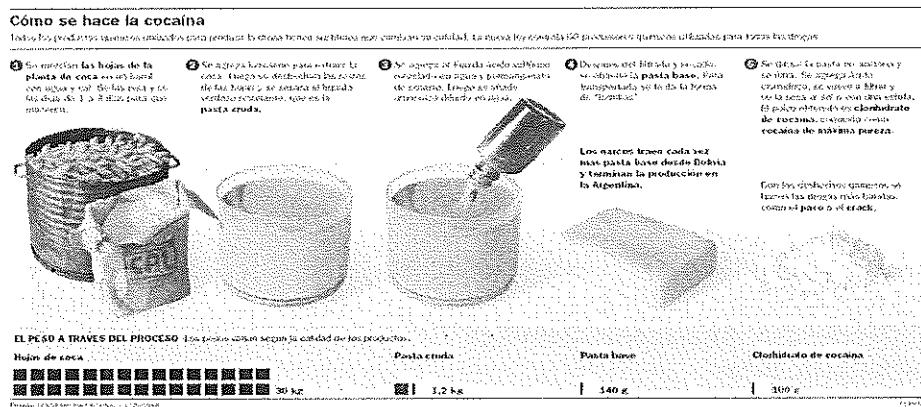
Algunos autores dividen las BZD en tres grupos según su **vida media**, mientras que el consejo de colegios farmacéuticos propone simplemente la división entre acción corta y larga. En este caso, los que se denominan de acción corta tienen una vida media en sangre inferior a 12 horas y las de acción larga una superior. Dentro de las BZD de acción larga se pueden encontrar fármacos hipnóticos, como Rohipnol (Flunitrazepam) o Dormodor (Flurazepam), y medicamentos ansiolíticos, como Valium (Diazepam), Normide (Clordiazepoxido), o Tranxilium (Clorazepato). Los de acción corta incluyen hipnóticos como Halcion (Triazolam), y ansiolíticos como Adumbran, Sobile (Oxazepam), Orfidal (Lorazepam) o Lezatin. Las BZD de acción corta y larga se diferencian principalmente por, como he mencionado, su vida media biodisponible. En la práctica, esto supone que los de acción corta tienen la ventaja de no acumularse en el organismo, y de permitir una dosificación más precisa, y así conseguir que no se produzcan somnolencias o sedación no deseada. Los de acción larga, no obstante, tienen la ventaja de que producen niveles en sangre más constantes, sin tantos picos de acción, que pueden llevar a reacciones agresivas, síndromes de abstinencia, etc. Por otro lado, aunque son mucho menos adictivos que los barbitúricos, producen síndromes de abstinencia que en el caso de las de vida media larga es más suave y prolongado, y en las de vida media corta es más breve e intenso. En consecuencia de lo mencionado, y sobre todo porque los de acción corta actúan más rápido, con más precisión, y con menos efectos secundarios, la evolución actual de la medicina es a la utilización de benzodiacepinas de acción corta (de alrededor de 5 horas para los hipnóticos y cerca de 12 para los ansiolíticos).

En la actualidad, los más recetados son los de acción corta, sobre todo alprazolam, lorazepam y lormetazepam, por su tiempo de acción (unas 12 horas) y porque no interfieren con el metabolismo hepático de otras sustancias ni tasan tanto al hígado.

Cocaína

La cocaína fue por primera vez sintetizada (extraída de las hojas de la coca) en 1859 por el químico alemán Albert Niemann. En 1886, la droga logró mayor popularidad cuando John Pemberton incluyó las hojas de coca como ingrediente en su nuevo refresco: la Coca-Cola. Los efectos eufóricos y vigorizantes sobre el consumidor ayudaron a elevar la popularidad de la Coca-Cola a comienzos de siglo. El consumo de cocaína aumentó en la sociedad y los peligros de la droga poco a poco se volvieron más evidentes. La presión pública obligó a que en 1903 la compañía Coca-Cola eliminara las hojas de coca de su refresco. En la década de los 70, la cocaína surgió como la nueva droga de moda para los artistas y hombres de negocios. Parecía la compañera perfecta para un viaje por el carril de alta velocidad. Suministraba "energía" y ayudaba a la gente a permanecer "alerta". La cocaína se produce y exporta principalmente en la región andina, aunque algunos países africanos han empezado también a producir y a exportar la droga. El nivel de pureza de la cocaína en el momento de la importación suele rondar el 85% y suele llegar al consumidor con una pureza del 35% o menos. Se suele consumir "esnifada" aunque hay personas que la fuman también. Se suele vender en sobrecitos o bolsitas de un gramo o 0,5 gramos en nuestro país. Es muy habitual consumirla junto con alcohol, lo cual aumenta sus efectos dañinos. La combinación de alcohol y cocaína,

al entrar en contacto con el hígado, provoca la aparición de una tercera sustancia, el cocaetanol, que incrementa la toxicidad y duración de sus efectos (potencia los efectos de la cocaína) y se incrementan los riesgos de padecer trastornos de tipo depresivo o muerte súbita. También se puede inyectar de forma subcutánea, pero esto destruye el tejido cutáneo rápidamente y produce ulceraciones muy desagradables.



Es un estimulante de **acción rápida, intensa y de corta duración**: los efectos aparecen rápido y duran entre 30 y 45 minutos, si bien la estimulación puede alargarse durante más tiempo. Presenta, además, una acción anestésica local. Entre sus efectos principales destacan:

- **Euforia** y exaltación del estado de ánimo.
- **Ausencia** de fatiga, de sueño y de hambre.
- **Disminución de las inhibiciones**, por lo que la persona suele percibirse como alguien sumamente competente y capaz.
- **Aceleración** del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial.
- La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una **bajada caracterizada por cansancio, apatía e irritabilidad**.

La cocaína tiene un efecto energético tanto en el cuerpo como en la mente. La dopamina ayuda a transmitir información entre neuronas. La dopamina es liberada en el centro de refuerzo del cerebro, que es el sistema que asocia los sentimientos de placer con ciertos tipos de comportamiento, como comer, beber y practicar sexo. Esto hace que quieras repetir estos comportamientos. La cocaína demás de identificar la acción de la dopamina, también puede estimular el centro de refuerzo del cerebro y despertar sensaciones placenteras.

Efectos a Corto Plazo:

Pérdida de apetito

Incremento del ritmo cardíaco, presión sanguínea y temperatura corporal

Estrechamiento de vasos sanguíneos

Incremento del ritmo respiratorio

Pupilas Dilatadas

Patrones de sueño perturbados

Náuseas

Hiperestimulación

Comportamiento extraño, errático, a veces violento

Alucinaciones, hiperexcitabilidad, irritabilidad

Alucinaciones táctiles que crean la ilusión de insectos desplazándose bajo la piel
Euforia intensa
Ansiedad y paranoia
Depresión
Intensa ansiedad por tomar droga
Pánico y psicosis
Convulsiones, ataques y muerte repentina por dosis altas (incluso por una sola vez)

Efectos a Largo Plazo:

Daños permanentes a los vasos sanguíneos del corazón y el cerebro
Presión alta, que ocasiona ataques al corazón, apoplejía y la muerte
Daño renal, pulmonar e hígado
Destrucción de los tejidos de la nariz si es inhalada
Si se fuma, fallos respiratorios
Enfermedades infecciosas y abscesos si se inyecta
Desnutrición, pérdida de peso
Grave deterioro de los dientes
Alucinaciones auditivas y táctiles
Problemas sexuales, daño a los órganos reproductores e infertilidad (en hombres y mujeres)
Desorientación, apatía, agotamiento confuso
Irritabilidad y alteraciones del humor
Frecuencia incrementada de comportamiento peligroso
Delirio o psicosis
Depresión severa
Tolerancia y adicción (incluso después de consumirla sólo una vez)

A nivel físico, la cocaína, como estimulante poderoso que es, produce daños derivados principalmente de mantener al cuerpo trabajando a un ritmo frenético durante largos períodos de tiempo. Daña permanentemente los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, sobre todo del corazón y el cerebro. Daña el hígado y los riñones, y por el grave perjuicio que va provocando al corazón, la presión sanguínea aumenta crónicamente, con todos los riesgos cardíacos y neurológicos que ello implica. Esto puede por supuesto ser mortal, como en el caso de las arritmias o las isquemias. También se va produciendo desnutrición y abandono de la higiene y el orden en el adicto ya que la droga bloquea el apetito y su obtención suscita más interés en la vida del adicto que cualquier otra cosa. Adicionalmente se va necrosando el tejido de la nariz, se dañan gravemente los dientes y las encías, y se contraen todo tipo de infecciones. También se produce infertilidad, impotencia, problemas de erección, pérdida de deseo, y otros problemas sexuales, por causas tanto físicas como psicológicas. A nivel mental, la doble acción agonista de la dopamina que produce, resulta en daños permanentes al sistema de recompensas del cerebro y por tanto en el comportamiento. El adicto se vuelve irritable, emocionalmente inestable, tendente a la depresión, y empieza a tener ideas paranoicas, movimientos involuntarios a causa de la agitación nerviosa, y delirios que se pueden convertir en suicidas. También se producen otras consecuencias mentales como insomnio, pérdida de memoria y capacidad intelectual, graves daños en la capacidad de concentración, anorexia nerviosa, y bulimia. Emocionalmente, el cocainómano se vuelve incapaz de sentir empatía, intimidad, cercanía o afecto, y se va encerrando cada vez más en un círculo de comportamiento obsesivo y paranoide que le aleja eventualmente por completo de las relaciones humanas normales.

Se producen graves daños en la capacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias, tanto por las consecuencias físicas mencionadas como por la incapacidad afectiva del

individuo. Así mismo, frecuentemente se adquieren en la adicción a la cocaína extraños comportamientos sexuales que crean hábitos muy dañinos en el comportamiento íntimo. El egocentrismo del adicto se convierte en total, y eventualmente es capaz de transgredir cualquier barrera para mantener su estilo de vida. Este además requiere de mucho dinero, ya que es una droga cara, y eso condiciona mucho la vida del adicto, que suele sufrir consecuencias legales o financieras en muchos casos. El dependiente acaba por ver un mundo compuesto de factores a controlar para perpetuar el consumo, y la vida afectiva que hubiera tenido desaparece por completo a largo plazo.

Anfetamina

El sulfato de anfetamina o speed es otro estimulante, derivado químico de la efedrina de 1887. Se creó para imitar a la adrenalina, y se utilizó primeramente como bronquiodilatador. Posteriormente, se empieza a utilizar médicaamente para la narcolepsia, el parkinson, la depresión, la obesidad y para el TDAH. Sus efectos son bastante similares a la cocaína, pero más prolongados. Proporciona alta capacidad de concentración, energía, alerta, aumento de la memoria a corto plazo. Crea cierta euforia, disminuye el apetito, aumenta la actividad motriz, consume lípidos. Los efectos indeseados son la ansiedad, la paranoia, agresividad, ansiedad, esquizofrenia, desgaste físico muy grande, hipertermia. La sobredosis lleva a convulsiones, alucinaciones, o la muerte. A largo plazo las consecuencias son similares a la de la cocaína, y es importante recordar que es mucho más económica que ésta.

Metanfetamina

Químicamente relacionada con la anfetamina pero significativamente más activa. Básicamente era como una anfetamina de mayor calidad. Es un gran problema en USA, pero ahora se utiliza como "ice" o "meth", una nueva forma apta para fumar. Es clorhidrato de metilanfetamina. Los efectos y peligros son como los de la anfetamina pero intensificados, habiendo más peligro de sobredosis, psicosis anfetamínica y síntomas esquizofrénicos. Se dice que la subida es más intensa que la del crack, y se producen comportamientos grotescos, agresivos y psicóticos entre los usuarios. Después del efecto, quedan sentimientos de ansiedad, irritabilidad y depresión. Al igual que con la coca, no hay dosis seguras, existiendo alto riesgo de colapso circulatorio y respiratorio, coma y muerte.

Xantinas

Las xantinas son un grupo de alcaloides con acción estimulante bastante más débil que los estimulantes ilegales, por lo que se incluyen, junto al tabaco, en la categoría de los estimulantes menores. Las más relevantes farmacológicamente son la cafeína, la teobromina y la teofilina. La más suave de ellas, la teobromina, está presente en el cacao, mientras que la teofilina se encuentra sobre todo en el té. La cafeína, que es la más popular, relevante y estimulante, se encuentra en el café, té (llamada teína), y en otras bebidas como la coca cola. Los efectos de las xantinas son muy parecidos entre sí, lo que varía es su potencia relativa. Producen efectos diuréticos y estimulantes, aumentando la presión sanguínea, sobre todo del cerebro, mediante la vasoconstricción. Aumentan temporalmente la capacidad mental y motora, y generan cierto síndrome de abstinencia, que incluye migrañas, disminución de la atención y fatiga.

Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias capaces de producir un efecto psicodisléptico, es decir que distorsionan nuestras percepciones del mundo. Se le suele llamar a este efecto “psicodélico”, y el consumo resulta en una especie de “viaje” psíquico. A pequeñas dosis alteran colores, sonidos, espacios y formas, y a grandes dosis pueden producir puras alucinaciones. Existen muchísimos tipos, de los cuales el más conocido es el LSD, seguido de las setas alucinógenas, naturalmente occurrentes en diversas variedades, y la ketamina. Otros alucinógenos son el peyote, el ololiuhqui, la amanita muscaria, el STP, el DMT, y el PCP. Hay asimismo una gran variedad de plantas que tienen efectos alucinógenos, algunas tan míticas como la belladona y otras tan cotidianas como la nuez moscada.

Las sustancias más puramente psicodélicas como el LSD o las setas no tienen normalmente unas consecuencias físicas tan graves como las de otras drogas, pero las que son anestésicos como el PCP o la ketamina, entrañan grandes riesgos, sobre todo al mezclarse con otras sustancias. Mentalmente, los alucinógenos se pueden ver como las drogas más peligrosas que existen, ya que su efecto es muy impredecible cada vez que se consumen. Con un solo consumo podrían dar lugar a psicosis y daños mentales irreversibles. Esto, por no hablar de los peligros que entraña el “viaje” en si, donde muchos sufren o causan graves consecuencia e incluso la muerte. Muchas sustancias alucinógenas pueden también causar el efecto de “revivir el viaje” largo tiempo después del consumo, a parte del riesgo de sufrir un “mal viaje”. En muchos casos hay personas que con muy poco consumo han sufrido daños psíquicos irreversibles y fatales.

MDMA Metilenedioximetilanfetamina

El MDMA afecta el cerebro aumentando la actividad de por lo menos tres neurotransmisores: la serotonina, la dopamina (neurotransmisor que regulan el movimiento, las emociones, la motivación y el placer), y la norepinefrina (neurotransmisores que afectan la frecuencia cardiaca y la presión arterial). Al igual que con otras anfetaminas, el MDMA produce la liberación de estos neurotransmisores de sus sitios de almacenamiento dentro de las neuronas, lo que resulta en una mayor actividad neurotransmisora. En comparación con la metanfetamina, el MDMA produce una mayor liberación de serotonina y una menor de dopamina. La serotonina es un neurotransmisor que juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, sueño, dolor, emociones, apetito y otros comportamientos. De modo que la liberación excesiva de serotonina produce los efectos de amplificación e intensificación de las sensaciones emocionales y percepciones sensoriales, sin embargo liberar estas cantidades grandes de serotonina hace que disminuya significativamente las cantidades de este importante neurotransmisor en el cerebro, contribuyendo así a los efectos negativos posteriores en el comportamiento que los usuarios frecuentemente experimentan por varios días después de haber tomado MDMA.

Los efectos adversos incluyen:

- Náusea
- Deshidratación
- Falta de apetito
- Sed * (El uso de éxtasis, se asocia a una actividad física prolongada –como bailar– y una temperatura ambiental alta, puede producir un aumento crítico de la temperatura corporal (conocido como golpe de calor), así como hipertensión y deshidratación. El golpe de calor es una complicación muy grave del consumo de éxtasis, que puede llegar a causar la muerte. Por

ello, cuando se consume, es necesaria la hidratación frecuente con agua, refrescos, zumos de fruta u otras bebidas sin alcohol).

- Sudoración
- Visión borrosa
- Escalofríos
- Calambres musculares
- Contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Reducción en el interés y placer sexual
- etc...

También puede ocurrir una sobredosis con la droga. En este caso, los síntomas pueden incluir hipertensión arterial, sensación de desmayo, ataques de pánico, y en casos severos, pérdida del conocimiento y convulsiones.

El MDMA puede ser adictivo. Aunque no hay indicios de que el MDMA provoque adicción física, es muy probable que algunas personas puedan llegar a adquirir dependencia psicológica a esta sustancia debido a sus efectos subjetivos. La tolerancia aumenta ante administraciones consecutivas. De manera general, se acepta que la frecuencia máxima con que es posible consumir esta droga sin que disminuyan sus efectos es de una semana. En cualquier caso, la tolerancia es menos marcada que la de anfetaminas, tranquilizantes o somníferos.

Cannabis

La marihuana es la planta del cannabis sativa, que se seca y se fuma. Las flores y hojas de la planta hembra son las que más THC contienen. El hachís, en cambio, es una resina que se forma en la parte alta de la planta cuando está en flor, que se recolecta y se comprime para formar una pasta generalmente marrón verdosa, y que también se presenta en polvo. La diferencia más importante en la práctica es que el hachís tiene por lo general el doble de tetrahidrocannabinol, el principio activo. Una cosa a tener en cuenta es también que por su presentación, el hachís es mucho más susceptible de ser adulterado.

A nivel físico, el cannabis daña mucho el sistema respiratorio, causando sinusitis, bronquitis, cáncer de pulmón, y otros desórdenes. También causa complicaciones en el sistema reproductivo, tanto masculino como femenino, provocando impotencia e infertilidad en el hombre, aumentando las hormonas masculinas en la mujer, y causando dificultades en la gestación. Desciende así mismo la actividad inmunológica a causa de la reducción de los leucocitos, y se aumenta el riesgo de cardiopatías. A nivel mental, se produce un fuerte síndrome amotivacional, pérdida de la memoria a corto plazo, dificultades para el aprendizaje, lagunas mentales, etc. En general la capacidad intelectual y cognitiva sufren tanto que se producen importantes cambios en la personalidad del individuo. Éste además sufre de desórdenes psicológicos como ansiedad, confusión general, ataques de pánico, psicosis, paranoia, y ataques de ira. Se produce poco a poco un aislamiento del individuo, que pierde sus valores, su autoestima, la conciencia, y acaba en un estado de inactividad física y psicológica que se suele asemejar al de los vegetales. Socialmente el adicto abandona toda motivación, y se convierte en nefasto empleado, familiar y amigo. Cuando no tiene la droga, tiene fuertes cambios de humor que resultan en conflictos, maltratos y otros comportamientos agresivos.

Esteroides Anabólicos

Hay varios tipos de anabolizantes, los principales son las hormonas sintéticas y los esteroides anabólicos. Anabolizante significa constructor de tejido, por lo que los esteroides anabolizantes son sustancias sintéticas que aumentan la capacidad de construir tejido, sobre todo muscular. Al ser precursores de hormonas anabólicas como la testosterona o la IGF-1, también tienden a tener efectos androgénicos, es decir masculinizantes, sobre todo en las mujeres. No obstante, en muchos esteroides se ha conseguido aumentar el efecto anabólico y disminuir el androgénico. Son sustancias que se venden legalmente con receta, en presentación oral o inyectada. Fueron concebidas para usos médicos como postoperatorios, déficit de producción de testosterona, o SIDA, pero en la actualidad se abusa de ellos ampliamente para conseguir el desarrollo de fuerza, masa muscular, capacidad de recuperación aumentada, y agresividad en los deportes y otras actividades.

Los esteroides anabólicos aumentan los niveles de hormonas masculinas, por lo que son particularmente contraproducentes para las mujeres. Producen cambios como engrosamiento en sus órganos sexuales, interrupción del ciclo menstrual, y desarrollo de características varoniles muy incómodas, como vello facial, acné, piel más gruesa y áspera, voz más grave, músculos y huesos faciales hiperdesarrollados, etc. En caso de embarazo es absolutamente nefasto para el feto. Los hombres a largo plazo sufren esterilidad, impotencia, ginecomastia, disminución de testículos, etc. En el caso de consumidores adolescentes, que son muchos, la particular gravedad es que la hipertrofia muscular retrasa o detiene el crecimiento estructural.

Además, en todos los consumidores en general, producen hipertensión, agresividad, aumento del colesterol dañino, daños hepáticos y cardiacos, tumores, hemorragias, osteoporosis e interrupción del crecimiento óseo. A nivel psicológico, se daña gravemente la capacidad de sentir empatía, se dañan las relaciones personales a causa de la agresividad y la obsesión (por no mencionar problemas legales), y se desarrollan trastornos como la paranoia y la dismorfofobia.

Abuso – es la utilización de las drogas en una forma que genera consecuencias negativas en la vida del consumidor. Se caracteriza por un aumento de la tolerancia a la sustancia, ya sea en frecuencia de uso o cantidades administradas. En fármacos, se entiende como abuso cualquier uso que exceda del necesario para el tratamiento que se administra. No obstante, es importante tener en cuenta que el hecho de que la dosificación esté prescrita médicaamente no implica que no pueda existir abuso, ya que, por ejemplo, el paciente puede exagerar los síntomas para conseguir una dosis mayor, incluso inconscientemente.

Tolerancia- es la necesidad de aumento progresivo de las dosis o frecuencias de administración de una sustancia para conseguir el mismo efecto. Varía ampliamente entre sustancias e individuos, y puede ser de naturaleza física o psíquica. En ciertas sustancias, el aumento de tolerancia a diferentes acciones de la sustancia es variable. Por ejemplo, en el caso de las BZD, se desarrolla mucho antes tolerancia a los efectos hipnóticos que a los ansiolíticos.

Dependencia – una persona dependiente ha desarrollado una necesidad, ya sea física o psicológica, de consumir una sustancia, a pesar de estar teniendo consecuencias negativas por su consumo. Siempre va acompañada de un síndrome de abstinencia al discontinuar el uso, ya sea físico o psicológico. Estos síntomas varían enormemente según la sustancia y el grado de dependencia, desde la falta de energía o migrañas por no haber tomado café, hasta, por ejemplo, un delirium tremens al detener el consumo de alcohol. La dependencia suele llamarse también adicción, sobre todo cuando se habla de dependencias más severas. Para

determinar el grado de dependencia, se intenta determinar el grado de negación, obsesión, pérdida de control, y de consecuencias negativas que existe en el consumidor.

Toxicidad – es la capacidad de una sustancia de producir efectos adversos en el organismo. Cuanto más tóxica es una sustancia, más daño puede hacer al cuerpo. En nuestro caso, es importante recordar que las sustancias muchas veces tienen una toxicidad más elevada por estar “cortadas” habitualmente con otras sustancias, como por ejemplo, cuando se mezcla la cocaína con pesticidas.

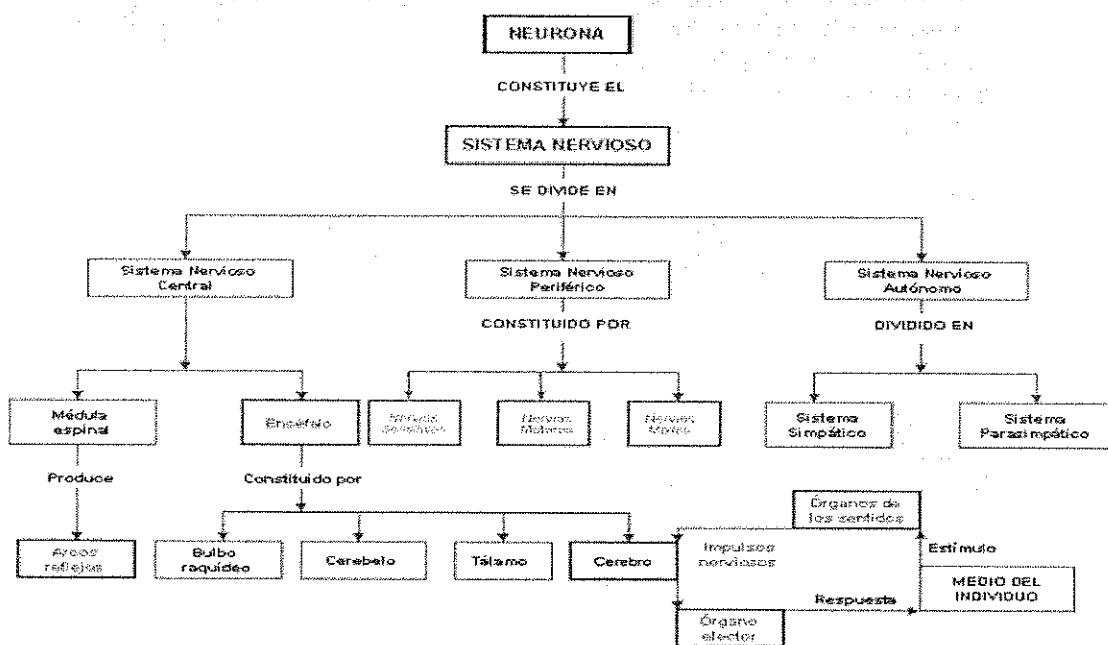
Abstinencia – significa no consumir una sustancia. Cuando hacemos esto y hay dependencia, aparece el síndrome de abstinencia, que provoca efectos adversos físicos o psicológicos (o ambos) a causa de que el organismo (incluyendo la mente) reclama la sustancia para volver a la homeostasis que ahora depende de la droga. Este síndrome varía enormemente en naturaleza, duración e intensidad, según la sustancia y el grado de dependencia. Puede ser tan severo que lleva a la muerte si no hay supervisión y tratamiento médico. Va disminuyendo gradualmente, y aunque varía mucho entre sustancias, los efectos más severos suelen desaparecer al cabo de unos días.

Sobredosis – es una dosis tan elevada de una sustancia, que en lugar de producir solo los efectos buscados tales como euforia, analgesia, etc, llega a producir severas consecuencias. Por ejemplo, puede ser un coma etílico, taquicardias, o incluso la muerte. No hay dosis establecidas para esto ya que depende mucho de la tolerancia que se haya desarrollado, de niveles de pureza, del peso corporal, etc. El aumento de tolerancia puede ser tan elevado que después de un periodo de abstinencia, consumir la dosis habitual puede llevar a la muerte.

SISTEMA NERVIOSO, CEREBRO Y NEUROTRANSMISORES

El Sistema nervioso regula todas las funciones corporales manteniendo la homeostasis en todos los tejidos vivos. Regula el sistema endocrino, musculoesquelético, inmunológico, digestivo, cardiovascular, reproductor, respiratorio y excretorio. Transmite las sensaciones entre el cerebro y la medula espinal y todo el resto del cuerpo. La información del entorno proviene de los cinco sentidos, y también se procesan otras sensaciones internas como hambre, sed, dolor, temperatura, y percepción posicional.

Mapa Conceptual Estructura del Sistema Nervioso



Sistema Nervioso Central

Médula espinal

Es una prolongación del cerebro por el que transitan billones de impulsos sensoriales y motores desde el encéfalo hasta el resto del cuerpo y de vuelta. Está protegida por las vértebras, que a su vez están enlazadas y amortiguadas por capas de membranas denominadas meninges, y por el líquido cefalorraquídico.

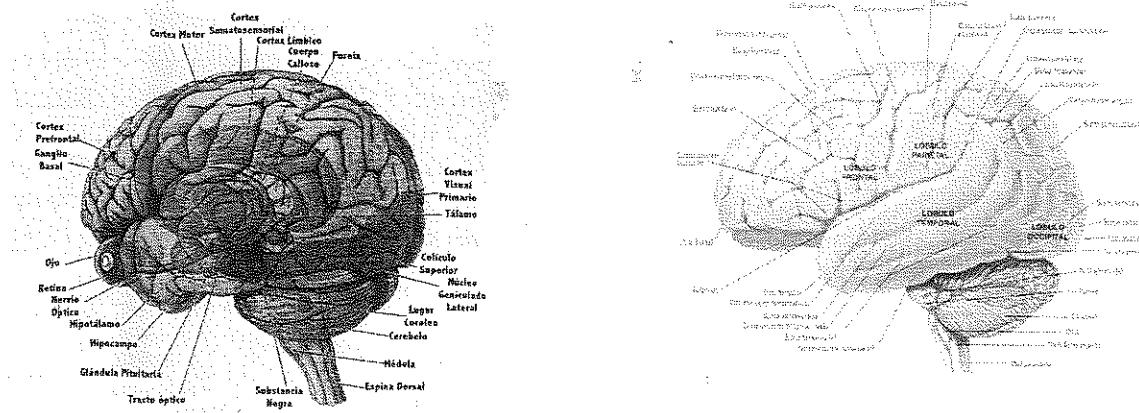
Encéfalo (coloquialmente Cerebro)

Compuesto por agua, células gliales y neuronas.

Guardamos en él toda la información del desarrollo evolutivo de la humanidad. 75-85% de agua. Actúa como conductor de las cargas eléctricas.

Las células gliales son un soporte estructural y funcional del cerebro. Las más numerosas y también relevantes para nosotros son los astrocitos, que facilitan la construcción de nuevas conexiones sinápticas que nos permiten aprender nuevas conductas y creencias, formando nuevos circuitos neuronales. Hay unas cien mil millones de neuronas, 50mil entran en una punta de alfiler. Se clasifican según su forma, localización, dirección de conducción de estímulos, o por sus neuritas. Uni, bi, y multipolares.

El cerebro pesa unos 1300 gramos en los hombres y es 6x mayor en relación al cuerpo que en cualquier otro mamífero (excepto delfines). Se ha ido plegando sobre sí mismo para almacenar toda la información. Según Paul Mc Lean tiene 3 partes con su propia inteligencia, memoria, subjetividad, etc.



Cerebro Reptil

Es el tronco del encéfalo junto con el cerebelo. Es el más primitivo (400 millones de años) y constituye la mayor parte de la masa cerebral de los reptiles y anfibios. Es grande, contiene más de la mitad de las neuronas y tiene estructura trilobular. Sus neuronas tienen el mayor número de conexiones del cerebro, lo cual le permite controlar muchas funciones sin utilizar la percepción consciente. Importante papel en ciertas conductas emocionales complejas.

Es responsable de:

- La coordinación
 - Los movimientos
 - Percepción inconsciente del movimiento y orientación.
 - Regula respiración y ritmo cardiaco.
 - Funciones internas – vísceras y glándulas.
 - Conductas primitivas basadas en instintos y reflejos.
 - Vigilia y sueño.

Tiene conectadas y memorizadas todas las conductas automáticas, y puede llevar estas a cabo sin que intervenga el pensamiento consciente. No puede acometer nuevas situaciones y comportamientos sino que trata de hacer aquello para lo que está programado ya que supuestamente asegura nuestra supervivencia.

Cerebro Medio

Aparece hace 300 millones de años. Es llamado sistema límbico o mesencéfalo y está formado por el tálamo, hipotálamo, glándula pituitaria, glándula pineal, hipocampo, amígdala y los ganglios basales. Es nuestro sistema nervioso autónomo, el que regula funciones automáticas como:

- Temperatura corporal
 - Digestión
 - Nivel de glucosa en sangre
 - Niveles hormonales
 - Presión arterial

Se le llama cerebro emocional y también cerebro químico ya que procesa información y regula la química glandular para producir experiencias en forma de sentimientos y emociones, convirtiéndose en fuerzas motivadoras que guían nuestro comportamiento. Además, controla automáticamente funciones como la huida o lucha, la alimentación y la reproducción.

Neocortex

Corteza cerebral, prosencéfalo, neomamífero. Hace 3 millones de años y sigue. 2/3 del cerebro. Es el asiento de la percepción consciente, el libre albedrio, sirve para racionalizar, razonar, aprender, ser creativos. Analiza, comunica, aprende, planifica, memoriza. Es el que consigue mejorar nuestro comportamiento o repetir estrategias exitosas. Sin él podríamos interpretar la información del universo pero no elegir las reacciones más adecuadas. Está interconectado con todo el resto del cerebro y lo coordina, dirige e integra gracias a contar con los circuitos neuronales más sofisticados del órgano.

Nos proporciona la posibilidad de evolucionar y avanzar en la escala evolutiva para dominar las emociones y los pensamientos para conectar con nuestra verdadera naturaleza, el ser. Tomar decisiones sirviéndonos de él nos hace más libres y representa el desarrollo espiritual.

Se compone de:

- **Cuerpo calloso:** Un puente de fibra nerviosa que conecta los dos hemisferios. Otorga la singular capacidad de ver el mundo desde 2 perspectivas.
- **Los dos hemisferios:** encapsulan literalmente al mesencéfalo y tronco encefálico. Estos se dividen en:
- **Lóbulos frontales:** acciones voluntarias, corteza motora, producción del lenguaje, libre albedrio, autodeterminación, control del destino.
- **Lóbulos parietales:** percepciones táctiles y somatosensoriales como presión, temperatura, dolor, contacto, vibración, placer percepción de la posición de las partes del cuerpo sin mirar.
- **Lóbulos temporales:** procesamiento de sonidos y lenguaje, memoria, olores.
- **Lóbulos occipitales:** corteza visual, 6 regiones que interpretan luz movimiento, forma, silueta, profundidad y color.

Sistema Nervioso Periférico

Son todos los nervios que están fuera del SNC. Hay dos tipos:

- **Nervios Craneales:** En el tronco del encéfalo. Llevan información de funciones como vista, olfato, equilibrio, secreción de glándulas, oído, expresión facial y deglución.
- **Nervios Espinales:** 31 pares emergentes a ambos lados de las vertebras. Responsable de las funciones y sensaciones de las partes corporales.

Sistema Nervioso Autónomo

Es parte del SNC y el SNP, su origen está en el mesencéfalo. Funciones involuntarias y homeostasis. Es una inteligencia subconsciente fascinante que genera las miles de reacciones electroquímicas que hacen posible nuestra vida. Se compone de:

- **Sistema Nervioso Simpático:** Huida o lucha. Aumento presión, ritmo, respiración, adrenalina, traslado sangre, posibilidades supervivencia.
- **Sistema Nervioso Parasimpático:** Opuesto al SNS. Anabólico.
- **Reflejos:** Como apartarse al quemarse. Dirigido por cerebro reptil y antiguo.

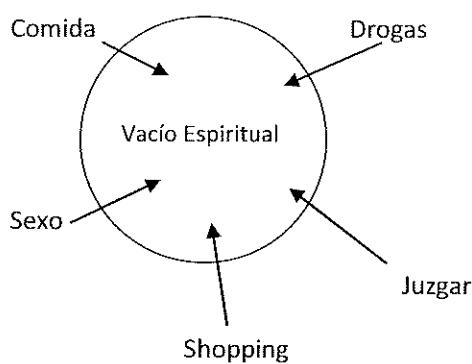
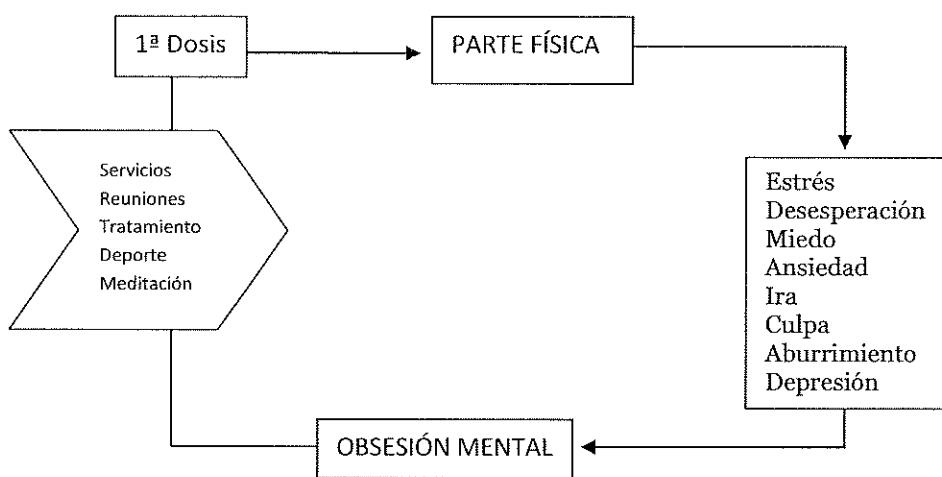
Neurotransmisores

Son mensajeros químicos que llevan la información entre las neuronas y a otras partes del cuerpo a través de la sinapsis en forma de impulsos eléctricos. El axón tiene unas minúsculas vesículas sinápticas que envían los neurotransmisores a la dendrita de la otra neurona donde se une a un receptor específico.

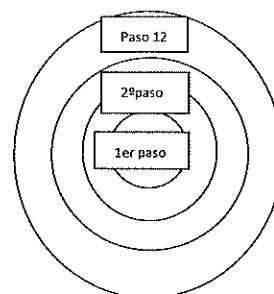
- GABA: inhibidor + importante. Disminuye la posibilidad de desencadenar un potencial de acción, evitando la sobreexcitación y el desequilibrio. Mejora el sueño.
- Oxido Nítrico
- Acetilcolina: memoria, recompensa, SNA, programación del sueño.
- Dopamina: hipotálamo. Excitación simpaticomimética. Es la recompensa del cerebro a una acción positiva así que es fundamental para aprender nuevos comportamientos. Si no hay dopamina no queremos el nuevo comportamiento.
- Melatonina: glándula pineal. Neurohormona sintetizada a partir de la serotonina que incide en ciclos de sueño.
- Serotonina: glándula pineal. Induce a la vigilia, regula apetito, deseo sexual, etc inhibe ira y agresividad.
- Endorfinas varias: glándula pituitaria e hipotálamo durante el ejercicio físico, la excitación, el dolor, el consumo de alimentos picantes o chocolate, el enamoramiento y el orgasmo, y son similares a los opiáceos en su efecto analgésico y de sensación de bienestar.
- Glutamato: excitador + importante. El + común. Fundamental en la memoria. Un exceso mata neuronas. Adictos...

CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD

- El modelo del alcoholismo como enfermedad se originó en Usa con Benjamin Rush en 1875 y a Thomas Trotter en UK en la misma época.
- Aún así, cuando Silkworth en 1930 lo describió como una enfermedad que radicaba en el fenómeno de la “alergia” física al alcohol, fue muy controvertido. Quedó convencido de esto después de tratar a + de 50.000 alcohólicos en el hospital de towns.
- La adicción es una enfermedad.
- Una enfermedad es una condición que desmejora y aparta a las personas de los patrones normales de salud.
- La parte física de la enfermedad es la alergia física, que es una reacción anormal a algo.
- Esta se manifiesta como compulsión después de la primera dosis.
- La parte mental es la obsesión.
- Esto implica también que es espiritual. Es un comportamiento repetitivo que nos dice que una sustancia o comportamiento nos quitará nuestro malestar interior. (estrés, ansiedad, miedo, depresión.) Se convierte en un ciclo.

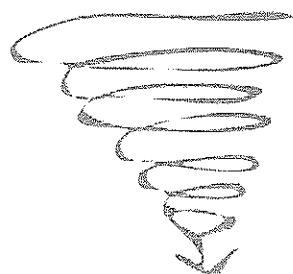


Al no funcionar esto, + drogas



Jung explica a Bill W. que el alcohólico es alguien con una gran sed espiritual. Empieza un peregrinaje sin meta como el de arriba, y posteriormente deberá buscar la espiritualidad vs adicción. La espiritualidad implica responsabilidad, autodisciplina, y es una relación íntima

con nosotros y lo que nos rodea. Abarca las actitudes, opiniones, ética, moral, amor, fantasía, confianza, filosofía, calidad de vida, comunidad, arte, pero no enfoca de primera mano la religión, simplemente podría ser una cosa más de la lista. Es la función más elevada del ser humano, la entereza, lo que el adicto ha perdido. Esto compone la búsqueda espiritual de la recuperación, que se trata de desarrollar actitudes sanas, madurez, comprensión, superar retos (crisis).

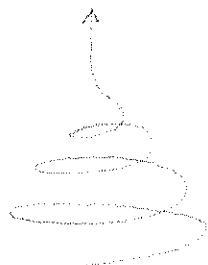


El adicto tiene a causa de la ingobernabilidad de la adicción, un comportamiento contrario a sus valores y a su autorespeto, lo cual lleva a vergüenza, humillación, y a cuestionar su propio valor humano. Posible autodestructividad.

Proceso de destrucción, perdiendo contacto con el ser, con los demás, con dios.

Tocar fondo = potencial de cambio

m
a
d
u
r
e
z



Recuperación = Autoreparación. Enmendar relación contigo, con otros, con dios.

Primer desertar espiritual. Rendición, aceptación.

HISTORIA Y FILOSOFIA DEL MODELO MINNESOTA

Origen

Surgió alrededor de 1950. Antes de eso sólo existían las desintoxicaciones médicas o los ingresos en hospitales psiquiátricos como atención para los alcohólicos. Entre 1948 y 1950, la “Experiencia Minnesota” cambió eso, con la fundación de 3 centros pioneros en el tratamiento de adicciones en el estado de Minnesota: Pioneer House, Hazelden y Wilmar State Hospital. Hoy en día continúan con un trabajo clínico sistemático para perfeccionar este nuevo modelo integral de atención al adicto y sus familiares. Fue muy controvertido y ha creado una verdadera filosofía de intervención. Incluía los siguientes supuestos básicos:

Signos y Síntomas del Alcoholismo. La negación de la existencia del alcoholismo es un problema tanto por parte del enfermo, como por parte de médicos, amigos y familiares. Se unificaron los criterios de diagnóstico de esta enfermedad haciendo hincapié en las características que comparten todos los alcohólicos, beber en exceso y las consecuencias dañinas, independientemente de factores culturales, personales, etc.

El Alcoholismo como Enfermedad. Desde que se enviara en 1978 la hipótesis de que al alcoholismo es una enfermedad al congreso de USA, su fundamento ha sido la falta de control sobre la conducta del beber y la dependencia patológica a pesar de sus efectos negativos.

El Enfermo no es Culpable. A pesar de no tener evidencia médica concluyente, desde entonces se planteó que debía haber congruencia entre la consideración del alcoholismo como enfermedad y el no responsabilizar a la persona de ella. La implicación terapéutica de este planteamiento ha sido fundamental para el modelo Minnesota.

El Alcoholismo como Enfermedad Multifacética. No se debe ignorar la complejidad de los efectos patológicos que acompañan al alcoholismo. Es fundamental trabajar primero con la adicción, pero también se debe ayudarle al mismo tiempo a afrontar otros problemas vitales agobiantes.

El Alcoholismo como Enfermedad Crónica y Primaria. Fue esencial la por entonces radical idea de que el alcoholismo es una condición independiente, primaria y crónica, convirtiéndose el tratamiento en una intervención directa sobre ella.

La Educación de la Comunidad. Casi toda la comunidad niega la adicción. Por eso vieron la necesidad de desarrollar programas educativos que hoy en día se dirigen fundamentalmente a familias y empresas. Ayudan a nivel preventivo, crean conciencia, y ayudan a reconocer peligros, mitos y prejuicios.

El Concepto de la Químico-dependencia. Llamada dependencia de sustancias por el DSM-IV en 1995. Es el concepto correcto para no decir sólo adicto, que podría ser emocional, o a la comida p.ej. El alcohol es igual que otras drogas.

La Estructura del Programa de Tratamiento

Primer programa progresivo y estructurado con una serie de conceptos, estrategias y fases:

Conceptos

El Cuidado. El foco del modelo sería el cuidado y no la curación para ayudar al adicto a gestionar su condición crónica.

La Filosofía de AA. Se adoptaron como filosofía básica los conceptos de AA, y es fundamental para ayudar a los profesionales no adictos a acceder a la personalidad del adicto.

Comunidad Terapéutica. Se decidió que lo mejor sería que los pacientes vivieran en un espacio clínico, con un ambiente totalmente estructurado y una serie de actividades organizadas. La estrategia sería propiciar cambios conductuales para modificar el estilo de vida adictivo, y ya que el tratamiento sería corto, debía ser intensivo.

Equipo Multidisciplinario. Se amplió el modelo médico, formando un grupo que incluía a médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, sacerdotes y a alcohólicos en recuperación. Estos últimos actuarían como “consejeros”, acercándose a los adictos y sirviéndoles de modelo.

Criterios para seleccionar a los consejeros:
5 años limpio sin recaídas
Miembro motivado, activo y respetado
Relajante para los pacientes
Sentirse cómodo con los profesionales
Que no disfraze o adultere el programa de AA
Compromiso de honestidad
Identificación con las experiencias

Estrategias de Tratamiento

Grupo Basado en Tarea. Se comprobó que en un ambiente de grupo altamente estructurado y orientado hacia una tarea, pocos pacientes pueden evadir por mucho tiempo su problema primario. En ellos, los consejeros alcohólicos, a través de la identificación logran la confianza del paciente para dar respuestas abiertas y honestas. Por ejemplo, el grupo rápidamente acaba enfocado en cosas críticas relacionadas con el alcoholismo, como resentimientos, negación, culpa, etc.

Grupo de Compañeros. Fue un gran descubrimiento hecho gracias a AA, entender que en un ambiente estructurado, personas que comparten problemas crónicos se pueden ayudar mutuamente aunque no lo puedan hacer por sí mismos.

Conferencias Didácticas. Se entendió que al igual que en AA los miembros viejos enseñan a los nuevos, era muy efectivo desarrollar una serie de conferencias didácticas que ayudan a los pacientes a escuchar cosas que les pueden hacer entender su situación sin estar expuestos ante los demás.

Las Fases Básicas del Tratamiento

- 1. Aceptar la impotencia ante el alcohol y las drogas.** Es el primero de los 12 pasos de AA, en él se ayuda al paciente a entender que su vida se ha vuelto ingobernable a consecuencia de su impotencia ante la adicción.
- 2. Reconocer la necesidad de cambio.** Se le ayuda a entender que un cambio de conducta es esencial para la supervivencia, que tiene la capacidad para hacerlo, y que apoyarse en el programa es fundamental para ello. Se le introduce a los programas de doce pasos.
- 3. Planear para actuar.** Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que debe cambiar para poder vivir con su enfermedad positiva y constructivamente.
- 4. Acción.** Ayudar a la persona a convertir este entendimiento en acción para desarrollar otro estilo de vida. El modelo Minnesota incluye un programa de cuidado continuo.

Normalmente se trabajan en los 28 días – 7 semanas estos 4 primeros pasos, y Paradox lo suele hacer previo el paso a terapia de grupo.

Programa Familiar

Se entendió que un programa completo debe ofrecer ayuda para la familia e incluirla en el tratamiento. Se diseño un programa para incluir todas las personas significativas que pueden ser amigos o jefes también. Aprenden a modificar actitudes y respuestas inadecuadas a la conducta del adicto. También aprenden a como recibir al adicto después del tratamiento y a empezar a vivir su propia vida en lugar de centrarla alrededor del adicto (límites). Conferencias, sesiones de grupo, se recomiendan grupos de autoayuda.

Cuidado Continuo

Se desarrollo un programa para que al salir del centro el adicto siguiese en contacto y contara con una red de apoyo organizada. En esta fase suele ir a terapia de grupo semanalmente o según sea posible en la práctica. La mayoría regresa directamente a su entorno con la recomendación de ir a AA o NA y buscar padrino, mientras que otros van a casas de medio camino, continuando bajo tratamiento e integrándose gradualmente a la vida laboral, etc. Normalmente el contacto se extiende hasta un año, pero cuando hay HWH se alarga.

- En los centros de día, la metodología es igual pero el paciente vive en casa y entre semana asiste a diario a tratamiento. En este caso el tratamiento suele durar de 8 a 16 semanas. A veces pueden trabajar un poco, pero no es recomendable.

La Entrevista Terapéutica

Trámites previos al comienzo del tratamiento:

Buscar el centro
 Entrevista diagnóstica
 Analítica
 Desintoxicación si es requerida
 Entrevista con equipo multidisciplinar antes de conocer al terapeuta; se le remite informe.

Hay que hacer que el paciente se comprometa con un tratamiento apropiado y funcional (matching). El centro define quien la realiza según los recursos. Normalmente es el psicólogo, trabajador social o terapeuta. Se le hace un cuestionario detallado para dependencia de sustancias y luego un test de dependencias (DSM4, evaluación objetiva y reconocida). Se tienen en cuenta todos los factores que se tendrán que ir evaluando de forma continua a lo largo del tratamiento.

Cualidades del entrevistador:

- Tono de voz cordial y amable en ambiente respetuoso y seguro.
- Tiene en cuenta los principios básicos del modelo Minnesota.
- Trata al paciente como un enfermo emocional y no un culpable.

El cuestionario abarca:

Cuestionario sobre Sustancias

- Historial de uso de sustancias del paciente
 - Consumo habitual, último consumo.
 - Consecuencias en su vida.
 - Opinión y uso de ellas. Lo ve como un problema?
- Síndrome de abstinencia
- Historial de tratamientos anteriores, programas
- Motivación para el tratamiento
 - Razones por las que busca ayuda en este momento
 - Por quien te sientes presionado?
 - Por qué justo ahora?
 - Que está dispuesto a hacer para no consumir, para recuperarse
 - Que motivaciones hay en este momento

Cuestionario sobre Aspectos Médicos

- Enfermedades mentales o físicas
- Uso farmacológico

Cuestionario sobre Aspectos Familiares

- Parejas, hijos, divorcios, amantes, con quien vive.

Cuestionario sobre Aspectos Laborales

- Trabajo, despidos, dificultades, caos, paro, adicción a él.

Cuestionario sobre Aspectos Económicos

- Cuánto gana, deudas, caos, otros recursos económicos.
- Cuánto gasta en consumir.

Cuestionario sobre Aspectos Emocionales y Mentales

- Obsesividad
- Tendencias suicidas
- Sentimientos

Cuestionario sobre Posibles Conductas Compulsivas

- Promiscuidad
- Adicción al sexo
- Problemas relacionados con la alimentación
- Violencia, automutilación, problemas con la ley
- Adicción al juego

Pautas y Contrato Terapéutico

En esta parte entra la familia. Se les da a conocer las reglas con las que se relacionarán durante el tratamiento intensivo, como:

- Aspectos económicos y forma de pago
- Aspectos prácticos: ropa, dinero, visitas, llamadas
- Participación de la familia en el tratamiento, compromiso de acudir a programas para familiares.
- Información sobre el concepto de enfermedad, prevención de recaídas e importancia de la abstinencia.
- Autorización para tests de orina.
- Normas.

MODELO MINNESOTA Y DINÁMICA DE RECUPERACION

HISTORIA DEL ALCOHOLISMO Y LOS COMIENZOS DE AA

Eventos Notables del uso del Alcohol a través de la Historia

El alcohol es una de las drogas más antiguas, y siempre ha causado problemas a algunas personas mientras que la mayoría bebe socialmente con éxito. En la historia, empezaron a surgir las críticas respecto a estos bebedores con problemas, y conceptos equivocados como que el bebedor problema es débil, loco o pecador.

La antigua biblia ya describía con familiaridad al bebedor problemático, e incluso los jeroglíficos egipcios mostraban a personas con aparentes dificultades etílicas. Los griegos y los romanos también describieron problemas con los alcohólicos, y ya en el siglo X se escribieron las primeras leyes de restricción, para convertirse eventualmente en el problema sobre el que más leyes se han escrito jamás. Los colonizadores como Colón fueron extendiendo el alcohol por el globo, hasta que existe en todo el mundo y cada cultura ha ido desarrollando sus propias costumbres para beber. En general, los mayores problemas se encuentran en entornos donde beber fuertemente es aceptable.

El primero en afirmar que el alcoholismo es una enfermedad fue Benjamin Rush, el padre de la psiquiatría americana, pero este paradigma fue rechazado por la mayoría.

El Movimiento de Temperancia

El alcohol se había convertido en un gran problema alrededor de los 1800, con un uso extendido y muchas muertes. Entonces comenzó el movimiento de temperancia en 1813 que dio lugar a la sociedad americana de temperancia en 1826. Fue el primer intento de USA de tratar con el problema de la bebida. La idea original era la temperancia pero para 1836 ya había cambiado a total abstinencia. Lyman Beecher fue el líder ideológico, y esta ideología era prevenir que los jóvenes beban, mantener temperantes a los temperantes y dejar a los borrachos que fueran desapareciendo. No obstante, al cambiar la idea a la abstinencia total, algunos de los principales financieros retiraron su apoyo y comenzó a desaparecer, dando paso a un nuevo movimiento.

El Movimiento Washingtoniano

En 1840 nació el movimiento Washingtoniano en Maryland. En muchas cosas fue muy parecido a AA. Se componía de alcohólicos que entendían el propósito de ayudarse mutuamente. No obstante, al crecer, no se aferraron a su propósito original y sus miembros se mezclaron en otros asuntos como la abolición de la esclavitud. Ello dio lugar a la décima tradición de AA.

Tenían una cuota para los miembros, y pronto se organizaron para compartir sus experiencias personales, además de celebrar reuniones públicas para atraer nuevos miembros. La gente se unía a la sociedad y firmaban una promesa de abstinencia absoluta. El principio central era el de aprecio y compasión por el borracho. Se convirtieron en promotores de las aspiraciones más altas de la naturaleza del hombre, el amor, y la dignidad. Tenían el poder de:

- Ayudar a los borrachos sin esperanza.
- Producir reformados con una gran determinación para llevar el mensaje.
- Reavivar el interés por la sociedad de temperancia.

Crecieron tremadamente, y para 1843 había penetrado las regiones más importantes del país. Se estima que rescataron a unos 150.000 borrachos y tuvieron más de 600.000 miembros, aunque después de 1845 empezaron a desaparecer.

- Introdujeron nuevas ideas sobre el alcoholismo y su naturaleza.
- Abrieron casas de acogida para los miembros de la sociedad.
- Desarrollaron la idea de dar testimonios compartiendo su experiencia, su fortaleza y su esperanza, que es el fundamento de AA en la actualidad.

Desaparecieron principalmente porque se mezclaron con el movimiento general de temperancia, ya que dejaron de poner énfasis en las experiencias personales para ponerlo, por ejemplo, en intentar detener la producción y venta de alcohol. Básicamente, lo que les faltaba era un plan de acción bien planeado para lograr sus metas. También es de notar que aunque concebían la espiritualidad como una solución al problema, no lo comprendían claramente como una enfermedad.

El Movimiento Emmanuel

A pesar de que no incorporaba el concepto de enfermedad, fue el primer grupo que evidenció la existencia de factores psicológicos en el problema de la bebida (Boston, 1900). Fue fuertemente influenciado por el libro *Las variedades de la experiencia religiosa* de William James. De este movimiento surgió el primer consejero del alcoholismo, Courtney Baylor, que atendía clientes cada noche por 20\$ la sesión. Era un alcohólico recuperado sin entrenamiento profesional que tenía mucho éxito, de hecho es posible que fuera el primero en desarrollar un plan de tratamiento conciso y realizable. Trabajó con Richard Peabody, que después, en 1930, escribió *El sentido común de beber*, usado por el grupo Oxford y leído por los fundadores de AA. Decía en el que beber era un deseo de escapar de la realidad, y que las reacciones satisfactorias al alcohol son extremadamente satisfactorias para ciertas urgencias psicológicas básicas. Resultaba en dos sensaciones: calma, compostura y relajación; y satisfacción, autoconfianza, auto importancia. Entendió que en algunos individuos producía una reacción anormal, envenenando su sistema nervioso y dando lugar a unos patrones con serias consecuencias. Es posible que esta idea influenciara a Silkworth para sus comentarios en *la opinión del médico*. Fue parcialmente responsable también por introducir la palabra alcoholismo, aunque a fin de cuentas, a pesar de innovar en los factores mentales, Baylor y Peabody no comprendían el alcoholismo como una alergia y una obsesión.

El Grupo Oxford

Movimiento espiritual no solo para alcohólicos fundado en 1918 por Frank Buchman, un ex director de colegio para niños de Philadelphia, al que posteriormente se incorporó Sam Shoemaker. El reverendo Shoemaker fue un importante ideólogo cuyas ideas fueron absolutamente fundamentales para escribir los 12 pasos de AA. Este grupo se ha comparado al Cristianismo del primer siglo. No tenían estructura ni cuotas, sus reuniones se conocían como "fiestas de casa", y pertenecían a él personas de todas clases y religiones. Estuvieron involucradas personas tan influyentes como el presidente Harry Truman. Su filosofía influyó a la de AA, con estas misivas:

Principios

1. Honestidad Absoluta
2. Pureza absoluta
3. Generosidad absoluta
4. Amor absoluta

Procedimientos

1. Compartir pecados y tentaciones con otro cristiano entregado a dios
2. Entregar todo en la vida al cuidado de dios
3. Restituir el daño que hemos hecho
4. Escuchar la voluntad de dios y cumplirla en todos nuestros actos

4º y 5º Paso: Admitimos la naturaleza exacta de nuestras faltas.
 3er Paso: Entregamos nuestra vida al cuidado de nuestro PS.
 8º y 9º: lista y enmiendas de los daños.
 11º: Conocer la voluntad de dios y la fortaleza para cumplirla. Bill W modificó los procedimientos para quitarle entonación religiosa, con el fin de no ahuyentar a alcohólicos para los que "rendirse", "restitución" o verse enjuiciados era inaceptable. Cambió "pecados" por "inventario moral", Dividió el 3er procedimiento en dos y usó el término "enmendar", etc. Añadió el paso 1 y el 12, y ya había programa de acción completo. Bill, Bob, Rowland y Eddy eran miembros del grupo Oxford.

Prohibición

1919: La 18^a enmienda a la constitución prohíbe la producción, venta y distribución de alcohol. Se creyó que el problema era el alcohol y no el alcoholismo. Gran error. Aumentó el crimen organizado, murió mucha gente por consumo de productos no regulados, y no se detuvo el consumo. Finalmente Roosevelt anuló la medida por motivos puramente económicos y muy poco había cambiado.

Rowland Hazard y Dr. Carl Jung

En 1930 el prominente y joven banquero Rowland H fue a Suiza para ser tratado por Jung (Silkworth empezó en Towns al mismo tiempo). Finalmente, ante la falta de éxito duradero, Jung le explicó a RH que consideraba que la única solución para la mente de un alcohólico era tener una experiencia espiritual vital. Le recomendó que se situara en un ambiente religiosa y le recomendó Variedades de la Experiencia Religiosa. Así, en el Grupo Oxford se libró finalmente de la compulsión.

Ebby Thatcher

En Julio de 1934 Ebby fue a pasar el verano en Vermont, donde conoció a Rowland, a Shep Cornell y a Cebra G. que le contaron sobre el grupo Oxford. Después de un incidente, el juez dejó a Ebby al cargo de Rowland y se quedó con él un tiempo para luego irse a NY con Shep, permanecer sobrio e involucrarse con la misión del calvario. Cuando le hablaron de que Bill estaba peor que nunca, fue a verle y le dijo que trataría de creer en su propio concepto de Dios, cambiando “el mensaje” por uno espiritual en lugar de religioso.

Bill Wilson

Nació en 1885. Sus padres se divorciaron a sus 10 años. En la academia Burr-Burton conoció a Ebby. También se enamoró y su amada murió, lo cual le afectó mucho. Estuvo después en una escuela militar, se casó con Lois Burham, y fue segundo teniente en la 1^a guerra mundial. A los 22 probó su 1^a copa y decidió abrir las puertas de su corazón al alcohol. Después de sus historias con la bolsa, en 1933 llegó al hospital de Towns y conoció a Silkworth, director médico desde 1924. Silkworth le explicó que después de tratar a 50.000 alcohólicos tenía un promedio de recuperaciones del 2%, y que pensaba que el alcoholismo era una alergia combinada con una obsesión mental y compulsiva para beber. Fue la primera vez que Bill oyó que su alcoholismo no era falta de voluntad o un defecto moral, sino una enfermedad legítima.

Luego Bill continuó bebiendo, para que a finales de Noviembre de 1934 Ebby le transmitiera el mensaje. Siguió bebiendo unos días pero hizo caso a la recomendación de Ebby y visitó el grupo Oxford. Luego siguió bebiendo y finalmente volvió por su propio pie y borracho al hospital de Towns el 11 de Diciembre de 1934 para su última desintoxicación. Allí llegó a la derrota total y se entregó por completo, sintiéndose en la presencia de un poder que no era de este mundo. Estaba dispuesto a aceptar al “Dios de los predicadores”. Ebby le visitó y le llevó una copia de *variedades de las experiencias religiosas*. Con este libro Bill entendió claramente que era posible tener experiencias personales aparentemente imposibles y qué es lo que le había ocurrido a él. Tuvo una nueva meta en la vida: **Ayudar a otros alcohólicos a recuperarse del alcoholismo.**

Trabajando con los Demás

Bill no perdió el tiempo y empezó a asistir a las reuniones del GO en la MdelC, y los alcohólicos sobrios empezaron a convertirse en un grupo dentro del grupo. Bill convenció a Silkworth para ayudar a alcohólicos hospitalizados, y durante esta experiencia Silkworth le enseñó algo que sería trascendental: Que dejará de predicar con su experiencia espiritual y que les hablará más sobre el concepto de la enfermedad. Así el milagro empezó a ocurrir.

Dr. Bob Smith

En mayo de 1935, después de un negocio fallido, Bill se encontró en Akron, Ohio triste y sólo. Buscando alcohólicos con los que compartir, encontró al reverendo Tunks, el miembro más fuerte del GO en Akron. Así llegó finalmente hasta Henrietta, quien le presentó a Anne Smith y al Dr. Bob (todos ellos miembros del GO). El 12 de Mayo de 1935 Bill y Bob se conocieron por 1^a vez. Bill le dijo cosas que el informado Bob ya había oído en su mayoría, pero no de la boca de otro alcohólico con el que se podía identificar.

Bill se quedó a vivir con ellos 3 meses. Durante ese tiempo, Bob tuvo una recaída a las dos semanas yendo a una convención en AC, y finalmente tomó su última cerveza (facilitada por Bill) el 10 de Junio de 1935 y empezó AA.

Empieza AA

Durante los tres meses juntos, Anne, Bob y Bill dedicaban las mañanas a meditaciones según los procedimientos del GO. Hacían silencio, leían literatura, decían oraciones, y eso fue fundamental para la creación de la estructura de las reuniones de AA. En el hospital de Akron buscaron al 3er miembro, Bill Dodson, “el hombre en la cama”. En Agosto Bill volvió a NY, AA fue creciendo y separándose del GO, llegó a Cleveland... Empezaron a trabajar en el libro grande en 1937, y después de su publicación recibieron el nombre de AA.

Carl Jung

Bill le considera uno de los fundadores de AA. Su encuentro con RH fue el primer eslabón en la creación de AA. Su humildad y experiencia fue decisiva según Bill en la carta que le escribió en Enero de 1961.

Jung pasó del psicoanálisis de su mentor Freud a lo que llamó “psicología analítica”. Desarrolló la idea de lo “introvertido” y “extravertido”, la “inconsciencia colectiva”, y los “arquetipos”. Estudió mitología y ocultismo, y decidió que estaba en desacuerdo con algunas de sus propias teorías básicas. Probablemente contribuyó a sus teorías sobre el alcoholismo que relató a Bill en carta en Enero de 1961. Jung veía la solución como algún elemento religioso, y Bill también reconocía intuitivamente eso de laguna manera, pero la cautela por la experiencia de los Washingtonianos le hizo cauteloso al opinar sobre cosas que controlaba el clero, así que AA se convirtió en un programa más espiritual que religioso.

Jung dijo también en su carta que pensaba que el deseo imperioso que sentía Rowland era equivalente a la “sed espiritual de nuestro ser por alcanzar la unión”. Pensaba que el alcohol no siempre se bebe para escapar u olvidar, sino por la percepción de que hay un Dios y que no es el hombre. Sus filosofías, creadas para los que no eran capaces de “resistir el resplandor deslumbrante de la verdad” contribuyeron de manera especial a los 12 pasos y por eso probablemente somos “guiados” a través de ellos por padrinos. Añadió que la experiencia espiritual sólo es legítima cuando nos ocurre en realidad, y puede ser de las siguientes formas:

1. Súbita. Por medio de un acto de gracia.
2. Gradual. A través de un contacto personal y honesto. Como RH en el GO.
3. Educativa. Con una educación superior de la mente cuestionando la razón.

Le dijo a Bill que un principio del mal (la separación y el deseo) domina el mundo llevando la necesidad de la unidad a la perdición, por lo que debe ser contrarrestado por una verdadera percepción religiosa o por la protección de una comunidad humana. Un hombre por sí solo no puede resistir el poder del mal. *Spiritus contra Spiritum.*

Mientras que las personas experimenten la falta de un despertar espiritual directo, el dilema de quién son ellos, dónde están, a dónde van, les causará un aumento de conflictos neuróticos.

Cuando nos movemos de un estado de conciencia a otro, obtenemos conocimiento válido de la realidad, y esto nos facilita la auto transformación.

William James

El padre de la psicología americana, Bill se había dado cuenta de que el alcoholismo nos consume como lo haría una enfermedad. Cuando Bill tuvo su experiencia vital personal, le preguntó a Silkworth si había enloquecido, y éste respondió que no, que se aferrara a su experiencia. Cuando después le dieron el libro VER de WJ, entendió que la desesperación (tocar fondo) era un regalo necesario para estar preparado para tener una experiencia espiritual, y que casi todas tenían en común el sufrimiento, dolor y calamidad. La entrega resultante fue descrita por WJ como un momento crucial para la vida religiosa, ya que lo veía como poner nuestra conciencia a merced de poderes más ideales que nosotros, lo cual conduce a nuestra redención. A su vez, las experiencias de AA han Enriquecido grandemente a VER en posteriores ediciones.

Silkworth le dio a Bill la información necesaria para entender su propio alcoholismo, y WJ le dio la que necesitaba para entender su inesperada experiencia espiritual. Sus ideas influenciaron mucho el libro grande y los 3 primeros pasos.

WJ era hijo de un Swedenborgiano, estudió medicina como minusválido, y después evaluando su propia crisis empezó una carrera en psicología y filosofía muy influyente. Bill considera los cuatro momentos de la fundación de AA:

- Encuentro de RH y Jung en 1931
- Ebby visita a Bill en la cocina en Noviembre de 1934
- Experiencia espiritual de Bill y descubrimiento de VER de WJ.
- Reuniones y conversaciones entre Bill y Bob.

James nombraba dos puntos de coincidencia de todas las religiones (creencia universal):

- 1. **Moral.** El Problema: La inquietud de que hay algo inconveniente en la manera de ser de nuestra naturaleza.
- 2. **Mística.** La Solución: Nos liberamos de lo incorrecto al conectar con poderes superiores a nosotros.

Fuera de los límites de cada hombre... existe un poder superior que es propicio para él y sus ideales. Todo lo que se requiere es que el poder sea diferente y superior a nuestra propia conciencia.

MODELO MINNESOTA Y DINÁMICA DE RECUPERACION

CARACTERÍSTICAS DE UN CENTRO MINNESOTA

Debe tener:

- Unos **Profesionales**: p.ej. Terapeuta, psicólogo, médico, sacerdote, psiquiatra, asistente social o trabajador social, enfermeras.
- Unas **Dependencias**: fuera de la ciudad, entorno rural, habitaciones acondicionadas, enfermería, etc.
- **Normas**, pautas. No tener relaciones sexuales, no consumir, no violencia, trato cariñoso y respetuoso, abstinencia total.
- **Tratamiento**: tipos de tratamiento.
- Una **metodología** de tratamiento.
- Con unas **estrategias** terapéuticas.
- **Terapia de grupo**

Un centro Minnesota se caracteriza por ser un lugar cerrado que ofrece un tratamiento intensivo (generalmente) de 28 días, al que los pacientes acuden para dejar de consumir. Por ello debe también disponer de enfermería. Primero se hace una entrevista al adicto, y después a los familiares, para poder planificar el tratamiento, y después se le desintoxica si procede antes de iniciar el tratamiento.

TIPOS DE CENTROS CERRADOS MINNESOTA

- 1) **Privados**: fundación (apoyadas por instituciones). El mayor del mundo es Hazelden, con más de 600 profesionales contratados.
- 2) **Ayuntamientos**: subvencionados por éstos. Remiten a los adictos que piden ayuda mediante las redes sociales, ofreciendo ayuda también al resto de la familia en su caso.
- 3) **Estatales**: subvencionados por el estado. Concebidos para dar tratamiento a los adictos que representan un peligro para la sociedad o para ellos mismos. Es un tratamiento obligatorio, por lo que tiene ciertas normas y reglas especiales.

Todos requieren un “permiso de apertura”, que requiere una gran cantidad de recursos que varía según el país.

DESINTOXICACIÓN MÉDICA



REQUIERE DETOX

DESINTOXICACIÓN

Se separa del resto de los pacientes, agrupando a los que se van a desintoxicar en el área de enfermería. Cuando es necesario administrar BZD, se hace durante 7 a 10 días como mucho en conjunción con vitaminas B.

El Papel del Médico: puede ser un médico general o psiquiatra. Hace analíticas para monitorizarla situación bioquímica del paciente y evitar crisis como ataques epilépticos. Los alcohólicos pueden sufrir en este periodo inflamaciones que pueden ser tratadas con acupuntura. Durante la detox, el médico informa mediante charlas o videos de las consecuencias producidas en el organismo por el consumo. Prepara mentalmente al paciente para que sepa lo que le está ocurriendo desde una perspectiva física, y le explica la importancia de la alimentación. Se le da cariño al paciente, enfocando todo desde el punto de vista de la enfermedad. Finalizada la desintoxicación médica, el paciente ya está listo para incorporarse a la terapia de grupo.

El Papel del Sacerdote o Asesor Espiritual: Existe para los casos en que los pacientes tienen problemas que no se pueden tratar en la terapia de grupo porque están relacionados con la ley, por ejemplo. En estos "casos delicados" el terapeuta envía al paciente a hablar con el sacerdote, a veces incluso bajo confesión. El adicto debe librarse de todos sus secretos para evitar la recaída.

A veces los casos de violaciones o suicidios se tratan como casos específicos en privado, con un terapeuta del mismo sexo si procede.

1º FASE DEL TRATAMIENTO MINNESOTA ESQUEMA

1) CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LOS PROFESIONALES

2) EL TRATAMIENTO PROPIAMENTE DICHO

- TERAPIA DE GRUPO
- EJERCICIOS QUE SE HACEN EN LA HISTORIA DE VIDA
- CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR EL CONSUMO EN TODAS LAS ÁREAS DEL PACIENTE

3) DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA

- DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD
- CURVA DE JELLINEK
- TRABAJO DE LOS CUATRO PASOS DE TRATAMIENTO

1) CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DEL PROFESIONAL (TERAPEUTA)

Básicamente debe conocer todas las características y cuestiones de la terapia de grupo, como normas del paciente, características del terapeuta, etc. Además debe tener en cuenta que un proceso de tratamiento siempre es dinámico, ya que la metodología a aplicar siempre

En Paradox se suele pasar la primera fase con tres meses de abstinencia

dependerá de la fase en que se encuentre el paciente. Además, éste no puede pasar a la siguiente fase hasta que no cumpla los requisitos de la anterior.

ASPECTOS QUE EL PROFESIONAL DEBE TENER EN CUENTA EN EL TRATAMIENTO

- 1) **Abstinencia Total** – Se aplica un tratamiento libre de drogas desde el día 1, administrando medicación sólo en casos extremos. El paciente debe aceptar esta condición.
- 2) **No Aceptación** – El adicto no siempre acepta el alcance de su enfermedad ni colabora plenamente. Puede reaccionar provocando al terapeuta, puesto que su negativa autoimagen le hace pensar que los demás le quieren castigar. El terapeuta le está enseñando un proceso totalmente nuevo. El paciente viene pensando que es malo y conflictivo. El terapeuta le tratará con respeto pero con normas, límites, compromisos, disciplina y responsabilidad, enseñándole sobre su enfermedad para que se pueda recuperar. Le mostrará sus miedos, sus reservas, sus resentimientos, su culpabilidad y su vergüenza.
- 3) **El Proceso de Duelo** – Al dejar de consumir está dejando algo a lo que está muy apegado. Experimenta un proceso de pérdida múltiple de
 - a. Las drogas y sus efectos
 - b. Los amigos de consumo
 - c. Actividades relacionadas con el consumo (prostitución, negocios, etc)
 - d. La identidad ligada al consumo

Hay que identificar y ayudar al paciente a trabajar todos estos aspectos perdidos.

EL PROCESO DE DUELO

Fases:

- 1) Negación - Negociación
- 2) Rabia – Ira – Enfado – Negación
- 3) Dolor – Tristeza
- 4) Aceptación
- 5) Liberación

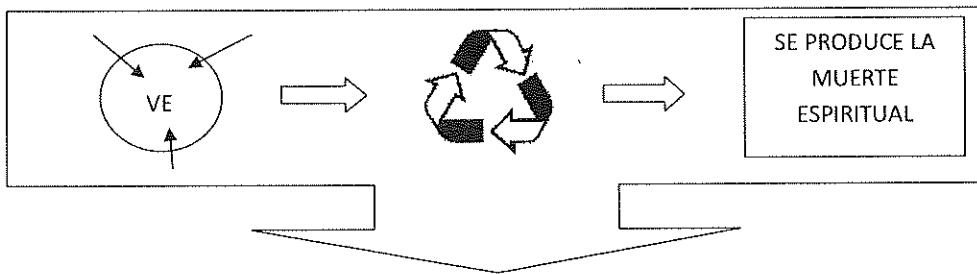
Se puede estar en varias fases al mismo tiempo. Está dentro del primer paso, y es el proceso de desprendimiento natural e inevitable del adicto. Es una herramienta psicológica muy valiosa, cuya función es proporcionar apoyo, aprendizaje y ayuda para superar el dolor. Importante recordar que:

- 1- No todas las personas pasan por todas las fases, pero sí que debe llegar a la aceptación.
- 2- No todos recorren el proceso de la misma manera.
- 3- No todos utilizan el mismo tiempo.
- 4- El terapeuta debe procurar un equilibrio en el tiempo del proceso, que sea razonable, y que además empiece cuanto antes. Si el paciente está receptivo (acepta el 1er paso) y el terapeuta está estructurado y motivado, en 3º 6 meses se puede completar este proceso. Después de la liberación, vendría el 2º paso, sólo no puedo.

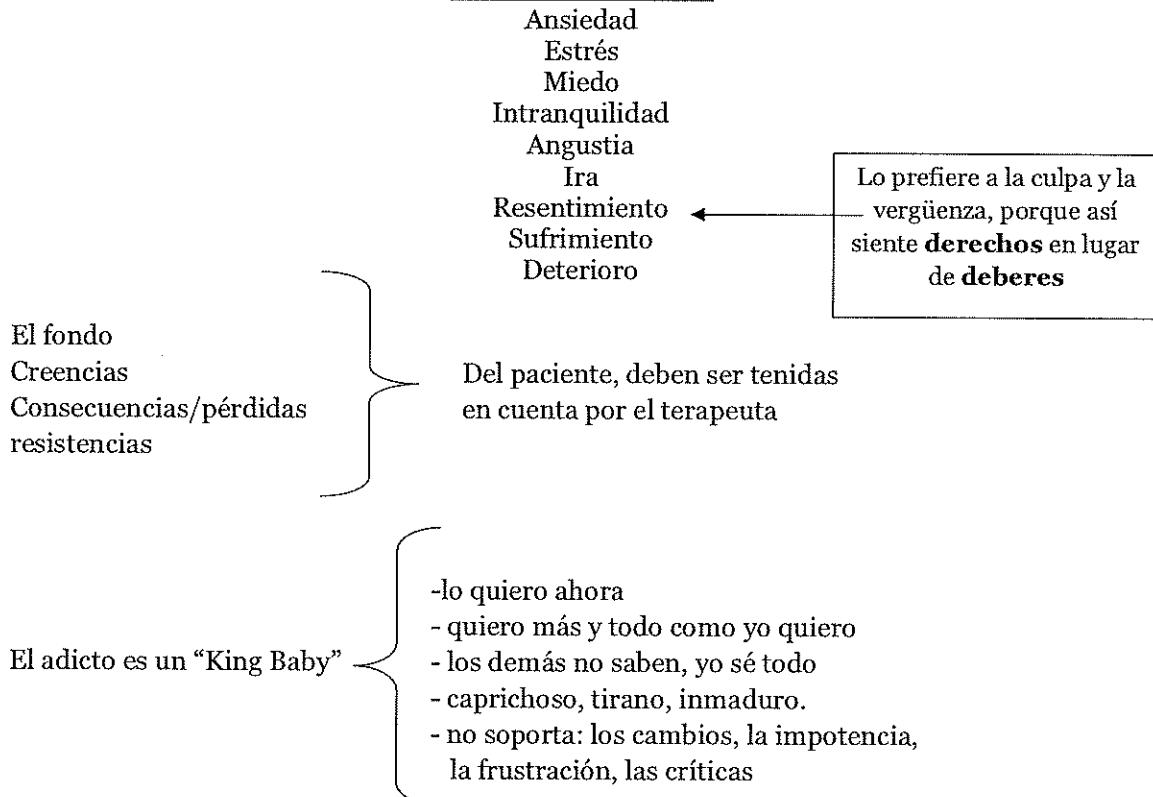
La Negación es la defensa primaria del paciente. El terapeuta no confronta, sino que a través de ejercicios va trabajando la negación del paciente. Si no hay aceptación, no podrá librarse de la ingobernabilidad. Despues de todo esto, que puede llevar varias semanas, el paciente puede escribir una carta de despedida a las drogas.

- 4) Acuerdo total del paciente con el tratamiento** – Esto es muy sospechoso, e indica que el paciente posiblemente no regrese. Es importante hablar de las dudas y discrepancias como algo normal, ayudando al paciente a tomar conciencia de sus dificultades y a entrar en acción.
- 5) La identidad negativa del adicto** – tiene una creencia aterradora y dramática sobre sí mismo, con mucho miedo interno, lo cual se materializa en grandiosidad y autosuficiencia (es su defensa). Al perder su identidad de consumidor, surge más miedo interno, miedo al cambio, ya que se pregunta quién es y quien será. Por esto se le suele llamar la enfermedad del miedo. Se le ayuda a encontrar las consecuencias negativas y el sufrimiento en todas las áreas de su vida.
- 6) Familiares del paciente**
- a. Están más enfermos de lo que dicen
 - b. El terapeuta debe tener en cuenta la negación familiar, realmente se creen lo que dicen.
- 7) Patrón Común de todas las adicciones en dos aspectos**
- a. Autodestrucción
 - b. Apego al sufrimiento
- 8) Gran Dificultad por parte del adicto para manejar: (importante)**
- a. **Alegria:** siente euforia (estoy en forma, puedo solo) Esto es porque lleva años de consumo sobreviviendo, sintiendo miedo, autorechazo y terror interno. Cree que merece caos, ingobernabilidad, autodestrucción y apego al sufrimiento. A causa de esta creencia, no puede manejar la alegría, y al encontrarse con eso tiende a volver al pasado.
 - b. **Tristeza:** siente miedo (no puedo, es imposible) Como está acostumbrado al miedo, piensa que no tiene derecho a la alegría, al amor, a la paz, a tener éxito, a la autonomía, ni a sentir respeto, libertad, gratitud, a ser feliz, a tener expectativas, ni a pensar que es bueno. Les enseñamos que ellos tienen estos derechos y que los demás también los tienen. Les sacamos de su egocentrismo, enseñándoles que todos tenemos los mismos derechos y obligaciones. Debemos animarles a poner y recibir límites, a tener y pedir respeto, sinceridad...
- 9) Personalidad del Paciente Adicto (Conductas y Rasgos)**
- **Vivir con riesgo;** necesita adrenalina. Al dejar de consumir, rápidamente la busca en cualquier parte: estrés, ansiedad, azúcar, sexo, liderazgo.
 - **Egocentrismo;** el adicto tiene el ego sobredesarrollado. Presenta grandiosidad, narcisismo, desconexión, vacío espiritual. Al no poder llenar su vacío, nunca tiene suficiente. A esto se le llama "la aventura de la vida". Es la aventura del sexo, dinero, poder, juego, relaciones, codependencia. El estrés es la primera y última droga que tomamos.

El consumo en sí mismo también desconecta. Los puntos 9 y 10 se suman y se duplica la desconexión. Esto desconecta y refuerza, llevándonos a pensar en círculos de forma que vamos descendiendo al nivel de los instintos básicos de supervivencia. Se activa la obsesión, que es la repetición de los pensamientos. Consuma lo que consume, siempre va a reforzar el modo supervivencia, el miedo, y los pensamientos circulares, la obsesión.



DESCONEXIÓN



- Le fascinan la **postergación** y la **pereza**, rasgos de la personalidad adicta.

Rasgos del Adicto:

- 1) Conducta Compulsiva. Déficit de control sobre sus impulsos.
- 2) Falta de tolerancia a la frustración.
- 3) Inestabilidad e inmadurez emocional.
- 4) Defensas primitivas, mecanismos de defensa de supervivencia.
- 5) Juicio alterado de la realidad, tiene una distorsión cognitiva.
- 6) Una estructura mental que tiende a la depresión y a la negación.
- 7) Tendencia a pensar de una manera mágica o irracional.
- 8) Actitudes y conductas fluctuantes. Ambivalencia, dualidad.

La personalidad del adicto está construida con rasgos que se encuentran en los trastornos, por lo que muchas veces se les diagnostican. Por ejemplo:

- Narcisismo: Grandiosidad, arrogancia, vanidad, llamar la atención, egocentrismo, yo soy el mundo, dificultad para aceptar normas y límites, agradar, manipular (codependencia).
- TOC: Obsesión y Compulsión.
- Trastorno Fóbico: Miedo
- Trastorno Histríónico: dramatismo, atracción al sufrimiento.

El problema del adicto es él mismo, el hecho de ser adicto. Tiene la enfermedad del miedo y es egocéntrico. Esto se manifiesta en manipular, agradar, controlar, doble vida, mentir, egocentrismo, falta de responsabilidad, incapacidad de cuidar de sí mismo. Estas son sus drogas internas. Es un peligro para él.

Siempre somos codependientes antes que adictos, así que cuando desaparecen las drogas sale la codependencia. El adicto tiene miedo a hacer, a los demás, a que le descubran, a perder el control, a volverse loco, a no poder conseguirlo, a perder todo. Debemos pedir al paciente que detalle sus miedos, para después trabajar con ellos conductual y cognitivamente.

El Adicto:

- No quiere sentir.
- No quiere responsabilidad. Por eso no tolera los sentimientos, sobre todo no los negativos (la euforia, por ejemplo, si la acepta. Hay que hacer hincapié en qué es la euforia, que entienda que no es alegría).

Tiene 2 creencias secundarias importantes:

- 1) Tengo que consumir, necesito consumir.
 - 2) No soy válido.



Estas vienen de la “creencia central” de que necesita la droga porque el consumo va a cambiar su estado o situación para mejor. Esto ya no es verdad, pero funcionó en su día, por lo que tiene mucho poder. Este es el problema principal del adicto.



La solución consta de tres partes:

- 1) Dejar de consumir.
- 2) Querer cambiar.
- 3) Hacer el cambio.

Para que el tratamiento prospere, estas 3 cosas se deben dar en sucesión bastante cercana.

ASPECTOS BÁSICOS PARA ENSEÑAR AL PACIENTE EN LA 1^a FASE DE MINNESOTA

- Ser paciente es una virtud, un principio espiritual.
- Debe empezar a pedir, a ser humilde. Empezar a pedir permiso.
- Empezar a dar, a compartir.
- Aprender a aceptar los errores sin sentir culpa.
- Las consecuencias de su enfermedad y sus efectos en los demás.
- Aprender a orar, a tener un poder superior.
- Aprender a pedir ayuda. No puedo.
- Aprender humildad. No sé, estoy aprendiendo.
- Aprender agradecimiento.

Tenemos que procurar que entiendan que se rinden para ganar, que estos principios son muy valiosos para tener éxito. Hay que empezar con la espiritualidad en las cosas cotidianas, no atacarles con el concepto de Dios a mansalva. Nuestra estabilidad y autoridad amorosa es muy importante para el paciente.

Explicar al adicto:

Alimentación equilibrada muy importante.

Azúcar
Nicotina
Café

son 3 disparadores de la obsesión por el consumo, sustitutos de la droga. Se deben evitar y sustituir por otras cosas.

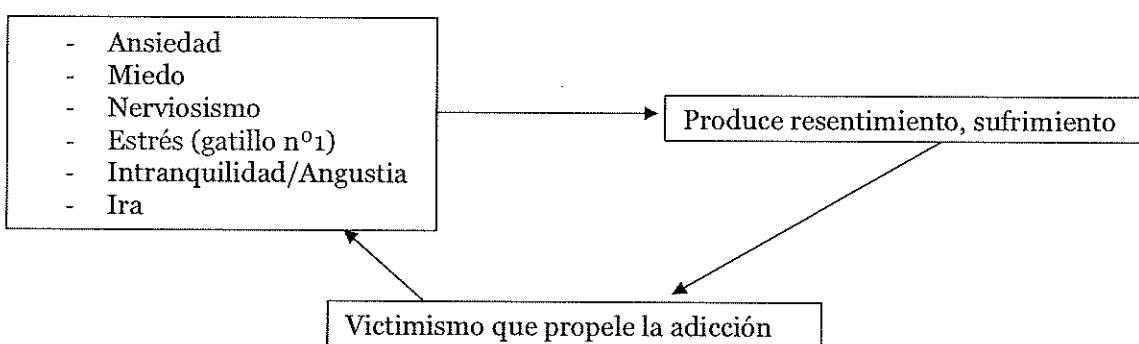
Es importante que aprenda a superar esta etapa, fortaleciendo el espíritu en lugar del ego, llevando una dieta menos tóxica.

Le vamos animando a hacer deporte.

Le podemos ayudar a ver la importancia de la respiración. Ésta nos conecta con la vida.

PAUTAS PARA REDUCIR EL ESTRÉS EN EL ADICTO

El adicto vive en un estado de consumo y desconexión, en modo alerta, supervivencia, en el cerebro reptil. Esto conlleva:



Para minimizar el estrés:

- 1) Alimentación: tranquila, frecuente, moderada y equilibrada, vigilando la gula.
- 2) Vigilar: Ira, enfado, tristeza, euforia, resentimiento.

- 3) Evitar situaciones de riesgo (estrés, consumo...)
- 4) Evitar la nicotina y otros estimulantes. Cuidado con exceso de vit. C, Pharmaton complex, Red Bull, etc.
- 5) Promover deporte, respiración, relajación.

ADEMÁS

Buscar dentro, no fuera. Él es la causa de sus problemas. Tiene que empezar a mirar adentro, en lugar de culpar al exterior. Esto es doloroso, y le debemos explicar que es un proceso sanador, de re-despertar y tomar conciencia. Empezar a hacerse cargo de sí mismo es muy importante.

Está enfermo. No es culpable de su enfermedad. Es responsable de su recuperación y tiene que empezar a hacerse cargo de ella. Le hacemos aceptar la responsabilidad desde una nueva perspectiva, la de la libertad y no la culpa.

ENFERMEDAD DE LA ADICCIÓN

Causas – síntomas - áreas

La enfermedad NO es:

- Vicio
- Debilidad
- Desgracia
- Castigo

ES:

- Un desequilibrio
- Una enfermedad que des-mejora
- Autodestrucción (compartido por todas las adicciones)
- Apego
- Sufrimiento
- Una enfermedad crónica, progresiva y mortal.

Los Síntomas:

Afecta al área:

- 1) Física
- 2) Mental – Emocional
- 3) Espiritual
- 4) Familiar

Si no deja de consumir y recibe tratamiento, le espera la muerte, la locura, la cárcel o el hospital.

1. PARTE FISICA

La Alergia o compulsión. Es un impulso irracional e incontrolable que hace que al adicto seguir consumiendo a pesar de las consecuencias. Es impotente porque ha perdido el control sobre el consumo. Es una alergia a al alcohol y a las drogas, que convierte al consumidor en un **consumidor problema**. Es un **enfermo mental**, cuya enfermedad se manifiesta en la **obsesión mental**. Cuando está bajo los efectos de las sustancias, su capacidad de razonar se altera, cambiando sus decisiones.

IMPULSO = ENERGIA = FUERZA

→ Esta es nuestra propia energía vuelta en nuestra contra.

↓
Esta autodestrucción hace que perdamos el respeto y la dignidad.

La alergia se activa con el consumo (sin consumo no se activa)

↓
El consumo activa el deseo imperioso que ordena ser saciado. Entonces el alcohólico bebe para evitar las sensaciones horribles de no hacerlo.

↓
Este deseo imperioso está fuera del control mental del alcohólico. Por eso es impotente.

↓
Por eso, la solución es no tomar esa primera copa.

La gran mentira del alcohólico es que cuando tome esa primera dosis todo estará bien. En realidad, un deseo que no se ha llevado a la acción es manejable, pero una vez que se ha tomado una dosis, no.

En el momento que deja de tomar, la enfermedad se detiene.

Se le dan al paciente unas herramientas para no tomar esa primera copa, para ponerlo en contacto con la realidad: ejercicios, llamar al terapeuta, etc.

1 copa = 1 deseo, 2 copas = 2 deseos... se inicia el craving con la 1^a, y hasta que no se intoxica no puede parar. Esto lleva a la borrachera y a lagunas mentales, que hacen olvidar el proceso.

Método: la abstinencia (medicación sólo si es absolutamente necesario).

El consumo prolongado ha producido una alteración mental; **la obsesión**:

- Hace que no pueda interpretar racional ni funcionalmente la información. Ha perdido la capacidad de elegir. No sabe lo que necesita, y piensa que lo que necesita es consumir.
- Le enseñamos que debe dejar de consumir. Su gran mentira es su falsa identidad.
- Esta mentira hace que olvide el deterioro que sufre cada vez que consume, y de la pérdida de control que tiene sobre su mente y su vida.

Por eso es muy importante la **pizarra de consecuencias**. Preguntas:

- Cuantos métodos has utilizado para seguir consumiendo y teniendo el control?
- Donde te encuentras ahora en tu consumo?

No va a poder controlar, el único modo es la abstinencia completa. Debe soltar su doble vida. Es un gran actor.

Ha ido desarrollando un hábito que le ha hecho perder su libertad. Está encerrado en su enfermedad, locura, autosuficiencia.

La manera de salir es tomar una decisión: aceptar la impotencia ante el consumo.

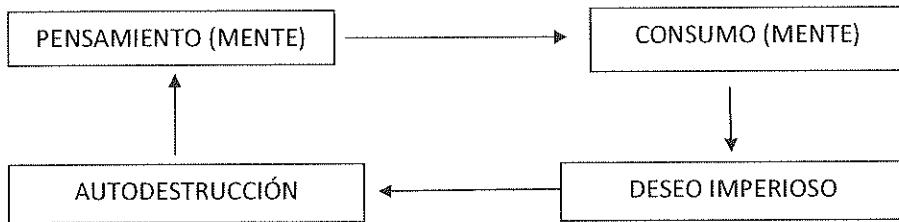
Muchos empiezan a consumir porque les gustan los efectos que producen el ellos, las sensaciones que les proporcionan, como el relax, la reducción de estrés o el estar por encima de todo.

Se acaban apartando tanto de la realidad que ya no distinguen lo que desean de lo que necesitan.

Lo que quiere → Deseo Imperioso

Lo que necesita → Parar

Como librarse del deseo imperioso:



El deseo imperioso al principio es psicológico, luego es físico, y después debemos conseguir volverlo psicológico de nuevo, trabajando con la mente y con abstinencia completa.

Alergia+D I = impotencia ante el consumo

+consumo = ingobernabilidad
No consumo = posibilidad nueva vida

La Adicción es diferente a otras enfermedades en que:

- 1) Estropea las relaciones con los seres queridos en general.
- 2) Provoca resentimientos, miedos, culpabilidad, desesperanza.
- 3) Se pierde la fe en la vida, en ti mismo, en todo.
- 4) Destroza la economía
- 5) Destroza la familia.
- 6) Se pierde el respeto a sí mismo y a los demás.
- 7) Se produce gran desconfianza y deshonestidad.
- 8) Acaban en modo supervivencia.
- 9) Se produce una doble vida y el adicto se aparta de los que puedan aportar conciencia.
- 10) El adicto acaba creyéndose su gran mentira.

Efectos secundarios del consumo prolongado:

Hígado: Inflamación, Hepatitis, Cirrosis.

Páncreas: Pancreatitis.

Cáncer de estomago, garganta y pulmón.

Envejecimiento prematuro en general.

Daños musculares, nerviosos, infecciones.

Pérdida de memoria, y sano juicio, incapacidad de toma de decisiones.

Daños en el embarazo: alteraciones mentales, respiratorias, síndrome de abstinencia, daños físicos.

2. PARTE MENTAL

Obsesión con pensamientos de consumo:

- Como conseguir la droga.
- Como conseguir el dinero.
- Como montárselo
- El alivio que sentirá

- Esta vez será diferente
- No puedo dejar de consumir
- Solo un poco.

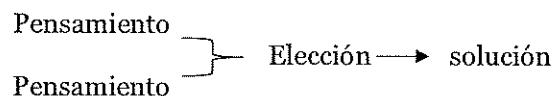
En la adicción activa, vive para consumir y consume para vivir. Pierde el sano juicio (da entereza mental o racional). El consumo daña la capacidad de pensar.

Sistema de pensamiento: Ilusión + obsesión + autoengaño = locura

Su mentira es que puede seguir consumiendo, controlando para no tener consecuencias.

Consecuencias mentales de la enfermedad:

- Baja autoestima
- Inmadurez emocional
- Cambios emocionales extremos
- Ocasionales pensamientos suicidas
- Pensamientos irracionales
- Pensamientos negativos
- Pensamientos de consumo
- Incapacidad para cuidarse en todas las áreas
- Victimismo exagerado
- Resentido con el mundo
- Gran culpabilidad
- Poco o ningún contacto con sus sentimientos
- Egoísmo



3. PARTE ESPIRITUAL

El consumo ha desconectado a la persona de su parte:

Racional – Hay obsesión	}	Esto lleva a un estado de autodestrucción
Emocional – descorriexión/miedo		
Espiritual – hay vacío		

Ha crecido el egoísmo – ha perdido el amor/la energía vital. El amor es una fuerza que nos da el impulso para vivir y tener esperanza.

Le explicamos:

- Valor para cambiar
- Esperanza de apostar por un cambio con ayuda del tratamiento
- Gratitud/agradecimiento
- Buena voluntad
- Honestidad
- Rendición
- Pedir ayuda/dejarse ayudar
- Aceptación
- Humildad

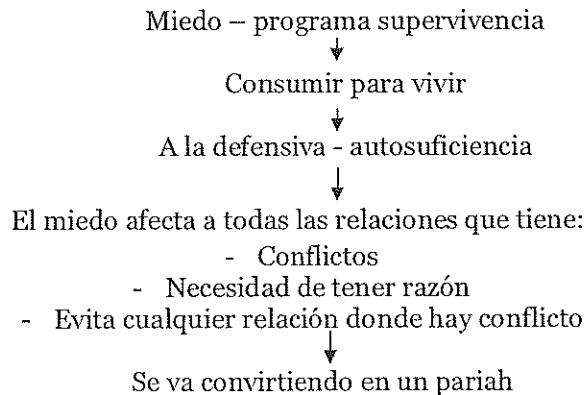
Enfermedad espiritual – las causas y síntomas se pueden diagnosticar y tratar por un consejero o terapeuta. Este evalúa los síntomas para proceder a su tratamiento personalizado. Los tres principales son:

- 1) Resentimiento
- 2) Miedo
- 3) Culpabilidad

Son el resultado del conflicto en nuestras relaciones con otras personas.

Causa:

- Desconexión del amor (miedo)
- Desconexión del poder superior (no escuchar voluntad de dios) egoísmo
- Resentidos, enfadados, autocompasivos; todo en nuestra contra.



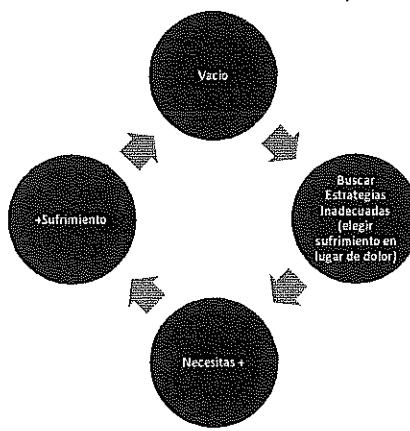
El aislamiento espiritual significa carencia de poder

```

    graph LR
      A[El aislamiento espiritual significa carencia de poder] --> B[vitalidad]
      A --> C[fe]
      A --> D[responsabilidad]
  
```

Intenta llenar este vacío con cosas = Mas vacío = soledad y sufrimiento = Adicción al sufrimiento

ADICCIÓN AL SUFRIMIENTO/SOLEDAD



Buscamos fuera: drogas - sexo - comida - sectas - actividades

La recuperación requiere: aceptación - buena voluntad - tratamiento - responsabilidad, grupos - mirar dentro - aceptar a dios - abrirse al amor

En su enfermedad, el paciente experimenta una muerte espiritual, que es una desconexión de sus emociones. Este es su vacío espiritual y su soledad. La enfermedad espiritual crea la emocional.

Todas las adicciones producen un vacío interior, que produce una muerte espiritual. El adicto deja de conectar con su energía vital (poder personal, autoestima). Se va sintiendo sólo, aislado, y se va deprimiendo, desconectándose de todo lo que le rodea.

El adicto utiliza los sentimientos y la enfermedad como una reserva, justificando sus defectos de carácter con ellos (lo hice porque estaba enfadado, lo hice porque estaba triste).

4. PARTE FAMILIAR

- 1) La adicción es una enfermedad familiar – afecta a todos los miembros en diferentes grados.
- 2) Todos los miembros desarrollan sus propios códigos o pautas de conducta para poder funcionar en medio del caos, sufrimiento y confusión que genera la enfermedad de la adicción.
- 3) La adicción afecta a la capacidad de comunicación en toda la familia:
 - No se comunican los sentimientos
 - Se siente miedo, culpa y resentimiento que no se expresa
 - Se pierde el respeto
 - Surge una comunicación de reacción, violencia y chantaje
- 4) Se siente una gran vergüenza por el alcoholismo y se oculta entre todos.
- 5) Tenemos un “elefante en el salón”. Ocupa todo el espacio y la familia lo permite, adaptándose al espacio que deja el adicto.
- 6) Hay consecuencias:
 - Emocionales
 - Laborales
 - Económicas
 - Psiquiátricas
- 7) Los hijos se convierten en niños adultos o “hijos del miedo”, condenados a repetir el drama de la adicción si no reciben tratamiento.

Plan de Tratamiento de la Familia

- 1) Explicar que sólo se puede ayudar al adicto si este quiere. Si no quiere, sí podemos ayudarle a tocar fondo. Le explicamos la alergia, la importancia de no consumir, de la rendición, y la importancia de que el adicto pida ayuda. Muchas veces, el adicto no entra en tratamiento porque la familia no le deja tocar fondo. Hay que permitir que acepte que tiene un problema, que ha perdido el control, y que tiene una enfermedad. Es muy importante que si notamos que el adicto quiere ayuda, la tenga cuanto antes.
- 2) Como se ayuda al paciente a tocar fondo? Pautas:

- Darle consecuencias
 - Poniendo límites
 - Dando amor duro
- 
- Esto es difícil para la familia

Cuando se hace esto, el adicto empieza a ver que tiene un problema y entra eventualmente en tratamiento. Por eso son muy importantes Al-anon y AlaTeen.

¿Qué implica esto? Hacer entender a la familia que deben:

1. No dar dinero
2. No mentir por el adicto ni salvarlo
3. No darle comida ni alojamiento
4. No cogerle el teléfono
5. No dejar que nos mienta, insulte, manipule, o chantaje.
6. No restar importancia a lo que pasa por vergüenza o por miedo. Hay que aceptar lo que pasa.
7. Trabajarse la culpabilidad y la pena
8. Dejar que sufra las consecuencias de sus actos
9. Divorciarnos y desheredarlos
10. No estar constantemente preocupados por su consumo, entender que ese no es su papel.
11. No dejarle manejar dinero al principio.
12. Hablar con la familia sobre la adicción con mucha naturalidad.
13. Poner límites. Darle herramientas en este sentido. Se ayuda a la familia a poner límites, y al adicto a ponérselos a ellos.
14. Hacer compromisos con el adicto
15. No salir a bares y restaurantes con el adicto.
16. Dejar de llamarle constantemente.
17. Hablar con el adicto sobre cómo se sienten respecto a él, no protegerlo emocionalmente.
18. Decirle como ven su proceso.
19. Practicar tolerancia y soltar el control.
20. No deben planear la vida del adicto bajo ningún concepto.
- 21. La familia está más enferma de lo que dice.**

A veces la familia va a ser un impedimento en la recuperación del adicto, ya que tienen mucha negación. Por eso es tan importante que adictos y familiares vayan a programas. La familia utiliza manipulación, negación, victimismo, etc.

EL ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD SOCIAL

Afecta a la economía social, a las relaciones, al trabajo. Es una enfermedad provocativa que da una imagen muy negativa. Se ve al alcohólico con pena. Ni se deja de culpar al enfermo ni se le responsabiliza de su recuperación.

La historia antes de poder llegar a la concepción de enfermedad primaria estaba plagada de prejuicios, ya que era una problemática que no se sabía donde encajar. Se desarrollaron diferentes modelos para concebirla:

- 1) Modelo Moral: Se veía a los alcohólicos como pecadores, trámosos, ladrones, mentirosos y culpables.
- 2) Modelo Psicoanalítico: Se le ve como alguien que tiene una personalidad con rasgos adictivos.
- 3) Modelo Social y de Aprendizaje: Se les ve como personas procedentes de hogares disfuncionales inadecuados, que además se juntan con otras personas disfuncionales inadecuadas. Esta perspectiva, entre 1900 y 1920 fue entregada a las autoridades y al sistema penal. Se pretendía resolver el dilema juzgando y encarcelando, debido a que eran personas inadecuadas.
- 4) Modelo de Síntomas: Se veía al alcoholismo como un síntoma de otras enfermedades o patologías.

- 5) Modelo de Aprendizaje: Decía que el alcohólico ha aprendido a consumir de una manera inadecuada y problemática, pero puede aprender a hacerlo correctamente.
- 6) Modelo Etiqueta o Condicionado: Dice que la etiqueta que se le ha puesto al alcohólico le mantiene prisionero.
- 7) Modelo Epidémico: Como su nombre indica.
- 8) Alcoholismo como Enfermedad Primaria: es una enfermedad que produce cambios y daños en el cerebro. Es crónica, progresiva y mortal. Deseo, egocentrismo, ingobernabilidad, etc, sólo son síntomas.

Ya dentro del paradigma actual, los daños que se observan en el cerebro son:

CONSUMO DROGAS = ESTRÉS = <ENDORFINAS (ADRENALINA Y DOPAMINA)

Hoy en día se sabe con certeza que el consumo de drogas produce estrés, que afecta al cerebro, y se va convirtiendo en agudo y crónico. Es una desregulación inducida por el estrés del sistema hedónico.

Estrés – RE (Respuesta de Estrés). El primero que habló del estrés fue Hans Selye (Hungría, 1907 – 1982). Dijo que el RE es una reacción universal del cuerpo ante cualquier situación de amenaza o peligro, bacterias, quemaduras, ataques, etc. Cuando se percibe la amenaza, el cerebro ordena al hipotálamo liberar CRF (Factor de Liberación Cortical). Este inmediatamente llega a la glándula pituitaria y se libera ACTH (Hormona Adrenocorticotrópica). Ésta estimula la glándula Adrenal para liberar epinefrina (adrenalina), que a su vez libera la hormona cortisol, que produce glucógeno, acelera el ritmo cardíaco y suprime las funciones inmunitarias. También se liberan opioides como las endorfinas por su efecto analgésico.

El elemento clave no está en el peligro sino en la amenaza de peligro. La incertidumbre es la principal motora de la respuesta. Selye dijo también que cualquier situación nueva genera por definición algo de incertidumbre y puede dar lugar a amenaza y respuesta. Este sistema activa la huida o lucha.

La ACTH y las endorfinas vienen de la misma molécula y conforman el mismo equipamiento neuroquímico. Las endorfinas, parte de las hormonas opioides cerebrales, actúan como morfina endógena cerebral. Constituyen un bálsamo natural para el dolor sin los efectos negativos de la heroína y la morfina.

La adrenalina y el cortisol son los principales responsables de las sustancias químicas que se producen en la respuesta al estrés. Los opioides generan sensaciones placenteras que inhiben la transmisión del dolor al cerebro. Influyen también en la modulación del apetito, la liberación de hormonas sexuales, y el fortalecimiento del sistema inmune. Cuando experimentamos bienestar, se multiplican las endorfinas y se le da el mensaje al cerebro de liberar bacterias positivas que invaden el organismo.

Formas de estimular la producción de endorfinas:

Deporte, caricias, abrazos, se producen feromonas para aumentar el atractivo de la persona. La combinación de endorfinas y feromonas producen un intenso bienestar después de una relación sexual. Otra manera es la risa, el contacto con la naturaleza, algunos tipos de yoga, música, bailar, técnicas de visualización de situaciones agradables. El agradecimiento.

El estrés es el enemigo nº1 de la recuperación. El cerebro es el principal afectado. Se calcula que se necesitan unos 10 años para que se vuelvan a producir endorfinas correctamente. La recuperación significa utilizar crecientemente el Neocortex, utilizando los pensamientos racionales para poder evaluar los problemas de una manera adecuada.

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y SISTEMA DE RECOMPENSA

La adicción genera altos niveles de estrés, y al igual que la adicción, éste se convierte en crónico. Se daña permanentemente el cerebro y sus funciones. El estrés post-traumático puede darse por:

- Adicción
- Abusos sexuales
- Codependencia
- Guerra
- Violencia
- Convivir con trastornos mentales

Es la secuela de un estrés continuo y prolongado. Se altera el equilibrio natural del organismo. Aumenta el nivel de CRF. Entonces la amenaza se percibe como un peligro de muerte. El cerebro detecta una situación de vida o muerte, por lo que cualquier cosa es válida para generar dopamina y reducir el nivel de estrés. El sistema de dopamina se va alterando ante una continua búsqueda de recompensa (en respuesta al estrés). La dopamina es un neurotransmisor inhibidor y a la vez excitador que nos permite identificar las fuentes de recompensa y por tanto de supervivencia, en el entorno. Las drogas y por ejemplo el azúcar la producen también, pero acaban alterando el mecanismo natural del cuerpo para producirla. Es, junto a la adrenalina y la noradrenalina, las 3 más importantes catecolaminas. Con niveles muy altos de CRF, se interrumpe el sistema de generación de dopamina, y con ello la capacidad de sentir placer. El cerebro se vuelve inhedónico, impedido para sentir placer.

En recuperación se recomienda no tomar café y tabaco, para no sustituir y para no estimular la recaída. Otras fuentes disfuncionales de dopamina pueden ser:

- Comportamientos
- La obsesión
- Comida
- Ira
- Violencia
- Ahorrar
- Coleccionar
- Gastar
- Deporte
- Trabajo
- Religión
- Juego
- Prostitución
- Internet, medios de comunicación
- Dormir

El adicto no se comporta compulsivamente por hedonismo, sino porque está en un modo de supervivencia. La droga es el mejor aliviador de estrés que ha conocido, y se convierte en la defensa nº1, ganando a todos los demás impulsos de supervivencia. Deja de querer sexo,

higiene, etc. Por eso es importante explicar que el adicto no es culpable, y hacer entender a la familia que ellos tampoco son responsables de la desesperación del adicto.

La necesidad de consumir acaba convirtiéndose en algo similar a respirar cuando te estás asfixiando, porque el cerebro ha acabado interpretándolo así. Por eso los adictos tienden a sustituir la droga por estas u otras cosas. Por eso hay que minimizar el estrés en la vida del adicto en recuperación. Producir dopamina de manera artificial hace que el adicto quiera más.

Una de las cosas más importantes del tratamiento es ayudar a reconocer los gatillos del estrés y del consumo, así como enseñar al adicto a enfrentar las situaciones de estrés. Las armas de la enfermedad en este sentido son el **craving** y la **negación**.

El craving se asemeja a la mente de la persona que tiene TOC. Cuando aparece, el terapeuta debe saber que el cerebro está estresado y le obliga a pensar en la droga. Hay que explicarle que para él no es una fiesta, es una cuestión de vida o muerte. Por eso no es culpable y existe una salida.

La negación es la incapacidad que tiene el adicto para ver las consecuencias de su consumo. Normaliza y quita la culpa. Él no quiere ver lo que otros sienten, y se apoya en su negación, para sobrevivir un día más, una semana, un mes... Se le llama a veces la enfermedad de la negación. Ahora se sabe que cuando el adicto siente craving está desconectado del Neocortex.

La negación hace que el adicto pueda suprimir su moral, y lo que tiene que ver con el mundo emocional. Para el adicto, las emociones se convierten en un impedimento, por eso no quiere sentir. Hay sectores que ven al adicto como a un psicópata, y es en realidad un animal.

LA NEGACIÓN (PERSPECTIVA MENTAL)

Juega un papel muy importante en la adicción. Es lo que hace difícil o imposible que podamos ver la realidad. Si cambio de droga, de trabajo, de ciudad... será diferente esta vez... Nos impide por lo tanto tocar fondo. Es una defensa para no sentir:

- Ansiedad
- Depresión
- Frustración
- Miedo
- Intimidación
- Amor
- Compromiso

Funciona como un filtro selectivo para negar o minimizar la realidad, y así sobrevivir el día a día.

RESISTENCIA = NEGACION

El alcohólico niega su enfermedad, ya que a menudo se avergüenza. Lo hace para no ver su involución, que ha dejado de amarse, que tiene deudas, que ha hecho daño, que no tiene autoconfianza, que está solo, que su vida es un desastre, que se siente fracasado y culpable. Esto es lo que hay detrás de la resistencia. Es nuestra autosuficiencia generando dopamina disfuncionalmente. Por eso es importante trabajar a corto plazo y entrar en acción, para evitar que entre en juego todo este mecanismo psicológico.

Cuando tenemos un problema y lo negamos, lo que negamos es nuestra parte emocional, nuestros traumas. Nos condenamos a vivir en el estado de supervivencia y a no recuperarnos. Una de las consecuencias más devastadoras de la negación es que nos debilita emocional y espiritualmente, dejándonos sin conciencia.

LA INGOBERNABILIDAD

Al no aceptar el alcohólico su impotencia, crea caos en su vida. La ingobernabilidad es el resultado de la no aceptación de la enfermedad. Hay ingobernabilidad:

- Emocional
 - Culpabilidad = malo= que quiera seguir consumiendo.
- Económicamente
 - Un caos total
- Trabajo
 - Bajas laborales
 - Pérdidas, despidos
 - Absentismo, accidentes
- Judiciales
 - Cárcel, multas, detenciones
- Área Familiar
 - Divorcios, rupturas (afectan a los niños)
 - Violencia, abusos
 - El alcohólico margina a la familia entera. En el 90% de las sociedades la familia se puede morir de hambre por la adicción del hombre.
- Área Social
 - Gran gasto de la sociedad
 - No ocupa su lugar en la sociedad
 - Aislamiento
 - Parasitismo
- Relaciones en general
- Sexualmente
 - Adicción al sexo, infidelidad, degradación, abusos, promiscuidad, enfermedades
- Moral/Ética
- Formación/Académica

La Ingobernable, tiene aspecto:

- a) Externo: a los demás, familia, sociedad
- b) Interno: hacia sí mismo
 - Falta de responsabilidad
 - Falta de disciplina
 - Caos/ingobernabilidad, dificultad para verla
 - Incapacidad para cumplir con los compromisos (importante poner consecuencias).

2) EL TRATAMIENTO PROPIAMENTE DICHO

ESQUEMA: DINAMICA EN LA TERAPIA DE GRUPO

1) Funciones de la Terapia de Grupo:

- 1) Proporciona a los pacientes autoconocimiento a través de las herramientas. Irán consiguiendo autonomía y libertad en su vida, adquiriendo sano juicio.
- 2) Su propósito es:

- Ser el alma que pone en marcha la recuperación
 - Es la magia, espiritualidad y libertad de la recuperación
 - Un ensayo de nuevas conductas y expresiones
 - Toma de contacto con los sentimientos
 - Identificación, lo cual le permite sentir respeto y confianza, que empiezan a abrir una puerta a la espiritualidad
 - es un terreno seguro para practicar sus nuevos principios en la sociedad (directo o indirecto).
- 3) El paciente llega desconectado, con la mente alterada, por lo que no capta algunos conceptos. Hay que transmitirle confianza en que el **tratamiento = solución**.
- 4) ¿Qué resultados esperamos del trabajo grupal?
- Rehabilitación
 - Llegar a conocerse y tener relaciones sanas (empieza a tenerlas en el grupo)
 - Respeto, identificación, seguridad, confianza, límites de todo tipo (económicos, físicos), tomar riesgos, abrirse a otros, pensar, sentir e identificar los sentimientos, comunicarse, perdonarse
- 5) Debemos saber que el recién llegado al grupo traen unas defensas, y que los que ya están tienen una actitud. Están a la defensiva, teorizan mucho, analizan mucho, cambian mucho de tema. Le catalogan de arrogante, soberbio, intolerante, sarcástico, irónico, agresivo.
- 6) La terapia de grupo siempre es dinámica. Los veteranos son los pilares de la terapia de grupo al igual que en los programas de 12p. en muchos centros se entra un día a la semana y se sale un día a la semana, así los de la 5^a semana ayudan a los de la 1^a.

2) Roles

- 1) Rol A: bromeando, sonriendo. Se llama paciente ruidoso. Está de acuerdo con todo, no quiere conflictos. Es complaciente. Son inseguros, arrogantes, poco fiables, son carentes de honestidad.
- 2) Rol B: tímido, poco comunicativo, introvertido, fóbico. Es escurridizo, quiere ir a beber agua, al baño, etc. Es arrogante y receloso.
- 3) Rol C: crítico del centro, de los pacientes, de los profesionales. No tiene paciencia, receptividad, etc. Intolerancia y victimismo, tiene actitud de estar enfadado. Defensas = miedos.

3) Pautas/Normas de la Terapia de Grupo

Los veteranos son de mucha ayuda, pero a veces surge el problema de que intentan tomar el papel del terapeuta (aconsejar, dirigir, etc). A medida que el proceso avanza, se van conociendo, y el grupo va funcionando de manera más autónoma.

- 1) duración de la terapia suele ser 4 horas al día (2 mañana 2 tarde). Suele haber una pausa a la mitad.
- 2) La terapia es dinámica, un proceso de cambio continuo. Hay que tener en cuenta que los cambios producen miedo que activa las defensas en los pacientes. Por eso la entrada es normalmente lunes y salida final de semana. En la entrada, se presentan y se les dan las reglas. En la despedida, se despiden unos de otros, y el terapeuta y quizás algún otro paciente le da algún consejo al que parte. Es algo muy emotivo, porque en el grupo se forman lazos. El grupo probablemente es la relación más íntima que han tenido nunca.

- 3) Siempre es más difícil si en el grupo todos empiezan a la vez. También es más complicado si el grupo es muy pequeño (2,3), o muy grande (+8), sobre todo si no hay coterapeuta. Todos los centros serios tienen coterapeuta. En los centros grandes también procuran utilizar el matching. En nuestro entorno, a veces hay que sacar al paciente del grupo. Puede entrar al grupo a modo de prueba, para 3 sesiones por ejemplo, pero eso no se le explica al grupo, sólo al paciente en cuestión si acaso.
- 4) Hay que recordar que la mayoría de los pacientes tienen pánico al grupo, quieren evitarlo.
- 5) El grupo representa para ellos:
 - Tomar riesgos
 - Coger confianza en otros
 - Esperanza, compañerismo, calor humano
 - Respeto, recuperación
- 6) La metodología Minnesota postula que todos los pacientes son aptos para la terapia de grupo, y no es así.

4) Funciones y Cualidades de un Terapeuta

5) Funciones y Cualidades del Coterapeuta

- 1) Recordar que la recuperación es lenta, requiere paciencia, tolerancia y desapego por parte del terapeuta.
- 2) Escuchar al paciente en toda la sesión y estar atento a los pensamientos, sentimientos y señales del paciente.
- 3) Guiar al paciente a su interior para que pueda encontrar las soluciones a sus dificultades (método Socrático).
- 4) Un buen terapeuta es cariñoso, amoroso, y se interesa y compromete con el crecimiento personal de los demás, no solo en su trabajo si no también en su vida social.
- 5) Estar presente en todo momento en la sesión terapéutica.
- 6) Ayudar a los pacientes guiándolos cuidadosamente. En lugar de concentrarse en sus defectos, les ayuda a encontrar lo mejor de ellos mismos.
- 7) Practicar empatía con el paciente.
- 8) No se responsabiliza de las elecciones del paciente.
- 9) Poner límites a los pacientes, cuantos más y cuanto antes, mejor.
- 10) Saber establecer la distancia adecuada entre el paciente y el terapeuta durante el proceso terapéutico. Esto es esencial, a pesar de la entrega.
- 11) No responsabilizarse emocionalmente del paciente ni de los familiares.
- 12) Un buen terapeuta debe saber cuáles son sus necesidades y atenderlas. Si piensa que los pacientes están para eso, se van a sentir frustrados. El paciente está enfermo y solo puede concentrarse en sí mismo. No debemos buscar reafirmación, y tampoco esperar agradecimiento, no olvidar que cobramos.
- 13) No juzgar al paciente. Esto sería reforzar su enfermedad.
- 14) Saber dejar marchar al paciente cuando quiera irse aunque no esté listo terapéuticamente.
- 15) Recordar las pautas terapéuticas a los pacientes para evitar resentimientos.
- 16) Practicar humildad con los pacientes.
- 17) Estar preparado para perder a un paciente en cualquier momento y por cualquier cosa.
- 18) Estar preparado para posibles críticas de los pacientes.
- 19) Estar preparado para posibles críticas de los familiares de los pacientes.
- 20) Estar preparado para posibles críticas de otros profesionales.

- 21) Estar preparado para posibles críticas de compañeros en recuperación.
- 22) El terapeuta tiene que entregarse a su trabajo pero debe
- 23) No intentar salvar al paciente de situaciones dolorosas que necesita experimentar para su crecimiento como ser humano.
- 24) Practicar un lenguaje respetuoso con los pacientes.
- 25) Preparar y revisar cada caso de sus pacientes con regularidad, adaptando el tratamiento al proceso del paciente. Hay que estar al día, no improvisar.
- 26) Chequear de vez en cuando el diario de sentimientos de los pacientes si existe.
- 27) Mantener los horarios establecidos para cada sesión.
- 28) Si los pacientes llegan tarde, ponerles límites.
- 29) Si no avisan los cambios de las sesiones, cobrar los honorarios.
- 30) No confrontar a los pacientes, enseñarles responsabilidad y consecuencias.
- 31) Seguir estudiando y aprendiendo como terapeutas.
- 32) Enfocan su atención en ayudar a los pacientes a crecer de la manera que ellos eligen. No tratan de imponer sus propios valores a los pacientes. Desean que los pacientes encuentren su autenticidad, y su potencial personal y creativo. Lo único que no le debemos dejar es que haga terapia simultáneamente con otro profesional.
- 33) Los terapeutas amorosos nunca mienten. El amor siempre viene de la verdad. Se le puede comunicar al paciente que no queremos hablar sobre un tema en particular, pero nunca debemos inventar una historia aunque pensemos que es lo mejor para el paciente. Esto es innegociable ya que la mentira aleja al paciente de la realidad.
- 34) Un buen terapeuta no se agobia con su trabajo, es un gran privilegio. Da amor y por ende recibe amor.
- 35) Un buen terapeuta no pierde el control con el paciente, ya que esto estropea la alianza terapéutica.
- 36) Un buen terapeuta se quiere y se nutre. Desarrolla relaciones amorosas en su familia y con sus amigos. Dedica tiempo a su propia recuperación e intimidad consigo mismo. Tiene un programa diario para su recuperación emocional, mental y espiritual. No se excede en sus horas de trabajo, no se lleva el trabajo a casa, y está muy atento al estrés.
- 37) El agotamiento es un síntoma muy frecuente en la profesión de terapeuta. Este agotamiento, si no se atiende y se aplican medidas de recuperación, el terapeuta puede "quemarse". Esto ocurre porque es un trabajo que requiere mucha preparación y una buena recuperación personal, que conlleva una equilibrada distribución del tiempo para acomodar la parte profesional y la recuperación. Los terapeutas necesitan tener apoyo terapéutico para poder trabajar su propia recuperación y sus dificultades como terapeutas, a veces con terapia individual o grupal.
- 38) El terapeuta que se involucra en la vida del paciente corre el riesgo de quemarse rápidamente. Los terapeutas adictos/codependientes tienen el riesgo aun más elevado. Algunos dejan muy rápido el oficio, normalmente porque no han tenido una buena formación o una buena recuperación.

6) Tareas/Estrategias Terapéuticas

Son las herramientas y ejercicios. En nuestro caso utilizaremos ejercicios para los pasos 1-2-3-4:

- 1) Rendición, aceptación
- 2) Pedir ayuda, tener esperanza

- 3) Soltar el control y tomar la decisión de recuperarse
- 4) Autoconocimiento, inventario moral y perdón.

CONSECUENCIAS

Trabajamos con:

- 1) Historia de Vida
- 2) Pizarra de Consecuencias
- 3) Desarrollo de la Enfermedad
- 4) Curva de Jellinek
- 5) Carta de Despedida a las Sustancias
- 6) Estrés/Ansiedad
- 7) Recordatorios
- 8) Trabajo Pasos 1,2,3,4 aplicados al tratamiento

1) Historia de Vida

- Se suele hacer en centro cerrado, intensivo
- enfocarse en las cosas que le han marcado y están relacionadas con su enfermedad
- Proporciona al profesional datos sobre el paciente
- El paciente obtiene información, conecta con sentimientos, sale de su negación.
- Al grupo le da identificación, empatía, unidad, salir del egocentrismo.
- Se ve cómo se han formado las defensas (defectos de carácter) en el paciente.
- Se lee en el grupo, se refleja. Se elige a quien se pueda identificar y sentir empatía.

2) Pizarra de Consecuencias

Se presenta en la pizarra después de haberlo hecho individualmente por escrito. Frecuentemente necesitan ayuda, una vez en la pizarra, para encontrar cosas.

Físicas: Estómago, Dientes, VIH, Hepatitis, Problemas respiratorios, Corazón, Pancreatitis

Mentales: Confusión, Obsesión, Perdida de Memoria, Perdida de concentración, pensamiento irracional.

Familiares: Divorcio, accidentes, violencia, pérdida de custodia, falta de responsabilidad, pérdida de confianza en el adicto (está en números rojos).

Sociales: Aislamiento, conflictos, violencia, marginación, parasitismo, rebeldía.

Laborales: Estudios, despidos, bajas, accidentes, apatía.

Legales: Multas, juicios, prisión, condenas.

Emocionales: apatía, depresión, desconexión, inestabilidad, falta de empatía.

Sexuales: siempre hay consecuencias en esta área. Muchos son adictos al sexo, enfermedades, infidelidad, impotencia, frigidez, abusos.

Económicas: el adicto es de lo más materialista, así que esto puede ser lo que más le afecte. Podemos usar la calculadora para calcular el gasto hecho en el consumo. Se calcula frecuencia mensual, después gasto mensual, se calcula el total anual, se multiplica por los años de consumo, y suele salir una cifra entre 200.000 y 1.000.000€. Después calculamos el gasto de invitar a los demás, compensar a las parejas, etc. Finalmente, se calcula lo que han dejado de ganar. Todo esto es devastador, pero también puede ser muy esperanzador si se piensa en el futuro ahorro.

3) Desarrollo de la Enfermedad (en Dependencias Químicas) Etapas y Consecuencias

1^a Fase:

- 1) Se empieza a utilizar la droga para sentir sensaciones, practicar sexo, superar timidez, ir a fiestas, relajarse.
- 2) Nuestros pensamientos empiezan a girar más y más en torno al consumo.
- 3) Empezamos a sentirnos motivados, pletóricos, nos funciona.
- 4) Aumentamos las cantidades, el gasto, las salidas, desatendemos cosas, personas, empieza la resaca.
- 5) Empezamos a esconder nuestro consumo, y a consumir solos. Cambiamos de amistades.
- 6) Empiezan los cambios de conducta, la violencia.
- 7) Ansiedad, sentimientos de culpa.
- 8) No queremos hablar de nuestra conducta con no adictos.
- 9) Aumenta la tolerancia.
- 10) Empezamos a tener consecuencias.

2^a Fase:

- 1) Aumentan los problemas familiares
 - 2) Cambiar unas sustancias por otras o buscar nuevas
 - 3) La ansiedad se va convirtiendo en miedo
 - 4) Intensificación de los pensamientos de consumo, obsesión. Accidentes laborales, bajas
 - 5) Conduce borracho, posibles problemas. Transgredire normas
 - 6) Combina su trabajo con el consumo
 - 7) Empieza a tomar decisiones colocado
 - 8) Empieza a mentir como rutina
 - 9) Cambios geográficos
 - 10) Cambios laborales
 - 11) Problemas físicos, de salud
- El infierno de la adicción activa ya ha empezado

3^a Fase:

- 1) Consumo diario
- 2) Temblores
- 3) Disminuye la tolerancia
- 4) Pérdida de control motor, problemas fisiológicos, daños en el cerebro
- 5) Muerte precoz, suicidio
- 6) Fuerte negociación, culpa a los demás
- 7) Resentimiento, negatividad
- 8) Victimismo: no me quieren, me han abandonado, no me comprenden
En la 3^a fase ya suele haber daños irreversibles. El grado de daño puede impedir la comprensión del tratamiento.

4) Curva de Jellinek

Para ver la adicción como enfermedad, hacían falta síntomas y diagnóstico. La curva de Jellinek es una herramienta de diagnóstico. Recoge todos los síntomas que se van

desarrollando en la enfermedad hasta la muerte. Se le da al paciente la curva, y luego pone en cada punto su edad y un comentario. P.ej: Debut – 5 años – vino – vomité. Este es un ejercicio muy efectivo. La mayoría de pacientes tienen más de 20 puntos, y la realidad es que si tienes más de 5 eres adicto!

5) Carta de Despedida a las Sustancias

- Se hace después de tomar una decisión (1er paso)
- Sirve para reforzar esta decisión
- Empezamos por lo positivo de la relación con la droga, hasta ir llegando a la parte negativa, destructiva.
- Hacerla a mano. Que termine con una despedida.
- Se lleva al grupo, se lee, y se refleja. En terapia individual, al terapeuta.
- A veces se utilizan rituales, como quemar la carta, etc.
- Es un ejercicio sencillo pero puede resultar muy potente.

LA OBSESIÓN, MECANISMO Y TIPOS

El adicto tiene recuerdos grabados acerca de cómo le ayudaba el consumo (relajación, relaciones). Cuando se empieza a recuperar, se siente mal, y su mente busca la solución, pensando que el consumo le ayudaría. Es importante tenerlo en cuenta y explicarlo al adicto y a los familiares en su caso, para que puedan aplicar estrategias y no dejarse llevar. Hay que decirle que esta obsesión pasará.

El adicto tiene:

- Obsesión: esta asegura que sin tratamiento volveremos a beber
- Alergia: hace que no podamos parar cuando consumimos

Por lo que es impotente ante el alcohol. Solo se recuperan los que aceptan estas dos caras de la impotencia.

Todas las obsesiones son similares en su funcionamiento. Es una idea que se sobrepone a las demás. Es tan poderosa que nos puede hacer creer cosas que no son reales. Nos hace procesar distorsionadamente la realidad. Cuando esta obsesión se repite una y otra vez se convierte en un hábito, y cuando esto se repite y se prolonga lo suficiente, se convierte en una pauta de comportamiento. Este patrón hace que tengamos comportamientos destructivos.



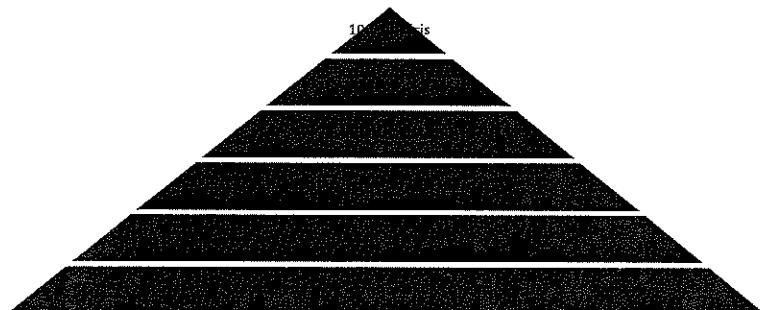
OBSESIONES:

- Comida (comedores compulsivos). Es una droga y funciona como tal. Dispara la alergia física. Después el adicto siente remordimiento y puede volver a comer muy pronto. CCA comedores compulsivos anónimos. Necesita recibir tratamiento igual que los alcohólicos.

- Ludopatía. Adicción al juego. Jugadores Compulsivos Anónimos. Se dispara la enfermedad con el azar.
- Personas obsesionadas con que otros dejen de beber o consumir. Meterlos en la cárcel, divorciarse de ellos, etc. Es una obsesión específica dentro de la codependencia.
- Obsesión por el sexo. Igual. Hay comunidades, una es demasiado y mil no son suficientes, necesitan tratamiento, etc.
- Compradores compulsivos.
- Adictos al trabajo. Están los de élite y los de pacotilla.
- Obsesión por religión, sectas.
- Obsesión por colecciónar
- Obsesión por entrenar
- Adicción al teléfono, internet
- Adicción a las predicciones
- Adicción a las redes sociales

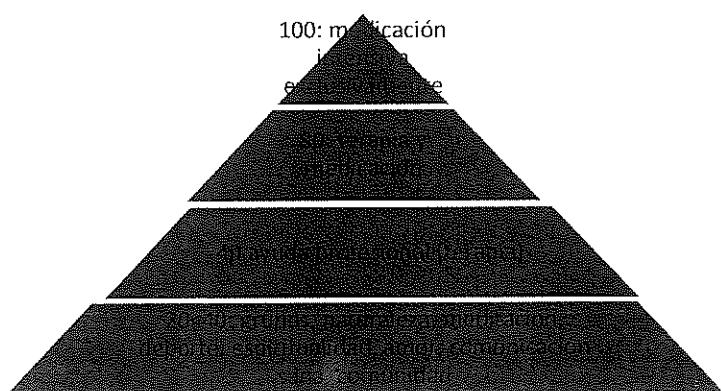
LA ANSIEDAD

- Es una señal de cambio.
- Es difícil dar una definición exacta, hay muchas perspectivas. Rolomai decía que puede ser destructiva o constructiva. También puede ser una señal de vitalidad. Hay otros filósofos como Kirkegaard que dicen que es nuestro mejor amigo, ya que nace con la oportunidad.
- Según Paradox da lugar a la creatividad, con inteligencia y originalidad.
- Percibimos un cambio en el entorno, y surge la ansiedad... se activa el gatillo, se percibe una señal de cambio, y surge la ansiedad. Es el cuerpo detectando que debes ocuparte de algo.
- La ansiedad no es miedo. Es una señal de cambio que nos impulsa a hacer algo. No es miedo porque para el miedo es necesario un objeto externo, para la ansiedad no. La ansiedad es anterior aunque parezca simultáneo. La ansiedad es subconsciente. Como la ansiedad no tiene objeto, no vale la pena buscarlo, pero los humanos siempre tendemos a hacerlo. Hay un gatillo, pero no necesariamente hay un objeto.
- La ansiedad siempre está presente en la vida del hombre, definiendo y dando color a la vida.
- Es:
 - Señal de cambio
 - Graduable
 - Se active con gatillos y estímulos, que siempre son cogniciones (pensamientos, sentimientos o memoria).
 - Positiva o negativa
- Los adictos utilizan maneras disfuncionales para enfrentarse a su ansiedad, por eso los niveles son muy altos.



defensas disfuncionales

suicidio
droga/medicina
comportamiento autodestructivo
deporte muy duro o de riesgo
violencia
trabajar
azúcar
estrés
sexo
cafeína, nicotina
internet, TV
cotilleo, juicio
especialismos



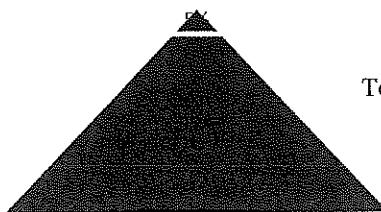
la suma de todas nuestras defensas ante la ansiedad conforma nuestra personalidad

1er PASO APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

ADMITIMOS QUE ERAVAMOS IMPOTENTES ANTE EL CONSUMO, QUE NUESTRAS VIDAS SE HABIAN VUELTO INGOBERNABLES

Para alcohol, drogas ilegales y legales.

El 1er paso es el de la **rendición**. El paciente viene con una doble agenda, pero sin total rendición, y ésta es fundamental. La rendición viene de la aceptación de la enfermedad, los dos van muy unidos. Es muy difícil la rendición, porque después de un largo tiempo de consumo hay una gran negación. Algunos se ven como “alcohólicos de lujo”, por ejemplo, y se comparan con los indigentes. En realidad, menos del 5% de los adictos lo son.



Todos nosotros miramos a los de arriba

La aceptación y la rendición se dificultan más por la ansiedad, así como por la culpabilidad y la vergüenza. Todos los ejercicios vistos anteriormente ayudan a que el adicto haga esta admisión.

Los pacientes que llegan han detenido completamente su desarrollo mental y emocional, han perdido el sano juicio. Por su puesto no todos llegan en el mismo estado.

Es muy importante también explicar la diferencia entre fuerza de voluntad y buena voluntad.

Fuerza de Voluntad:

Yo puedo solo, soy más fuerte. Es el recurso principal de nuestra enfermedad, del ego. La sociedad le dice al adicto que no tiene fuerza de voluntad, por lo que la trabaja, la refuerza, y acaba en tratamiento creyendo que ha venido para ganar fuerza de voluntad. Es muy importante transmitirle que es más bien lo contrario. De ella viene:

- Autosuficiencia
 - Prepotencia
 - Falso orgullo
 - Arrogancia
 - Yo sé
- Egocentrismo

¿Cómo podemos enseñarle que tiene una gran fuerza de voluntad, pero que no sirve de nada?

Antes de hablarle de buena voluntad, le preguntamos si es limitada su fuerza de voluntad. Le enseñamos que es un recurso limitado.



Buena Voluntad:

Es lo que te ha traído aquí. Significa dejarse llevar y ayudar. Al principio no decimos que es la voluntad de Dios porque más de uno se escaparía. La clave es que entienda que debe hacer caso al profesional porque tiene más conocimiento, como haríamos con un médico o un abogado. Con algo de reuniones y tratamiento lo empieza a entender mucho mejor. Se le puede explicar que la buena voluntad viene de todo el grupo, de los profesionales, de todos los adictos en recuperación, de la comunidad, de sus padrinos. Los miembros de AA son unos 5.000.000, los de NA 1.000.000, y además estos tienen un poder superior. Entonces, le preguntamos si toda esta buena voluntad es limitada...



vs

lo que él quiere deseos	lo que es bueno para su recuperación necesidades
----------------------------	---

Le recordamos también que no necesita deshacerse de la FV, pero que como ahora mismo está dominada por la enfermedad, la debe aparcar por ahora. Sería como aparcar un Ferrari de 800CV hasta que aprendamos a conducirlo. Luego esa FV se irá convirtiendo en capacidad para razonar. La BV es sano juicio, pedir siempre ayuda y hacer lo que se nos dice.

BV = SJ = PA = Principios Espirituales (Amor, generosidad, anonimato, soltar control, valor para cambiar...)

2º PASO APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

LLEGAMOS A CREER QUE UN PODER SUPERIOR A NOSOTROS MISMOS PODIA DEVOLVERNOS EL SANO JUICIO

En el primer paso vemos cual es el problema y lo entendemos y aceptamos. Este problema es la impotencia, y la solución es el tratamiento, que es igual a poder. El poder que obtenemos del tratamiento es lo que cura la impotencia. Si no podemos hacer nada ante la parte física de nuestra enfermedad mental, la solución residirá en encontrar un poder que nos ayude dentro de nuestra mente.

Ahora, en el 2º paso, debemos encontrar ese poder: a través de los pasos del tratamiento, y del programa de los 12 pasos. En los pasos 3 a 12 se nos ayuda a encontrar ese poder. En los pasos 1 y 2 estamos entendiendo el problema. El propósito del libro grande es poder encontrar un poder superior a nosotros mismos para solucionar todos nuestros problemas.

Ahora no preguntamos:

- ¿Qué es sano juicio? Salud mental.
- ¿Qué nos devolverá el sano juicio? No es fuerza de voluntad, fortaleza interna ni determinación. No nos lo podemos devolver a nosotros mismos, solo puede hacerlo un poder superior, saliendo de nosotros y aparcando nuestras ideas.

En el capítulo 3 del libro grande, se habla de la importancia de una experiencia espiritual.

- ¿Tienen todos los adictos una experiencia espiritual?
- ¿Si somos ateos como la tendremos?

En el paso 1 vemos que seguir bebiendo es desastroso ya que hay una impotencia y alergia que causa ingobernabilidad. Si entendemos y aceptamos que no podemos depender de nosotros mismos ni seguir consumiendo, nos quedan 2 opciones:

- a) Seguir dependiendo de nosotros mismos y morir.
- b) Depender de nuestro poder superior.

Si te quieras recuperar, tienes que conseguir tener una experiencia espiritual. En la página 41, 3er párrafo del libro grande, habla de cómo los 100 primeros alcohólicos tuvieron sus experiencias espirituales.

En el 1er paso: estar dispuestos a cambiar lo necesario

En el 2º paso: llegar a creer que es posible. ¿Crees o estás dispuesto a creer en un poder superior? ¿Qué significa creer?

Creer es el principio de cualquier cosa que llevamos a cabo en nuestra vida. La semilla de todas las acciones. Sin creer no haremos nada.

¿Qué significa fe? ¿Es lo mismo que creer?



Primero creemos, luego actuamos, y si tenemos resultados, podemos tener fe. Esto es porque la fe es la experiencia o certeza. La recuperación es la suma de muchas experiencias de este tipo.

¿Qué es un poder superior?

Algo más grande que nosotros mismos. Puede verse como conciencia, espíritu, ser supremo, inteligencia interior, naturaleza, el grupo, los terapeutas, el centro, los pacientes, etc. Todos en algún momento hemos tenido un contacto con algo así. Tenemos que ayudar al paciente para que experimente este contacto: listas de agradecimiento, contacto con la naturaleza, etc. Debemos tener el contacto y seguir cultivándolo.

Los pasos tienen 2 partes. 1. La pedagógica, que hay que conseguir que el paciente entienda, ayudándole con ejercicios y estrategias terapéuticas. 2. La práctica, el tratamiento.

3er PASO APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

DECIDIMOS PONER NUESTRAS VOLUNTADES Y NUESTRAS VIDAS AL CUIDADO DE DIOS, COMO NOSOTROS LO CONCEBIMOS

Como el paciente lo concibe!

El paso 3 es la solución al egocentrismo y a la autosuficiencia. "Decidimos" es una palabra clave y "decidir" representa el enlace entre la comprensión y la acción. Después la acción nos da la certeza. La clave está en poner tu voluntad y tu vida (creencia) al cuidado de un poder superior. Todas las acciones que hay que tomar para tomar esta decisión están en los pasos 4 a 9.

¿Qué significa exactamente tu voluntad? ¿Cuál es la diferencia entre FV y BV?

La FV del ego es la autodestrucción, sufrimiento, separación, herramienta de la enfermedad.

BV es la determinación de entrar en acción positiva. Es la capacidad de rendirse, de comprender que hemos perdido el sano juicio, y apartar la fuerza de voluntad. Como terapeutas tratamos de hablar de buena voluntad sin implicar a dios.

¿Qué tipo de vida tienes?

La vida es la suma de nuestros actos. Estos han formado nuestra personalidad. La personalidad es la suma de los rasgos, una caja de herramientas de vida.

El paso 3 puede causar temor a algunos pacientes. Se pide entrega, y eso da miedo. Debemos aparcar nuestros defectos. Poner nuestra voluntad al cuidado de un poder superior (fuera de nosotros) requiere rendición, humildad, aceptación de la impotencia, tocar fondo. Quizás ha tocado fondo con las drogas y no con el sexo, por ejemplo.

Aspectos importantes del 3er paso:

- 1) Hay que disminuir el yo y la fuerza de voluntad.
- 2) Hay que fortalecer la buena voluntad.
- 3) Debemos ver que defectos de carácter tiene más activados: egocentrismo, autosuficiencia, orgullo, obstinación.
- 4) Instintos – cuando están fuera de control se vuelven destructivos para nosotros y para los demás. Es importante trabajar el control de los instintos, ya que si perdemos el control del yo, este tiene gran potencial autodestructivo. El adicto vive en modo supervivencia.
- 5) Sus problemas emocionales provienen de su incapacidad de dejar de darse gratificación inmediata. Por eso debe hacer compromisos y tener consecuencias, ir adquiriendo responsabilidad. Lo único que le puede liberar de su egocentrismo es entregar su obstinación a un poder superior.

Como le ayudamos:

- a) Debe tener compromisos terapéuticos que impliquen asumir responsabilidades:
 - Laborales
 - Familiares
 - Higiénicas
 - Medicas
 - Afectivas
 - Deporte, alimentación, etc.

Y saber priorizar. Esto debe ser gradual y estructurado.
- b) Debe desarrollar receptividad, buena voluntad, pedir ayuda, dejarse ayudar, hacer inventarios diarios, vigilar los defectos de carácter, humildad y rendición.

4º PASO APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

SIN TEMOR HICIMOS UN MINUCIOSO INVENTARIO MORAL DE NOSOTROS MISMOS

Palabras clave:

- Sin temor
- La verdad de nuestros comportamientos
- Inventario
- Aprendiendo de nosotros
- **Responsabilidad**

- Dejar de culpar
- Honestidad (**fundamental: sin reservas, sin temor, con entrega**)
- Admitir
- Reconocer
- Ver

Explicar a nuestros pacientes:

¿Cuál es el propósito de hacer una 4º paso?

El consumo ha enfermado tanto la mente como el cuerpo del paciente. Si no entran en sí mismos y encuentran la causa de su enfermedad no podrán dejar entrar a un poder superior para que les ayuden a sanar su disfuncionalidad. El propósito es encontrarla, y para ello se debe hacer un minucioso inventario moral sin temor sobre sí mismo.

¿Cuándo se debe empezar a trabajar el 4º paso?

Nada más terminar el 3er paso. Para evitar que las resistencias y la fuerza de voluntad del paciente tomen fuerza y se activen. Además es importante que pueda experimentar lo antes posible la liberación de dejarse ayudar y rendirse. A veces ocurre que si se les deja estar sin hacerlo mucho tiempo se le activan los pensamientos de negación y el concepto negativo que tiene de sí mismo.

Conceptos Erróneos sobre el 4º Paso a Tener en Cuenta

- 1) En los programas se dice:
 - a. Que es el paso más difícil
 - b. Que da mucho miedo hacerlo
 En realidad es todo lo contrario, es sencillo y no hay nada que temer.
- 2) La postergación, el miedo: le dicen que no tiene por qué hacerlo ahora.
Orgullo: cuanto más tiempo pase mejor, vas a estar más preparado.
Estos defectos pueden tomar el mando. El cambio asusta mucho al paciente. Le causa pereza, irritabilidad, inestabilidad, etc. Hay que motivarle pero tener en cuenta este miedo.
- 3) Dicen que no saben cómo hacer el inventario.
Le podemos dar a leer páginas 60-65 del LG para inspirarlos, así como darle las indicaciones pedagógicas y prácticas del 4º paso. Le explicamos qué es un inventario:
 - Identificar los pensamientos, acciones y emociones disfuncionales que están impidiendo tener un buen funcionamiento (éxito, equilibrio, rendimiento, sano juicio) para poder liberarse de ellos. Si no es un obstáculo al poder superior, y le llevará a consumir de nuevo.

Con todo esto le preparamos para hacer el 4º paso. La 1ª parte es encontrar los defectos y la 2ª es liberarse de ellos. *Aquí es cuando empezamos a trabajar su autoimagen, donde podemos usar la terapia cognitiva, trabajando los pensamientos, creencias, etc.*

Aspectos Importantes del 4º Paso en General

- 1) Debe estar basado en la verdad y realidad de los comportamientos y acciones de los pacientes. Un inventario verdadero = un inventario moral, y por esa razón si quiere

recuperarse de su adicción debe hacer frente a su verdad por dolorosa que sea.
Primero debe encontrar la verdad y después examinarla desde la honestidad.

- 2) El inventario siempre debe hacerse por escrito. Según el LG si no se ha hecho así no es un inventario.
- 3) Es el paso más grande, porque en cuanto se empieza a trabajar empiezan a ocurrir grandes cambios. Los pacientes se sienten aliviados y hay un cambio para mejor de mentalidad y comportamiento.
- 4) Hay que recordar que el adicto es un enfermo emocional (inmaduro), lo cual se manifiesta en:
 - a. Ansiedad y estrés
 - b. Miedo:
 - Sentimiento de culpa
 - Vergüenza
 - Rechazo
 - Ira
 - Rabia
 - Odio
 - Resentimiento
 - c. Victimismo (pena)
 - d. Depresión

Tiene resistencias enormes a sentir, a ver su parte, casi pánico, puesto que responsabilizarse = cambio, y eso le da miedo. El terapeuta debe trabajar con los mencionados síntomas emocionales del adicto.

- 5) Resentimiento: es un estado casi natural del paciente ya que lleva tiempo cultivándolo, y ahora va a poder ver su parte en ellos. Así podrá ir saliendo del victimismo, la pena, el autoengaño y la negación. Hay que tener en cuenta que es adicto al resentimiento y se recrea constantemente en el dolor que le produce recordarlo. Preguntas que se le pueden hacer para esto:

1. ¿Qué daños has causado a ti y a otros en?:
 - Área social
 - Laboral
 - Familiar
 - Sexual
 - Afectiva
 - Económica
 - Instituciones
2. ¿Cuál es la causa de tu resentimiento?
3. ¿Qué puedo hacer para liberarme de él y como?
4. ¿Qué ayuda tengo para ello?
5. ¿Para qué los he estado utilizando en el pasado y para qué lo hago en este momento?
6. ¿Estoy dispuesto a admitir la causa de mis resentimientos?
7. ¿Estoy dispuesto a dejar de recrearme en el pasado y cambiar?
8. ¿Estoy dispuesto a ver las consecuencias de mis resentimientos y escribir cada uno de ellos

También hay que tener en cuenta que no hay resentimientos razonables o justificados. Tener sentimientos como odio por algo que nos han hecho es normal, pero debemos ayudarle a liberarse de ellos, no seguir evocándolos.

6) El Miedo. Esta enfermedad se caracteriza por el miedo, de hecho es su causa. Esto ha impedido al adicto liberarse de sus defectos y problemas (ansiedad, ira, vergüenza, rechazo, aislamiento, soledad, estrés).

Por eso es muy importante identificar los miedos del paciente. Un miedo puede ser una reserva, y es el responsable de la enfermedad. El tratamiento desde el principio está enfocado a superar o disminuir los niveles de miedo. Hace falta voluntad por parte del paciente para aceptar su enfermedad y hacer los cambios necesarios. El miedo ha llenado la vida de los pacientes.

Debido al miedo, no va a querer hacer cambios, pero nosotros debemos vencer esta paradoja. Por esto, al 4º paso se le suele llamar “el quitamiedos”.

Preguntas para testear el miedo de los pacientes:

1. ¿Qué significa para ti miedo?
 2. ¿Cuáles son los miedos más importantes que tienes en este momento?
 3. ¿Qué consecuencias ha tenido cada uno de ellos a tu tratamiento y como ha afectado a los que viven contigo?
 4. ¿Cómo podrías eliminar esos miedos? Haz un pequeño plan.
 5. ¿Qué miedos tienes en las siguientes áreas?
 - Sexualidad
 - Culpabilidad
 - Vergüenza
 - Victimismo
 - Autoestima
 - Rechazo
- aspectos a chequear para buscar miedos

El cuarto paso nos puede llevar alrededor de una semana en el grupo.

DINÁMICA DE RECUPERACION

PASO 1

ADMITIMOS QUE ERAVAMOS IMPOTENTES ANTE EL ALCOHOL, QUE NUESTRAS VIDAS SE HABIAN VUELTO INGOBERNABLES

SESIÓN DE GRUPO II LOS ASPECTOS FÍSICOS DEL ALCOHOLISMO

PP1: El Alcoholismo es una Enfermedad

Enfermedad- condición que desmejora (*apartarse de mejorar*) el estado normal de salud de una persona. 1 de cada 10 personas se separa de la salud normal cuando bebe alcohol. La recuperación es el tratamiento de una enfermedad mortal.

El consejero debe hacer entender al enfermo que lo está (enfermo), porque querrá mejorarse. Esto se logra gracias a la identificación con los miembros del grupo.

PP2: ¿Qué es el Alcohol?

CH₃ CH₂ OH - La droga más aceptada y utilizada del mundo – depresiva – producto natural de la fermentación de levadura con azúcar y otros productos vegetales – eso no quiere decir que no sea destructiva – al 13% ya destruye la propia levadura.

PP3: Los Efectos del Alcohol

Droga: una sustancia, diferente a la comida, que produce cambios en el cuerpo.

Se necesitan de 1 a 5 años hasta que los efectos del alcohol salgan completamente del organismo. Esta sería normalmente en un tratamiento la duración de la primera fase del tratamiento físico, mental y emocionalmente. Así mismo, para empezar a sanar mente y cuerpo el alcohólico debe estar libre de alcohol. No se conoce ninguna forma de acelerar el proceso de eliminación, solo de aliviar – normalmente se elimina a 30ml/hora.

PP4: El Alcohol y la Composición Química del Cuerpo

La química del cuerpo es inmensamente compleja y depende de la harmonía de las glándulas – si hay desequilibrio químico, puede haber desequilibrio emocional. Ejemplo: el esposo preocupado y la cena, su desequilibrio emocional le propicia desequilibrio químico que resulta en más desequilibrio emocional.

PP5: Intoxicación

Intoxicación (emborracharse) es el estado de deterioración progresiva del cuerpo y la mente producida por el alcohol – la cantidad depende del peso corporal, comida ingerida, constitución (tejido adiposo cuenta menos). Se mide por “nivel de alcohol en sangre”. En España con 0,5gr/l se está legalmente intoxicado.

Copas	Gr/l en sangre	Afecta	Resultado
1	0,3	Juicio	Decisiones equivocadas, desinhibición
3	0,6	Coordinación	Afecta habilidad motriz
5	1,0	Visión	Reducción del campo visual
10	2,1	Estado de conciencia	Pérdida de conocimiento o desmayo
15	3,2		Empieza peligro de muerte

20	4,0	Área cerebral de conciencia	Estado comatoso
25	5,0	Área cerebral cardiorrespiratorio	Muerte

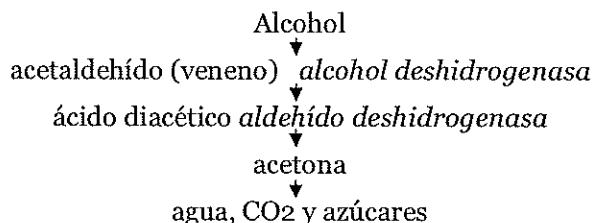
Con cinco copas, cualquier bebedor está legalmente intoxicado – normalmente se desmaya o vomita antes de morir.

PP6: Reacciones Normales y Anormales al Alcohol

El Dr. Silkworth dijo que los alcohólicos beben para satisfacer un deseo físico imperioso, fuera de su control mental. Esto comienza después de la primera copa. El bebedor normal bebe dos copas fuertes y empieza a pensar que ya es suficiente. En cambio, el anormal empieza a relajarse y a sentirse calmado, por lo que se siente alerta, despierto, “en control”, y sigue bebiendo. La decisión de tomar la primera copa es un acto consciente, pero el deseo imperioso o compulsión por más, es un fenómeno físico relacionado con el sistema hedonístico y el metabolismo de las enzimas.

PP7: Aspecto Biológico

Debido a que el alcohol es una droga depresiva y tóxica, el cuerpo depende de sus mecanismos de defensa normales para contrarrestar su potencial destructivo natural. En los alcohólicos este mecanismo no funciona correctamente porque no tienen un metabolismo normal del alcohol. Éste, a diferencia de los nutrientes, evita la digestión normal y entra en el torrente sanguíneo a través de las paredes de estómago e intestino – el sistema avisa a cerebro y el hígado lo ataca eliminando el 95%.



En el alcohólico, en el proceso anterior, se producen demasiadas enzimas – se produce un exceso de acetaldehído – se producen pocas enzimas para descomponerlo – esta confusión metabólica resulta en acumulación de acetona en el torrente sanguíneo – un estado ácido y tóxico – entre este estado físico anormal y la química del cerebro produce el deseo incontrolable de beber más – una es demasiado y mil no son suficientes. También se ha pensado que a veces el hígado crea un paso alternativo para poder beber más, pero es muy tóxico porque no aumenta la tolerancia a acetaldehído del cuerpo. No se comprende totalmente el mecanismo de la compulsión; Silkworth le llamó alergia aun sabiendo que no era exactamente eso.

Muchos alcohólicos no entienden que su forma de beber es anormal. Despues de un tiempo, lo anormal le parece normal (negación) – Silkworth: les parece que su vida alcohólica es la única normal.

Se dice que la intensidad de la compulsión es igual al contenido de alcohol de su primera copa – luego se va intensificando con cada copa – esto es físico, la obsesión es mental.

Hay tantos tipos de alcohólicos como personas – lo único que tienen en común es que no pueden beber sin sentir deseo imperioso – el comportamiento por sí solo no es válido para diagnosticar alcoholismo, la compulsión sí es un denominador común, y la impotencia.

PP8: El Alcohol y la Herencia

A pesar de que la enfermedad se llama alcoholismo, el problema no es el alcohol sino como el cuerpo responde a él. Se ha encontrado evidencia de que esta deficiencia química existía antes de empezar a beber. Esto acredita la idea de que podría haber factores genéticos implicados.

PP9: El Alcohol y la Raza

Los grupos que no han estado expuestos muchas generaciones al alcohol, parecen no haber desarrollado “inmunidad” y presentan altos grados de alcoholismo, como indios americanos, negros americanos o aborígenes.

PP10: Una vez Alcohólico, siempre Alcohólico

La compulsión siempre empeorará con el tiempo, se consuma o no.

PP11: Qué es una Alergia

Una alergia es una reacción anormal a una sustancia química; una alergia es una reacción que es diferente a la normal. Silkworth llamó alergia a la compulsión porque era un fenómeno que no entendía, aunque sí constató que no ocurría en los 9 de 10 bebedores normales. Una vez que el alcohol entra en el sistema produce acetaldehído y activa la compulsión, que no puede ser controlada por la mente – lo que se siente sin beber es obsesión.

Se supone que en los humanos, el pensamiento origina la acción, así que la mente controla el cuerpo. En el caso de la alergia al alcohol, la naturaleza física del cuerpo controla a la mente – esto seguramente lleva a la ingobernabilidad.

PP12: Tratamiento de la Alergia

Abstinencia Absoluta! Lo que se debe entender con esta lección es:

1. Que es alérgico al alcohol.
2. Que es necesario que nunca más beba.
3. Que esta necesidad debe ser una de sus prioridades.
4. Por qué no puede beber sin riesgo.

(2º SEMESTRE)

SESIÓN DE GRUPO III

LA NATURALEZA EXACTA DEL PROBLEMA – OBSESIÓN MENTAL

(pág. xix-xxv)

El propósito de la sesión es explicar el aspecto mental de la enfermedad del alcoholismo, para hacer entender a los pacientes que es una alergia física combinada con una obsesión mental. Lo que se tratará de entender en esta sesión es qué es lo que lleva al alcohólico a tomar la primera copa.

PP1: La Naturaleza Emocional de los Seres Humanos

Los humanos tenemos una fenomenal y portentosa vida mental, sustentada por la máquina de cálculo más compleja jamás ideada. Ésta, el cerebro, produce ideas y emociones,

y con ella todas las personas pueden elegir pensar de una manera que genere una respuesta positiva a la vida o una negativa. La mayoría de nuestros problemas son producto de nuestras emociones.

Cuando nace un niño, va madurando hasta convertirse en un individuo capaz de gestionar sus emociones de manera adulta. La mayoría de las personas tienen dificultades con esto porque puede ser una experiencia dolorosa, lográndolo tarde o nunca. A veces, durante su desarrollo, el niño experimenta dolor como reacción a los actos de un adulto, y empieza a crearse una barrera de resentimientos e aislamiento para el futuro. Se aísla no solo de este adulto, sino de todos, echándoles la culpa de su malestar. Estos patrones emocionales son los que nos causan problemas en la vida, ya que no es nuestro intelecto el que nos pone en apuros, sino nuestros sentimientos.

PP2: Formación Emocional

Al tener su casi inevitable primer contacto con el alcohol, las personas con problemas emocionales experimentan un gran impacto, ya que le proporcionan una herramienta a corto plazo muy efectiva para lidiar con los problemas que le abruman (timidez, baja autoestima, temor, etc.). Empiezan a utilizar el consumo para gestionar sus emociones y lo que consiguen es interrumpir su desarrollo emocional, de forma que después de 10 o 15 años de consumo son casos perdidos emocionalmente. Creen que se sienten bien al consumir, pero obvian el hecho de que si es así debe ser porque normalmente no se encuentran bien.

PP3: Usando Alcohol para cambiar Emociones

Como nos explica el libro grande, bebemos no por el sabor del alcohol, como nos queremos decir, sino por los efectos que produce en nosotros. Una vez comenzado el consumo, solemos tener una luna de miel con él, sintiendo que nuestros problemas, tales como el resentimiento, el temor o la soledad, se han ido resolviendo. Al principio el consumo proporciona gran alivio y pocas consecuencias, y cuando la proporción se empieza a invertir, entra en juego la negación para poder seguir eligiendo el camino "fácil". Como dice Silkworth, "el alcohólico piensa que su vida alcohólica es perfectamente normal." Eventualmente, la solución se acaba convirtiendo en el problema.

PP4: Obsesión y Adicción

Cuando la obsesión mental está activa, impone sobre la lógica, impidiéndonos ver y entender la verdad. En un inicio, el alcohólico empezó a beber para enfrentar sus problemas y dejó de madurar emocionalmente. Los problemas crecieron, y cada vez era necesario más alcohol. Después de ir incrementando paulatinamente la ingesta, la luna de miel se va acabando y la necesidad es cada vez mayor. Silkworth fue el primer profesional que pudo entender esto desde el punto de vista del alcohólico, observando una reacción anormal ante la ingesta de alcohol: la adicción. Creemos que la adicción se forja en nuestra mente a causa de la selección de comportamientos exitosos. Por lo tanto la enfermedad del alcoholismo es un mal hábito adquirido. Al darse cuenta el alcohólico que las drogas psicoactivas permiten escaparse de estados de ánimo desagradables, este comportamiento se va repitiendo y un hábito emocional destructivo se va grabando en el subconsciente. Se repetirá una y otra vez a no ser que se reemplace por otros hábitos y se tenderá de nuevo a ello si no se experimenta un cambio psíquico completo.

PP5: Impotente ante el Alcohol

ALERGIA FÍSICA + OBSESIÓN MENTAL = IMPOTENCIA ANTE EL ALCOHOL

Al finalizar el paso 1, el alcohólico debe entender que no puede beber debido a la alergia, que no puede parar con su propia fortaleza debido a la obsesión, por lo que es impotente ante el alcohol. Esto es lo que debe admitir, no que es alcohólico.

SESIÓN DE GRUPO IV

NUESTRAS VIDAS SE HAN VUELTO INGOBERNABLES

(págs. 1-15)

El propósito de la sesión es que el paciente entienda cómo el alcoholismo ha afectado a su vida y donde se han originado sus problemas actuales. Se debe comprender completamente la afirmación “nuestras vidas se han vuelto ingobernables”.

PP1: Nuestras Vidas se han vuelto Ingobernables

Es muy importante que el paciente entienda que su vida se ha vuelto ingobernable en múltiples aspectos. El problema principal, el alcoholismo, ha infectado todas las áreas de su vida, como dinero, salud física, familia, empleo, relaciones, que antes aparentaban ser problemas principales. Los elementos de la vida son físicos, espirituales y mentales, y se han ido deteriorando crecientemente a causa de la obsesión por el consumo.

PP2: ¿Qué es una Vida Humana?



En el caso del alcohólico, este centro vital es un ego enfermo a causa de las drogas, por lo que tiene una mente enferma que genera acciones enfermas y a su vez una vida enferma.

PP3: Nuestras Familias

El alcohólico no puede enfermar sin que lo haga también su familia. Aunque la familia no beba, sienten el mismo temor, soledad, lástima de sí mismos, rechazo y resentimiento. Esto les hace vengarse para protegerse, causando más enfermedad y sufrimiento al alcohólico que se defiende sabiendo que está lastimando a sus seres más queridos. Este campo de batalla de personas que se aman causa heridas profundas que pueden tardar mucho en sanar. Al recuperarse el alcohólico, lo mejor que puede hacer es orar para que su familia encuentre un entorno donde se pueda recuperar.

PP4: Nuestros Trabajos

Nuestros trabajos son una parte muy importante de nuestra vida que nos proporciona nuestra seguridad material y nuestras normas de vida. Por lo tanto, si este sufre, la familia lo hace también. El alcohólico muestra un rendimiento progresivamente deteriorado que le frustra, lo cual le incapacita aún más ya que consume más, la economía sufre, los problemas se acumulan, y la familia se acaba retirando de las condiciones de vida normales, acumulando sufrimiento y resentimiento.

PP5: Nuestra Salud Física

La bebida fuerte es muy dañina para el organismo. El alcohólico puede acortar su vida en 15 años a causa de la enfermedad, y sin recuperación ya es notable que lleguen a cumplir 50 años.

PP6: Nuestra Sociedad

Las personas no pueden vivir en aislamiento, por lo que el alcoholismo afecta a nuestras relaciones con otros y con la sociedad en general. Afecta a nuestra elección de amistades, haciendo que nos rodeemos de adictos activos que nos mantienen separados del mundo real. Tanto el alcohólico como su familia se acaban alejando de la comunidad.

PP7: ¿Cómo encontramos un lugar en la Sociedad?

El alcohólico, controlado por la obstinación de su voluntad propia y su alcoholismo está constantemente en conflicto con la estructura social. Se crea problemas con amigos y compañeros, además de con la ley y otros sistemas sociales.

PP8: Lo Ingobernable de la Vida

Es fundamental que el paciente estudie en el primer paso el primer capítulo del libro grande, la historia de Bill. Al ver la ingobernabilidad de Bill, podrá reconocer la suya propia.

El primer paso es el fundamento del programa. Debe ser comprendido completamente, ya que al igual que una presa, si todas las puertas se han cerrado a la idea de beber, entonces la mente empezará a buscar otras salidas. Si no, volverá eventualmente a la salida de siempre.

PASO 2

LLEGAMOS A CREER QUE UN PODER SUPERIOR A NOSOTROS MISMOS PODIA DEVOLVERNOS EL SANO JUICIO

Nota al Consejero: Después de identificar el problema, buscamos una solución. Los alcohólicos que buscan ayuda han reconocido que no pueden beber, pero que paradójicamente tampoco pueden renunciar a la bebida. Dado que los médicos no pueden tratar físicamente el problema, la única solución reside en la mente. Si nuestro "poder" superior puede tener efectos sobre nuestra mente, podemos tener un cambio psíquico que nos liberará de nuestra inquietud, irritabilidad y descontento, y podemos llenar el vacío con serenidad, paz y satisfacción. No se experimentará la obsesión, por lo que se puede mantener a salvo de la compulsión.

SESIÓN DE GRUPO V RECUPERACIÓN POR MEDIO DEL COMPAÑERISMO (pág. 16-24)

PP1: Muy poco en Común

Leer página 16 del libro grande y pedir a varios pacientes que expliquen el texto.

PP2: Compartiendo un Problema Común

La gente se agrupa por todo tipo de motivos y tienen diferentes grados de unión. No obstante, el lazo más fuerte es el del sufrimiento proveniente de un mismo problema. En AA,

al compartir el problema del alcoholismo y recuperarse juntos, se crea un compañerismo tan fuerte que es sumamente difícil que un miembro vuelva a beber si no está determinado a hacerlo. Por eso los alcohólicos que empiezan en recuperación necesitan desesperadamente el apoyo del grupo. Es muy terapéutico para un enfermo ser parte de un grupo de recuperación. Encuentra fortaleza y esperanza al observar a otros miembros y ver que algo positivo trabaja en sus vidas. Los nuevos encuentran fortaleza en los veteranos, y estos también progresan gracias a poder ayudar a los nuevos, convirtiéndose AA en este sentido en un grupo de terapia. Los grupos de 12 pasos están extremadamente extendidos y muchas más personas reciben tratamiento a través de ellos que con profesionales. No hay nada extraordinario en el compañerismo; es algo natural que alguien que ha resuelto un problema ayude a otros con ese problema. Para explicar este compañerismo, podemos utilizar la historia del viajero de 1^a clase y el de 3^a.

PP3: Practicando el Programa

El compañerismo por sí solo no basta. Aunque obtiene fortaleza y esperanza, asistir a las reuniones no significa que esté trabajando el programa de recuperación – los 12 pasos.

PP4: El Poder por Medio de la Experiencia Espiritual

El segundo componente de la solución se describe como una “solución común”, y ésta es la experiencia espiritual que se experimenta como resultado del trabajo de los pasos.

SESIÓN DE GRUPO VI EXPERIENCIA ESPIRITUAL Y DESPERTAR ESPIRITUAL (pág. 23-27, 268-269)

La primera vez que se publicó el Libro Grande de AA, no contenía el Apéndice II. Esto hacía que los alcohólicos tuvieran que interpretar ellos mismos lo que era una experiencia espiritual, mientras que está, se les presenta un único concepto comprensible por todos.

Un cambio completo de personalidad suficiente para poder recuperarse del alcoholismo puede alcanzarse de dos maneras:

PP1: Experiencia Espiritual

Experiencia Espiritual – Dado que Bill W, que fue quien realmente redactó el Libro Grande a pesar de que fu escrito por los cien primeros miembros, éste libro tenía a describir el cambio psíquico como un cambio súbito, lo cual desanimaba a los alcohólicos que estaban trabajándose un despertar gradual. La experiencia espiritual es el caso de una minoría de alcohólicos, normalmente muy enfermos y desesperados.

PP2: Despertar Espiritual

En la mayoría de los casos, se trata de un despertar espiritual de variedad educativa. Van ocurriendo gradualmente en la vida del alcohólico unos cambios casi imperceptibles por él, y cuando finalmente despierta a la realidad de su cambio, se da cuenta de que ha experimentado un despertar espiritual gradual.

Si se puede completar la comprensión del apéndice II y aceptar que podemos tener un despertar espiritual como resultado de los pasos, se abrirá la mente a los conceptos espirituales y se puede cambiar la actitud al respecto, convirtiendo lo espiritual en algo simple y entendible.

SESIÓN DE GRUPO VII

COMO SE USA EL PODER DE CREER

(pág. 41-53)

PP1: ¿Qué Significa Creer?

Gracias a la fe de los Hermanos Wright en su proyecto, el ser humano surca los cielos hoy en día. El creer es el principio de todo, lo que nos limita, y en lo que nos convertimos. El creer es un poder formidable que pocos saben utilizar pero que nos puede convertir en aquello que deseemos.

El creer es un poder que tenemos siempre “encendido”, y lo podemos usar para nuestra autodestrucción o nuestra autorrealización. Nosotros debemos cambiar nuestra creencia para funcionar a nuestro favor, creyendo en éxito en lugar de fracaso.

PP2: Encontrando el Camino hacia lo más Profundo de la Mente

Creer es un poder que nos permite establecer contacto con nuestro subconsciente. Este es el que realmente controla nuestros actos, y es el que debemos reprogramar para llegar a tener un “cambio psíquico” como el mencionado por Silkworth. La armonía en nuestras vidas se logra cuando el consciente trabaja al unísono con lo más profundo de la mente. Nuestro credo envía continuamente señales a nuestra mente, y estos, ya sean negativos o positivos, se ejecutarán de alguna manera, controlados por procesos a los que nuestro consciente no tiene acceso. Debemos cambiar nuestras creencias para que este ordenador trabaje en otra dirección. El alcohólico debe creer que no puede beber más, para que la mente cambie y encuentre una manera de vivir sin beber. Hay que pensar fuera de nuestros esquemas habituales, como hizo por ejemplo Cristóbal Colón.

PP3: Ateo, Agnóstico y Creyente

Estas son las únicas tres maneras de concebir a dios:

- 1) Ateo: No cree que hay un dios. Los humanos controlan la dirección del mundo y su mente es el poder más elevado. No cree – no toma decisiones – no actúa – no obtiene resultados – nunca tendrá fe
- 2) Agnóstico: Cree pero no sabe y no comulga con las creencias habituales. Cree – no toma decisiones – no actúa – no obtiene resultados – no tendrá fe
- 3) Creyente: Es la persona que tiene fe. Cree que dios existe – toma una decisión para cambiar – actúa – obtiene resultados – sabe que dios existe, así que tiene fe verdadera

PP4: Errores en el Proceso de Aprendizaje

La práctica (*proceso de eliminar errores para alcanzar éxito*) no siempre hace la perfección. También podemos haber aprendido una acción incorrecta en base a una creencia incorrecta. En este caso, tomamos una acción novedosa basada en una creencia novedosa hasta que el nuevo proceso queda incorporado.

PP5: Un Poder Superior a Nosotros Mismos

Cada día actuamos creyendo que poderes invisibles y superiores a nosotros mismos trabajarán a nuestro favor, como es el caso de la atracción molecular o el flujo de la electricidad, por ejemplo. En el caso de este último, siempre ha estado en el universo, pero no fue hasta que personas como Edison o Tesla creyeron en que podía trabajar para nosotros que pudo ser así. De la misma manera, el problema del alcohólico reside frecuentemente en la

inabilidad de creer en un poder superior que puede librarse de su obsesión como ha hecho con millones de otros alcohólicos.

PP6: Creencias Religiosas

La religión, en muchos casos, ha surgido como un conjunto de creencias colectivas que ha servido para guiar a las personas hacia un concepto personal de dios y por tanto hacia la fe. No obstante, muchas veces los conceptos se confunden o malinterpretan de manera que se perpetúan concepciones infantiles de dios hasta la madurez. Para que las creencias sean efectivas y tengamos una fe sólida, nuestro concepto de un poder superior debe evolucionar como lo hace la vida. Lo contrario sería como pretender que un adulto rija su vida con las herramientas de un niño. Al no funcionar, perdería su fe.

En el caso de la recuperación del alcoholismo, creer debe llevar a la acción. La creencia que el programa menciona es la de la fe en que “un poder superior a nosotros mismos puede devolvernos el sano juicio”, y la acción necesaria es la elucidada en el plan específico y claro de recuperación de los diez primeros pasos.

SESIÓN DE GRUPO VIII DEVOLVERNOS EL SANO JUICIO (pág. 28-40)

PP1: Perder el Sano Juicio no Significa estar Loco

Hace muchos años, las instituciones mentales eran sitios muy oscuros y degradantes, lo cual otorgó una connotación muy negativa al concepto de “pérdida de juicio”. Las personas calificadas como “locas” son las que tienen una enfermedad mental que les impide cuidarse y funcionar en sociedad. Este no es el caso de los alcohólicos, a los cuales les nubla el juicio su relación con el alcohol y la visión del mundo que esto les ha dado, pero tienen la capacidad de cambiar su mentalidad. El alcohólico es simplemente una persona que se ha creído la mentira que la obsesión le presenta; que puede tomar una copa para librarse de su malestar. Se deben leer las historias del cap. 3 del libro grande para ilustrar esto al grupo y promover el debate sobre el tema.

PP2: Fuerza de Voluntad y Obsesión

La obsesión es una idea que domina a todas las demás. Cuando entra en juego en el alcohólico, en ese momento que precede a la primera copa, la fuerza de voluntad no es suficiente para poder abstenerse viendo la verdad. La verdad del consumo es bloqueada por el deseo, y por lo tanto el alcohólico debe recibir ayuda proveniente de un “poder superior a nosotros mismos”. El libro grande utiliza la palabra “ilusión (*idea falsa respecto a uno mismo o a algo externo*) como sinónimo de obsesión.

PP3: “Más sobre el Alcoholismo”

Este tercer capítulo del libro es un instrumento simple y útil para poder entender la forma de enfrentar el alcoholismo. Se relatan varias historias que ilustran con precisión el estado mental obsesivo que precede a la primera copa. Podemos pedir a un miembro del grupo que lea historias en voz alta para facilitar que el grupo entienda este estado mental y llegue a la conclusión que arroja el libro en la pág. 40: que en ciertos momentos el alcohólico no tiene una defensa mental efectiva para resistir la primera copa.

Introducción a la Recuperación

Para orientar a otro ser humano hacia un cambio, se debe tener un plan, además de un profundo entendimiento de la naturaleza humana. Además, para asumir un reto tan grande debemos tener un entendimiento simple de la vida, estabilidad emocional, y bienestar interior, ya que no se puede dar lo que no se tiene.

La Vida y el Vivir

A pesar de que las grandes religiones describen la vida humana y como se debe vivir, las personas en general tienen muy poco conocimiento al respecto. A todas las personas se les han dado reglas, pero no se le ha explicado qué es la vida y como se vive. Esto último es lo que nosotros debemos transmitir, y para ello necesitamos:

1. Tener un conocimiento común de la vida humana.
2. Comunicar este conocimiento a los pacientes para que puedan comprenderse mejor a sí mismos, y así verse ellos.
3. Dedicar tiempo para evaluar con ellos los cambios que necesitan hacer.
4. Presentar un método para hacer esos cambios.

En la era que vivimos, la vida está llena de ocupaciones, y el sistema de enseñanza vital que pasa de generación en generación se ha perdido mayormente. De igual manera, los colegios no se ocupan de enseñar a los alumnos a gestionar sus vidas, sino a adquirir conocimientos académicos principalmente. Es por esto que la mayoría de la gente, no sólo los adictos, tienen manifiesta inhabilidad para regir sus vidas, como se puede ver en la creciente variedad de problemas existentes, como violencia, divorcio, abuso o adicción.

Fomentando la Recuperación

El *Libro Grande*, incluyendo los pasos y las tradiciones nos dará un entendimiento simple de la vida que poder comunicar a las personas que queremos ayudar a vivir de otra manera. Su propósito central, al igual que el de *Dinámica de Recuperación*, es la recuperación. Los diez pasos de recuperación, que siguen a los dos primeros, son, por tanto, los prioritarios, pero estos no se pueden aplicar exitosamente hasta que se hayan establecido firmemente las dos primeras metas: definir el problema y la solución.

Lo que Significa Honradez

La regla principal del libro grande es la honradez. Según este manual, “el alcohólico tiene un alto nivel de honradez en sus relaciones con los demás”, pero no consigo mismo. Precisamente eso es lo que debemos hacer entender al grupo, que ser veraces consigo mismos es fundamental, ya que es lo que les traerá la liberación del alcoholismo.

La Recuperación Empieza con el Paso 3

En el primer paso se lee el capítulo 1, donde el paciente puede aceptar su impotencia estudiando “la opinión del médico” y la historia de Bill W. Una vez entendido esto, puede tomar el paso 2, leyendo los capítulos 2, 3 y 4, que le enseñarán que la solución es un poder superior a nosotros mismos. Después de eso, el problema está definido y podemos pasar a los últimos diez pasos que son los que componen la recuperación.

PASO 3

DECIDIMOS PONER NUESTRAS VOLUNTADES Y NUESTRAS VIDAS AL CUIDADO DE DIOS, COMO NOSOTROS LO CONCEBIMOS

En este paso ayudaremos a los pacientes a tomar la decisión que les permitirá iniciar el camino de acción que les llevará a su recuperación.

SESIÓN DE GRUPO IX TOMANDO UNA DECISIÓN (pág. 56-59)

PP1: Tomando una Decisión

Tomar decisiones es una parte esencial de la vida, fundamental para tener éxito en ella. Tomar una decisión quiere decir hacer una lista de los hechos relacionados a un problema y determinar la forma de actuar al respecto. En el paso 3, donde comienza la acción, ésta debe ir, como todas, precedida por una decisión, por lo que los pacientes deben emprender ahora, para tener éxito, el trabajo de hacer una lista de los hechos con honradez, tomar una decisión y luego actuar al respecto.

PP2: Decisiones Emocionales o Racionales

La mente sólo tiene dos vertientes de acción que nunca se dan de manera simultánea: el pensamiento racional o la formación de emociones. Las decisiones tomadas basándose en emociones no asegurarán un resultado efectivo, por lo que debemos tomarlas siempre de forma racional. No hacerlo es el principal fallo del autosuficiente alcohólico. El alcohólico se siente incapaz al fracasar sistemáticamente a base de decisiones irracionales, y debe ahora aprender que él posee la habilidad de decidir racionalmente.

PP3: Decisiones que se hacen Apresuradamente o que se hacen muy Tarde

Tomar decisiones de forma impaciente, sin considerar los hechos, es una causa habitual de fracaso. Igualmente, hacer lo contrario, demorándose demasiado para tomar decisiones, se suele también obtener un resultado indeseado. Haber fracasado en el pasado suele ser causa habitual de empezar a retrasar las decisiones, terminando por obsesionarnos con decidir siempre correctamente.

PP4: Aprender de los Errores que se han Cometido

Si estamos decidiendo de forma racional, siempre estamos ganando, incluso si nos equivocamos en las decisiones, ya que habremos aprendido de primera mano que una estrategia es incorrecta. Así podemos probar una estrategia diferente e ir mejorando nuestra destreza resolutiva. Vamos tomando decisiones y quedándonos con las opciones que funcionan, lo que no ocurre cuando decidimos de forma impulsiva. Lo importante en todo esto es no dejar que los errores nos desanimen, para poder proseguir un camino de aprendizaje racional y acercarnos al éxito.

Esto en el paso 3 significa que después de tomar los dos primeros pasos, podemos ver a un poder superior como la posible solución a nuestra impotencia, y por primera vez en nuestras vidas, podemos escoger nosotros mismos este camino.

SESIÓN DE GRUPO X

EL YO Y LA FUERZA DE VOLUNTAD

(pág. 54-59)

Para recuperarnos debemos renunciar a las dos cosas que más apreciamos, nuestra droga y nuestra obstinación, aunque eventualmente nos daremos cuenta de que eran nuestro mayor estigma. El paso 3 nos pide renunciar a nuestra voluntad (pensamiento) y a nuestra vida (acción), ya que toda acción se origina en el pensamiento, por lo que, si queremos nuevas vidas, debemos renunciar al autogobierno.

PP1: Dos Opciones

Al elegir el paso 2, como todos hacemos, estamos pagando el precio inevitable de renunciar al poder. Éste viene implícito en el hecho de elegir una nueva vida en lugar de la vuelta a la enfermedad.



PP2: Los Alcohólicos son Personas de Voluntad Fuerte

Los alcohólicos tienen, contrariamente a la creencia general, una voluntad (*instrumento de decisión*) muy fuerte. Utilizarla para la autosuficiencia ha sido el motor principal de su destrucción. Además, ahora que llega el momento de tomar la decisión más importante de su vida, esta fuerza de voluntad se torna entrópica.

PP3: ¿Dónde está nuestra Voluntad?

Dios es la inteligencia invisible que da vida a todas las cosas. Se encuentra dentro de nosotros y permea todo lo que nos rodea. Como dijo Bill W, es una inteligencia creadora, mente espiritual, espíritu del universo. Cómo la llamemos no importa mientras creamos que todos la tenemos. Dios está dentro de nuestra mente, y su voluntad cohabita allí con la del hombre. Siempre hemos contado con la fuerza de la voluntad de dios, pero es ahora que hemos llegado al punto donde podemos decidir poner nuestra vida a su cuidado.

PP4: La Obstinación no Puede Controlar al Yo

Dentro de nosotros habita, así mismo, la fuerza poderosa del “yo”. Es la fuerza principal que nos impulsa a la homeostasis y la que asegura nuestra supervivencia. No obstante, el ser humano no puede gobernar esta fuerza mediante su propia voluntad, sino que debe invocar a un poder mayor, el “poder superior”. El yo es un poderoso motor de nuestras vidas, pero si no es monitorizado por algo más grande que nosotros, tendría el poder suficiente para destruirnos. En nuestra vida diaria, esto se traduce en que si utilizamos el yo sólo para satisfacer nuestros instintos, olvidando a dios y a los demás, esta decisión es muy destructiva.

PP5: Los Instintos

- 1) Los Instintos Sociales
- 2) Los Instintos de Seguridad
- 3) Los Instintos Sexuales

Estos instintos nos han sido dados por dios para que construyamos nuestras vidas y sociedades, y por tanto son algo bueno. En el paso 3 no entregamos nuestras vidas. *Tomamos la decisión* de poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de dios. Es decir, decidimos enfocar la acción futura a este propósito, no es que hayamos completado ya esta acción. No es hasta el paso 11 donde realmente podremos recibir direcciones. Hemos iniciado el proceso que nos llevará a tener nuevas vidas.

SESIÓN DE GRUPO XI LA OBSTINACIÓN: NUESTROS INSTINTOS (12 pasos y 12 tradiciones, cap.4)

PP1: Hemos sido Creados a Semejanza de Dios

En este mundo existen dos voluntades, la de dios y la de los humanos. Esa voluntad es la semejanza de los humanos con Dios, y se nos ha dado para alcanzar nuestra realización espiritual.

Nota: Es muy importante entender y explicar a los alumnos la descripción que Bill W hace en la pag.39 del 12 y 12 respecto a cómo una voluntad desmedida en lugar de saludable es la causante de nuestros problemas emocionales.

PP2: Los Tres Aspectos del Yo

La voluntad concedida al ser humano cae en las siguientes tres categorías:



PP3: Los Instintos Sociales

Nota: es fundamental que el grupo comprenda completamente la obstinación. Para ello podemos utilizar esta tabla de los instintos y la pizarra, pidiendo al grupo que den una lista de problemas humanos que luego clasificaremos según el componente del yo pertinente.

1. **La Compañía de nuestros Semejantes** – no podemos sobrevivir en aislamiento, necesitamos establecer relaciones con los demás para satisfacer nuestras necesidades. El uso correcto de este instinto nos une a los demás, formando familias o comunidades, así como posibilitándonos realizar tareas complejas en grupo. No obstante, el uso erróneo llevará a dificultades como por ejemplo:
 - a. Demandar demasiado de los demás.
 - b. Incomodarnos cuando los demás no hacen nuestra voluntad.
 - c. Nuestro egocentrismo puede hacernos incomodar tanto a los demás que la relación termine o se vuelva destructiva.
 - d. Exagerado esfuerzo por agradar a los demás.
 - e. Vivir centrado en complacer, olvidando nuestras metas.
 - f. El aspecto sexual se dificulta y causa sufrimiento cuando nos centramos únicamente en nuestros propios deseos.
2. **El Prestigio** – Es un instinto muy positivo en el sentido de que fomenta entre los humanos un liderazgo que es fundamental para nuestros gobiernos, ciudades, estados y organizaciones. Usado desmedidamente, da lugar a:
 - a. Pisotearnos unos a otros.
 - b. No tener en cuenta los derechos de los demás.
 - c. Obsesión por dirigir a todos.
 - d. Dañamos a los demás.
 - e. Buscan librarse de nosotros.
 - f. Tenemos miedo de su venganza.
 - g. Nunca tenemos suficiente poder.
 - h. Acabamos intranquilos, irritables y descontentos.
3. **El Amor Propio** – Este es necesario para generar la ambición de progresar en la vida, de cuidarnos, y de emprender. Incontrolado, nunca tiene fin. Es la semilla de la impaciencia y el resentimiento en la personalidad, y puede dar lugar a defectos de carácter como el resentimiento, el egocentrismo, el egoísmo, la falta de honradez, el interés en sí mismo, el miedo, y la falta de consideración. Mal usado, el amor propio resultará en:
 - a. Pasamos sobre otros para obtener nuestra propia satisfacción.
 - b. Nos sentimos observados.
 - c. Queremos ser el centro de atención y nos incomoda no ser alabados.
 - d. Demandamos que se hagan las cosas a nuestra manera, generando defensa y resentimiento.
 - e. Buscamos siempre tener la razón, generando culpa y remordimiento.
 - f. Desarrollamos falso orgullo.
 - g. Nos sentimos celosos.
4. **El Orgullo** – Es la fachada que nos ponemos para mostrar a los demás, fruto, irónicamente, del escaso amor propio. Sanamente, nos ayuda a buscar cierta admiración de los demás y ambición. Ejercitado desmedidamente, nos empuja a exigir

cada vez más de los demás, y volvemos, en consecuencia, crecientemente deshonestos. Además, al vivir preocupados por la opinión ajena, nos volvemos temerosos y ansiosos. Nuestro orgullo falso también amenaza a los demás, haciendo que se venguen y nos llenemos de resentimiento. En nuestra vida:

- a. Nos esforzamos en mantener una máscara que sólo nos camufla en nuestros ojos.
 - b. Hacemos cosas que no deberíamos y descuidamos cosas importantes.
 - c. Entregamos nuestra vida a los demás.
 - d. Perdemos perspectiva de nuestras metas.
 - e. Tememos que nos vean como somos.
 - f. Cuando efectivamente nos descubren, nos resentimos.
 - g. Nos vemos obligados a funcionar deshonestamente, convirtiendo la deshonestidad en un defecto de carácter.
5. Las Relaciones Personales – Tenemos una tendencia natural a ellas. Necesitamos crear lazos con los demás para encontrarnos cómodos, en nuestros trabajos, familias y comunidades. No obstante, cuando las buscamos descontroladamente:
- a. Sentimos celos.
 - b. Exigimos demasiado a los demás.
 - c. Queremos que los demás resuelvan nuestros asuntos.
 - d. Culpamos a los demás de nuestros problemas.
 - e. Nos resentimos.
 - f. Alejamos a los demás de nosotros.
 - g. Nos quedamos solos.

PP4: Instintos de Seguridad Emocional y Seguridad Material

Este es el segundo componente del yo, y es necesario para que nos protejamos a nosotros y a nuestra raza. Nos hace perseguir la seguridad material y emocional, buscando así trabajar, ganar dinero, y conseguir la seguridad material que nos hace sentir protegidos, dependiendo de la sociedad en la que vivamos (será diferente en Manhattan que en Nepal). Al querer buscar nuestra propia seguridad, también estamos sustentando a la sociedad en su conjunto. No obstante, al exagerar nuestra necesidad de seguridad:

- a. Vamos más allá de nuestras necesidades.
- b. Al intentar satisfacer nuestros deseos, entramos en conflicto y dañamos a los demás.
- c. Reaccionan causándonos resentimiento.
- d. Nos hacemos deshonestos.

En la búsqueda excesiva de seguridad, creamos el defecto de carácter de la temerosidad.

PP5: Los Instintos Sexuales

La tercera y última parte del yo es el sexo. Es un instinto necesario para la continuidad de nuestra raza. Los humanos somos la única especie que tiene la posibilidad del control sobre nuestra respuesta sexual, eligiendo cuándo y cómo tenemos relaciones sexuales. Esta voluntad es la causa de la mayor parte de nuestros problemas sexuales, dando lugar a:

- a. Elegir tener relaciones con la persona errónea.
- b. Elegir tener relaciones en el momento equivocado.
- c. Elegir tener relaciones en una manera inadecuada.

- d. Elegir tener relaciones sexuales que ofenden a los demás.
- e. Esto puede despertar sospechas, celos y amargura.
- f. Podemos dañar a otros y recibir venganza, resultando en resentimiento.

PP6: La Fuerza de Voluntad no puede Controlar la Obstinación

Aunque ahora comprendamos la voluntad propia y como puede terminar en obstinación, no significa que podamos dominar su fuerza. La única fuerza en el universo que la podrá superar es la voluntad de Dios. La esencia del tercer paso está en pedir a dios que nos dirija, entregándole nuestra voluntad propia para recibir nuevas direcciones. Hasta el paso 11 no podremos alcanzar completamente estas nuevas direcciones, que producirán nuevas acciones y una nueva vida. *Este resumen de los instintos será fundamental para el proceso de inventario del paso 4, por lo que cada miembro del grupo debe comprender a fondo el mecanismo de la obstinación.*

SESIÓN DE GRUPO XII ENTREGAMOS NUESTRAS VIDAS

(pág. 54-59, cap.4)

En este paso se nos pide que entreguemos nuestras voluntades y vidas. Una vida de rectitud puede parecer aburrida y drástica, convirtiéndose en una idea acosadora para la mayoría de los adictos empezando en recuperación, pero realmente esta no es de ninguna manera la condición que el paso requiere.

PP1: Entregamos Nuestra Vida

Lo que realmente significa “entregar nuestras voluntades y nuestras vidas”:

Nuestra vida son nuestras acciones; nuestra vida sigue la dirección de nuestra voluntad para convertirse en nuestras acciones. Por lo tanto, entregar nuestra voluntad y nuestra vida significa que entregamos nuestra forma de pensar y nuestras acciones. No se trata de entregar nuestra vida mundana por completo como un monje.

PP2: Nuevas Acciones Producen Nueva Vida

En el primer paso admitimos que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables porque no podíamos controlar nuestras acciones, ni bebiendo, ni ante el beber. Necesitamos nuevas acciones que produzcan nueva vida, tomando la decisión de renunciar a las viejas acciones. Nuestra vida es la suma de todas nuestras acciones. Estas son el resultado de nuestros pensamientos, por lo que somos lo que pensamos. Así que la única manera de obtener una nueva vida es renunciando a la vieja forma de pensar, y entregando nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de dios. De esa manera, lo ingobernable se puede convertir en gobernable y próspero.

PP3: Tomando la Decisión

Hay que dejar claro que siempre tendremos voluntad propia. No estamos renunciando a ella sino entregando nuestro pensamiento y acciones para que dios los dirija. No entregamos nuestras vidas, sino que tomamos la decisión de poner nuestra voluntad a su cuidado. Si pudieramos entregarnos a dios en tres pasos, sería un programa muy corto, ya que no haría falta el resto de los pasos. No sería necesaria la acción contemplada en los pasos 4 a 9. Sin estos pasos de acción, nuestra decisión se quedaría en una idea que no se materializa.

SESIÓN DE GRUPO XIII (3er PASO) DIOS COMO LO CONCEBIMOS

(pág. 56-59, cap.5)

Cada uno de nosotros tenemos, en lo más profundo, un concepto de Dios desde el nacimiento. El papel de los pasos 4 a 10 es que cada persona pueda encontrar y eliminar las cosas que ocultan esta idea de Dios, y así recibir el paso 11. Cada persona es única, y por ello, su camino hacia Dios, aún con las mismas indicaciones, acabará siempre siendo una propia y única visión de "Dios tal como lo concebimos". Cuando tomamos la decisión de iniciar este camino en el paso 3, es sólo una decisión, ya que nuestro concepto de Dios entonces es muy limitado por el hecho mismo de que hemos llegado al programa.

Nota: Fue gracias a la participación e insistencia de Jim Berwell y Hank Parkhurst que se acabó adoptando la parte de "como lo concebimos". Muchos otros colaboradores del libro grande abogaban por un concepto mucho más religioso de Dios, y adoptarlo habría supuesto seguramente que el alcance del mensaje se redujese ostensiblemente. Este revolucionario concepto de "Dios tal como lo concebimos" ha permitido acercar a Dios a millones de personas.

PP1: El Concepto que tiene un Niño

Dios es tan grande como nuestro conocimiento, ya que nuestro concepto de Él crece a medida que maduramos espiritualmente. Su potencial en nuestro mundo es limitado sólo por nuestra idea de él, de la misma manera que una instalación eléctrica puede hacer cada vez más según la potencia que contratemos. En el caso de nuestro concepto de Dios, muchos nos hemos quedado con el limitado concepto de un niño a causa de nuestro consumo.

PP2: Cada Individuo es Único

Por eso ahora, desarrollaremos nuestro concepto de Dios, y por su puesto lo haremos desde el punto de vida único en que se encuentra cada uno, viajando hacia un conocimiento y relación única con Dios.

PP3: Descubriendo y Eliminando Impedimentos

Sabiendo que nuestro concepto de Dios está dentro de nosotros, tomamos la decisión de trabajar para eliminar todo lo que nos mantiene alejados de él, iniciamos el cuarto paso.

PP4: Formándose un Concepto de Dios

Por medio de la experimentación en su propia vida, cada individuo se formará un concepto único de Dios. Que nuestro concepto sea único no es problema en absoluto, lo más importante es que ese concepto contenga a un poder y que permitamos que ese poder trabaje en nuestras vidas. Al hacerlo, lo identificaremos como un poder superior a nosotros.

Finalizamos el paso 3 desprendiéndonos de nuestra concentración en nosotros mismos, y por eso es el primer paso terapéutico, ya que nos mejora al desprendernos de algo. Al reducir nuestra motivación egocéntrica podemos emprender el trabajo de los restantes pasos.

PASO 4

SIN TEMOR HICIMOS UN MINUCIOSO INVENTARIO MORAL DE NOSOTROS MISMOS

En este punto nos embarcamos con los pacientes en el camino de acción que les llevará a su recuperación, identificando todas aquellas cosas que se han convertido en fuerzas destructivas de sus vidas.

SESIÓN DE GRUPO XIV

PREPARÁNDOSE PARA EL INVENTARIO

(pág. 59-61, 12 y 12 pág. 39-51)

En esta sesión identificaremos las cosas que nos impiden ser consecuentes con la decisión del paso 3. Esto implica identificar nuestros instintos naturales, y como los utilizamos de forma positiva o destructiva.

PP1: Enfermedad Espiritual

Tres cosas son las que nos apartan de Dios hacia el egoísmo y la autoobsesión:

1. Resentimientos
2. Temores
3. Culpa y remordimiento por el daño causado a otros

Estas cosas son los síntomas de la enfermedad espiritual que tenemos, y el paso 4 es el intento de eliminar estos impedimentos a la vida espiritual.

PP2: Inventario del Libro Grande

Nota: Algunas personas tienen dificultades de distinta índole con el inventario. Se debe recordar que aunque Dinámica de Recuperación es eficaz para aconsejar al grupo, es necesario trabajar individualmente con los pacientes. Se debe además evitar que los pacientes recurran a guías para la realización del inventario distintas a la simple descripción que ofrece AA, para evitar confusiones y trabajo innecesario. Así mismo, se debe tener en cuenta que la historia de vida que el inventario requiere se debe componer de los datos y hechos pertinentes al alcoholismo, evitando información superflua que obscurezca el proceso de descubrimiento.

El libro de texto nos enseña cómo entender el paso 4 mediante la analogía con el inventario de un negocio. Entenderemos el inventario moral pensando en cómo un negocio inventaría para tener éxito. En cuanto a la palabra “moral”, presenta cierta dificultad porque se suele asociar a que tenemos que buscar todo aquello que hemos hecho mal. El significado correcto que le debemos dar a la palabra moral en lugar de esto, es el de verdadero o correcto, para que el paciente entienda que lo que busca es la verdad. Al pensar en “nosotros mismos”, es como cuando un negocio calcula sus existencias. En nuestra vida, la mercancía son nuestras ideas, ya que esas son las que determinan la calidad de nuestra vida.

Nota: El proceso de inventario es simple, y en las páginas 60 y 61 del libro se explica y se adjunta una tabla comparativa. Aquí se explica el inventario moral comparándolo con un negocio. La parábola es una forma muy efectiva de explicarlo, usada por grandes personajes a través de la historia. Por ello es importante que podamos hacer esta comparación con seguridad.

Encuentro con la Verdad	Sistema de creencias y creencias
Verdad	Verdad
Mero acto en existencia	Nosotros mismos

PP3: Identificando y Analizando

Dios está en nuestra mente y la puede dirigir cuando no está confundida por ninguna de estas tres cosas:

1. Resentimientos
2. Temores
3. Culpa y remordimiento por el daño causado a otros

El resentimiento, el temor, y la conducta sexual están relacionados con la voluntad propia. Son necesarias para la vida, pero cuando perdemos control del resentimiento, el temor y la conducta sexual se nos pueden ir de las manos y hacer daño. Como no podemos resolver un problema hasta comprenderlo, hacemos una lista y analizamos (*proceso de llegar a la verdad*) estos tres aspectos en nuestra vida, para buscar la naturaleza

exacta de nuestras faltas en cada aspecto. Procedemos cuidadosamente asegurándonos de que cada miembro del grupo entiende esto completamente.

Resentimientos	ofensas
Temores	ofensas
sexos	ofensas

Las tres cosas son parte de nuestra naturaleza, pero por diversas razones, los empleamos descontroladamente. En consecuencia, hacemos daño a otros y ellos reaccionan, haciéndonos sentir rencor hacia ellos, entrando así en un círculo vicioso que nos conduce hacia el consumo y la involución. Para corregirlo, examinamos nuestras ofensas.

Cosas que nos obstantulizan	Ofensas	¿Qué parte del yo se vio afectada?	Defectos de carácter en nosotros – la raíz del problema
Resentimientos Nombre	Lo que hicieron		

Nuestro objetivo es encontrar las cosas invisibles de la cuarta columna, pero la única forma de hacerlo es analizando lo que sabemos: los resentimientos de la primera columna. Nuestros problemas siempre empiezan por problemas que tenemos en lo más profundo, pero tenemos que llegar a ellos empezando por el exterior, que es lo que podemos ver con mayor claridad. En el proceso, iremos descubriendo todos los componentes del problema en los distintos niveles de nuestra persona. Vemos nuestras faltas, y desde ellas llegamos hasta nuestros desarreglos más profundos.

¿Cómo surgió el problema?

Raíz del problema	Resentimientos	Ofensas	Entregar nuestras vidas a otros; Dejamos que nos dominen; culpa y remordimiento del pasado
	Temores	Ofensas	
	sexos	Ofensas	

¿Qué Encontraremos?

Yo	Reacción	Defectos	Causas
Egoísta	Resentimientos	Ofensas	Lo que nos crea conflicto
Falto de Honradez	Temores	Ofensas	
Interesado		Ofensas	
Temeroso	sexos		
Desconsiderado			

En cada una de las tres clases de faltas buscamos:

Resentimientos	Juicio equivocado	Actuamos equivocadamente
Temores	Creencia equivocada	Actuamos equivocadamente
sexos	Acciones equivocadas	Ofendemos a otras personas

Nota: el 85% de las personas que han completado un buen 4º paso se han mantenido sobrios, y el 75% de los que recayeron no llegaron a completarlo. Ello nos indica lo importante que es nuestra labor en cuanto a ayudar a los pacientes a poder hacer un minucioso y valeroso inventario.

PP4: Madurez

Nota: para este punto puede ser útil leer de nuevo la sesión de grupo 11.

Un niño empieza siendo una criatura emocional que vive reaccionando a las emociones, controlado frecuentemente por sentimientos de temor a la autoridad de sus padres. Al desarrollarse sanamente, se va convirtiendo en un adulto que es capaz de propulsarse a través de la planificación y el raciocinio. No obstante, esto no ocurre por defecto, dándose casos de reacciones inmaduras en adultos que resultan en la represión de emociones y eventualmente problemas de adicciones.

Cuando alguien es egoísta, sus pensamientos y acciones están totalmente controlados por la autoobsesión, viviendo únicamente para satisfacer sus instintos. Al hacer esto, actúa de un modo que hace daño a otros, que a su vez se desquitan, lastimando aún más al individuo. Ante esto, el individuo egoísta aumenta su autoobsesión, cultivando temor y resentimiento. Esto hace aumentar la obstinación que originó el problema, y se entra en un círculo vicioso emocional que lleva a la adicción.

Vemos como el problema espiritual del individuo se proyecta desde su círculo interior al círculo exterior en forma de problemas mentales y de autogobierno. Ahora que tomamos la decisión de entregar nuestra voluntad, no podemos simplemente decidir que ya no seremos egoístas. Trabajaremos identificando las cosas del círculo exterior para deshacernos de ellas y permitir un proceso de cambio interior.

PP5: Reacciones: Positivas y Negativas

Ante cualquier situación, los humanos podemos elegir entre reacciones negativas y positivas, que se excluyen mutuamente. Una respuesta negativa es únicamente una reacción, mientras que una positiva es una acción. Necesariamente usaremos ambas en la vida lo mejor que podamos, sin poder alcanzar la perfección.

Positivo	Negativo
Acciones	Reacciones
Pensamientos	Emociones
Razonar/Planear	Sentimientos

INVENTARIO PASO A PASO

Riesgos más frecuentes de fallas Desarrollo inadecuado		Mejor lista para detectar de fallos de desarrollo Desarrollo óptimo	
Amar	T	Riesgos más frecuentes desarrollo de software	
Tecnología	+		
Paisajes	+		
Víctor		Terror	
Sobrehora		Besa	
Hambre		Oigalle	

Los Siete Pecados Capitales

- Orgullo** una excesiva e injustificada opinión de sí mismo, que conlleva también la visión opuesta.
Ira sentimiento fuerte de desagrado y antagonismo
Lujuria deseo excesivo de sexo
Envidia ver con dolor, resentimiento y deseo las ventajas ajenas
Avaricia deseo excesivo de adquirir cosas
Pereza falta de disposición hacia la acción o el esfuerzo
Gula comer o beber demasiado

PP6: Uso Adecuado de las Reacciones Emocionales

Nota: recordar que sólo un tipo de reacción a una situación se puede dar simultáneamente.

Una reacción negativa (emocional o reaccionaria) nos impide pensar y planear, mientras que una positiva nos permite dominar nuestras emociones.

Positivo	Negativo
Acciones	Reacciones
Pensamientos	Emociones
Razonar	Sentimientos
Planear	Resentimiento
	Autoconmiseración
	Temor
	Sexo
	Orgullo

Todas las reacciones, negativas y positivas, vienen de Dios y son útiles. Lo sano y productivo es que procuremos utilizar nuestras respuestas negativas para gestar reacciones positivas. En este respecto, las reacciones negativas son sanas. Dejan de serlo cuando se usan inadecuadamente, transformándose en malos hábitos emocionales que generan toda clase de desórdenes psicológicos y sociales.

Positivo	Negativo
Acción	Reacción

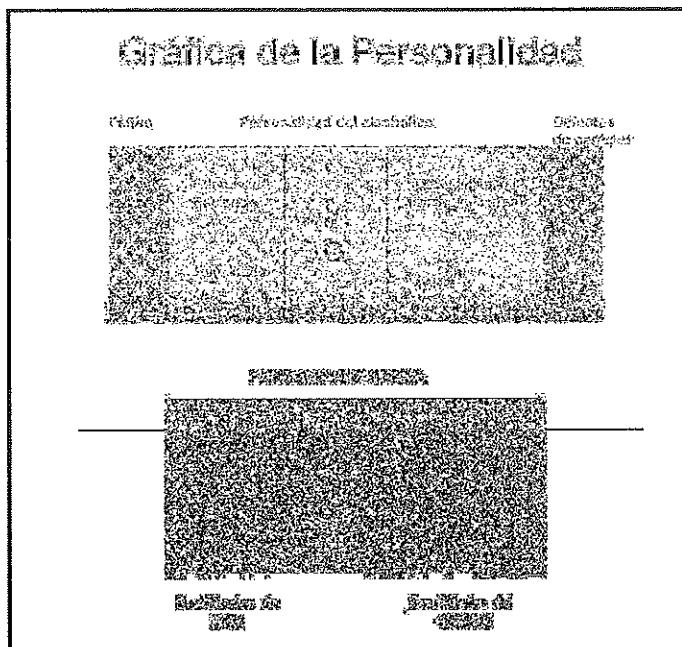
PP7: Volviéndose un Reactor

Un alcohólico tiene una personalidad que muestra fuerte voluntad y determinación. Busca el éxito y el perfeccionismo con una tendencia hacia las reacciones negativas, dada su autosuficiencia y egocentrismo. Hace un uso excesivo de ellas, convirtiéndolas en un mal hábito emocional automático, y volviéndose un reactor a la vida. Cuando se introduce alcohol en la fórmula, hay alivio sintético de la reacción negativa emocional y se fomenta aún más. En este ciclo, el alcohol es un exitoso coadyuvante, dando lugar a un aprendizaje del que surge la obsesión.

PP8: Inventario de Reacciones

Inventariamos nuestras reacciones habituales para conocerlas y cambiarlas, y así poder tener una vida diferente.

Haga una lista de faltas (cualidades con desarrollo insuficiente)	Haga una lista de defectos de carácter (desarrollo excesivo)
Amor	Resentimiento
Tolerancia	Autoconmiseración
Paciencia	Sexo
Valor	Temor
Sabiduría	Orgullo
Humildad	



PP9: Autoconmiseración

Nota: es necesario entender perfectamente los siguientes pasajes del libro de texto: el resentimiento, pág. 60; el temor, págs. 63 y 64; conducta sexual pag. 64 hasta fin cap. 6.

La autoconmiseración o lástima de sí mismo domina la psique del alcohólico y es uno de los malos hábitos emocionales más destructivos que existen. Estos resentimientos hacia uno mismo están casi siempre relacionados con los resentimientos hacia los demás, ya que automáticamente tiende a dirigir estos a sí mismo. Esto sólo puede conducir a la infelicidad y el fracaso. Ve afortunada la posición de los demás y se considera un perdedor, disfrazando sus propias cualidades y convirtiendo fantasías en sus metas. Esta fantasía y autoconmiseración acaba en pasividad y fracaso.

PP10: Uso Constructivo de Autoconmiseración

Este uso viene de dios, y resulta de utilizar este sentimiento para desencadenar una acción productiva. Este tipo de reacciones son las que hacen que los instintos nos lleven al desarrollo de nuestra sociedad.

PP11: Uso Destructivo de Autocommiseración

El uso destructivo es permanecer en la inactividad a pesar de sentir autocommiseración. Vemos así que la clave de una reacción sana es la actividad, y que la inacción produce reacciones equivocadas.

PP12: Autocommiseración se relaciona a la Concentración en sí Mismo

Se hace obvio el papel del yo. Cuanto más fuerte es la tendencia al autogobierno, más intensa es la autocommiseración. El egocentrismo nos pone en constante conflicto y consecuente resentimiento, haciéndonos propensos a la autocommiseración y el fracaso. Cuando funcionamos así, nos convertimos en reactores, poniendo nuestra tranquilidad y felicidad en manos de los demás. Y convirtiéndonos en parásitos. Cuando no se responde a nuestra exigencia, el resentimiento y lástima se arraiga aún más, haciendo imposible superar la autocommiseración sin deshacernos de la obstinación en el paso 3. Con este cambio, transformaremos el poder destructivo de la autocommiseración en un poder constructivo que nos permitirá alcanzar nuestras metas.

PP13: Controlando los Instintos en el Paso 10

Debemos mantener un control diario de la autocommiseración mediante el inventario del paso 10, para poder transformar cada sentimiento de autocommiseración en acción, tan pronto como sea posible. Reemplazamos “yo no puedo” por “yo puedo”. Así examinamos nuestros viejos y destructivos hábitos emocionales para superarlos y transformarlos en combustible de cambio.

SESIÓN DE GRUPO XV INVENTARIO DE RESENTIMIENTOS (pág. 60-63)

PP1: Resentimiento

Pregunta al Grupo: ¿Qué es el resentimiento? Significa sentir otra vez emociones pasadas. Es la emoción más abusada por el alcohólico y la que le trae el mayor malestar. Es una habilidad natural, procedente de Dios, que utilizado adecuadamente es algo sano. Gracias a él, somos competitivos, descubriendo nuevas ideas y rompiendo barreras. Nos insta a actuar.

PP2: Uso Inadecuado de los Instintos Naturales

Es un uso excesivo, donde en lugar de ayudarnos nos perjudicarían los instintos, como podría ocurrir con el fuego o el agua en nuestros hogares. Las personas que abusan de los instintos son egocéntricas y autosuficientes, tendiendo a reaccionar inadecuadamente, con resentimientos que engendran autodestrucción.

PP3: Uso Inadecuado del Resentimiento

Los resentimientos son el peor hábito emocional, ya que se revive el pasado tratando de hacer lo imposible – cambiarlo. Con ello, se destruye la tranquilidad y la felicidad en el presente. Debemos ayudar a los pacientes a ver lo irracional en este mal hábito.

INVENTARIO DE RESENTIMIENTOS: COMO RELLENARLO

Instrucciones para llenar el inventario		Formulario de Resentimientos												
		COLUMNAS 3 Y 4												
		Junto al yo			Afectado por el yo			Causa de la infelicidad			Resentimiento			
		Quién	Qué	Hizo	Quién	Qué	Hizo	Quién	Qué	Hizo	Quién	Qué	Hizo	
1.	Yo	Que me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
2.	Mi esposo	Con su esposa (o de su exesposa)	<input checked="" type="checkbox"/>											
3.	Mi hijo	El que más me lastimó desde mi punto de vista	<input checked="" type="checkbox"/>											
4.	Mi hija	Me hizo un daño	<input checked="" type="checkbox"/>											
5.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
6.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
7.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
8.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
9.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
10.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
11.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
12.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
13.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
14.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
15.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
16.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
17.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
18.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
19.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
20.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
21.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
22.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
23.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
24.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
25.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											
26.	Mi esposo	Me lastimó más que nadie	<input checked="" type="checkbox"/>											

mentira de continuas ofensas a nuestra persona que sirve como criadero de resentimiento y autoconmiseración y nos aparta del mundo y de la felicidad.

Una vez que tenemos los resentimientos, los analizamos para ver como tienen su fuente en nuestra propia personalidad. Analizando el ejemplo de la pág. 61 del libro de texto:

Nombre	La Causa	Yo
Sr. B	Su atención hacia mi esposa equivocado	Vida sexual aceptable Amor Propio
Sr. B	Contó a mi esposa lo del amante	Relación sexual aceptable y oculta, amor propio
Sr. B	Puede ocupar mi puesto en la oficina	Seguridad amor propio

Viendo el cuadro, podemos entender que si la persona hubiera estado en casa con su mujer en lugar de bebiendo por ahí, no tuviera una amante, y hubiera estado rindiendo correctamente en su trabajo, en lugar de comportarse así a causa de su egoísmo, desconsideración o falta de honradez, los resentimientos nunca hubieran surgido. Así conseguimos la verdad sobre cada uno de los acontecimientos. Con esto entendemos como hemos utilizado los defectos de carácter para enfermar:

1. Vemos que necesitamos resentimientos para escondernos detrás de ellos.
2. Vemos que necesitamos resentimientos para culpar a otras personas.
3. Vemos que necesitamos resentimientos para protegernos de la culpabilidad y del remordimiento, los cuales son extremadamente dolorosos.
4. Vemos que el resentimiento es una mentira, no es verdad.
5. Vemos que mentimos para proteger al yo enfermo.
6. Vemos que estas mentiras, aunque protegen al yo, nos enferman más aún.

Con el resentimiento, transferimos la culpa que sentimos por nuestros actos a los demás, y luego los alejamos para protegernos. Vemos el enemigo en todas partes y a nosotros como vencedores. Usamos una defensa funcional excesivamente y nos acaba enfermando. Si analizamos los resentimientos y vemos la verdad en ellos, nos liberamos, y así la verdad nos libera. Al verla, nuestros resentimientos comienzan a desaparecer y podemos empezar a trabajar para no crear otros nuevos.

PP4: La Verdad

Ningún ser humano conoce la verdad tal como es, sólo su propia versión de ella. Al acercarnos a la verdad que hay en nuestros resentimientos, podemos ver que la mayoría de ellos desaparecen.

PP5: Resentimientos Profundos

Algunos de los resentimientos son muy profundos y eludirán este tratamiento. En este caso, el libro grande nos da el instrumento poderoso de orar por aquello que resentimos, reemplazando el resentimiento por amor y compasión.

PP6: ¿Qué es lo que llena el Vacío?

Una vez que eliminamos los resentimientos, hay una ley natural que dice que algo ocupará su lugar. En este caso, ese algo será el amor, la tolerancia, la paciencia y la buena voluntad hacia todos. Volvemos a nacer mentalmente, habiendo llevado a cabo un tercio de la acción del inventario, eliminando los obstáculos que nos separaban de Dios y que nos impedían cumplir la decisión del 3er Paso.

PP7: Empezando la lista para el Paso 8

Nota: mientras analizamos los resentimientos, temores y conducta sexual, debemos hacer una lista de enmiendas.

Algunas de las personas con las que teníamos resentimientos son personas a las que hicimos daño. Al analizar la situación, entendemos que nosotros les dañamos primero, por lo que deben desaparecer de nuestra lista de resentimientos para engrosar la de enmiendas. Al entender el defecto nuestro que nos ha hecho estar resentidos, ya estamos empezando a enmendar, y por eso hacemos ahora la lista del paso 8.

PP8: El Paso 10 está basado en el Paso 4

El proceso de análisis de los resentimientos, hecho minuciosamente, producirá y mantendrá la sobriedad. También nos preparará para enfrentarnos a futuros resentimientos que surgirán. Así aprendemos a practicar el paso 10. Podremos, cuando surja un resentimiento en nosotros, mirar inmediatamente dentro de nosotros para buscar la causa y hacer los cambios necesarios. Esto nos dará la calidad de vida que deseamos.

Hemos aprendido:

1. Que el resentimiento nos separa de Dios.
2. Que el resentimiento nos impide llevar a cabo la decisión del paso 3.
3. Que un resentimiento es una mentira.
4. Que un resentimiento controla nuestras mentes.
5. Que un resentimiento permite que otros controlen nuestras vidas.
6. Que no podemos ser felices si tenemos resentimientos.
7. Que el resentimiento nos pone en conflicto con Dios y con otros.
8. Que el resentimiento es estúpido y un desperdicio de tiempo.
9. Que el resentimiento nos impulsa a beber o usar drogas.

SESIÓN DE GRUPO XVI INVENTARIO DE TEMORES (pág. 62-64)

PP1: Uso Apropriado del Instinto de Temor

El temor (*emoción de expectación por un posible futuro adverso*) es la siguiente reacción que nos aparta de dios. Esta emoción es necesaria para garantizar la seguridad del individuo y así la continuidad de nuestra sociedad. No obstante, al igual que en el resentimiento, una cierta cantidad es necesario, pero un exceso será destructivo. Por ejemplo, una ansiedad producida por un temor sano nos pone en un estado de anticipación positiva para prepararnos para una situación inminente. Incluso controla la liberación de adrenalina, por ejemplo, que nos aumenta las capacidades en respuesta a situaciones extremas.

PP2: Uso Destructivo del Instinto de Temor

Si el temor nos paraliza en lugar de producir acción, resulta ser una fuerza destructiva. Lo mismo ocurre cuando abusamos de la sensación de miedo y buscamos excesivamente la seguridad, resultando en avaricia y conflictos. Por ejemplo, si nos va a atropellar un coche y tenemos tanto miedo que nos paralizamos, el temor nos destruye. Igualmente, una persona

puede estar constantemente anticipando situaciones de peligro y vivir con excesiva ansiedad que trae muchos problemas.

PP3: Cómo se relaciona el yo con el Instinto de Temor

Entendiendo lo que es el temor, resulta obvio que cuanto más fuerte sea la tendencia al autogobierno en una persona, más fuerte será el temor. Por ejemplo, si hay un problema en una empresa, el director será mucho más responsable de esto que un operario. Cuanto más se manifieste el yo en nosotros, más ansiedad habrá.

También los resentimientos que hemos analizado pueden ser la causa del temor, ya que alguien que tiende a ofender a otros, recibirá resentimiento en respuesta, llevando a resentimiento e inseguridad hacia sí mismo, aumentando sus temores.

PP4: Poniendo Atención al Instinto

Alguien que ha desarrollado el mal hábito emocional de recurrir excesivamente al miedo debe estar muy vigilante para intentar evitar el temor anormal en su vida. Al haberse convertido en una reacción automática, la única manera de erradicarla es reemplazándola por la acción, a través del análisis continuo de sus temores.

PP5: Demoras

El temor produce también el retraso de acciones necesarias para la autogestión, resultando en demora. Es propia de la persona concentrada en sí misma que teme el fracaso, y acaba en otra emoción mortal, la autoocomiseración. Hay tres buenas estrategias para corregir nuestro comportamiento:

1. “Poco a poco se va lejos” – Al tomar la vida con calma, disminuimos el porcentaje de respuestas automáticas y por tanto el de respuestas incorrectas, ya que estas frecuentemente lo son.
2. “Lo primero es lo primero” – Priorizando adecuadamente podemos organizar y planear nuestra vida para anticipar lo que ocurrirá y elegir una respuesta adecuada.
3. “Pensar, pensar, pensar” – recordándonos esta sencilla orden evitaremos usar los sentimientos en exceso y en su lugar la acción planificada, que proviene del pensamiento.

PP6: Culpa y Miedo

La culpabilidad (*miedo al pasado*) y la aprensión (*miedo al futuro*), son formas de miedo útiles para llevarnos a acciones correctas, pero que a su vez constituyen la peor forma de enfermedad emocional – la destrucción de nuestro vital presente, lo único que tenemos.

PP7: Inventario de Temores

Inventario de Temores		Priorización de Temores									
Temor	Importancia	Categoría		Prioridad		Efecto		Efecto		Efecto	
		Temor	Importancia	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
1. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
2. Miedo a los perros	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
3. Miedo a las bombas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
4. Miedo a las arañas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
5. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
6. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
7. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
8. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
9. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
10. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
11. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
12. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
13. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
14. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
15. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
16. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
17. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
18. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
19. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
20. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
21. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
22. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
23. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
24. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
25. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
26. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
27. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
28. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
29. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
30. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
31. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
32. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
33. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
34. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
35. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
36. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
37. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
38. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
39. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
40. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
41. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
42. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
43. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
44. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
45. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
46. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
47. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
48. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
49. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
50. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
51. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
52. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
53. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
54. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
55. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
56. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
57. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
58. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
59. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
60. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
61. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
62. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
63. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
64. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
65. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
66. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
67. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
68. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
69. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
70. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
71. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
72. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
73. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
74. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
75. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
76. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
77. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
78. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
79. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
80. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
81. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
82. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
83. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
84. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
85. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
86. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
87. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
88. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
89. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
90. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
91. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
92. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
93. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
94. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
95. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
96. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
97. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
98. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
99. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
100. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
101. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
102. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
103. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
104. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
105. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
106. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
107. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
108. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
109. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
110. Miedo a las alturas	Alto	Alto	Alto								

En nuestro inventario de temores, empezamos por hacer una lista de las cosas a las que tenemos miedo. Al completar la primera columna, entenderemos que:

1. “esta corta palabra toca todos los aspectos de nuestra vida”
2. “la trama de nuestra existencia la llevaba entrecruzada”
3. “ponía en movimiento una sucesión de circunstancias que nos acarreaban desgracias que no creíamos merecernos” (pág. 63)

Después rellenamos la segunda columna preguntándonos cuál es la causa de cada temor. Al finalizarla, seguramente estaremos de acuerdo en que el temor nos “daña más que el robo” (pág. 63).

En la tercera columna, nos preguntamos qué parte del yo fue amenazada, si el instinto social, el de seguridad, o el sexual. Entenderemos posteriormente que por mucha confianza que pudiéramos desarrollar en nosotros mismos, nunca sería suficiente para resolver ninguno de nuestros problemas...

Finalmente, en la 4^a columna, buscaremos el defecto en nosotros que generó cada temor, y al encontrar su origen, desaparecerá. Aunque algunos no desaparezcan, podremos utilizar la oración, al igual que hicimos con los resentimientos. La oración es una demostración de valor que nos une a Dios y elimina el temor. Conseguimos eliminar aquello que obstaculiza nuestra decisión del 3er Paso, poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de dios.

PP8: Trabajando con el Temor

Al analizar nuestros temores, aprendemos la verdad – que los temores son “creencias incorrectas”. Aprendemos que:

1. Los temores no son ciertos.
2. El miedo controla nuestras mentes y nos separa de Dios.
3. EL temor permite que otros controlen nuestras vidas.
4. Usamos oración cuando experimentamos un temor.

5. Empezamos a superar el temor por medio de la acción.

PP9: Mirando al Futuro

También ahora debemos prepararnos para los pasos 8, 9 y 19. Hemos visto que temíamos a algunas personas debido a nuestros defectos de carácter. Les habíamos hecho daño y por eso les temíamos. Ahora debemos añadirlos a nuestra lista de enmiendas. Así mismo, gracias a entender el inventario del 4º Paso podemos trabajar el paso 10, tomando acción en lugar de elegir el temor.

El paciente debe haber aprendido con todo esto que no cabe sentirse inadecuado a causa de tener un instinto natural como el temor. En lugar de eso, debe entender que éste tiene un papel sano en su vida y cómo puede entrar en acción para evitar que se convierta en una fuerza destructiva.

SESIÓN DE GRUPO XVII INVENTARIO DE CONDUCTA SEXUAL (pág. 63-71)

PP1: Sexualidad y Reproducción

Nota: Los daños hechos a otros a causa de la conducta sexual generan un sentimiento de culpa que nos impide crecer espiritualmente. Por eso es importante analizar la conducta sexual con el fin de librarse de la culpa y el remordimiento.

La sexualidad (instinto natural que conduce al acto sexual) es un instinto que dios nos ha regalado, gracias al cual la tierra está poblada y han podido ocurrir todas las hazañas de los humanos. Todos los seres tienen una reproducción controlada por un impulso sexual que se deriva de ciclos físicos como por ejemplo el celo. En nosotros los humanos, existe este condicionamiento físico, pero somos la especie dominante, gracias a, entre otras cosas, que podemos dominar y gestionar el impulso físico de reproducción emocional y mentalmente para crear familias, sociedades y naciones como las que tenemos. El instinto sexual es por tanto vital para nuestra especie.

PP2: Mala Interpretación de lo Sexual

El sexual es el instinto más malinterpretado. Existe una gran falta de información, ya que no se suele enseñar ni en casa ni en las instituciones sobre este impulso, y acabamos aprendiendo sobre él de personas que tienen poco más conocimiento que nosotros. Instituciones como la iglesia enseñan ideales pero no como alcanzar estos, y reina la confusión acerca de cómo manejar el instinto sexual.

PP3: Sexualidad Emocional contra Sexualidad Física

Hablar de nuestro instinto sexual en este contexto no necesita incluir información relacionada al acto sexual, ya que el desarreglo que tenemos está en el aspecto emocional. Siendo el instinto sexual el más fuerte de nuestros impulsos, es obvio que si hemos tenido problemas con el resentimiento y el temor, tengamos aún más dificultades con el comportamiento sexual. Este incluso choca con otras emociones y las agrava. Por ejemplo, el yo busca satisfacción excesiva, se manifiesta lujuriosamente, se llega al acto sexual, se afecta a otros, y finalmente surgen temor y culpa.

Los medios nos hacen un flaco favor en esta área, presentándonos novelas, películas, anuncios y canciones que usan el sexo como método de venta, distorsionan los ideales, nos despiertan los instintos, y en definitiva nos bombardean con toda clase de información distorsionada respecto a lo que son el sexo, el amor, y las relaciones.

Aunque sea poco probable desarrollar una concepción sana de la sexualidad con las fuentes de información que hemos mencionado, debemos aceptar que es imprescindible para un alcohólico en recuperación desarrollar un concepto básico y sólido sobre lo sexual para poder alcanzar la felicidad.

PP4: La Sexualidad es una Reacción

La emoción sexual es una reacción que se tiene hacia la persona que lo estimula, llevando al acto reproductivo. Comprendiendo esto, vemos que un uso exagerado del instinto sexual puede ser muy pernicioso. Reaccionando ante nuestros instintos sexuales sin control, traspasaremos las barreras sociales y morales, creando conflicto y dolor, como por ejemplo, en el caso de las infidelidades. Por eso, nuestra calidad de vida dependerá de nuestra capacidad de gestionar este impulso adecuadamente.

Como en el caso de los otros impulsos que hemos comentado, es siempre el yo con sus defectos de carácter el que constituye la fuente del problema. Por ejemplo, si un hombre transgrede las leyes familiares manteniendo una relación con una mujer de otra familia, es su egocentrismo el que le hace presentar esta falta de consideración a las otras personas afectadas y por lo tanto origina el daño causado.

Es precisamente nuestra potestad de poder elegir a nuestras parejas, la frecuencia y formato del acto reproductivo, etc., la que nos genera tantos dilemas. Los animales, cuya conducta sexual es regulada estrictamente por la naturaleza, no tienen problemas sexuales.

PP5: Normas de Conducta Sexual

Hay que entender el inventario sexual como un análisis de nuestros instintos mal dirigidos y las manifestaciones de nuestros defectos de carácter para liberarnos. No es un extractor de culpa, ni tampoco vamos a acudir a nadie para que juzgue nuestra conducta sexual. Las normas de conducta sexual varían enormemente según la sociedad en la que nos encontramos, y nadie va a tener las mismas normas que otra persona.

Nosotros analizaremos nuestra conducta sexual para encontrar la naturaleza exacta de nuestro problema, y al ver sus causas y sus consecuencias, entenderemos qué tipo de normas de conducta sexual serán apropiadas para que nosotros podamos tener una vida de calidad. No aconsejamos ni juzgamos a nadie, tan sólo hacemos los cambios necesarios para ser felices gracias al entendimiento de nuestras acciones. *Nota: para entender esto mejor y ver la realidad, será necesario compartir nuestro inventario en el Paso 5.*

Revisión de nuestra propia conducta sexual

卷之三

Introducción 1	Introducción clásica que comienza con la definición de ciencia. Se enfatizan los criterios de ciencia y ciencia. Algunos autores incluyen el concepto de ciencia en su definición de ciencia.
Introducción 2	Introducción que comienza con la definición de ciencia. Se enfatizan los criterios de ciencia y ciencia. Algunos autores incluyen el concepto de ciencia en su definición de ciencia.
Introducción 3	Introducción que comienza con la definición de ciencia. Se enfatizan los criterios de ciencia y ciencia. Algunos autores incluyen el concepto de ciencia en su definición de ciencia.
Introducción 4	Introducción que comienza con la definición de ciencia. Se enfatizan los criterios de ciencia y ciencia. Algunos autores incluyen el concepto de ciencia en su definición de ciencia.
Introducción 5	Introducción que comienza con la definición de ciencia. Se enfatizan los criterios de ciencia y ciencia. Algunos autores incluyen el concepto de ciencia en su definición de ciencia.

PP6: Inventario de Conducta Sexual

Para revisar nuestra conducta sexual, vemos como completar el cuadro de inventario. En la primera columna, rellenando como hasta ahora, aprenderemos que hemos herido a mucha gente, a más de la que pensábamos. Después, en la segunda columna, analizamos nuestros actos para poder librarnos posteriormente del remordimiento o la culpa que nos puedan hacer sentir.

En la 3^a columna, al ver qué aspecto del yo es el que ha causado los daños, comprendemos mejor la naturaleza de nuestras ofensas. Entendemos que es nuestra ansia de seguridad y nuestro ego los que nos han impulsado a ello. Así podremos encarar el futuro con las herramientas necesaria para poder tener un comportamiento diferente que no nos cause agravio.

En la 4^a columna, al analizar los defectos de carácter que han impulsado nuestro comportamiento, vemos al igual que en los precedentes inventarios que son nuestros defectos los que han iniciado largos ciclos de destrucción en nuestra vida. Al empezar a ver nuestra conducta, nos hemos podido sentir culpables e indignos, pero en realidad vemos que nuestra falta de amor propio nos impulsó a la búsqueda compulsiva de seguridad emocional y de relaciones, obviando el respeto hacia los demás y hacia nosotros. En el fondo buscábamos el calor y el cobijo, pero los medios que aprendimos eran escasamente adecuados, dejándonos a menudo a la intemperie emocional.

PP7: Mirando al Futuro

Ahora que sabemos el daño que hemos causado y entendemos su naturaleza, completamos nuestra lista de enmiendas ya empezada anteriormente. Nuestro entendimiento posibilita la liberación del noveno paso, así como el mantenimiento espiritual que se

acometerá en el décimo. Recordaremos lo que es necesario hacer, y pediremos fortaleza a Dios para obrar con integridad.

Habiendo analizado nuestra conducta sexual y llegado a su naturaleza exacta, dejamos a un lado la culpa y el remordimiento, e iniciamos una nueva vida de liberación y progreso a través del autoconocimiento.

La Historia del Caso

La forma más larga del procedimiento de inventario, es la “historia del caso”, o “historia de vida”. Se utiliza cuando hay dificultades de comprensión del inventario. Si el paciente es incapaz de completar el inventario, le asignamos el trabajo de escribir su historia, dándole esa tarea exclusivamente durante los 3 o 4 días que empleará en ello. Posteriormente, se le ayuda a tratar esa información y transferirla al inventario.

La historia del caso debe narrar la vida de la persona, prestando especial atención a los datos y hechos que han influido en su alcoholismo, e intentando omitir información superflua como descripciones innecesarias, datos económicos irrelevantes, etc. Es muy importante mencionar datos como cuando bebía, como se inició en ella, que intentaba tapar, etc.

Si un consejero analiza metódica y regularmente las historias, desarrollará una aptitud excelente para poder dar con los aspectos cruciales de cada caso y se podrá trabajar con mucha efectividad. Para finalizar la sesión “Dinámica de Recuperación” nos muestra una historia de caso típica para ser utilizada como ejemplo.