

# SISTEMA DEL TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIA CHECO-PERUANO

Mgr. et Mgr. Miroslav Horák  
Universidad Carolina, Praga

Este reporte de caso, basado en el trabajo de campo entre los clientes de las comunidades terapéuticas en el Perú y en la República Checa, contiene los resultados de la investigación preliminar del tratamiento de drogadicción con la medicina tradicional de la Amazonía. El objetivo principal de la investigación era descubrir si hay otra manera eficiente para rehabilitarse de la drogodependencia de drogas no alcohólicas (los opiáceos y estimulantes) que la sustitución (con metadona, subutex etc.), la cual prevalece actualmente en Europa y está mayormente abusada por los usuarios a largo plazo. La aplicación de las plantas depurativas y psicoactivas estaba observada en el tratamiento de las condiciones Peruanas y según los datos estadísticos se encontró que el 30 % de los internos egresaron de la rehabilitación en su fase definitiva o condicional, tan temprano como alcanzaron las condiciones de los terapeutas. El 51 % egresaron voluntariamente para ingresar si no fuera necesario. Gracias al enfoque comparativo el múltiple paralelismo conceptual fue observado entre las dos comunidades terapéuticas. La mayoría de los casos fue del género sistemático y organizacional.

This case report, based on the field-work among the clients of therapeutical communities in Peru and Czech Republic, contains the results of the preliminary research of the drug addiction treatment by traditional Amazonian medicine. The main goal of the investigation was to find out if there exist other efficient methods of the rehabilitation of dependency on non-alcoholic drugs (opiates and stimulation drugs) than substitution (with methadone, subutex etc.) which currently prevail in Europe and is mostly abused by long-term users. The application of purging and psychoactive plants in the treatment was observed in the Peruvian setting and according to the statistical data was found that 30 % of internees left the rehabilitation in its definite or conditional phase, as soon as achieved the conditions defined by therapists. 51 % left voluntarily to re-enter if necessary. Due to the comparative approach there were also multiple conceptual parallels observed among the both therapeutical institutions. The most of them were systematic and organizational nature.

## **Introducción**

Este reporte de investigación específica en tratamiento de drogodependencia y de medicina tradicional amazónica presenta la comparación de dos sistemas de rehabilitación de toxicomanías en comunidades terapéuticas, una Checa y una Peruana. Naturalmente las condiciones

diferentes generan una mayor distinción en las concepciones de tratamiento, pero su organización se constituye en la misma base caracterizada por la igual cantidad de los clientes, las técnicas terapéuticas analógicas y la duración similar en el proceso de rehabilitación. Aun así existen entre ambos modelos diferencias notables

que hay que tomar en cuenta. Por eso el artículo, dividido en tres partes, incluye primeramente: 1) un análisis de las distinciones entre ambos programas terapéuticos, 2) la descripción temática del sistema clientelístico, 3) los resultados de la investigación preliminar.

### **Análisis de las distinciones entre ambos programas terapéuticos**

El primer sistema de tratamiento observado fue en Takiwasi, Centro de rehabilitación de toxicómanos y de investigación de medicinas tradicionales (Tarapoto, Perú), que tiene su base en las técnicas del curanderismo indígena de la Amazonía alta peruana (Luna, L. E. 1986). El Centro, que es una organización no gubernamental, tiene hasta hoy día más de quince años de experiencia en el tratamiento de drogodependencia con las plantas medicinales (Giove, R. 2002).

El segundo sistema representado por Renarkon (Ostrava, República Checa), ofrece un complejo espectro de servicios para la gente con problemas de adicción desde el año 1997. La organización incorpora un centro de prevención primaria, dos centros regionales de contacto (Ostrava, Frýdek-Místek) y un programa terreno, la comunidad terapéutica en Čeladná - Podolánky, un consultorio familiar, social y educativo, un centro de tratamiento posterior y el club para los graduados del programa.

La diferencia principal está definida por la distinta centralización del tratamiento en ambos centros. En Takiwasi todas las fases de la rehabilitación: la desintoxicación, la reestructuración personal y la resocialización, se encuentran en un mismo sitio ubicado en las afueras de la capital del distrito San Martín (excepto de la dieta que en una forma de aislamiento social está efectuada en la chacra del Centro dentro de la selva). La práctica en Renarkon está fundada en la cooperación entre varias instituciones: la desintoxicación se realiza de forma interna en un hospital psiquiátrico (aproximadamente de quince

días de duración) y la resocialización asegura un centro de tratamiento posterior que garantiza el alojamiento temporal y los servicios terapéuticos.

Para entrar en las comunidades terapéuticas de Takiwasi o Renarkon, donde estuvo realizada esta investigación, se debe terminar el consumo de drogas. El requerimiento de la abstinencia total constituye, con la prohibición de las relaciones íntimas y sexuales, una de las reglas cardinales de ambos centros, aunque en Renarkon existen las excepciones en el caso de tabaco y cafeína. Se complica también la situación ya que a diferencia de Takiwasi, Renarkon no es un centro solamente masculino sino que ofrece la terapia también a las mujeres mayores de 18 años de edad.

La mayor distinción entre ambos centros está en el tipo de la medicación administrada. Antes de la internación en la comunidad terapéutica de Renarkon, los clientes con dependencia de heroína pasan por una fase de desintoxicación con los sustitutos (metadona, subutex) y los opiáceos sintéticos que ayudan a disminuir el síndrome de abstinencia (Brands, B. 2002). En el caso del consumo de estimulantes (anfetamina o metanfetamina) la sustitución está excluida y sólo se procede a la administración de los psicofármacos o antidepresivos si es inevitable.

El proceso de tratamiento en Takiwasi está caracterizado por la ingestión de los medicamentos naturales durante todo el tiempo de la rehabilitación, que como en la República Checa dura entre 9-12 meses (De Leon, G. 2000). En la fase inicial el paciente toma los remedios con efecto purgativo por un tiempo aproximadamente de un mes y después empezará a participar en la curación con plantas psicoactivas y toma el ayahuasca (Mabit, J. 2002).

Los métodos de la medicación contrastan intensivamente entre ambos sistemas terapéuticos influidos por distinta base cultural y social. El enfoque europeo, fundado en la clasificación de la

drogodependencia como una enfermedad mental (ICD, DSM IV), no acepta la realidad que el hábito de consumir drogas se puede transformar positivamente en los estados modificados de consciencia, provocados por las plantas medicinales, además este tipo de curación elimina absolutamente la necesidad de la aplicación de drogas después del egreso, una cosa que en el tratamiento ambulatorio con sustitutos pueda continuar por varios años (Mabit, J. 1992).

El valor de la substitución viene de la eliminación del riesgo de aplicación intravenosa de drogas y de la disminución de la criminalidad, pero la adicción continúa y el mecanismo de adicción sigue siendo el mismo: una droga ilegal es reemplazada por otra sustancia legal.

### **Descripción temática del sistema clientelístico**

Si consideramos la realidad que 14 del grupo investigado de 20 personas internadas en ambas comunidades terapéuticas pasaron el tratamiento anterior nos podría interesar los motivos por los que los dependientes deciden el ingreso y qué tipo de terapia ofrece cada uno de los centros, además de observar respectivamente cuál es la distinción mayor en la interacción: doctor-cliente/paciente entre ellos.

Aunque la drogadicción está definida como un tipo de enfermedad, según los documentos internacionales publicados por la Organización mundial de la salud, en la República Checa se acostumbra usar el término “cliente”, si hablamos sobre una persona dependiente de drogas, y la denominación “paciente” está comprendida como un nombre peyorativo. En primera instancia parece solo un nombre distinto, pero después de un análisis veremos que se refiere a un problema más profundo de corte político-económico (Turner, B. 1995).

Según la estadística actual del Centro nacional de supervisión de drogas y de drogodependencia, en la República Checa se

encuentran aproximadamente 30.200 consumidores problemáticos de sustancias adictivas (EMCDDA). En realidad en el país existen solo 12 centros terapéuticos, integrados en A.N.O. (Asociación de las organizaciones no nacionales), que llenan los requisitos de la Federación europea de comunidades terapéuticas y que obtienen el apoyo monetario del Consejo gubernamental de coordinación para políticas antidrogas. Si tomamos en cuenta que los pagos de los “clientes” por el tratamiento vienen de la caja nacional, porque la mayoría está en estado de indigencia o por motivos judiciales se les impone un tratamiento institucional, veremos que la situación es alarmante.

Otro problema representa la cantidad creciente de los tomadores de sustitutos en forma ambulatoria. Los centros de substitución son 14 en total (incluso en dos cárceles) y según los datos actuales del Instituto de informaciones higiénicas y de estadística, en el año pasado 1064 personas participaron en este tipo de tratamiento, de ellos el 58 % en el programa de metadona y el resto de subutex (buprenorfina). Muchas veces los clientes ingresaban repetidamente en el tratamiento, el 8 % de personas ingresaron dos veces. Como en el caso de la psicoterapia, el cliente paga el tratamiento a través del aseguramiento en salud.

Cada médico tiene la posibilidad de prescribir subutex (está obligado a informar al Centro nacional de la supervisión de drogas y de drogodependencia sobre la emisión), por lo cual el medicamento es abusado en la mayoría de los casos. Se calcula aproximadamente de 3120 consumidores de subutex, pero no es absolutamente posible cifrar cuantos reciben el medicamento para su uso personal y cuantos lo trafican en el mercado negro. El Ministerio de salud intenta resolver el problema con la introducción de suboxon, las pastillas de la base opiácea suministradas oralmente, razón por la cual se dificulta el abuso. Hay que enfatizar que si la terapia sistémica no

acompaña la substitución no hay mucha probabilidad que los problemas de adicción se vayan a solucionar. De las entrevistas con los clientes de Renarkon salió un dato, que para conseguir el éxito en el tratamiento no hay otro camino que la abstinencia total en una comunidad terapéutica.

Existen varias técnicas que ayudan a los clientes a entender sus problemas y darles algunas estrategias funcionales como adaptarse en la esfera social nuevamente. Por eso las comunidades terapéuticas ofrecen la rehabilitación para 15 personas como máximo para asegurar su eficiencia. En Renarkon como en Takiwasi es típico que cada persona tenga su terapeuta individual y que también participe en las actividades de grupo.

La ergoterapia representa el fundamento de proceso terapéutico en ambos centros. Naturalmente los quehaceres son parcialmente diferentes, a causa de la distinta localización de las comunidades. Renarkon está ubicado en las montañas de Beskydy, Takiwasi en la selva peruana – las dos alejadas de la bulla urbana. Los clientes/pacientes trabajan organizadamente la mayor parte del día para asegurar el funcionamiento de la casa y el resto del tiempo sirve para las actividades comunes.

En Renarkon son diversas las sesiones de grupo, donde los clientes solucionan las situaciones complicadas que encuentran durante el trabajo o que realizan después de una entrevista con su terapeuta individual (la mayoría de los terapeutas son los ex consumidores de drogas). En comparación con Takiwasi (donde el terapeuta trabaja sobre todo como un curandero), la manera de tratar los

problemas es más verbal y racional, aunque muy parecida a primera vista. Sin embargo la terapia en Takiwasi puede preciarse con una amplitud de las técnicas terapéuticas más amplias (por ej: la musicoterapia, el yoga, las constelaciones familiares).

Gracias a un enfoque sistémico la psicoterapia está aplicada similarmente en los dos centros, pero los métodos de tratamiento difieren considerablemente. La rehabilitación de drogadictos en Renarkon está muy influida por la biomedicina que predomina no solo en toda la República Checa, sino en toda Europa, donde la drogodependencia está considerada como un tipo de enfermedad de origen orgánico y que es curada con psicofármacos. La concepción holística, presente en Takiwasi, impugna la primacía de los factores biológicos, y acentúa también otros niveles de la problemática de adicción, especialmente el nivel espiritual. (Sieber, C. L. 2003). Finalmente, combinado con el tratamiento basado en la administración de los productos naturales, Takiwasi elabora una verdadera alternativa terapéutica frente a las toxicomanías.

### **Resultados de la investigación preliminar**

Un cuestionario, basado en *Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)*, *DSM IV*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* y *Likert scale* (Guy, W. 1976), fue distribuido entre los clientes/pacientes de las dos comunidades terapéuticas para investigar su estado actual, la apreciación de la terapia y la evaluación personal de los métodos aplicados. Véase los resultados más abajo.

## TAKIWASI

### Sustancia primaria de abuso:

Cocaína/Pasta básica de cocaína: 4

Heroína: 1

Alcohol: 4

Cannabis: 1

### Información sobre el proceso de tratamiento:

1. La única razón por la cual estoy en el Centro, es porque alguien me hizo venir: 20%
2. Estoy buscando maneras para evitar volver a mis viejos patrones/habitos: 80%
3. Estoy trabajando intensamente para cambiar mi uso de drogas: 80%
4. Consumir drogas me estaba causando mucho daño: 90%
5. Me preocupa que mi problema de consumo de droga pueda volver: 30%
6. He probado diferentes maneras para superar mi dependencia a las drogas, pero hasta ahora no he obtenido resultados: 30%

### Condición actual

Sintomas	0	1	2	3	4
Ansiosos	30 %	20 %	50 %	0 %	0 %
Fóbicos	60 %	20 %	20 %	0 %	0 %
Cognitivos	10 %	0 %	80 %	10 %	0 %
Depresivos	20 %	10 %	50 %	20 %	0 %
Somáticos	40 %	40 %	20 %	0 %	0 %
Trastornos del sueño	50 %	30 %	20 %	0 %	0 %

\* 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre

### Conclusión

Del análisis de los datos cuantitativos es notable que, además de la toxicomanía, Takiwasi se orienta también a la rehabilitación de los alcohólicos (aunque el grupo preferencial de los pacientes no está limitado e incluye a las personas con distintos tipos de dependencia, por ej: ludopatía). La comunidad de Renarkon sirve solamente para los clientes adictos a

## RENARKON

### Sustancia primaria de abuso:

Anfetamina/metanfetamina: 6

Heroína/Subutex: 3

Alcohol: 1

Canabis: 0

### Información sobre el proceso de tratamiento:

1. La única razón por la cual estoy en el Centro, es porque alguien me hizo venir: 10%
2. Estoy buscando maneras para evitar volver a mis viejos patrones/habitos: 90%
3. Estoy trabajando intensamente para cambiar mi uso de drogas: 60%
4. Consumir drogas me estaba causando mucho daño: 60%
5. Me preocupa que mi problema de consumo de droga pueda volver: 40%
6. He probado diferentes maneras para superar mi dependencia a las drogas, pero hasta ahora no he obtenido resultados: 70%

### Condición actual

Sintomas	0	1	2	3	4
Ansiosos	0 %	10 %	80 %	0 %	10 %
Fóbicos	70 %	0 %	30 %	0 %	0 %
Cognitivos	30 %	20 %	50 %	0 %	0 %
Depresivos	0 %	30 %	70 %	0 %	0 %
Somáticos	20 %	30 %	40 %	0 %	10 %
Trastornos del sueño	20 %	20 %	40 %	20 %	0 %

\* 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre

sustancias no alcohólicas, donde la mayoría está internada por el abuso de anfetamina/metanfetamina o de opiáceos (90% en total).

La evaluación personal del proceso de tratamiento mostraba la decisión voluntaria para ingresar a la rehabilitación entre 80-90% de las personas y también en las declaraciones, que expresaban su

motivación, el resultado no se diferencia más que en 20%, que es redundable.

Al contrario de Renarkon, los pacientes de Takiwasi manifestaron, que el consumo de drogas les causaba mucho daño en 90% de todos los casos; la concepción de daño moral como un origen de la enfermedad es muy difundida en el territorio sudamericano (Dobkin de Rios, M. 1984).

En Takiwasi, como en Renarkon, no es inusual la presencia de la gente con diagnóstico doble (por ej: el abuso de otra sustancia, la depresión, los trastornos de ansiedad). En general representa la exigencia más grande para el equipo terapéutico, pero en ambos casos no se observó ninguna complicación en la terapia efectuada.

La eficiencia de tratamiento en Takiwasi fue valorada negativamente solamente en

el 30% de las personas, mientras que en Renarkon fue en el 70% de los respondientes. Este dato corresponde significativamente a la evaluación de la administración de las plantas medicinales en Takiwasi, donde 90% de los pacientes entrevistados apreciaron su relevancia en el sistema de terapia.

### **Agradecimientos**

Las comunidades terapéuticas de Takiwasi y de Renarkon generan un beneficio social inexpresable, aunque cada uno con métodos distintos. Por eso les pertenece no solo mi agradecimiento personal por la posibilidad de una práctica e investigación muy instructiva, sino también un agradecimiento especial por el desarrollo de conocimiento científico y medicinal.

### **Referencias**

Brands, Bruna et al. 2002. *Literature Review: Methadone Maintenance Treatment / Recension la documentation: traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa, ON: Health Canada.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html)

De Leon, G. 2000. *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company, Inc.

Dobkin de Rios, M. 1984. *Visionary Vine: Hallucinogenic Healing in the Peruvian Amazon*. Waveland Press, Prospect Heights, IL.

Giove, R. 2002. *La liana de los muertos al rescate de la vida*. Perú: Takiwasi.

Guy, W. 1976. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Revised)*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; National Institute of Mental Health,

Psychopharmacology Research Branch: 193–198.

Luna, L. E. 1986. *Vegetalismo: Shamanism among the Mestizo Population of the Peruvian Amazon*. Almqvist & Wiksell Internat.

Mabit, J. 1992. *De los usos y abusos de sustancias psicotropicas y los estados modificados de conciencia*. Revista Takiwasi 1.

<http://www.mercurialis.com/EMC/PDF/Jacques%20Mabit%20-%20Usos%20y%20Abusos%20de%20Sustancias%20Psicotropicas.pdf>

Mabit, J. 2002. Blending traditions – Using indigenous medicinal knowledge to treat drug addiction. *MAPS Newsletter* 7: 2.

<http://www.maps.org/newsletters/v12n2/12225mab.pdf>

Sieber, C. L. 2003. *Enseñanzas y Mareaciones: Exploring Intercultural Health Through Experience and Interaction with Healers and Plant*

*Teachers in San Martín, Peru.* B.A.,  
University of Victoria.  
<https://dspace.library.uvic.ca:8443/bitstream/1828/261/1/MA-CSieber.pdf>

Turner, B. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage