

V. REAPARECEN LOS SENTIMIENTOS: LA RECUPERACIÓN

En los últimos años se ha logrado desarrollar métodos integrales y de alto rendimiento en el tratamiento y rehabilitación de la adicción. Hoy se sabe cómo ocurre la recuperación y qué pasos son necesarios para la rehabilitación en esta enfermedad. Particularmente resulta vital que el paciente y su familia conozcan lo que ocurrirá durante el primer año de tratamiento, ya que los especialistas dominan muy bien lo que cabe esperar dentro de sus logros y acerca de las dificultades a las que se verán enfrentados. Los últimos estudios realizados muestran que en programas estructurados, hasta un 70% de los pacientes que han completado su tratamiento son capaces de mantenerse sanos durante el resto de su vida.

“Mis papás fueron un apoyo súper importante”

Como muchas personas rehabilitadas, el testimonio de Pedro —a quien conocimos en el primer capítulo— entrega grandes esperanzas. Vale la pena revelar más detalles de su historia.

—Internado te desconectas del mundo. Y es complicado no saber qué pasa afuera, ignorar dónde está tu gente. Pero adentro tienes mucho apoyo, entre todos se ayudan. Es fundamental saber que hay gente que está bien y te dice: “Vas a salir. ¡Dale!”.

Todas las personas que están empezando el tratamiento siempre tienen un tema recurrente, obsesivo, que en su mente es el equivalente a consumir. Para uno era la fábrica de puertas, y le daba con la fábrica de puertas, si bien la empresa había quebrado hacía bastante tiempo. Otro quería ir a manejar e insistía en conducir un auto.

Yo me lo tomé en serio. Mi familia también. Las terapias familiares nos ayudaron mucho. A mis viejos les sirvió para entender lo que es esta enfermedad y sacarse culpas. Para mis hermanas fue súper bueno comprender que no era que me estaban dando un premio por dejar la crema, sino que lo había pasado muy mal.

En la clínica tomé la decisión de dejar la droga. Nunca tuve una discusión con los médicos y terapeutas. Eran excelentes profesionales, de lo contrario, me los hubiera comido con zapatos, porque yo soy entrador, prepotente. Intelectualmente, he estudiado hartito, no me vienen con estupideces.

Mis viejos fueron un apoyo súper importante para salir adelante. En todo momento creyeron en mí. Nunca me pusieron en duda. Nunca.

Mi tía, la que fue fundamental para que ingresara a rehabilitación, me iba a ver todos los días a la clínica. La polola que tenía en ese momento también. Cuando era hora de irse, ella se sentaba en su auto afuera en la calle y yo la miraba por la ventana. Mi sobrina chica me visitaba y jugábamos. Mi papá se sentaba conmigo a ver los partidos de fútbol, a pesar de que tenía problemas en su trabajo; también mi mamá se instalaba por las tardes. Mi hermana chica, que tenía 12

años, no podía ir, se ponía a llorar. Varios de mis amigos también se mojaron el pellejo por mí.

Al salir de la clínica pasé un período difícil. Los primeros cuatro o cinco meses no quería salir de la casa. Estaba destrozado, física y anímicamente. Ves el futuro horroroso: ¡Me quedan dos años de este sistema!, me repetía. No daba más.

El chaperón es un capítulo aparte. El primero fue un cargante reelamido, estudiaba para profesor de castellano. Le hacía la pata a mi mamá. ¡Empezó a competir conmigo!

Felizmente, después me pusieron una vieja. ¡Extraordinaria! Tenía sus caídas. Pero ella fue más importante que nadie.

Estuvo conmigo. Contagiaba su alegría. Vamos, salgamos a caminar, usted conoce a unas niñas y yo vigilo me decía. Me hacía sémola con leche y lograba que comiera. Después, cuando quise bajar de peso, me controlaba la comida. Me acompañó a kung-fu. Mi papá me había advertido que nunca me pagarían un curso de artes marciales, porque yo podía matar a alguien. Pero después, rehabilitado, llegué a cinturón altísimo. Ella me ayudaba, se sentaba a esperarme. Me conocía las pololas, me cubría las espaldas.

Hasta el año tenía chaperón el día completo. Después me lo eliminaron en las noches y al final me liberaron sábado y domingo.

Intelectualmente estaba también muy disminuido en todas mis capacidades. Lograba leer una línea y paraba. Así y todo logré estudiar para mi examen de grado. No me pusieron un siete, pero me fue súper bien. Fue real. Volví a trabajar en marzo de 2000. De a poquito, de a poquito.

Las ganas de volver a consumir no se acaban nunca. Hay distintos momentos. Están esas borracheras secas, en que uno se pone como si estuviera loco. Mi mujer se da cuenta y se mata de la risa. Para mí es la mejor salida, tomármelo con humor, porque es terrible de complicado.

Sin duda que me gustaría drogarme, sin duda. Pero el desastre que me queda en la vida no me lo mamo. Pierdo todo. De partida, mi matrimonio. En la oficina podría quedar un problema de proporciones grotescas. Y lo más grave es que yo me hundiría.

Soy precavido, trato de no exponerme. Todos los que me rodean

saben mi historia y me ayudan. Estamos en una comida y si algún plato tiene alcohol, me lo cambian, se lo comen ellos. Me ponen más canapés, aunque la cosa ya no se hable. Tengo mi propio Antabús (medicamento aversivo del consumo de alcohol) con mi señora. Ella me cuida mucho. Siempre conversamos sobre los niños que queremos tener. Creo que con los hijos hay que ser muy honesto y firme. Debo darles la información que yo tengo. Esto es genético. El tema es cuándo decírselos.

Lo importante es que me vean trabajar y jugármela. Mi papá me dio muchos discursos, valen callampa. A mí lo que me importa es lo que he visto. Quiero a mis papás por lo que son, no por lo que me hablaron.

ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN

Cada testimonio lo confirma: la enfermedad adictiva afecta todas las esferas de la vida de quien consume; hay compromiso físico, emocional, social, familiar, laboral y espiritual. Por este motivo, el tratamiento psicológico o psiquiátrico habitual no es suficiente ni adecuado. Se requiere la aplicación conjunta de diversos procedimientos terapéuticos, por lo que la rehabilitación es tarea de equipos multidisciplinarios capaces de efectuar el abordaje terapéutico múltiple.

Un punto esencial a considerar es que este tipo de enfermedad es exógena. A diferencia de cualquier otra afección psicológica o mental, que viene desde la persona, es decir, endógena, la adicción es provocada por una sustancia externa que incorporamos al organismo. Cada día de consumo se está más enfermo que el día anterior, pero, inversamente, cada día que se deja de consumir se está mejor. Por lo mismo, para enfrentar esta enfermedad crónica, determinada por el consumo, el tratamiento debe apuntar a alcanzar la abstinencia absoluta y definitiva de toda sustancia adictiva.

La enfermedad se ha desarrollado a lo largo de muchos años y ha significado una transformación profunda del paciente y su familia. El consumo ha ido creando condicionamientos que hacen que la persona asocie su trabajo, su diversión, su vida social, la solución de sus problemas y conflictos al uso de sustancias que modifiquen su ánimo. Por ello el tratamiento de adicción es prolongado. La experiencia demuestra que el proceso de rehabilitación de un adicto no dura menos de dos años.

Como vimos en los capítulos anteriores, en tanto el trastorno

familiar forma parte integral de la estructura de la familia, resulta fundamental entonces que la familia esté incluida en el marco del tratamiento. Cada pariente directo debe conocer la enfermedad y modificar las dinámicas que han favorecido su progresión y cronificación.

La falta de lucidez para elaborar y fijar las experiencias y el síndrome emocional de la dependencia química producen una detención en el desarrollo de la personalidad, que es más evidente en quienes inician su consumo tempranamente en la vida. Por esta razón, el tratamiento debe tener una perspectiva evolutiva, que favorezca el desarrollo de la personalidad del paciente.

Si bien la adicción es una enfermedad primaria, existen factores personales, familiares y ambientales que han favorecido su desarrollo. El tratamiento debe incluir la modificación de los factores facilitadores que hicieron posible el comienzo y la fijación del consumo.

Se sabe, por ejemplo, que un dependiente adulto de alcohol consulta a un especialista después de transcurridos no menos de diez años desde que comenzó a beber, y que un adicto a la cocaína ingresa a tratamiento en un promedio de cinco años después que tuvo su contacto inicial con la droga. Pero todos poseen ciertas características en común, independiente de las sustancias de las que hayan abusado. El paciente que ingresa a rehabilitación se encuentra en consumo activo. En general, a través de su vida, si bien tiene una sustancia de elección, ha consumido varias de ellas. Sin embargo, cualquiera haya sido su elección, sobre un 90% de los pacientes han abusado de alcohol.

Etapas fundamentales

Según se ha podido establecer tras la experiencia desarrollada en los últimos años, la recuperación es un proceso gradual. Se distinguen dos fases en un programa de rehabilitación integral. La primera etapa intensiva o aguda, que dura alrededor de dos meses, y una etapa de rehabilitación prolongada, que se extiende por dos años a partir del ingreso del paciente.

La condición inicial requiere que en muchos casos la etapa de tratamiento intensivo deba efectuarse en ambientes de internación. Los objetivos básicos de esta primera etapa son:

- Alcanzar la abstinencia, tratar los síndromes de privación y comenzar la desintoxicación.
- Crear en el paciente conciencia de enfermedad y de la necesidad de abstinencia y de tratamiento.
- Comenzar el tratamiento de la codependencia y preparar a la familia para participar adecuada e informadamente en el proceso de rehabilitación.

La fase de rehabilitación prolongada tiene varios objetivos:

- Prevenir recaídas, proceso característico de toda condición crónica y conducir al paciente a una abstinencia estable.
- Reparar el daño emocional y cognitivo causado por la enfermedad, reparar la autoimagen y valoración de la persona en rehabilitación.
- Tratar la codependencia y restituir la dinámica familiar de colaboración y afecto.
- Facilitar la reinserción social, laboral o estudiantil del paciente.

TAREAS DE LA RECUPERACIÓN

1. Abstinencia e identidad (“soy enfermo”)
2. Reparación de autoimagen
3. Recuperación de capacidades intelectuales
4. Recuperación de relaciones familiares y sociales
5. Capacidad de enfrentar conflictos y problemas sin sustancias adictivas

Tras adecuadas terapias de grupo, familiares y personales, va mejorando el funcionamiento cerebral del paciente, su comportamiento, sus relaciones con las otras personas, su vida familiar, su capacidad para estudiar o trabajar.

Abstinencia e identidad: “Soy enfermo”

El núcleo del ser humano está constituido por un conjunto de relaciones significativas con su familia, con su entorno social, con sus amigos, con su trabajo o estudio, con sus valores y creencias, con sus hobbies. La droga entra en la vida de la persona, quien forma una relación emocional afectiva con la sustancia: confía en su efecto, la cuida, la protege, se obsesiona con asegurar su suministro. Por las características de la droga, este vínculo se va fortaleciendo y crece de manera que destruye los otros lazos del sujeto. La droga desplaza a la familia, a los amigos, al trabajo.

El tratamiento consiste básicamente en separar a la persona de la droga, tanto física como mentalmente. Se deben asegurar las condiciones para que olvide la droga. Por esta razón debe evitar todo contacto con la sustancia adictiva, como asimismo con personas, situaciones o lugares que le recuerden su consumo. A medida que el nexo con la droga se va distendiendo, el paciente podrá comenzar a restablecer los vínculos significativos que le permitirán rehabilitarse y mantenerse sano. Un tratamiento que sólo elimina la droga, pero no se preocupa de restablecer las relaciones sanas del paciente, inevitablemente terminará en fracaso y recaída.

Al paciente no le es fácil enfrentar el cambio. De allí que la rehabilitación requiera del apoyo familiar y de terapeutas firmes, pero afectuosos y acogedores. Asimismo, para lograr el éxito resultan esenciales las llamadas medidas de protección: no frecuentar lugares ni personas ligados a la historia de consumo, proveer al paciente de un ambiente libre de sustancias adictivas, muchas veces

acompañamiento terapéutico, no disponer de dinero y no manejar vehículos apoyarán el bienestar del paciente durante su proceso de rehabilitación.

La abstinencia es un proceso que cala profundo en la identidad. En un primer período de su recuperación, el adicto deja de beber o “jalar” porque tiene una imposición externa, lo invade la rabia y la demuestra en todo su comportamiento. Se siente muy mal. Lo vimos en el caso de Pedro, Rodrigo, Lucía y el hijo de Paloma. Si bien prometen una y otra vez que dejarán la droga, se reconocen angustiados, insatisfechos, no aceptan la intervención de los demás.

Sin embargo, dentro del tratamiento, el segundo período de abstinencia es distinto. A través de una serie de talleres el paciente analiza su biografía, su conducta, cómo han sido sus relaciones con la familia. Hay un momento en que se da cuenta de que lo suyo no es un mal hábito o costumbre, sino que está enfermo. Entonces ya no está enojado con los que lo rodean, puede establecer mejores relaciones con su familia, con su trabajo, no siente que la gente está contra él, presionándolo.

Cuando comprende que está en él mantener una abstinencia y logra esa conducta de sobriedad, se ha alcanzado lo que se conoce como **conciencia de enfermedad**¹.

La persona entiende que es un enfermo porque lo ha incorporado a su ser íntimo, a sus rasgos característicos de quién es y cómo es. Anexar a la propia identidad ese dato objetivo es sin duda un proceso doloroso. Al comienzo es un ejercicio intelectual, porque el enfermo identifica las diferentes pérdidas que su vida ha experimentado por causa del consumo:

—*Yo perdí plata*—dice la mayoría—, *perdí a mi señora, me alejé de mis hijos, choqué el auto...*

1 En relación al tema de la abstinencia es muy importante conocer el programa de Alcohólicos Anónimos que se presenta resumido en *A simple program. A contemporary translation of the book of alcoholic anonymous*. Hyperion, 1996.

Cada cual toma conciencia de sus pérdidas. Más adelante y en la medida en que va recuperando la capacidad emocional y normalizando sus sentimientos, empieza realmente a valorar lo que significan esas pérdidas:

—*¿Cómo pude haber deshecho tantos afectos entrañables? ¿Cómo pude haber caído tan bajo...?*

Sin embargo, ese proceso emocional que se comienza a vivir para consolidar la abstinencia no se desarrolla conjuntamente para todas las sustancias que el afectado ha usado. Por ejemplo, un consumidor de cocaína y alcohol desarrolla mucho más rápido la conciencia de enfermedad con la primera sustancia. Acepta que con la cocaína sufrió grandes pérdidas, pero frente al trago su actitud es menos inmediata:

—*A lo mejor en un año más, después del matrimonio de mi hija... intentaré no beber más alcohol.*

Por lo general, los enfermos empiezan a fantasear, no reconocen que pueden tener problemas con otra sustancia.

En el caso en que se ha usado alcohol y tranquilizantes, la conciencia de enfermedad, en cambio, se suele desarrollar más rápido con el alcohol:

—*Pero cómo no voy a poder tomar una tabletita si estoy tan nervioso* —argumentan.

Avanzado en el tratamiento, puede captar que su enfermedad consiste en ese afán de echar mano a cualquier sustancia que pueda modificar su estado de ánimo y, por consecuencia, termina por aceptar que su abstinencia se debe extender a toda sustancia adictiva.

Reparación de autoimagen

Una segunda tarea fundamental del tratamiento tiene que ver con la reparación de la autoimagen, francamente dañada luego que una y mil veces la persona fracasó luego de asegurar:

—*Yo voy a terminar con esto, lo controlaré, no puedo ser tan estúpido.*

Con un firme propósito pretendió de verdad dejar la droga, pero no pudo. No solamente el adicto se lo prometió a sus seres queridos en reiteradas ocasiones, también se lo dijo a sí mismo otras tantas. Sus fracasos se repitieron periódicamente como una dosis inyectada en forma permanente a través de la vida. Su autoestima quedó entonces sepultada.

La autoestima, como vimos, se desarrolla desde pequeño, cuando el niño sintió que sus padres, abuelos, profesores, aprobaban y aplaudían sus actos. Más tarde, el concepto que se tiene de sí mismo se fortalece con la seguidilla de aceptaciones de los pares. Con ese mismo ritmo de estímulos positivos el enfermo debe recomenzar a fortalecer su autovaloración.

En este punto, los pacientes suelen objetar a sus terapeutas:

—*Cómo pretenden que yo recupere la autoimagen, si no me dejan manejar plata, me tienen con acompañante terapéutico, vigilan para que me tome los medicamentos; no confían en mí.*

La verdad es que sólo logran ir recuperando su autoestima al comprobar que son capaces de mantener la abstinencia. De este modo, cuando los pacientes cumplen un año de tratamiento sin recaídas, resulta muy positivo entregarles un galvano en la terapia de grupo. Durante la ceremonia se resume cómo fue el tratamiento y se le incentiva a que él hable. Las medidas de protección resguardan la abstinencia, y éste es el único logro capaz en ese momento de devolverle la autoestima.

El reconocimiento de los demás: un “estás bien”, “te notamos mucho mejor”, “lo estás logrando en tu trabajo”, “has cambiado en este aspecto”, son asimismo las señales externas que ayudan a que la persona se vaya sintiendo mejor consigo misma. Pero, en definitiva, quien logra la abstinencia es el paciente.

Recuperación de capacidades intelectuales y emocionales

El nivel de toxicidad que las drogas inducen en el cerebro queda amargamente expuesto cuando los pacientes ingresan al tratamiento. Todas las sustancias producen alteraciones severas del funcionamiento intelectual. En un porcentaje considerable de los pacientes existe deterioro psicorgánico y en algunos se detectan alteraciones cerebrales estructurales. Así lo expresa Pedro:

—Intelectualmente estaba también muy disminuido en todas mis capacidades. Lograba leer una línea y paraba.

Su capacidad de memoria, concentración y de estar alerta es deplorable en relación a como era originalmente. Incluso durante los primeros meses, su deteriorado funcionamiento intelectual puede comprometerse más todavía como expresión de la abstinencia. La falla en la memoria obliga a algunos a anotar absolutamente todo. Es también frecuente que los afectados admitan que no pueden ver televisión porque les es imposible captar al mismo tiempo una escena y leer el subtítulo.

No es recomendable, por lo tanto, que vuelvan prematuramente a sus actividades profesionales, aunque muchas veces los familiares y ellos mismos presionen por lograrlo; si se someten a una exigencia demasiado intensa, de estudio o laboral, con sus capacidades intelectuales reducidas, la angustia los invade y aumenta la posibilidad de recaída.

Al año de tratamiento se percibe una recuperación de las capacidades intelectuales. Para lograr ese proceso de mejoría se incentiva a mantener al paciente estimulado a participar de las cosas, aunque ello pase por hacer oído sordo a su malhumor.

Un abogado que estaba en tratamiento por consumo de alcohol, al constatar que tenía su memoria destrozada, empezó en la misma clínica a hacer palabras cruzadas. El resolver puzzles le estimuló el vocabulario y lo ayudó, de paso, en su autoestima.

Otro paciente en pleno tratamiento acota:

—*Yo me estoy ayudando con una grabadora. En ella voy tomando apuntes cuando tengo que hacer cosas importantes. Lo mismo si tengo que escribir una carta; como la cabeza a veces va más rápido que la mano, primero la dicto y luego la escribo. Si incluso se me ha olvidado cómo firmar, y más de una vez me han devuelto los cheques del banco.*

Como se ve, la persona va recuperando sus capacidades intelectuales y comienza a ser capaz de cumplir en forma adecuada actividades previamente pauteadas; no obstante, la iniciativa, espontaneidad y creatividad se logran sólo al final de su rehabilitación.

Los pacientes recuperados informan que vuelven a sentir su potencialidad después de unos cuatro años de abstinencia. Rodrigo, el empresario, lo resume bien:

—*Me dieron de alta a los dos años y medio. Yo vine a experimentar mi mejoría como a los dos de haber salido. Ahí me empecé a sentir conforme, alegre. Ahora me despierto en la mañana con ganas, hago ejercicio, corro, me siento feliz.*

La recuperación de la iniciativa está íntimamente ligada al renacer de la vida de los sentimientos y las emociones, que estaban embotados por el consumo y la enfermedad. En la fase inicial de la recuperación, el paciente realiza sus actividades y se pone en contacto con las personas más cercanas; sin embargo, esto no le resuena en su interior. Gradualmente y con gran satisfacción van reapareciendo sus sentimientos y poco a poco van siendo capaces de identificarlos y hablar de ellos. Un momento muy importante de la evolución se produce cuando el paciente empieza a vivir con alegría reuniones o actividades que pensaba que privado de la droga nunca más podría volver a gozar. Finalmente, llega a experimentar sentimientos en sus relaciones familiares que nunca antes había logrado. El mismo Rodrigo argumenta:

—*Todo lo que me rodea, mi casa, mi fábrica, me lo he ganado a pulso. He realizado cosas maravillosas en lo laboral, maquinarias que jamás se habían construido en Chile. Me fascina mi trabajo, mis clientes me aprecian mucho. A medida que el tiempo me ha ido alejando*

del consumo, del tratamiento y de todo, mejor me he ido sintiendo. Yo creo que la recuperación es que puedas vibrar. Abrazar a tu madre. Apasionarse con los afectos.

Reinserción familiar y laboral

La recuperación de las relaciones humanas es también gradual.

En un comienzo, una de las terapias que más le cuesta enfrentar al enfermo es aquella en la que participa toda su familia. Para él, todavía sus grandes enemigos son aquellos cercanos que se oponían a su consumo. De a poco entiende que estaban preocupados por él porque lo quieren. Entonces se van estableciendo vínculos de colaboración. El paciente requiere de su familia para recuperarse. Es uno de los puntos esenciales de este proceso.

La terapia de grupo es muy importante para que pueda ocurrir la mejoría. En dichos encuentros el paciente es acogido y aceptado, puede ser él mismo, aprende a establecer vínculos, a respetar al otro; actitudes y conductas necesarias para la vida cotidiana que después aplicará ya fuera del tratamiento.

La rehabilitación incluye ayudar a la persona a recuperar las relaciones sociales. Con los adultos no se presenta mayor dificultad porque su círculo es relativamente limitado. El hombre y la mujer pasados los 40 se mueven entre la familia y un par de amistades.

Con los jóvenes, el asunto es diferente. El centro de la vida de los adolescentes lo conforman sus compañeros, sus amigos. Y si bien se hace necesario que el joven en tratamiento corte con sus viejos compañeros de consumo, curiosamente se da que muchos empiezan a recuperar amistades sanas, de otros períodos de su vida. Descubren a alguno que consideraban el "ganso" de la clase como una persona entretenida y valiosa.

El joven en tratamiento frecuentemente pierde un año de clases, se desvincula por tanto de sus compañeros y muchas veces de su colegio o universidad. Pero cuando se reincorpora al estudio, ya recuperado, identifica muy bien a las personas

sanas que le convienen y ahí establece sus nuevas redes sociales.

Por lo demás, en general la acogida de la gente hacia las personas que están en recuperación es muy buena, no así hacia los que están consumiendo.

La experiencia nos ha enseñado que es muy conveniente que los pacientes adultos tomen algún curso de perfeccionamiento o posgrado durante el período de rehabilitación. El estudio, además de ser un estímulo para sus capacidades intelectuales, permite a menudo establecer relaciones sanas.

La reinserción laboral es difícil en muchos casos; ya sea por la capacidad que se encuentra desmejorada o porque la persona tiene relaciones de consumo dentro de su puesto ocupacional. Por fortuna, cada vez hay más apertura de parte de las empresas para trabajar el tema. Jefes y terapeutas buscan dentro de la misma empresa maneras de establecer las medidas de protección, cambian al sujeto de sección, ejercen un control de los pares. Incluso a veces las familias intervienen en este aspecto. Un especialista recuerda el siguiente caso:

—Uno de nuestros pacientes trabajaba en un ministerio. Viajaba a Valparaíso varios días a la semana; entonces su papá conversó con las secretarías para que ayudaran a cuidarlo, y ellas establecieron un contacto con nosotros y los familiares. Eso se llama red de apoyo.

Enfrentar conflictos sin droga

Los hombres y mujeres que usan drogas van progresivamente ligando más actividades de la vida al consumo. Por ejemplo, si logran un éxito laboral o reciben una buena noticia familiar, tienden a festejarlo con consumo. Lo mismo les ocurre en un aniversario, un cumpleaños. Pero también un fracaso, una angustia, un estrés se acompaña con consumo. Aprenden entonces a enfrentar los problemas y los conflictos con el uso de sustancias adictivas, al punto de que no saben cómo hacerlo sin ellas. Las personas normalmente tenemos problemas, situaciones que no dependen de

nosotros y conflictos internos; muchas veces dudamos: “¿Hablo o me callo?”, “¿Me quedo o me voy?”. Es vital, entonces, que el enfermo adquiera la capacidad de enfrentar las situaciones externas positivas o negativas y su interioridad, las angustias, las penas, los dolores, sin uso de las sustancias adictivas. Rodrigo, hoy empresario y padre de tres hijos, lo resume así:

—He logrado todo lo que me he propuesto. En el camino he ido recobrando mis sentimientos, el amor por mí mismo y los demás. He vuelto a sentir cariño entrañable por mi esposa, mis hijos. Y en mi trabajo he conseguido cosas que jamás hubiera pensado. Creo que esto ha resultado así por mi persistencia y por aprender a ocupar todas las herramientas que me dieron durante el tratamiento. Aprendí a decir lo que siento y me pasa. Al aceptar esa realidad, uno se va liberando y dando el tiempo y la tranquilidad para lograr lo que realmente quieres.

Este punto es la esencia de la rehabilitación, y cuando el paciente da ese paso está prácticamente asegurada su recuperación definitiva. Una vez que es dado de alta, la mujer o el hombre recuperado comprueba que hay vida sin sustancias, aunque sufra nuevos duelos, atravesase dificultades económicas o experimente conflictos con sus hijos. Cada vez que logra enfrentar su realidad con lucidez, limpio de sustancias, se fortalece su autoimagen y se hace más sólido su compromiso con la abstinencia.

Pedro, protegiendo los logros que ha alcanzado en su vida afectiva junto a su joven esposa y como un exitoso abogado, hoy asegura:

—Sin duda que me gustaría drogarme. Pero el desastre que me queda en la vida no me lo mamo. Pierdo todo. De partida, mi matrimonio. En la oficina podría quedar un problema de proporciones grotescas. Y lo más grave es que yo me hundiría. Soy precavido, trato de no exponerme.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE CAMBIO

1. Aprendizaje

- Imitación
- Ensayo/error

2. Proceso oscilante: avances – detenciones – retrocesos

3. Tendencias regresivas

4. Conflictos

- Dependencia – independencia
- Identidad – desidentificación
(pertenencia – no pertenencia)

Revivir: un proceso de aprendizaje

El proceso terapéutico de un dependiente químico difiere de la imagen habitual de una terapia psicológica. En este caso no se da que el terapeuta ayude al paciente a detectar contenidos psíquicos que le eran ocultos o desconocidos y que, al descubrirlos, se alcance una mejoría instantánea. Se ha comprobado que la rehabilitación es un aprendizaje; aprendemos a vivir en sobriedad, tal como incorporamos un idioma, un deporte, un oficio o profesión. Por ello, la curva de mejoría es la típica de los procesos de aprendizaje².

2 Brown, Stephanie. *Treating the alcoholic. A developmental model of recovery*. John Wiley and Sons. 1997.

La rehabilitación es un cambio progresivo en las conductas, actitudes, percepciones y sentimientos que el paciente va experimentando y haciendo suyo. De allí que se requiera de un método de trabajo. Es necesario que la persona en necesidad de rehabilitación se someta a horarios, se le entreguen pautas, conozca normas y reglamentos.

Su aprendizaje tiene lugar a través de dos mecanismos. Uno es la **imitación**, fundamental para aprender. Los pacientes imitan a personas que ellos respetan dentro de la familia, y que les sirven de modelo; también durante las terapias de grupo se identifican e imitan al terapeuta y a alguno de los pares. Se fijan en aquel que les resulta más afín, ya sea porque consumía lo mismo o trabajaba en algo parecido, y que hoy se encuentra en una etapa más avanzada de su recuperación.

El otro mecanismo por el cual aprende se llama **ensayo y error**. Todo paciente en rehabilitación va a vivir ciertos problemas tipo. Uno muy común es la decisión que debe tomar acerca de confesar o no su adicción cuando busca estudiar o trabajar, cuando se encuentra con viejos conocidos, o cuando toma contacto con nuevas relaciones o intereses sentimentales. Hay quienes le aconsejarán durante su terapia en grupo que es más sencillo contar la propia historia para ir pasando una y otra valla. Así le ocurrió a Antonio, dado de alta hace seis años, hoy ingeniero comercial a punto de viajar a Estados Unidos para hacer su magíster.

—En un momento de mi rehabilitación decidí continuar mis estudios en Santiago. El día anterior a una entrevista que debía entablar con la encargada académica les consulté a mis compañeros de terapia: ¿Cuento de mi tratamiento y que estuve metido con la droga? Algunos me instaron a no revelarlo; otros, en cambio, me aconsejaron contar la verdad. Finalmente decidí quedarme callado, pero me entregaron un horario totalmente incompatible con mi tratamiento: “No queda otra que hablar”, me dijeron mis mismos compañeros en rehabilitación. La jefa de estudios de la universidad me acogió y aconsejó inscribirme en el horario vespertino. “A esa hora va pura gente interesada en estudiar y no a revolverla”, me aseguró. Desde ese día, siempre

que algún nuevo compañero tenía este dilema yo le relataba mi experiencia y lo empujaba a contar la firme.

Avances, detenciones, retrocesos

Pero como cualquier aprendizaje, el curso de la recuperación es también oscilante. Hay períodos en los que el paciente percibe que va avanzando y otros en que le parece que está igual, e incluso puede haber momentos en que siente que retrocede. Ello significa que algo está madurando adentro de la persona, un nuevo aprendizaje en su rehabilitación. Poco a poco, las oscilaciones comienzan a hacerse menos intensas y la mejoría se vuelve más estable. Es muy importante para las familias saber que la rehabilitación no es un proceso lineal y que deben mantener la calma y la esperanza cuando el paciente parece que estuviera detenido.

A las familias les inquieta especialmente la latencia de la mejoría de la iniciativa y de los sentimientos. Les cuesta creer que esa persona que ahora no consume, pero se muestra apagada, inexpressiva, desinteresada, pueda llegar en un momento a ser normal y productiva. Es muy importante que la terapia pueda tranquilizar a la familia y ayudarla a mantener viva su esperanza.

Rodrigo, el empresario, confiesa sus sentimientos en medio de la rehabilitación:

—Me costó mucho sufrimiento. Porque cuando dejas de consumir experimentas una existencia plana; imagínate un año que no sientas ni una emoción, ni de risa, ni de pena, ni de nada... Pero qué monótono es vivir, dice uno. Me quería morir porque yo no concebía una vida sin droga, a pesar de estar en tratamiento e intentar entender...

No obstante, reconoce:

—Sin familia no resulta la rehabilitación. Yo entré a tratamiento, al igual que todos, por los demás. Por uno, ojalá que nunca dejaras de consumir, pero habían confiado en mí. Primero le tenía que deber a alguien estar sano.

Todo terapeuta sabe que la evolución de cada paciente es diferente. Sin embargo, a modo de orientación, podríamos generalizar que alrededor del año de tratamiento tienden a desaparecer las oscilaciones anímicas y se produce la recuperación de gran parte de la capacidad intelectual. A esa altura del proceso disminuyen los deseos de consumo y al paciente le es más fácil mantener su abstinencia. En el curso del segundo año va reestructurándose la personalidad y disminuyendo la impulsividad. Más lenta en recuperarse es la capacidad de iniciativa, el empuje vital y la capacidad de autoestructurarse. Los pacientes van alcanzando mejoría en este aspecto hacia el final del segundo año de tratamiento; pero como lo señalan nuestros testimonios, la mejoría se consolida después de unos tres a cinco años de abstinencia.

Tendencias regresivas

Quienes han usado durante largo tiempo droga no saben o han olvidado cómo es el mundo de la sobriedad y, por lo tanto, les da mucho temor enfrentarlo. Ese miedo se expresa en lo que se llaman tendencias regresivas; es decir, tienen comportamientos más infantiles de los que corresponderían a su edad. Por ello es frecuente que los pacientes saquen a los papás de la cama y se vayan a dormir con la mamá, o que se duerman entre ambos. Piden que les rasquen la nuca, se acurrucan. No es infantilismo, ocurre en forma normal cuando las personas intentan una tarea difícil. Es necesario acogerlos.

Muchas veces, en estos períodos de tratamiento, el afectado puede estar muy callado y no muestra ganas de conversar, pero es bueno acompañarlos aunque sea sin hablar, estar al lado, darles la mano; necesitan ese refugio.

Es importante que la familia valore las tendencias regresivas como positivas, ya que representan la otra cara de la abstinencia; un paciente que muestra este tipo de comportamiento ha comenzado a comprometerse con su abstinencia y

rehabilitación. Este período dura, en general, algunos meses.

Pablo, el joven abogado, lo expresa bien:

—Mis viejos fueron un apoyo súper importante para salir adelante. En todo momento creyeron en mí. Nunca me pusieron en duda. Nunca. En la clínica, mi papá se sentaba conmigo a ver los partidos de fútbol, a pesar de que tenía problemas en su trabajo; también mi mamá se instalaba por las tardes.

Con respecto a su acompañante terapéutico dice:

—Felizmente, después me pusieron una vieja. ¡Extraordinaria! Tenía sus caídas. Pero ella fue más importante que nadie. Estuvo conmigo. Contagiaba su alegría. “Vamos, salgamos a caminar, usted conoce a unas niñas y yo vigilo, me decía”. Me hacía sémola con leche y lograba que comiera. Después, cuando quise bajar de peso, me controlaba la comida.

Conflictos en el camino a la mejoría

Los seres humanos viven todo proceso de cambio con temor e inicialmente de un modo ambivalente. Aunque sepan que lo que les espera después del cambio será para mejor, siempre están presentes la incertidumbre y la dificultad de dejar la situación actual en la cual uno ya ha aprendido a manejarse.

La persona en rehabilitación no es una excepción. En este proceso de cambio que vive durante el primer año de tratamiento experimenta, asimismo, dos conflictos interiores, producto de tendencias opuestas que actúan al mismo tiempo: uno es el conflicto de **dependencia–independencia**. Explicado en términos bien concretos, quiere decir que el enfermo, en el fondo, se divide en dos seres dentro de él; los pacientes le llaman un “Manuel bueno” y un “Manuel malo”. El primero le dice: “Tú estás enfermo, en realidad has consumido mucho, te tienes que acercar a tu familia, debes hacer lo que te aconsejan tus seres queridos y tus doctores, ése es el camino para mejorar”.

La otra voz, en cambio, le habla así: “Puede que estés un poco

enfermo, pero no es para tanto la cosa. En el fondo tú eres una persona grande y los doctores no te tienen por qué estar imponiendo tanta miseria; está bien que te quiera tu familia, pero todo tiene un límite. Debes mantener tu libertad...”.

Es normal que los pacientes vivan este conflicto de dependencia–independencia. Los terapeutas procuran que lo expresen en las terapias y le ayudan a resolverlo.

El segundo conflicto que enfrentan es de **identidad–desidentificación**. Por momentos se saben enfermos y en otros se sienten completamente diferentes al resto de sus pares en tratamiento. Por ejemplo, cuando recién se hospitaliza alguien en la clínica, los padres o el cónyuge llegan muy rápidamente a hablar con el terapeuta y aseguran:

—Parece que nosotros nos equivocamos de tratamiento. Porque Juanito nos dice que todos los otros están terriblemente graves y que él es el más leve del grupo.

La mayoría realmente no se considera en absoluto grave. Y así lo aseguran. No se sienten que pertenecen al grupo.

Otro modo por el que suele desidentificarse el enfermo es por la edad. Los jóvenes rápidamente tienden a decirles a las familias:

—Yo en este tratamiento no tengo nada que hacer porque aquí hay puros viejos eternos. Hay señoras que hablan puras leseras, de su trabajo, sus hijos...

Por su parte, los más adultos aseguran a sus parientes:

—Se han equivocado de tratamiento porque aquí está lleno de chiquillos, sus padres les pagan la rehabilitación, no necesitan ganarse la vida, son unos mocosos; yo no tengo nada que hacer en este lugar.

También presentan desidentificación con respecto a la sustancia que han usado. Y es que, en general, se procura mezclar diferentes grupos dentro de la terapia. A los que han hecho adicción con la cocaína les cuesta identificarse con la evolución más plana del consumidor de alcohol. Los adictos al alcohol demoran en reconocer que su enfermedad pueda ser la misma que ha provocado las conductas descontroladas exaltadas y bizarras que han desarrollado los dependientes a la cocaína.

Siempre que existen conflictos, el trabajo psicológico busca la manera de resolverlos. En el caso de los adictos en recuperación terapéutica el conflicto se extiende todo el primer año de tratamiento e incluso a veces más.

Estos conflictos, normales durante el primer año de tratamiento, se trabajan en profundidad durante la terapia individual y de grupo. Se incentiva al paciente a que se exprese y, de paso, se le advierte a la familia que estos síntomas son parte del proceso.

El conflicto identidad–desidentificación se resuelve cuando el paciente profundiza en su conciencia la enfermedad y llega a aceptar que más allá de las diferencias con sus pares en tratamiento es importante descubrir lo que los une. Eso ocurre cuando logran reconocer que cada uno de ellos es una persona que ha consumido sustancias químicas que han terminado por descontrolar y desestructurar su vida. En ese momento descubren, por ejemplo, con respecto a la edad, que los jóvenes les sirven a los mayores para ver cómo ellos comenzaron. Reconocen su propia historia:

—*A mí cuando adolescente me pasaba lo mismo que a este otro chiquillo. Empecé igual.*

Por su parte, al joven le sirve el testimonio del adulto para darse cuenta de la importancia de actuar a tiempo.

Comprueban, asimismo, que todos están graves en algún sentido, pues uno lo está en cuanto a su situación familiar y el otro respecto de los accidentes que tuvo o la depresión que se le produjo... Empiezan a entender que la gravedad es un concepto mucho más amplio y bastante más difícil de medir.

El conflicto dependencia–independencia se soluciona cuando el paciente comprueba que toda actividad en la vida requiere cumplir ciertas reglas del juego. Que cualquier logro necesita esfuerzo, aceptar las restricciones y optar. Al término hay una recompensa.

Toda libertad que adquirimos en la vida viene precedida por un período previo en el cual experimentamos limitaciones o restricciones. Es lo que nos ocurrió en el colegio, en la universidad o en los primeros trabajos. El paciente logra

entender que llegará el momento de alta y que podrá tener mayor manejo de dinero y horarios. Ésos han sido los requisitos para poder alcanzar un grado real de autonomía. En esta etapa el paciente comprende que esas medidas fueron necesarias para liberarse de su gran esclavitud, aquella que de verdad lo tenía atrapado en un angustioso callejón sin salida. Se da, en definitiva, un proceso normal de cambio dentro de un sistema de aprendizaje en que se le enseña a vivir de nuevo. El premio es la libertad frente a la droga: la sustancia ya no decidirá sus conductas, horarios ni relaciones.

Abordaje múltiple

Como se ve, la rehabilitación es ayudada por distintos procedimientos que se emplean conjuntamente; es lo que se ha llamado técnica de abordaje múltiple. En síntesis, el modelo ofrece las siguientes formas terapéuticas:

- **Terapia de grupo:** procedimiento esencial en el tratamiento del dependiente químico, ya que le permite ver en el otro lo que no puede ver en sí mismo. Ofrece a los pacientes un marco comprensivo, no enjuiciador, en el que puede expresar sus conflictos y discutir su evolución con personas que han vivido sus mismas experiencias. Aprenderá también en el grupo a establecer relaciones interpersonales basadas en la verdad y autenticidad.

- **Terapia individual:** aquí el paciente puede discutir en profundidad los problemas y conflictos que le son propios. Uno podrá discutir el conflicto que siempre ha sufrido con su padre, otro revisará el desorden de su situación financiera y un tercero mirará en profundidad aspectos de su personalidad que no le agradan.

- **Terapia familiar:** componente fundamental de toda rehabilitación, es un proceso que requiere de ambientes protegidos para que el paciente efectúe los cambios necesarios. Estos ambientes son el grupo de terapia y la familia. La terapia de familia ayuda a resolver los conflictos en el seno más íntimo del

hogar y crea las condiciones para acompañar al paciente en su proceso de mejoría. A lo largo de los dos años de tratamiento, los familiares reconocen su papel en la codependencia y van logrando establecer un sistema más sano y eficaz de relación.

Algunos programas constan, además, de terapias de grupo de codependientes que ayudan en este proceso.

- **Educación del paciente y su familia:** en el campo médico ya nadie duda que la educación es un componente esencial para lograr que los tratamientos sean eficaces. Se busca que el paciente y su familia tomen un papel activo, producto de la información que ellos han adquirido en forma sistemática al comienzo del tratamiento.

- **Control médico psiquiátrico:** el tratamiento debe incluir la participación de médicos especialistas que evalúen periódicamente el estado psicológico e indiquen las medidas terapéuticas necesarias. Con frecuencia, el paciente adicto requiere psicofármacos durante su tratamiento.

Medicamentos en la rehabilitación

La introducción en los años 50 de fármacos en psiquiatría significó una revolución terapéutica, pues la especialidad se insertó de lleno en la medicina y se benefició de sus modelos de tratamiento de enfermedades crónicas, lo que permitió mejorar significativamente su efectividad.

Los psicofármacos son medicamentos que modifican muy específicamente los estados psicológicos anormales. Los antidepresivos mejoran todas las manifestaciones de la depresión y sirven para tratar el pánico y las fobias. Los neurolépticos o antipsicóticos actúan mejorando la conciencia de realidad, eliminando las alucinaciones e ideas delirantes y disminuyendo la impulsividad; además son muy útiles para tratar los períodos de exaltación o manía que se presentan en el curso de la enfermedad afectiva. Los ansiolíticos son moléculas que encuentran su aplicación en el tratamiento de la ansiedad, la

tensión y el insomnio. Las sales de litio y algunos anticonvulsivantes son muy efectivos para mantener la estabilidad anímica y prevenir la reaparición de episodios depresivos y maníacos.

Sin embargo, la primera generación de psicofármacos presentaba efectos laterales, que si bien no eran por lo general riesgosos, eran molestos y limitaban su empleo.

En los últimos años el avance de las neurociencias ha conducido al desarrollo de nuevos medicamentos, mucho más específicos y con menores efectos laterales. Algunos son antidepresivos, como fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina, venlafaxina o la mirtazapina. Otros como olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona son antipsicóticos.

Los medicamentos juegan un papel muy importante en la rehabilitación, ya que al normalizar el estado psicológico básico permiten que el paciente comprenda e incorpore los contenidos psicológicos y educativos de las terapias.

Los psicofármacos se emplean en el tratamiento de la adicción con múltiples objetivos:

- **Tratamiento del síndrome de privación**, como las benzodiazepinas durante algunos días en la eliminación de alcohol y tranquilizantes.

- **Aversión y reducción de deseos de consumo**. El medicamento típico es el disulfiram (Antabús), que provoca una reacción tóxica cuando la persona consume alcohol y que, según estudios recientes, también reduciría los deseos de consumo de cocaína. Medicamentos como acamprosato y naltrexona también reducen el deseo de consumo de alcohol. Flupentixol decanoato reduce los deseos de consumo de cocaína³. En el tratamiento de la adicción a la heroína y otros opiáceos se emplean con éxito metadona, LAAM y buprenorfina.

3 Carrol, K.M. y cols. *Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent patients: a randomized placebo controlled trial*. Archives of General Psychiatry 61: 269-278, 2004.

- **Control de la impulsividad.** Este síntoma central de la dependencia química se reduce con anticonvulsivantes, como carbamazepina, oxcarbamazepina y ácido valproico y, también con neurolépticos.

- **Tratamiento de estados psíquicos anormales**, que pueden ser sintomáticos al consumo corresponder a una enfermedad psiquiátrica coexistente (comorbilidad). Puede tratarse de depresión, exaltación o manía, trastornos de ansiedad o síndromes paranoideos, que se controlan con medicamentos específicos. Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento simultáneo de la adicción y del trastorno psiquiátrico mejora significativamente el pronóstico del paciente.

Los familiares del enfermo manifiestan con frecuencia temores en relación al tratamiento farmacológico y tienden a atribuirle muchos síntomas que el paciente experimenta inevitablemente en el curso de su recuperación, especialmente la desmotivación, el desánimo y la apatía, que corresponden a la privación. La experiencia demuestra que esta apatía la manifiestan igualmente los pacientes tratados con escasos medicamentos.

En general, los medicamentos en el tratamiento de la adicción se emplean en dosis moderadas y a menos que el paciente sufra de otra enfermedad concurrente, como enfermedad afectiva, esquizofrenia o trastorno ansioso, finaliza su rehabilitación sin medicamentos.

Las benzodiazepinas están contraindicadas de por vida en la persona que ha desarrollado una dependencia. Esta contraindicación es poco conocida y muchos médicos e incluso psiquiatras las recetan, dando origen a procesos de recaída.

Comorbilidad o diagnóstico dual

La experiencia clínica demuestra que en un porcentaje significativo de pacientes coexiste la dependencia química con alguna otra enfermedad psíquica o trastorno de la

personalidad. En la literatura especializada esta coincidencia de dos patologías se denomina comorbilidad o patología dual. Un muy amplio estudio epidemiológico acerca de las enfermedades psiquiátricas en los Estados Unidos efectuado en 20 mil personas de cinco lugares diferentes de residencia, el Epidemiological Catchment Area, demostró que 37% de los pacientes adictos sufrían paralelamente de otra comorbilidad. A su vez, 29% de las personas con trastornos psiquiátricos desarrollan a lo largo de su vida una dependencia química, lo que representa un riesgo 2,7 veces mayor que el resto de la población⁴. Investigaciones posteriores, incluidos estudios efectuados en nuestros pacientes, concuerdan en que aproximadamente 40% de los adictos que ingresan a tratamientos sufren además de otra condición psiquiátrica.

Algunas de las comorbilidades más frecuentes son la enfermedad afectiva bipolar, antes llamada psicosis maníaco-depresiva; trastorno de ansiedad, pánico y fobias; alteraciones de la personalidad; déficit atencional residual, y bulimia-anorexia.

El consumo afecta profundamente la vida emocional y exalta la impulsividad, por lo que puede imitar o agravar cualquier patología psiquiátrica preexistente. Provoca violentas oscilaciones anímicas que simulan bipolaridad. El efecto de las drogas en el cerebro produce las mismas manifestaciones que son características del trastorno de personalidad: impulsividad, difusión de la identidad, inmadurez, predominancia de afectos negativos y desorganización de la conducta. El consumidor de marihuana o de estimulantes puede desarrollar psicosis con alucinaciones e ideas delirantes que pueden confundirse con un cuadro esquizofrénico. Las dependencias químicas y los trastornos del impulso alimentario, la anorexia y la bulimia, comparten la misma base neurobiológica⁵; no

4 Regier, D. A. y cols. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Journal of the American Medical Association 264: 2511-2518, 1990.

5 Wang, G. J. y cols. *Brain dopamine and obesity*. Lancet 357 (9253): 354-357, 2001.

es raro que en la recuperación el paciente adicto coma en exceso como un modo de compensar la abstinencia, engorde y se autoinduzca vómitos.

Es habitual que la abstinencia y la recuperación se acompañen de mejorías sorprendentes del estado psicológico y del funcionamiento de la personalidad, y se compense o desaparezca la sintomatología de pacientes que aparecían como muy enfermos cuando estaban en consumo activo. Por esta razón, acostumbramos a no formular el diagnóstico de comorbilidad hasta después de no menos de un año de abstinencia continuada.

La adicción y la comorbilidad interactúan y se agravan mutuamente. No se trata de que coexistan paralelamente, una al lado de la otra, sino que constituyen un círculo vicioso que las mantiene activas y con muchos síntomas.

Por ejemplo, si el paciente sufre además de una enfermedad bipolar, es común que presente fases muy intensas y bruscas de depresión y euforia, durante las cuales a su vez aumenta el consumo. Una paciente que es primariamente anoréxica puede usar anfetaminas para adelgazar todavía más. Los anorexígenos suprimen el apetito y alejan de la realidad, profundizando la anorexia.

Es por ello que la adicción y los síntomas de patología dual deben tratarse paralelamente. Antes se pensaba que la adicción era un síntoma de la enfermedad psíquica coexistente y que bastaba tratar esta última para que se mejorara la adicción. Hoy se sabe que tratar conjuntamente la comorbilidad y la adicción mejora significativamente el pronóstico a largo plazo del dependiente químico^{6, 7, 8}.

El error más frecuente que se observa en este campo tiene que ver con pacientes que consumen alcohol y drogas y están

6 Geller, B. y cols. *Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependence*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37 (2): 171-178, 1998.

7 Nunes, E. V. y cols. *Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorder*. Archives of General Psychiatry 55: 153-160, 1998.

8 Brady, K. T. y cols. *Exposure therapy in the treatment of post traumatic stress disorder*. Journal of Substance Abuse Treatment 21 (1): 47-54, 2001.

deprimidos. Es muy atractivo pensar que el paciente está deprimido y consume para aliviar los síntomas depresivos. En realidad, lo opuesto es lo más frecuente: el consumo es lo que ha deprimido al paciente. Los médicos tratan entonces al paciente exclusivamente con antidepresivos, los que por supuesto no son efectivos en este caso para modificar la depresión ni las conductas adictivas.

Medidas de protección

Al comienzo de su rehabilitación, la persona no es capaz de mantener por sí sola la abstinencia; está impulsiva y asediada por los deseos de consumo. Las medidas de protección que se aconsejan incluyen el empleo de un acompañante terapéutico, el que actúa como un yo auxiliar, recordándole que está en tratamiento y que busca la abstinencia, lo que en forma automática reduce sus deseos de consumo y ordena su conducta⁹.

Como es obvio, el paciente no debe frecuentar amigos, lugares o situaciones que asocie al consumo. Tampoco en el primer tiempo debe disponer de ninguna forma de dinero (efectivo, cheques, tarjetas de crédito que le permiten sacar dinero de cajeros). También es recomendable que no maneje vehículos, ya que son condiciones que generan omnipotencia y facilitan la recaída.

La experiencia demuestra que las medidas de protección reducen en forma dramática el porcentaje de recaídas de pacientes en tratamiento. Además, al disminuir los deseos de consumo, las medidas de protección hacen posible que el paciente deje espacio a otros temas e intereses que puede llevar a sus terapias.

9 Una caracterización detallada de la función del acompañante terapéutico, como asimismo de sus fundamentos teóricos, se encuentra en Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. *Acompañantes terapéuticos* (Actualización teórico-clínica). Letra Viva, 2003.

Efectividad cuantitativa

Seguimientos efectuados en nuestros pacientes que han completado hasta quince años desde que iniciaron su rehabilitación demuestran que se recuperan alrededor del 70% de quienes cumplen su programa de tratamiento. Los resultados coinciden con los descritos por otros grupos de trabajo en el extranjero.

El porcentaje de éxito es muy similar para las distintas sustancias de abuso: alcohol, tranquilizantes y otros medicamentos, marihuana, anfetaminas, cocaína. No influyen en el porcentaje de éxito la edad del paciente ni los años de consumo.

La causa más importante de fracaso es el abandono prematuro del tratamiento, conducta en la que es esencial la actitud de la familia.

Aproximadamente el 70% de los pacientes alcanza su rehabilitación sin presentar recaídas. El otro 30% tiene recaídas durante el tratamiento, lo que no compromete el resultado final del proceso. Independiente de la sustancia abusada, las recaídas más frecuentes son con alcohol. Es la de más fácil acceso.

¿Cómo elegir un tratamiento eficaz?

Trece principios claves

Existen muchos tipos de tratamiento para la adicción: ambulatorios, con hospitalización breve, residenciales o en comunidad terapéutica.

El National Institute of Drug Abuse de los Estados Unidos (NIDA) ha conducido extensos estudios para evaluar la efectividad de estas modalidades terapéuticas. El Drug Abuse Treatment Outcome Study, cuyos resultados se hicieron públicos en 1997, siguió por lo menos durante un año a 10 mil pacientes adictos que habían recibido tratamiento en casi cien programas diferentes en once ciudades. El estudio demostró que todas las formas de tratamiento eran efectivas en términos de control del consumo,

bienestar psicológico, mejoría del estatus laboral y disminución de actos contra la ley.

A partir de los resultados de estas investigaciones, el NIDA logró identificar trece principios que aseguran efectividad en el tratamiento y que hicieron públicos en diciembre de 1999¹⁰.

1. **Ningún tratamiento es igualmente efectivo para todos los abusadores o adictos a sustancias químicas.** Debe disponerse de una gama de programas, intervenciones y servicios para elegir el más adecuado a las necesidades del paciente.
2. **El tratamiento debe estar disponible en forma rápida y expedita.** Si la familia ha decidido consultar o la persona ha aceptado ingresar a tratamiento, es crucial aprovechar de inmediato la oportunidad, de lo contrario puede reaparecer la negación.
3. **El tratamiento debe atender la totalidad de los problemas del paciente.** El consumo no es lo único que lo afecta. El proceso de rehabilitación debe abordar los problemas médicos, psicológicos, familiares, laborales, vocacionales y legales del paciente.
4. **Tratamiento flexible con evaluaciones periódicas.** Cada paciente requiere una combinación específica de servicios y componentes del proceso de rehabilitación. Una evaluación continua permite introducir las modificaciones que ajusten el plan del tratamiento a las necesidades evolutivas del paciente.
5. **Permanencia en el tratamiento por un período adecuado es un factor crítico para la efectividad de la rehabilitación.** Por ello, los programas deben incluir estrategias que prevengan el *drop-out* o abandono prematuro del tratamiento.
6. **La terapia individual y/o de grupo y otras formas que**

10 National Institute of Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide.* NCADI publication BKD347, 1999.

- modifiquen el comportamiento son componentes críticos de un tratamiento eficiente de la adicción.** Permiten que el paciente desarrolle motivación y habilidades para mantener la abstinencia, reemplace el consumo por actividades placenteras libres de droga y mejore su capacidad de resolver problemas y conflictos.
7. **Los medicamentos son un elemento muy importante en el tratamiento** de muchos pacientes, especialmente combinados con terapias psicológicas y del comportamiento.
 8. **Tratamiento integrado de la adicción y de otros problemas psicológicos o mentales asociados.** Con frecuencia los pacientes adictos presentan alteraciones de su funcionamiento psicológico o de su personalidad (comorbilidad) que se influyen recíprocamente con la dependencia y que deben ser tratadas en forma paralela.
 9. **La desintoxicación médica es sólo el primer paso en la rehabilitación,** controla los síntomas de abstinencia y es un precursor para un tratamiento efectivo de la adicción.
 10. **El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.** Sanciones legales, presiones de la familia o laborales pueden obligar al paciente a ingresar a tratamiento, lo que aumenta significativamente el inicio, la mantención en el proceso y el éxito del programa.
 11. **Durante el tratamiento debe monitorearse permanentemente el posible uso de droga.** Exámenes periódicos de detección de drogas, como por ejemplo en orina, ayudan al paciente a resistir sus deseos de consumo y permiten diagnosticar precozmente la eventual recaída.
 12. **Los tratamientos deberían incluir la detección y diagnóstico de enfermedades infecciosas como HIV/sida, hepatitis B y C y tuberculosis.** Es importante educar al paciente e inducir en él cambios de comportamiento que eviten conductas de riesgo.
 13. **La recuperación de la adicción puede ser un proceso prolongado y frecuentemente requiere más de un período de tratamiento.** Al igual que otras enfermedades crónicas, pueden

ocurrir recaídas durante o después de un tratamiento exitoso. La participación en grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o similares, puede cooperar a mantener la abstinencia.