

3.2 Eficacia de la terapia asistida de drogadicción con ayahuasca

Horák, M.; Somerlíková, K.

Agradecimiento

Este capítulo está dedicado al Psi. Jaime Torres, Director Ejecutivo – Centro Takiwasi, Humberto Solózano, representante del equipo terapéutico (Takiwasi, Perú), Javier Ley, consejero en el Centro de Especialidades en Adicciones (CEA, Managua, Nicaragua), MSC. PSC. ADC. Darvin Vílchez, docente de la Carrera de Psicología, Bc. Jana Mirková, Directora de la comunidad terapéutica Kladno-Dubí, Mgr. Aneta Kalusová, Directora de la comunidad terapéutica Renarkon, Bc. Jan Sobotka, Director de la comunidad terapéutica Sejšek, y Adéla Holečková, estudiante del programa Estudios Internacionales Territoriales, Facultad de Desarrollo Regional y Estudios Internacionales, Universidad de Mendel en Brno. La investigación forma parte del proyecto financiado por la Agencia de Subvención Interna (*Internal Grant Agency* – IGA), Facultad de Desarrollo Regional y Estudios Internacionales, Universidad de Mendel en Brno (Nº IP 3/2015).

Resumen

En este capítulo están presentados los resultados de investigación de la medicina tradicional de la Amazonía peruana y su aplicación en el tratamiento de drogadicción. Entre los años 2007 y 2009, realizamos un trabajo de campo durante 9 meses en Takiwasi, concretamente, en el Centro De Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales (Tarapoto). Al cabo, hemos descubierto que el 27 % de los pacientes internos entre los años 1999–2009 (N=341) fueron clasificados como curados por los terapeutas al finalizar sus procesos de rehabilitación. El 43 % de ellos salieron del Centro con alta voluntaria antes de los nueve meses prescritos, declarando estar curados también. Para verificar estos datos, realizamos otra investigación que midió la retención de los pacientes internos actuales con la escala "Dimensions of Change" (DCI) de Phoenix House Foundation, Inc. por un período de un año. La investigación empezó en septiembre del 2013. La retención o la



capacidad de un paciente adicto a las drogas para permanecer en el tratamiento por el período prescrito, sirve como uno de los indicadores claves para la evaluación de la eficacia del tratamiento. Los datos del Centro Takiwasi, comparados con otros centros Checos (comunidades terapéuticas Renarkon, Kladno-Dubí, Sejšek) y Nicaragüenses (CEA), sirven para la profundización de los conocimientos sobre el tratamiento residencial de adicción en general. Al mismo tiempo, también justifican una forma de terapia no convencional en Europa, aprovechable para los pacientes con recaída.

Palabras clave

Eficacia, terapia, adicción, ayahuasca

Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar los resultados de la investigación antropológica del tratamiento de drogadicción con la medicina tradicional amestizada de la Selva Alta de la Amazonía peruana. Del 2007 al 2009 llevamos a cabo dos estudios de campo, que duraron nueve meses en la comunidad terapéutica del ONG Centro Takiwasi (Tarapoto, San Martín). Allí investigamos los métodos utilizados por el equipo terapéutico basados en una mezcla original de la medicina tradicional y métodos de aproximación psicológica moderna (p. ej. psicología transpersonal, gestalt, psicología junguiana y psicoanálisis). La investigación desembocó en un análisis profundo del sistema de tratamiento y su eficacia. Los datos adquiridos han sido presentados posteriormente en las conferencias internacionales y en las publicaciones científicas correspondientes.

En enero del 2013, realizamos una acotada investigación de campo en el CEA de Nicaragua, que se encuentra en las afueras de Managua, como parte del proyecto NIKAZAM (Nº de registro: CZ.1.07/2.4.00/17.0028). Durante esta investigación, dedujimos que la manera de administrar el proceso terapéutico en este centro de rehabilitación comparte elementos claves y similitudes con el centro peruano, p. ej. el enfoque en la espiritualidad de los pacientes era un factor común entre las formas del trabajo terapéutico en ambos centros, lo mismo en el segmento cuantitativo de los pacientes internos, etc. Por esta ra-

zón empezamos con la comparación del modelo terapéutico, midiendo su eficacia con la escala llamada "Dimensions of Change" durante el período de un año empezando en el mes de septiembre del 2013.

La escala DCI como una herramienta para medir la retención de los pacientes internos en las comunidades terapéuticas fue construida en el año 2006 y posteriormente testada y aprobada por el Instituto RAND en los EEUU. Con la aprobación y el permiso escrito de su autora, Dra. Maria Edelen Orlando, traducimos el texto de la escala al español y al checo, y la aplicamos en Takiwasi, CEA, y también en tres comunidades checas: Renarkon, Sejšrek y Kladno-Dubí, que la adoptaron y la pusieron en práctica. Cabe señalar que todo se hizo posible gracias a la colaboración, la cooperación y las buenas relaciones tejidas entre los centros en cuestión.

A pesar de las grandes diferencias sociales, culturales y económicas entre los países donde las comunidades están ubicadas, estamos de acuerdo con la idea de otros proyectos enfocados en el estudio de la eficacia del tratamiento residencial (p. ej. el proyecto ATOP – Evaluación de los resultados del uso de la medicina tradicional amazónica y de la ayahuasca en el tratamiento de las adicciones y otros trastornos de la salud mental), y queremos apoyarlos y consolidarlos con los resultados de nuestras labores en este dominio. Cabe aplaudir los esfuerzos similares y los trabajos de investigación de otros autores (Thomas *et al.*, 2013).

El sistema de Takiwasi

La comunidad terapéutica Takiwasi (en quechua "la casa que canta") fue creada en el año 1992 por el médico francés, Jacques Mabit, dedicado al estudio y a la práctica de la medicina tradicional amazónica. La razón para establecer el centro fue ofrecer a los adictos, mayormente de Sudamérica, una alternativa eficaz de rehabilitación, con métodos terapéuticos basados en un puente de coyuntura, que une la psicología occidental con la medicina tradicional (Mabit, 2007).

Entre los aportes del programa del Centro Takiwasi, está el uso de ayahuasca, que es una mezcla de las plantas *Banisteriopsis caapi* y *Psychotria viridis*, no adictiva, con efectos eméticos y modificadores de la conciencia (Guimarães dos Santos, 2013). Su aplicación en Takiwasi se realiza bajo la supervisión de

médicos y psicoterapeutas con un conocimiento muy profundo de las técnicas tradicionales.

Ayahuasca es un elemento clave en la medicina amazónica y del curanderismo peruano y según descubrimientos arqueológicos, la mezcla ha sido usada desde tiempos milenarios (McKenna, Callaway & Grob, 1998; Brierley & Davidson, 2012). Varios estudios científicos valoran su potencial terapéutico en el tratamiento de adictos (Liester & Prickett, 2012). Sin embargo, la condición principal de aplicación de esta sustancia es un ambiente controlado y ritualizado (McKenna, 2004).

El protocolo de Takiwasi contiene también el uso de otras plantas (vomitivas, de dieta y psicoactivas), si bien la ayahuasca es la más conocida. El uso de distintas plantas purgativas (p. ej. rosa sisa – *Tagetes erecta*),¹¹ de numerosas plantas de dieta (p. ej. ushapawasha sanango – *Rauwolfia* sp.), es también importante.

En Takiwasi fue establecido un programa terapéutico que favorece cambios en la personalidad y la conducta del paciente. Todas las experiencias que el adicto tiene gracias al uso de ayahuasca u otros remedios naturales aplicados, son minuciosamente acompañadas durante el programa terapéutico que dura 9 meses como mínimo y que se realiza en un ambiente relativamente aislado de la comunidad. El grupo de pacientes en rehabilitación está conformado solamente por hombres, con un número promedio de alrededor de 15 integrantes.¹² Los pacientes pueden regresar al programa terapéutico, contando con más de una oportunidad, y los gastos de su tratamiento corren por su cuenta (Pérez del Río, 2012).

El programa terapéutico del centro Takiwasi está dividido en varias fases; la transición entre ellas está claramente demarcada por rituales.

11 Véase Fig. 9 en los Anexos (N. del E.).

12 Al exceder el número de los pacientes, puede provocar que el grupo terapéutico se desuna (Bruhn, 2009) (N. del A.).

Estas fases incluyen:

1. La fase preliminar: evaluación de la motivación del paciente, examen médico, aceptación en el programa.
2. La recuperación física: desde el aislamiento inicial (8 días) y detoxificación, hasta el final del segundo mes.
3. La reestructuración personal: desde la primera hasta la tercera dieta.
4. La reestructuración existencial, social y familiar: desde la cuarta dieta.
5. La reinserción: la reinserción del paciente en la sociedad (a partir del séptimo mes).
6. El seguimiento: hasta cinco años después del tratamiento.

La fase preliminar de tratamiento dura 10 días. En esta fase se establece contacto personal con el paciente y se recolecta toda la información necesaria para ingresar a tratamiento. En el caso de los extranjeros, se comprueban sus habilidades lingüísticas. El requisito básico para iniciar el tratamiento es que debe ser el mismo paciente quien lo solicite (ni sus padres u otros familiares). La condición esencial para entrar en el programa, es tomar toda la responsabilidad por el problema de la adicción. Alguien que quiere entrar sólo para escapar de las circunstancias externas, no será aceptado. Si lo está dentro de sus posibilidades, los familiares pueden apoyar al paciente de manera moral y económica.

Entre las condiciones cruciales de entrada al tratamiento está la condición física apta para el trabajo con plantas y otros requerimientos físicos, como caminatas a la chacra, hacer pan, etc. El centro enfatiza no sólo la importancia de la eficacia, sino también de la seguridad de los pacientes.

Otro requisito básico para ingresar en el tratamiento es la abstinencia. Antes del inicio del programa se realizan pruebas psicológicas, así como un examen médico, que se repite al final del primer mes, y después de un año. En el plazo más corto posible después de entrar en el tratamiento, los exámenes antiparasitarios y dentales se llevan a cabo en el Centro médico "Sagrada Familia", dirigido por uno de los empleados del centro.

La primera fase de rehabilitación comienza con un régimen de aislamiento, en que la persona sobrepasa el síndrome de abstinencia y se prepara para entrar en la comunidad.

La desintoxicación en Takiwasi, basada en las tomas de plantas purgativas y eméticas, sigue un procedimiento específico. Al contrario de otras comunidades terapéuticas donde observamos el proceso de rehabilitación, no se realiza en un hospital mental antes del tratamiento residencial y dura sólo 8 días. El aislamiento representa un período importante en el que el paciente se enfrenta a su propia motivación y re-evalúa las razones para someterse al programa de rehabilitación. En este proceso tiene un papel clave la presencia de un psicoterapeuta individual, quien le visita a diario. Durante la fase inicial del tratamiento, es más común que los pacientes lo abandonen (Silverman, DeFulio, & Sigurdsson, 2012).

Si el paciente abandona, el tratamiento se termina inmediatamente. En el caso contrario, pasa por el ritual de paso y entra al grupo terapéutico (Scott, 1998). Tan pronto como el paciente se adapta al ritmo cotidiano del centro (por lo general a partir del segundo mes), comienza a participar en las sesiones de ayahuasca. Estas se llevan a cabo una o dos veces por semana, el día siguiente de una purga ritual. El contenido se analiza posteriormente en grupo y en sesiones con el terapeuta individual.

Otras actividades típicas de la segunda fase del proceso de rehabilitación implican sesiones grupales, dinámicas de grupo, actividades deportivas u otros talleres temáticos (p. ej. taller de cuentos y máscaras, yoga).

El final de la segunda fase está marcado por la primera dieta. Este procedimiento conlleva un fin terapéutico, que va más allá de un cuidado nutricional o estético, y es experimentado por todos los pacientes internos en la institución, regularmente dos o tres veces durante su estadía. La dieta consiste en un retiro temporal, generalmente de 8 días, con ingestión ritualizada de las denominadas "plantas maestras", bajo un determinado régimen alimentario y la supervisión médica y psicoterapéutica (Jauregui *et al.*, 2011).

La tercera fase del proceso de rehabilitación está dirigida a la búsqueda de una misión personal en la vida y sirve para restablecer el contacto perdido con lo trascendental. El trabajo a nivel físico ha casi terminado. Todo el esfuerzo está dirigido a la preparación de los planes para el futuro y la resolución de los

problemas familiares de los pacientes. La independencia financiera de la familia es también de una importancia primordial.

Mientras más realista y pragmática es la conducta del paciente, más conflicto tiene con las reflexiones sobre cuestiones metafísicas y existenciales que son objeto de casi todas las sesiones terapéuticas en la cuarta fase de rehabilitación. Las personas que han abandonado el uso de drogas comienzan a buscar fundamentos en los que puedan construir sus vidas. Para facilitar esta búsqueda, se realizan diversos rituales y ceremonias con esta específica finalidad, el objetivo es crear un medio ambiente adecuado para el cambio. Si el paciente descubre un nivel espiritual en su vida cotidiana, es común que encuentre un fuerte impulso que le proporciona la motivación necesaria para mantener la abstinencia.

Varios autores confirman que existe una interconexión mutua entre la espiritualidad y el fenómeno de la adicción a las drogas (Sremac, 2010). En primer lugar, existen los denominados "modelos de interacción", que explican las razones de origen y desarrollo de la adicción, haciendo conexiones entre una serie de diferentes factores (bio-psico-socio-espirituales) (Coombs, 2004). En segundo lugar, existen numerosos estudios científicos que demuestran que la espiritualidad y la religiosidad pueden tener una influencia positiva en el tratamiento de la adicción (Borras *et al.*, 2010).

La penúltima fase de reinserción, con una duración aproximada de dos meses, sirve como un período de preparación para salir del centro, y es impulsado a comenzar su reinserción a la sociedad. El hecho de que durante este tiempo el paciente comience a retomar las actividades de su vida cotidiana, como lo podrían ser el trabajo o la escuela, no significa que está excluido de las actividades grupales terapéuticas. Por el contrario, su presencia en el grupo tiene un propósito motivador (Sumnall & Brotherhood, 2012).

El tratamiento no se acaba con la salida del paciente del Centro. A las personas que lo completan o que abandonan prematuramente con el permiso de los terapeutas, se les ofrece un seguimiento que incluye entrevistas psicológicas mensuales, asesoramiento familiar y participación en sesiones terapéuticas. Si es necesario, se le ofrece al paciente una estancia corta en el Centro, con un propósito de refuerzo (Lennox *et al.*, 2013).

Para los pacientes de distintas partes del Perú y la mayoría de los pacientes de los países extranjeros puede ser una desventaja que Takiwasi no tenga ninguna facilidad para realizar seguimiento posterior. Los franceses y los argentinos pueden aprovechar la cooperación externa del Centro con La Maison Qui Chant (Lyon, Francia) y Runawasi (Buenos Aires, Argentina), cuyos modelos terapéuticos tienen la misma forma.

Metodología

Observación participante

Durante el estudio a largo plazo que realizamos desde el 2007 hasta el 2009, trabajamos en el Centro Takiwasi con dos grupos de pacientes internos participando en todos los tipos de sesiones terapéuticas prescritas: tomas de plantas de contención, ayahuasca, purgahuasca, baños de plantas, dietas, terapia grupal, etc. (Torres, 2009). Al mismo tiempo, realizamos cada semana un taller de arte-terapia aplicando la metodología de grupo focal (Gutiérrez, 2011).

Población 2007–2009

El primer grupo de pacientes que encontramos en el Centro Takiwasi en 2007 durante el estudio preliminar tuvo 8 miembros. El segundo grupo en 2009, contó con 14 personas. Como la mayoría del equipo terapéutico, los pacientes fueron hombres.¹³ Cabe remarcar que esta medida no tiene ninguna relación o tendencia sexista. La ausencia de mujeres en el grupo terapéutico tiene un significado verdaderamente práctico. Si estuvieran presentes, los pacientes probablemente tendrían coito, prohibido por las reglas cardinales del Centro.¹⁴

13 Actualmente y en el pasado un 30 % de los terapeutas han sido mujeres (CP: Bustos, 2015).

14 *"La actividad sexual puede ser obstaculizada antes de la consumación ritual de una sustancia alucinógena con el fin de controlar el flujo de la energía sexual hacia el estado de contemplación interior. Cada pérdida de este tipo de energía puede ser vista como una reducción de la propia experiencia"* (Dobkin de Rios, 1990: 204). Desde otro punto de vista, la expulsión del Centro por la transgresión de las reglas cardinales, baja la eficacia del tratamiento y puede resolver en la recaída del paciente (N. del A.).

El análisis estadístico de fichas de archivo mostró que de 1992, el año de establecimiento del Centro, a 1999 fueron tratadas 380 personas en Takiwasi. El 68 % de los pacientes vienen de Perú (el departamento San Martín está considerado como la región de producción más alta de cocaína y sus derivados); los franceses constituyen el 13 % y los argentinos, el 4 %. Entre los pacientes extranjeros se pueden encontrar también ecuatorianos, españoles, brasileños etc., pero su presencia no es estadísticamente significativa (Horák 2010: 22; Cabieses, 2010).

La edad media de los pacientes que fueron tratados en Takiwasi en la última década fue de 31 años.¹⁵ El paciente mayor tenía 64 años.

Entre los pacientes, predominaron los alcohólicos (65 %). Un porcentaje significativo de los pacientes fueron tratados por ser adictos al cannabis (54 %), que es curable con dificultad debido a sus síntomas sutiles.¹⁶

La tasa de consumo de pasta básica de cocaína (PBC) en los años 1999–2009 ha bajado con respecto al período 1992–1999, ya que ha habido una disminución de 52 a 39 %. Por otro lado se ha producido un aumento de adictos a la cocaína, de 9 a 36 % (Giove, 2002).

En comparación con otras drogas, es posible considerar estadísticamente significativo que el 26 % de los pacientes fueron fumadores de tabaco. Tal hecho está asociado con dos cuestiones importantes. En primer lugar, a nivel local es común mezclar el tabaco con el alcohol o PBC, lo que conduce a politoxicomanía. En segundo lugar, es necesario tener en cuenta que el consumo de tabaco está prohibido para los pacientes residenciales, igual que el consumo de otras drogas (por ejemplo, cafeína), con la condición de expulsión. Comparando este hecho con la situación en otras comunidades terapéuticas incluidas en esta investigación (p. ej. Renarkon), el caso es totalmente diferente.

15 Igual como en la República Checa, 15 años son la edad mínima para internarse en el Centro (N. del A.).

16 Mabit (1997: 2–3) propone un perfil psicosocial de la dependencia a la marihuana. Las características de esa dependencia son: 1) distorsión paulatina de la percepción de la realidad, 2) fenómeno de "mentalización", 3) desencarnación, 4) proyección en una realidad virtual (N. del A.).

Los pacientes internados en Takiwasi durante al menos nueve meses, tienen que pasar por una dieta especial asociada con la administración de ayahuasca y otras plantas medicinales que se utilizan periódicamente en el Centro. 30 % de los pacientes internados entre los años 2007 y 2009 (N=49) tuvieron experiencia con la ingestión ritual de plantas sagradas; mayormente con ayahuasca (14 %) y San Pedro (8 %).

La eficacia del tratamiento interno en el Centro Takiwasi se calcula en un 27 % de las 340 personas tratadas entre los años 1999–2008. Este porcentaje de pacientes pasó por el proceso de rehabilitación completo y fue considerado como recuperado por los terapeutas. El 70 % de los pacientes acabaron su tratamiento voluntariamente antes de finalizar el programa, pero se declararon liberados de la adicción. Como este dato necesita verificación, decidimos continuar en la investigación aplicando la escala DCI y medir la retención de los pacientes actuales.

Escala DCI

Administramos la escala DCI 5 veces por un año, recolectando datos de pacientes internos en cinco comunidades terapéuticas: Takiwasi, CEA, Renarkon, Kladno-Dubí y Sejřek. En cada comunidad hay un responsable (terapeuta, director) que distribuye la escala entre los pacientes al inicio de su rehabilitación y después de 1, 3, 6 y 9 meses (Giove, 2002).¹⁷

Analizamos los datos de una manera continua, aplicando métodos estadísticos: (prueba de Tukey y el método de intervalo de confianza) para poder observar los cambios en la motivación de los pacientes para terminar el programa de rehabilitación (Edelen *et al.*, 2007).

La escala contiene 54 ítems divididos entre 8 categorías: Responsabilidad Comunitaria; Claridad y Seguridad, Proceso de Grupo; Convivencia, Apoyo y Entusiasmo; Introspección y Autogestión; Auto-Actitud Positiva y Compromiso con la Abstinencia; Reconocimiento de Problemas; Red Social (6 factores están excluidos del análisis). El auto-informe examina la relación entre la duración del tratamiento, la evaluación individual de proceso terapéutico y el

17 El tiempo completo representa el renacimiento simbólico de cada paciente (N. del A.).

estado de la salud mental y física del paciente (Edelen *et al.*, 2008). Más abajo presentamos los resultados de la segunda medición.

Población 2013

Se toman en consideración aquí las características poblacionales del total de la muestra (N=101). Según la distribución por sexo, 84 % de los pacientes en las comunidades anteriormente mencionadas es masculino. La composición de grupos terapéuticos por género está mezclada en todos los lugares, excepto en Takiwasi, donde existe una disposición legal nacional restringiendo el tratamiento de personas pertenecientes a sexos diferentes. Takiwasi está autorizado sólo para atender varones, adultos, adictos a drogas (Giove, 2002).

La edad media de los pacientes en la muestra es 29 años. El mayor de los pacientes es un hombre de CEA que tiene 60 años.

Resultados

Tab. 1 Comparaciones múltiples (Tukey-HSD), datos ordenados por la duración del tratamiento en meses; el error cuadrático medio: 0,736294065955634, grados de libertad: 95; ** denota los pares significativamente diferentes. Test para muestras pareadas es significativo cuando q Stat > Tabla q

Comparación	Diferencia	Error estándar	q Stat	Tabla q	Relevancia	Inferior 95 %	Superior 95 %	RDO.
6 - 0	0,9211	0,2435	5,3500	3,6983	0,0015	0,2844	1,5578	**
1 - 0	0,4037	0,2276	2,5082	3,6983	0,2924	-0,1916	0,9990	
3 - 0	0,0195	0,2569	0,1073	3,6983	0,9998	-0,6525	0,6914	
6 - 3	0,9016	0,2660	4,7931	3,6983	0,0056	0,2059	1,5973	**
1 - 3	0,3842	0,2516	2,1597	3,6983	0,4255	-0,2737	1,0421	
6 - 1	0,5174	0,2378	3,0768	3,6983	0,1375	-0,1045	1,1393	

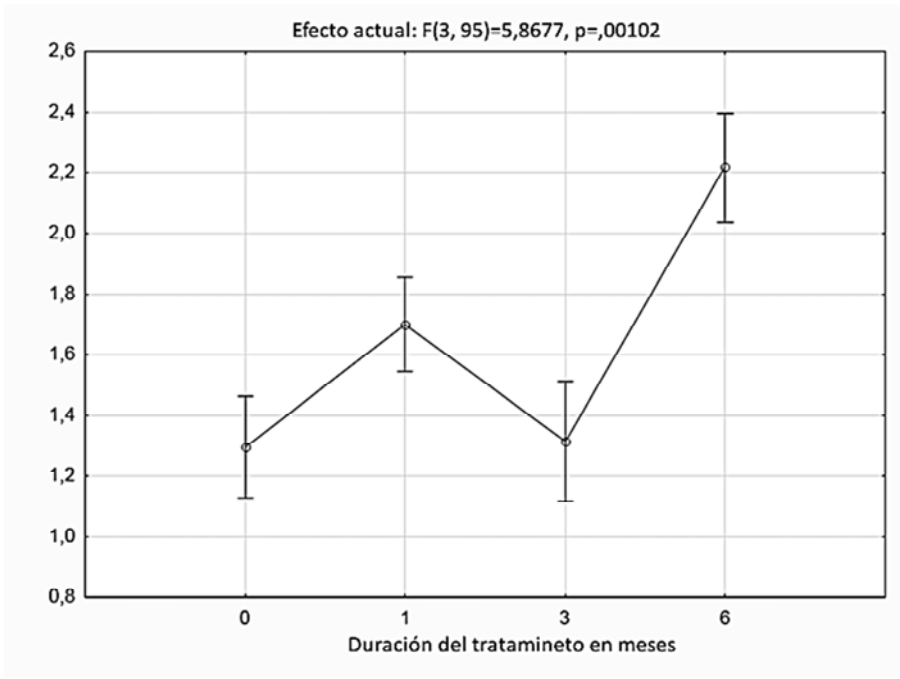


Fig. 5 Cambios de opinión de los pacientes sobre la importancia de la convivencia

Tab. 2 Comparaciones múltiples (Tukey-HSD), datos ordenados por la duración del tratamiento en meses; el error cuadrático medio: 1,45233261976821, grados de libertad: 96; ** denota los pares significativamente diferentes. Test para muestras pareadas es significativo cuando $q \text{ Stat} > \text{Tabla } q$

Compa ración	Diferencia	Error estándar	q Stat	Tabla q	Relevancia	Inferior 95 %	Superior 95 %	RDO.
3 – 1	1,0679	0,3511	4,3012	3,6976	0,0158	0,1499	1,9860	**
6 – 1	0,8345	0,3317	3,5584	3,6976	0,0637	-0,0326	1,7016	
0 – 1	0,2258	0,3172	1,0066	3,6976	0,8922	-0,6036	1,0553	
3 – 0	0,8421	0,3609	3,3001	3,6976	0,0976	-0,1014	1,7856	
6 – 0	0,6087	0,3420	2,5173	3,6976	0,2892	-0,2854	1,5028	
3 – 6	0,2334	0,3736	0,8835	3,6976	0,9239	-0,7434	1,2102	

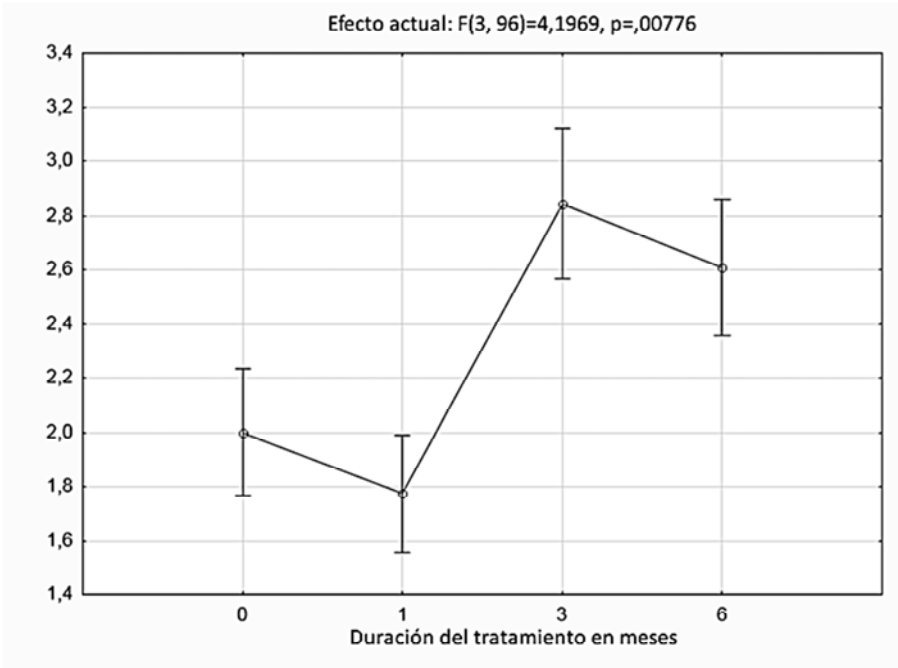


Fig. 6 Cambios de opinión de los pacientes sobre el impacto de la drogadicción en su estado físico

Tab. 3 Comparaciones múltiples (Tukey-HSD), datos ordenados por la duración del tratamiento en meses; el error cuadrático medio: 1,62500438573708, grados de libertad: 96; ** denota los pares significativamente diferentes. Test para muestras pareadas es significativo cuando $q\text{ Stat} > \text{Tabla } q$

Compa ración	Diferencia	Error estándar	q Stat	Tabla q	Relevancia	Inferior 95 %	Superior 95 %	RDO.
3 – 1	1,0679	0,3714	4,0663	3,6976	0,0252	0,0968	2,0390	**
6 – 1	0,9215	0,3508	3,7146	3,6976	0,0485	0,0042	1,8387	**
0 – 1	0,4851	0,3356	2,0443	3,6976	0,4744	-0,3923	1,3624	
3 – 0	0,5828	0,3817	2,1593	3,6976	0,4256	-0,4152	1,5809	
6 – 0	0,4364	0,3617	1,7062	3,6976	0,6243	-0,5093	1,3821	
3 – 6	0,1465	0,3952	0,5241	3,6976	0,9825	-0,8868	1,1797	

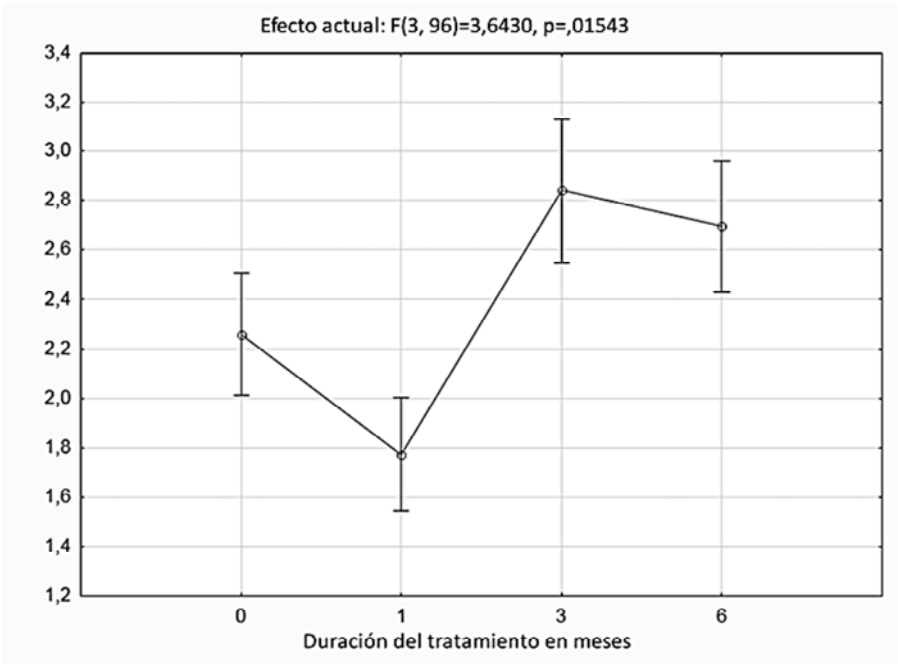


Fig. 7 Cambios de opinión de los pacientes sobre el impacto de la drogadicción en la vida laboral y estudiantil

Tab. 4 Comparaciones múltiples (Tukey-HSD), datos ordenados por la duración del tratamiento en meses; el error cuadrático medio: 1,1929569391246, grados de libertad: 95; ** denota los pares significativamente diferentes. Test para muestras pareadas es significativo cuando $q \text{ Stat} > \text{Tabla } q$

Compa ración	Diferencia	Error estándar	q Stat	Tabla q	Relevancia	Inferior 95 %	Superior 95 %	RDO.
3 - 1	1,0102	0,3182	4,4893	3,6976	0,0107	0,1781	1,8422	**
6 - 1	0,6578	0,3006	3,0948	3,6976	0,1338	-0,1281	1,4437	
0 - 1	0,0024	0,2875	0,0118	3,6976	1,0000	-0,7494	0,7541	
3 - 0	1,0078	0,3271	4,3577	3,6976	0,0141	0,1527	1,8629	**
6 - 0	0,6554	0,3099	2,9907	3,6976	0,1558	-0,1549	1,4657	
3 - 6	0,3524	0,3386	1,4718	3,6976	0,7260	-0,5329	1,2377	

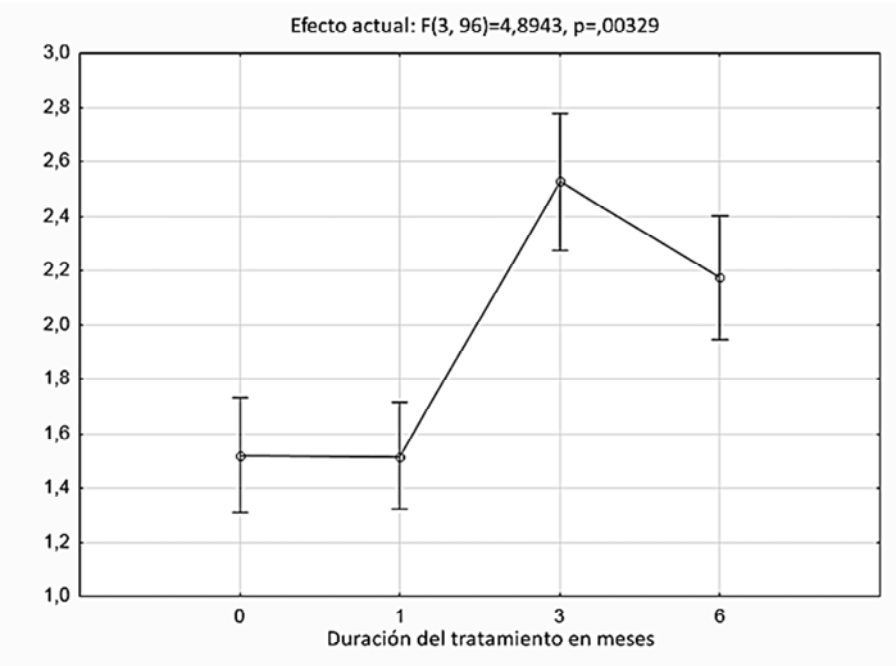


Fig. 8 Cambios de opinión de los pacientes sobre el impacto de la drogadicción en la vida familiar

Conclusiones

El análisis estadístico de los datos recolectados en las comunidades terapéuticas arriba mencionadas, comprobó una diferencia estadísticamente muy significativa entre las opiniones de los pacientes en rehabilitación por 0-6 y 3-6 meses sobre el factor n. 9: "El funcionamiento del programa requiere que cada uno haga su parte del trabajo" (Fig. 5). Eso declara que ponen distinta importancia en la convivencia y cooperación durante el inicio, en la mitad y al final del programa terapéutico y refleja la importancia de la cohesión del grupo terapéutico para asegurar la eficacia de la rehabilitación (Bruhn, 2009).

El cambio de opiniones de los pacientes en el tercer mes de tratamiento podría atribuirse a una falsa percepción de hallarse completamente rehabilitados, posiblemente basada en la disminución del deseo de consumo, aumento de la energía física y propositividad vital.

Otra diferencia estadísticamente muy significativa estaba comprobada también entre las opiniones de los pacientes rehabilitados por 1-3 y 1-6 meses

sobre el factor n. 43: "Mis actitudes, sentimientos o comportamientos me pueden causar problemas con mi salud física" (Fig. 6), luego sobre el factor n. 45: "Mis actitudes, sentimientos o comportamientos me pueden causar problemas en la escuela o clases vocacionales" (Fig. 7) y entre 1-3 meses sobre la pregunta n. 48: "Mis actitudes, sentimientos o comportamientos me pueden causar problemas en mis relaciones familiares" (Fig. 8). Eso refleja la naturaleza multidimensional y multifactorial de la adicción. Las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores contextuales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) (Horcajadas, Castillo & Mangado, 2010).

Discusión

El tema del uso terapéutico de la ayahuasca no está todavía suficientemente estudiado por varios problemas. Además de los problemas éticos y legislativos, encontramos también otras limitaciones. La deficiencia más grave viene de la falta de base teórica y metodológica. En este aspecto hay que mencionar que desde el punto de vista científico diferenciamos radicalmente entre la aplicación de medicina tradicional en su contexto original y en otros contextos (en laboratorios, movimientos espirituales etc.). En este caso, nos enfocamos meramente al contexto tradicional. El tratamiento en el Centro Takiwasi tiene su origen justamente en este paradigma.

Si bien el modelo de aplicación ritual de la ayahuasca y el uso de otras plantas sigue las normas tradicionales, el procesamiento posterior del material y el tratamiento en general expresa una nueva síntesis entre la medicina amazónica peruana y una aproximación terapéutica occidental, ampliada a las dimensiones energética y espiritual/transpersonal.

Si el investigador estudia la problemática de medicina tradicional sin experiencia anterior, puede enfrentarse con varios riesgos que vienen mayormente de la difusión del chamanismo turístico en Sudamérica desde los años ochenta. Por este caso está relativamente complicado distinguir entre los verdaderos practicantes de la medicina tradicional y los charlatanes (Fotiou, 2010). El Centro Takiwasi integra únicamente especialistas en esta problemática que al lado de su conocimiento sobre la medicina tradicional, pasaron también por la formación profesional académica (psicólogos, terapeutas corporales, médicos

etc.). La combinación original de métodos científicos y tradicionales en la rehabilitación, pertenece a las ventajas más grandes del Centro y merece una atención científica muy especial.

Referencias

- Borras, L., Khazaal, Y., Khan, R., Mohr, S., Kaufmann, Y. A., Zullino, D., & Huguelet, P. (2010). The relationship between addiction and religion and its possible implication for care. *Subst Use Misuse*, 45(14), 2357–2410. doi:10.3109/10826081003747611
- Brierley, D. I., & Davidson, C. (2012). Developments in harmine pharmacology — Implications for ayahuasca use and drug-dependence treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 39(2), 263–272. doi:10.1016/j.pnpbp.2012.06.001
- Bruhn, J. (2009). *The group effect: Social cohesion and health outcomes*. New York, NY: Springer. ISBN 978-1-4419-0363-1
- Cabieses, B. H. (2010). The "Miracle of San Martín" and symptoms of "alternative development" in Peru. *Drug Policy Briefing*, (34), pp. 1–12.
- Coombs, R. H. (2004). *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*. New Jersey, EEUU: Wiley.
- Dobkin de Rios, M. (1990). *Hallucinogens, cross-cultural perspectives*. Bridport, Dorset, UK: Prism.
- Edelen, M. O., Miles, J. N., Osilla, K. C., & Wenzel, S. L. (2008). Further validity evidence for the dimensions of change in therapeutic community treatment instrument. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 34(3), 285–292. doi:10.1080/00952990802013482
- Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P., Dahl, J., & Mandell, W. (2007). Treatment process in the therapeutic community: associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 415–21.
- Fotiou, E. (2010). *From medicine men to day trippers: Shamanic tourism in Iquitos, Peru*. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison. Tesis de doctorado. Recuperado de <http://goo.gl/w9ciXl>
- Giove, R. (2002). *La liana de los muertos al rescate de la vida*. Tarapoto, Perú: Takiwasi-DEVIDA.

- Guimarães dos Santos, R. (2013). Safety and side effects of ayahuasca in humans—An overview focusing on developmental toxicology. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 68–78.
doi:10.1080/02791072.2013.763564
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta Moebio*, 41, 105–122.
- Horák, M. (2013). *The House of Song. Rehabilitation of Drug Addicts by the Traditional Indigenous Medicine of the Peruvian Amazon*. Brno, República Checa: Universidad de Mendel en Brno, Facultad de Desarrollo Regional y Estudios Internacionales. URL: <http://1drv.ms/1xoSzCO>
- Horcajadas, F. A., Castillo, I. I., & Mangado, E. O. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: SOCIDROGALCOHOL.
- Jauregui, X., Clavo, Z. M., Jovel, E. M., & Pardo-de-Santayana, M. (2011). "Plantas con madre": Plants that teach and guide in the shamanic initiation process in the east-central Peruvian Amazon. *J Ethnopharmacol*, 134(3), 739–752. doi:10.1016/j.jep.2011.01.042
- Lennox, R. D., Sternquist, M. A., & Paredes, A. (2013). A simplified method for routine outcome monitoring after drug abuse treatment. *Substance Abuse : Research and Treatment*, 7, 155–69. doi:10.4137/SART.S12691
- Liester, M. B., & Prickett, J. I. (2012). Hypotheses regarding the mechanisms of ayahuasca in the treatment of addictions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(August), pp. 200–208. doi:10.1080/02791072.2012.704590
- Mabit, J. (1997). Marihuana: ¿Ángel o demonio? *Revista TAKIWASI*, (5), 63–77.
- Mabit, J. (2007). Ayahuasca in the treatment of addictions. En: Thomas, B. R., & Winkelman, M. J. (Eds.) *Psychedelic medicine (Vol. 2): Evidence for hallucinogenic substances as treatments*. Westport, CT: Praeger, 87–103.
- McKenna, D. J. (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, 102(2), 111–129.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2004.03.002>
- McKenna, D. J., Callaway, J. C., & Grob, C. S. (1998). The scientific investigation of ayahuasca: a review of past and current research. *The Heffter Review of Psychedelic Research*, 1, 65–76.

- Pérez del Río, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 287–303.
doi:10.4321/S0211-57352012000200006
- Scott, D. G. (1998). Rites of passage in adolescent development: A reappraisal. *Child & Youth Care Forum*, 27(5), 317–335.
- Silverman, K., DeFulio, A., & Sigurdsson, S. O. (2012). Maintenance of reinforcement to address the chronic nature of drug addiction. *Preventive Medicine*, 55, 46–53. doi:10.1016/j.ypmed.2012.03.013
- Sremac, S. (2010). Addiction, narrative and spirituality: Theoretical-methodological approaches and overview. *Vrije Universiteit Amsterdam*, 255–273.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
doi:10.2810/72023
- Thomas, G., Lucas, P., Capler, N. R., Tupper, K. W., & Martin, G. (2013). Ayahuasca-assisted therapy for addiction: Results from a preliminary observational study in Canada. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 30–42.
- Torres, J. (2009). Purgahuasca: Aportaciones de la cultura Awajún en el tratamiento de las adicciones. En: D'Abbadie, R., Mikaelian, C., Díaz, P., & Mabit, J. (Eds.) *Memorias del Congreso Internacional. Medicinas tradicionales, interculturalidad y salud mental*, 7. – 10. 6. 2009. Tarapoto, Perú: Takiwasi, 125–130.

Anexos



Fig. 9 *Tagetes erecta*