PSYKHE
2001, Vol.10, Nº 2, 11-22

Copyright 2001 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Tratamiento de Adicciones: Una Forma de Comenzar

Addiction Treatment: A Way to Start

Johanna Kreither y Cristián López
Pontificia Universidad Católica de Chile

En este artículo se discute el problema del abordaje clínico en pacientes con adicción, sin motivación inicial para tratarse. Se describe el proceso de "entrevistas previas" desarrollado en el contexto de un Programa Ambulatorio de Tratamiento de Adicciones. Este proceso consiste en una serie de entrevistas familiares e individuales, durante un período de uno a seis meses. El objetivo es lograr las condiciones necesarias para comenzar un proceso de tratamiento. Se presenta el análisis de un caso.

This article discusses the problem of clinical approach for addicted patients lacking motivation for treatment. It describes the process of "preliminary interviews," developed in the context of an Ambulatory Addiction Treatment Program. This process consists of a series of family and personal interviews, during a period of time of one to six months. The goal is to achieve the required conditions to start a treatment program. A case analysis is presented.

Introducción

Uno de los problemas del abordaje terapéutico de los pacientes con adicción a drogas y/o alcohol, es que frecuentemente no acceden voluntariamente a instancias de tratamiento (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Esto lleva a que un gran número de pacientes que han desarrollado una adicción a sustancias químicas demoren muchos años en consultar, deserten después de las primeras entrevistas o, eventualmente, nunca lleguen a pedir ayuda para resolver su problema. Esto, sin duda, configura un importante problema de salud mental para una sociedad, ya que el consumo abusivo de drogas y alcohol está asociado de manera importante con otros problemas de salud mental y sociales, como con los suicidios y homicidios, abusos sexuales y físicos (Beck et al., 1999), o sistemas familiares altamente disfuncionales, que conllevan grandes montos de sufrimiento y formas de relación que muchas veces son traspasadas generación a generación, autoperpetuándose el problema (Kreither, 1999).

Tipología de Consulta Inicial a Tratamiento de Drogas y Alcohol

Existe un grupo de pacientes que llega a consultar por motivación propia, buscando ayuda para resolver específicamente su consumo problemático de drogas y/o alcohol. Estos pacientes presentan una motivación inicial que les permite ingresar a alguna forma de tratamiento para intentar resolver su problema. Lograr mantener y profundizar esa motivación pasa a ser uno de los importantes desafíos en la primera parte del tratamiento. De hecho, muchas instituciones trabajan sólo con este tipo de pacientes, colocando como requisito de ingreso la "motivación" del paciente. Esto puede incluir un período de tiempo en el cual se intenta probar que esta motivación a tratamiento del paciente es real para poder iniciar un trabajo a largo plazo, y no sólo coyuntural o funcional para eludir una situación vital complicada, producto de las consecuencias negativas propias del consumo, que puedan haber adquirido en ese momento un carácter especialmente intenso. A pesar de la motivación inicial, un grupo importante de estos pacientes tiende a dejar prematuramente el tratamiento, es decir, antes de que se

Johanna Kreither, Terapeuta Familiar del Programa de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones del Centro de Estudios Psicológicos de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Cristián López, Director del Programa de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones, del Centro de Estudios Psicológicos de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a Johanna Kreither, Centro de Estudios Psicológicos de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago. Fono: 686 4633. Fax: 686 4632. E-mail: jkreithe@puc.cl

cumpla el tiempo que se considera óptimo por parte de los tratantes (De León, Hawke, Jainchill & Melnick, 2000; Egenau, 2000).

Existe un segundo grupo de pacientes, que podría decirse "son llevados" a consultar por algún(os) miembro(s) de la familia. Es decir, son pacientes que no han tenido, ni tienen al momento de la consulta inicial, una motivación propia lo suficientemente clara como para pedir ayuda. Sin embargo, este tipo de pacientes ha aceptado la idea de pedir ayuda, en la medida que la familia los ha presionado a hacerlo. Frecuentemente, los miembros que suelen ejercer esta presión al paciente para que se trate, son los padres o los cónyuges, o ambos en conjunto. A veces, también existe una importante participación de los hermanos en este proceso. Incluso puede pasar que consulten junto con el hermano(a) "competente" de la familia, dado que se ha presentado una crisis familiar o que ésta es inminente (Stanton et al., 1997). Los pacientes actualmente en tratamiento en el programa ambulatorio de tratamiento de adicciones del Centro de Estudios Psicológicos de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile (CEPUC), pertenecen en un 90% a este grupo de pacientes en su tipo de consulta inicial.

Un tercer grupo de pacientes lo constituyen aquellos que consultan a un profesional de la salud mental por otros motivos asociados. Se puede hipotetizar que este grupo de pacientes representa un alto número de casos. De hecho, en Estados Unidos se ha planteado que "el 23% de los pacientes de psicoterapia sufre de problemas de adicción o de problemas emocionales sustancialmente exacerbados por el abuso de alcohol o de drogas" (Stanton et al., 1997, p. 21), de los cuales sólo el 3,5% serían identificados por sus terapeutas. En estos pacientes, la consulta inicial está motivada por la presencia de sintomatología que surge como consecuencia del consumo de drogas y alcohol en forma problemática. Es así, que muchos casos reportan como motivo de consulta sentimientos e ideas depresivas, ideación suicida, crisis de angustia, ataques de pánico, ideación paranoídea, problemas conyugales, violencia en las relaciones interpersonales, problemas existenciales, entre otros. Estos pacientes, si bien tienen una motivación a recibir ayuda por el motivo de consulta inmediato, no tienen claridad con respecto a la asociación que existe entre dicha sintomatología que los lleva a consultar y su consumo de sustancias químicas adictivas. Esto configura un cuadro que, en principio, no implica la existencia en la persona que consulta de una motivación para realizar un tratamiento dirigido al consumo problemático de drogas y alcohol en particular y, menos aún, la posibilidad que éste involucre abstinencia de sustancias químicas adictivas. El 10% restante de los pacientes de nuestro programa de tratamiento ambulatorio pertenece a este grupo.

Descripción del Programa de Tratamiento

En el caso del esquema de tratamiento ambulatorio que se realiza en el marco del CEPUC, se le pide a los pacientes, por una parte, el estar en abstinencia de toda sustancia adictiva y, por otra, su asistencia al centro de atención con una frecuencia de dos a tres veces por semana, a diferentes instancias terapéuticas. A saber, los pacientes que han iniciado su tratamiento ambulatorio y que ya han pasado la etapa de entrevistas previas, asisten una vez por semana a terapia individual de 45 minutos de duración, semana por medio a terapia familiar y/o de pareja de una hora de duración, una vez a la semana a terapia de grupo de una hora y 45 minutos de duración. Es decir, el sistema de tratamiento implica un grado importante de participación e involucramiento por parte del paciente y de su familia.

En el contexto del trabajo terapéutico con estos dos grupos de pacientes mencionados en el acápite anterior, es decir, aquellos que son llevados a consultar por la familia a causa del consumo problemático de drogas, y aquellos que llegan a consultar por otro tipo de sintomatología asociada, como podría ser típicamente una depresión o trastornos conductuales adaptativos, es que surge la inquietud con respecto a cómo lograr que este tipo de pacientes ingrese a esta forma de tratamiento que involucra la detención del consumo problemático de drogas y alcohol, es decir, el logro de la abstinencia, lo que al mismo tiempo implica el desarrollo de algún grado de motivación al respecto (Berg & Miller, 1996). El problema clínico que se suscita entonces es cómo lograr que estos pacientes decidan estar en abstinencia y junto con ello desarrollen una motivación progresiva por tratarse. El logro de estos objetivos lo entendemos inserto en un contexto terapéutico, que le hemos llamado en su primera fase "entrevistas previas," es decir inserto en un contexto tal que permitirá un efecto de cambio tanto en el paciente y su familia, por medio de las sesiones terapéuticas consideradas inicialmente, las que incluyen terapia individual, terapia familiar y control psiquiátrico (se excluye la terapia de grupo hasta que el paciente

logre un tiempo de abstinencia y una motivación relativa a tratarse).

Queda claro que ambos puntos, la abstinencia y la asistencia relativamente intensa a sesiones, son elementos que no son compartidos en su necesidad por estos dos grupos de pacientes. En nuestra experiencia clínica vemos que esto sucede así por parte del paciente y a veces también por parte de la familia, en primer lugar, debido a que si creen que efectivamente existe un problema con el consumo (ya que a veces pueden no creer que existe problema alguno, si bien esto es menos frecuente), tienden a pensar que la solución consiste en disminuirlo y no en dejarlo, o en evitar determinadas situaciones asociadas al consumo que reconocen como especialmente riesgosas, como por ejemplo, evitar manejar si se ha bebido, no hacerlo en compañía de determinadas personas, no ir a comprar la cocaína a lugares especialmente peligrosos, volver a casa dentro de cierta hora, etc. Y segundo, debido a que se piensa que ese objetivo se puede lograr sin recurrir a pedir ayuda alguna.

Algunas Alternativas de Abordaje

Frente a esta forma de consulta inicial, existen, obviamente, distintas alternativas de abordaje, en la medida que se comparte algunos supuestos clínicos más generales.

Una forma de abordar a estos dos grupos de pacientes consiste en plantearse que, dado un diagnóstico de adicción, se requiere un tratamiento específico, el cual adopta determinadas características para el caso en cuestión. Esto se le explicita al paciente y/o a su familia, debiendo el paciente tomar una decisión de si se trata o no, bajo las condiciones requeridas. Por ejemplo, muchas instituciones dedicadas a este tema plantean como requisito de ingreso la motivación a dejar el consumo. Esta es, sin duda, una posición legítima a adoptar por una institución. Sin embargo, el problema surge, justamente, debido a que estos dos grupos de pacientes, simplemente tenderán a no aceptar las condiciones de tratamiento requeridas, lo que llevará a que se pierda una significativa oportunidad para intervenir terapéuticamente e iniciar un proceso de cambio y mejoría. Esto incluye la creación o confirmación de la percepción de la familia de que no hay nada que hacer, salvo esperar a que "toque fondo."

Una segunda alternativa de abordaje que se ha planteado, por ejemplo, desde algunos terapeutas dentro del enfoque psicoterapéutico conductual-cognitivo, es la aceptación de las metas propuestas por el mismo paciente para su proceso terapéutico. Esto puede incluir el seguir con el consumo con el fin de alcanzar un uso controlado de las sustancias químicas adictivas, logrando con ello, reducir algunos de los principales riesgos asociados a él (Beck et al., 1999). En otras palabras, se clarifican las metas del paciente, se precisan, y el terapeuta intenta, desde sus conocimientos, ayudar al paciente a lograr esas metas. Esto, a pesar de que el terapeuta siga pensando que la abstinencia es un objetivo importante a lograr. Esto, sin duda aumenta la probabilidad de que los pacientes de estos grupos decidan entrar en un proceso terapéutico.

Tenemos, entonces, una primera alternativa en que, desde el tratamiento, se exige que el paciente comparta los mismos objetivos que los tratantes, y una segunda, en que el terapeuta reconoce, discute y finalmente se atiene a los objetivos planteados por el paciente. Estas dos alternativas sintetizan una parte importante de los abordajes que comparten los supuestos antes mencionados.

Sin embargo, nuestro trabajo en el tratamiento ambulatorio del CEPUC conlleva una tercera forma de abordaje que asume los siguientes supuestos clínicos generales: a) el considerar que existe un fenómeno clínico, con ciertas características comunes que le dan algún grado de unidad conceptual, más allá de su status conceptual propiamente tal, al que podemos llamar adicción; b) el pensar que cuando se da este fenómeno, en general, es necesario darle una importancia central en el cuadro clínico total del paciente y las dinámicas familiares, al menos al momento de la consulta y por un período de tiempo; c) el considerar la abstinencia a largo plazo como un objetivo, si bien mediático, importante a lograr, ya que facilita el cambio terapéutico. En la medida que se comparten estos supuestos, discutibles como todo supuesto, generamos como equipo las estrategias terapéuticas de abordaje para cada paciente y su familia, buscando, por un lado, lograr la conciencia de la importancia de la abstinencia y, por otro, desarrollar en la conversación terapéutica la motivación para tratarse. Es importante recalcar que en este proceso se trabaja en estrecha coordinación entre las distintas instancias, lo que permite potenciar las intervenciones, tanto a nivel individual, familiar como farmacológico, generándose lo que podríamos llamar un sistema de intervenciones, en cuyo marco es necesario entender cada instancia terapéutica. A nuestro juicio esto marca una impor-

tante diferencia con las intervenciones orientadas a avanzar en las etapas de motivación al cambio de pacientes adictos centradas en el individuo.

Una Propuesta Alternativa: El Proceso de Entrevistas Previas

Como decíamos, desde el contexto del enfoque de tratamiento que se lleva a cabo en el CEPUC, es que hemos intentado buscar nuevas alternativas a la difícil situación de consulta que plantean los dos grupos de pacientes. A este proceso le hemos llamado proceso de "entrevistas previas." Este es un período previo al ingreso de lo que podríamos llamar tratamiento propiamente tal, que tiene una duración de 1-6 meses, y que busca lograr, paso a paso, el cambio de ciertas dinámicas familiares que han ayudado a mantener la situación de no-enfrentamiento del problema; la aceptación del tratamiento por parte del paciente; la entrada en abstinencia del paciente; y el comienzo del desarrollo de un "diálogo terapéutico" entre el paciente, los tratantes y su familia. Este período puede iniciarse con un número variable de reuniones con la familia del paciente, sin la asistencia de éste.

La inclusión de la familia desde el inicio de la consulta nos parece fundamental. Stanton et al. (1997) señalan que en las familias con un miembro adicto existen patrones repetitivos que mantienen la ingestión de sustancias químicas adictivas. Así, uno de los objetivos centrales del proceso con la familia y el paciente consiste en alterar esas secuencias repetitivas. Con esto tomamos en profunda consideración los aspectos homeostáticos de la adicción. Es frecuente encontrar en este tipo de sistemas familiares la existencia de una marcada función de sobreprotección respecto del dependiente químico, habitualmente liderada por la madre, que se refuerza con la presencia de un padre autoritario, ausente, descalificado o desconfirmado, que sumado al consumo problemático, configura un cuadro de seudoindividuación por parte del paciente índice. Los intentos por parte del paciente índice por "independizarse" y adquirir autonomía a través del consumo, son intentos que tienen como consecuencia mantener un sistema de mucho mayor dependencia y apego sobre todo con la madre. Una vez que la adicción se ha desarrollado, el paciente índice está atrapado en un patrón de relación crónico que no lo beneficia ni a él ni a la familia (Cirillo, Berrini, Cambiaso & Mazza, 1999). En la medida que pasan los años, y el paciente entabla una relación de pareja y eventualmente forma una familia propia, estas nuevas relaciones van también quedando insertas en los patrones previos.

En la medida que se logra un cambio inicial en las dinámicas familiares, la familia logra llevar a la consulta al miembro con problemas. Entonces, se comienza a trabajar en paralelo con sesiones familiares, individuales, psiquiátricas, con el fin de, por un lado, conocer en más detalle la situación global y, por otro, de ir realizando las intervenciones terapéuticas que lleven a conseguir los objetivos antes mencionados. La coordinación de los profesionales tratantes (terapeuta individual, terapeuta familiar, psiquiatra), tanto en esta etapa como en el resto del tratamiento, es esencial, ya que las distintas instancias están subordinadas a lograr objetivos comunes. Esto permite intervenir simultáneamente en distintas dimensiones del discurso del paciente y del discurso familiar.

Durante este proceso se abordan los temas relacionados con la toma de conciencia, estructuración y recopilación de la historia asociada al consumo en los últimos años, sus consecuencias, sus antecedentes, los intentos más o menos fallidos de detener o disminuir el consumo, la reapertura de la comunicación franca entre el paciente y su familia, la estructuración de medidas a implementar en la realidad que faciliten el mantenerse en abstinencia, los efectos que se comienzan a ver producto del inicio de la abstinencia a nivel individual y familiar, entre otros.

Además, se evalúa la capacidad del paciente de entrar efectivamente en abstinencia, ya que, hay casos, una minoría en nuestra experiencia (alrededor de un 17%), que más allá de la existencia o no de motivación, no están en condiciones de dejar de consumir sin alguna forma de internación, o están consumiendo en una modalidad tal que están quedando expuestos a un serio riesgo vital o social que no admite demoras en el dejar el consumo.

De esta forma, se va estructurando un trabajo en conjunto entre el paciente, su familia y los tratantes, sin poner como requisito el que exista un acuerdo en los objetivos a lograr con el proceso de "entrevistas previas" entre el paciente y el equipo de tratamiento. Esto hace que en algunos casos el paciente no entre en abstinencia hasta algunos meses después de la consulta inicial. Sin embargo, desde un comienzo, los terapeutas dejan en claro el objetivo de abstinencia completa, es decir, no se valida un objetivo del paciente que no incluya esta abstinencia, reconociéndose, por otra parte, la libertad

del paciente de concordar o no con él, y de intentar o no realizarlo. Es decir, tampoco se descalifica la posible alternativa de continuar con el consumo, a pesar de sus consecuencias, ya que ésta también se considera como parte del ámbito de la libertad de escoger de todo ser humano. Simplemente no se la valida como objetivo terapéutico.

Este proceso terapéutico previo permite abordar el problema de la motivación a tratamiento, sin tener que aceptar los objetivos y formas de tratamiento que propone el paciente, que al no ser un profesional del tema no tiene por qué conocer la dinámica del problema ni su forma de abordaje. En este tema en particular, es imprescindible tener esto en cuenta, ya que, con el fin de mantener el consumo, es muy fácil encontrar formas de autoengaño, que por lo demás han sido puestas en práctica durante años por el paciente, permitiendo que el problema siga su curso. Por otra parte, tampoco se impone un tipo de tratamiento, que se acepta o no se acepta, sino que se va entrando en un diálogo, en una relación, y en una práctica que da tiempo a la desintoxicación, la decantación y elaboración de la situación, que en algún momento deriva en la aceptación de la entrada al programa de tratamiento ambulatorio propiamente tal, que incluye las instancias terapéuticas previamente mencionadas y la terapia de grupo.

Análisis de un Caso

Con el fin de ilustrar esta primera etapa de tratamiento, previa al ingreso al programa propiamente tal, y que nosotros hemos llamado entrevistas previas (EP), presentaremos lo sucedido con un caso, de un paciente masculino, de 30 años de edad, al cual llamaremos Ariel. El paciente está casado desde hace cuatro años, y vive con su señora y su hijo de 6 meses. Presenta un consumo problemático de alcohol desde los 17 años, a lo que se ha sumado un uso adictivo de cocaína en los dos últimos años, si bien la consume, desde hace ya seis años, en forma esporádica. Entre los 21 y 23 usó marihuana 1-2 veces por semana. Durante los dos años anteriores a la consulta, salvo los cuatro últimos meses, usó alcohol en forma diaria y en cantidades variables. Desde hace tres años trabaja en una empresa del rubro alimenticio, en un cargo ejecutivo, a pesar de no tener un título profesional. Este trabajo le requiere viajar en forma constante fuera del país. Cinco meses antes de la primera consulta en el Programa de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones del CEPUC, su esposa habló con los padres de Ariel, manifestándoles su preocupación por el consumo de alcohol y cocaína de su marido, que estaba teniendo un impacto muy importante en su relación conyugal, en el estado físico y mental de Ariel, y en menor medida en el ámbito laboral. A raíz de esto, los padres hablan con Ariel y le sugieren que pida ayuda, lo que Ariel hace, acudiendo a tres entrevistas con un profesional de la salud mental, junto con comprometerse a dejar de beber y usar cocaína. Después de estas entrevistas decide continuar sin ayuda, ya que no la considera necesaria. Un mes y medio después de esta consulta, decide volver a tomar alcohol, pero en cantidades moderadas y sin recurrir a la cocaína. Comienza tomando cerveza en pequeñas cantidades inicialmente, que van aumentando con las semanas. Cerca de los cuatro meses, vuelve a un consumo importante, si bien menor que el inicial. A partir de ese momento decide volver a usar cocaína, pero en forma moderada, lo cual alcanza a realizar en dos oportunidades. En la tercera ocasión pierde el control de la situación, y después de estar bebiendo y usando cocaína en cantidades importantes durante toda la noche, decide, ante el temor de enfrentar la situación familiar, adelantar un viaje fuera de Chile que debía realizar tres días después, yéndose directamente al aeropuerto, y contactándose con su familia por teléfono, ya estando fuera del país.

En ese momento la esposa habla nuevamente con los padres de Ariel, explicándoles la situación, y los padres resuelven buscar un centro especializado en el tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol, pidiendo una hora al Programa de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones del CEPUC. El paciente volvía a Chile en 10 días más. Se citó a una primera entrevista a los padres y a la señora de Ariel, mientras él aún estaba en el extranjero. Este es un primer punto a remarcar en este proceso de la fase de EP: para iniciar el proceso no es necesario que acuda el paciente a la(s) primera(s) entrevista(s). Suele ocurrir que la potencial consulta nunca llega a producirse, debido a que se piensa que es imprescindible que a ella(s) acuda el paciente, lo cual muchas veces es percibido como imposible por la familia, y por lo tanto, tienen pensamientos del tipo "no hay nada que hacer, hay que esperar que toque fondo." Muchas veces los profesionales de la salud mental pensamos lo mismo. Lo que sucede normalmente, es que la dinámica familiar está suficientemente afectada, como para que los miembros de la familia no tengan la coordinación necesaria para

motivar la consulta del miembro con el consumo problemático de sustancias. Sin embargo, alcanzando esa coordinación aumenta en forma importante la probabilidad de que logren hacerlo y el potencial paciente reciba la ayuda requerida, y esa coordinación la pueden obtener teniendo algunas reuniones con el equipo de tratamiento, sin que necesariamente esté el paciente presente.

Volviendo al caso de Ariel, a esa primera entrevista acudieron efectivamente la esposa y los padres. Esta primera entrevista tuvo tres objetivos básicos: lograr generar un clima de confianza entre los padres y la esposa de Ariel, venciendo resquemores mutuos que suelen producirse en estas situaciones; lograr que se compartiera la percepción de la gravedad del problema, reuniendo informaciones parciales acerca de la historia del tipo de consumo y de sus diversas consecuencias en los distintos ámbitos; a partir de lo anterior, llegar a un acuerdo sobre las metas a corto plazo a conseguir en relación a Ariel. En nuestra experiencia, estos tres objetivos son de gran importancia en la estructuración de un contexto de tratamiento, ya que son tres puntos que suelen ser problemáticos inicialmente. Por una parte, la angustia asociada a la situación, tiende a producir una atribución de culpabilidades mutuas entre las distintas personas que rodean al paciente, buscando sentirse libres de una imaginada eventual culpa en el origen de la situación. Esta atribución de culpabilidades suele ser especialmente intensa entre los padres del paciente y los(as) cónyuges.

Por otra parte, hemos visto que es relevante compartir la información que tienen los distintos miembros de la familia con respecto al consumo y sus consecuencias desde las primeras sesiones, debido a que tiende a existir una parcialización muy marcada de esta información, que ha permitido evitar ver la gravedad y urgencia del problema. En la medida que estos trozos de información se reúnen, disminuyen las dudas acerca de la necesidad de que el paciente reciba ayuda. La duda de si se está o no exagerando al realizar la consulta suele estar presente, de una u otra forma entre los familiares, hasta en los casos de problemas más extremos. Estos dos elementos, la creación de un clima de confianza y la clara visión del problema a través del compartir la información, permite a los distintos miembros de la familia llegar a un acuerdo de metas iniciales a lograr con el paciente, y conducirse coordinadamente en pos de conseguirlas. En este caso, la meta acordada fue que Ariel y los distintos miembros de la familia acudieran a un conjunto de reuniones, con diferentes profesionales del equipo de tratamiento, en las cuales se evaluaría la situación global, para finalmente poder proponer un plan terapéutico.

Después de esta primera entrevista, los padres y la esposa de Ariel dejaron acordada una hora de consulta a realizarse inmediatamente después de la llegada de su viaje. La esposa acompañaría a Ariel a ésta, que sería su primera entrevista. Efectivamente llegaron ambos el día y hora acordados, dos semanas después de la entrevista inicial. En esta primera entrevista con Ariel, se le pidió que hablara libremente acerca de la situación que estaba viviendo, incluida la presión familiar a la que estaba sometido para acudir a consultar. Un objetivo principal de esta entrevista fue comenzar a abrir un espacio de diálogo terapéutico, un espacio para el desenvolvimiento del discurso del paciente, posibilidad que tiende a perderse en la vida del paciente junto con el desarrollo de la adicción a sustancias químicas. El lograr esto es un elemento central en la fase de EP. A través de esto fue posible hacerse una idea inicial del tipo de consumo del paciente, tanto actual como pasado, de la conciencia del problema, de su grado de motivación para solucionarlo, de la importancia que para él tienen los miembros de su familia de origen y nuclear, de la posibilidad de entrar en abstinencia, entre otras.

Al final de la entrevista se acuerda: a) que asistiría a una serie de reuniones, tanto individuales, como familiares y de pareja, por medio de las cuales se llevaría a cabo una evaluación en detalle de su situación y, de acuerdo a esto, se propondría un plan terapéutico a seguir; b) que, mientras tanto, entraría en abstinencia completa de alcohol, cocaína, marihuana y cualquier otro tipo de sustancia química adictiva a partir de ese mismo momento. Con el primer punto se ha logrado que Ariel se sume al acuerdo inicial con los padres y la esposa, de manera que ya hay un acuerdo general al respecto. Con el segundo punto se ha introducido un nuevo elemento, cual es el inicio de una abstinencia completa. Al final de la entrevista se le comunica a la esposa, en presencia del paciente, de estos acuerdos. Si bien no siempre es posible llegar a este acuerdo en la primera entrevista, nuestra experiencia nos indica que en la mayoría de los casos sí es posible, más allá que luego esto se lleve o no a cabo. Este punto es muy importante, ya que si bien el tratamiento de adicciones descansa principalmente en componentes psicológicos, es necesario no dejar de lado el impacto que tiene el consumo en la subjeti-

vidad. En la medida que el paciente entra en abstinencia mejora la posibilidad de ir desarrollando un diálogo terapéutico. La continuación del consumo de sustancias tóxicas, con las consecuentes implicancias en la vida emocional, intelectual, perceptiva y relacional dificulta este proceso, aunque tampoco lo hace imposible. Por otra parte, el hecho de que un paciente, después de acordar entrar en abstinencia, no logre hacerlo, puede ofrecer un importante material a elaborar, tanto individual como familiarmente, transformándose esta situación en parte importante del proceso de EP.

Luego de esta entrevista, la semana siguiente, se realiza una reunión en la que participan Ariel, sus padres y su esposa. Esta entrevista está a cargo de la terapeuta familiar del equipo, la cual seguirá realizando todas las entrevistas en que participen la familia y el paciente en conjunto. Esto facilita que el espacio de sesiones individuales quede menos influido por el contexto inicial de presión familiar a través del cual se produce la consulta, y es una de las razones que hace necesario trabajar en equipo. Esta primera entrevista con la familia y el paciente en conjunto, buscó recoger las percepciones de cada uno de los miembros de la familia, en este caso, el padre, la madre, la esposa y Ariel, respecto del consumo problemático de este último, sin perder de vista las consecuencias asociadas que usualmente el paciente niega o minimiza. Esta sesión es de vital importancia, ya que permite construir una historia en común y refuerza el sentido de la abstinencia.

Después de esta entrevista, aunque dentro de la misma semana, se vuelve a tener una sesión individual con Ariel. En esta se sigue la línea de invitarlo a hablar acerca de lo que está sucediendo, y acerca de su historia de vida. También se le pregunta acerca de lo que ha sucedido con la abstinencia, y se le dan por escrito algunas "medidas de cuidado" que en nuestra experiencia facilitan la mantención de ésta. Se discute en detalle la posibilidad de que pueda o no mantenerse sin beber durante los viajes al extranjero, y qué podría hacer él para que esto suceda. Junto con esto se le da alguna información acerca de cuál es normalmente la dinámica emocional, intelectual y conductual de la adicción, y los riesgos de volver a consumir asociados a esta dinámica.

La semana siguiente se tiene dos sesiones con Ariel, una a cargo del psiquiatra del equipo en que se evalúa su estado desde un punto de vista médico en general, y desde un punto de vista de la eventual necesidad de uso de psicofármacos. Se le pide ciertos exámenes físicos. La otra entrevista es una nueva sesión individual. En esta entrevista se sigue invitándolo a hablar acerca de él y su situación. En un momento pregunta si la abstinencia es un objetivo del tratamiento a largo plazo, es decir, si el objetivo es que deje definitivamente de beber alcohol. Se le contesta que efectivamente es así. Plantea que si bien está dispuesto a seguir adelante con el proceso de evaluación y eventualmente con el de tratamiento, dado que quiere responderle a su familia, no puede imaginarse sin volver a tomar en un futuro. Piensa, más bien, que lo que necesita es lograr beber moderadamente. Se le dice que esa es una decisión que tendrá que tomar, libremente, más adelante, en el momento que corresponda, ya que por ahora está de acuerdo en no beber alcohol ni usar cocaína. Este es el punto que probablemente caracteriza todo este proceso de EP, y gran parte del tratamiento propiamente tal, realizado en el marco de este programa: la tensión entre los objetivos del paciente y los objetivos planteados por el tratamiento, en particular en lo referente a la abstinencia completa de todas las sustancias adictivas. Tensión, que lejos de intentar ser disminuida, simplemente se la reconoce, enfatizando su legitimidad. Esta forma de abordar el problema tiene importantes consecuencias que se profundizarán en la discusión.

La semana siguiente se realiza una nueva entrevista individual y una entrevista familiar, donde nuevamente acuden Ariel, los padres y la esposa. En esta entrevista familiar básicamente se exhorta a los participantes a expresar todos aquellos sentimientos y emociones asociados a los diferentes eventos relacionados con la historia de consumo del paciente, como también aquellos sentimientos que actualmente tienen relacionados al proceso de mejoría de Ariel. Esto es de suma importancia, pues permite romper con una dinámica que se rigidiza a través del desarrollo de una adicción tanto en los miembros de la familia como en el mismo paciente, y que es la casi nula posibilidad de expresar lo que sienten y piensan. El consumo de drogas problemático permite que el sistema funcione bloqueando las verdaderas emociones y se viva una vida afectiva disfuncional como resultado del estrés de llevar una vida inconsistente, irracional e impredecible. Así, se construye el contexto terapéutico de futuras sesiones familiares y de pareja que estarán centradas en un nuevo tipo de relación, en el cual la vida afectiva tenga su justo lugar. Luego de esta sesión, está preparado el contexto para iniciar el trabajo con dos sistemas por separado, a saber la terapia familiar y la terapia de pareja. En la terapia familiar se evaluó la importancia de incluir la participación de

dos hermanos, una mujer de 29 años y un hombre de 26 años.

Luego Ariel viaja fuera del país durante una semana completa. A su vuelta, se realizan dos reuniones, una reunión familiar, en la que participan los padres y hermanos de Ariel, y una reunión individual. En la reunión individual, entre otras cosas, Ariel plantea su preocupación por la participación de los hermanos en la próxima sesión familiar. Dice que no le parece necesario incluirlos, dado que no han sido afectados por su situación, y por lo tanto, para ellos participar en esa instancia no revestiría ningún interés, sirviendo sólo para "hacerlos perder tiempo." Se le recuerda que parte del acuerdo inicial, es tener sesiones con diferentes miembros de la familia, y que es difícil saber la importancia de antemano de una reunión como esa. Insiste en el punto, pero finalmente acepta.

Según la información que habían dado los padres en la primera entrevista, los hermanos estaban muy preocupados por la situación de Ariel, tanto que uno de ellos había sido crucial en la decisión de consultar finalmente. En esta reunión familiar se aborda la preocupación de Ariel y su deseo de que no participen para no causarles más incomodidades. Sin embargo, los hermanos se mostraron absolutamente dispuestos a participar y le expusieron la relevancia para ellos de irlo apoyando e ir entendiendo su proceso de mejoría. Fueron muy enfáticos en decir que el participar les aliviaba la angustia y los hacía sentir mucho mejor. Con esto se rompen los intentos de Ariel de excluirlos de las sesiones familiares, los que hay que comprender insertos en la dinámica que lleva a perpetuar la adicción. En esta sesión Ariel tuvo la oportunidad de conocer y acercarse a lo que los hermanos realmente habían sentido y vivido en su proceso de adicción, y con ello, romper el mito de que "no les ha afectado en nada" o "no están tan al tanto... incluirlos va a ser crear más problemas."

Además, paralelamente y en forma estratégica, se intervino en el funcionamiento del sistema familiar, ya que la situación ideal para Ariel habría sido tener sesiones sólo con la madre, quien claramente lo sobreprotegía, e inadvertidamente facilitaba la permanencia de su consumo problemático. En esta sesión y las que siguieron, se trabajó en pos de unir a los padres y de reforzar el sistema de hermanos, con lo cual se generó un cambio en el sistema familiar, creándose un contexto terapéutico diferente que potenció el trabajo involucrado para las siguientes etapas del tratamiento.

Luego, Ariel viaja fuera de Chile durante 10 días. En ese lapso de tiempo el terapeuta a cargo de las sesiones individuales con Ariel vuelve a reunirse, sin el paciente, con los padres y la esposa. Se evalúa el proceso que se ha realizado, en un clima afectivo muy distinto del de la primera reunión. Entre otros temas se analiza la situación de los viajes de Ariel, que se mantendrán al menos durante un año más, y su potencial riesgo para el mantenimiento de la abstinencia. Tanto los padres como la esposa piensan que de no lograr estar en abstinencia en estas condiciones, lo más razonable sería que se cambiara de trabajo. Se decide que ya es momento de que se termine este proceso de EP y Ariel entre definitivamente a tratamiento, lo cual sucede la semana siguiente a la vuelta del viaje.

Ariel actualmente lleva un año de tratamiento y se ha mantenido en abstinencia desde la primera consulta a la que acudió.

Discusión

Se ha intentado, con todas las dificultades que esto conlleva, dar una idea del proceso de "entrevistas previas" (EP) de un paciente con adicción a sustancias químicas, proceso que en este caso demoró alrededor de dos meses. Quisiéramos discutir algunos puntos que nos parecen relevantes, en general, para el desarrollo de este proceso en los distintos casos.

1. *El distinguir entre dos etapas, una de tratamiento y otra de preparación a tratamiento*: Tiende a suceder que las consultas iniciales, ya sea desde el paciente o desde su familia, están insertas en un contexto de angustia intensa. En el momento de la consulta se condensa una historia, habitualmente de años, a lo largo de la cual se ha vivido situaciones extremas en los distintos ámbitos de la vida. Esto hace que se llegue a pedir ayuda en medio de sentimientos y pensamientos encontrados, con grandes expectativas y los consiguientes grandes temores, con vergüenza, desilusión y sentimientos de culpabilidad. A esto, muchas veces se suman dificultades económicas, laborales, legales y físicas, que se han ido generando como consecuencia del consumo problemático a lo largo del tiempo.

En nuestra experiencia con las EP hemos visto que a todos estos elementos es necesario darles un período de decantación, de manera de poder ir situándolos en su verdadera dimensión, difícil de entender en un comienzo. En la medida que se logra ir desarrollando un diálogo con y entre los diversos

sujetos involucrados, la situación de urgencia y desorden inicial comienza a reordenarse, lo que va abriendo las líneas terapéuticas a seguir. Esto incluye el tema de la entrada en abstinencia de los pacientes. Es cierto que hay situaciones en que el consumo está completamente fuera de control, lo que lo lleva a estar asociado a riesgos de diverso tipo, y por lo tanto, es necesario intentar lograr una internación lo más rápido posible. Sin embargo, al menos en la población que consulta en el programa inserto en el CEPUC, la tendencia es la de encontrarse con un paciente capaz de entrar en un diálogo que le permite dejar de consumir muchas veces incluso desde la primera entrevista, y muchas otras poco tiempo después de ésta, incluyendo a los que deben hacerlo en forma gradual siguiendo un esquema de retiro de la sustancia supervisado por un médico (especialmente cuando el consumo es de benzodiazepinas). Esto no debe sorprender, ya que en la historia de consumo de los pacientes con adicción suele encontrarse períodos en que por diversas razones han dejado de consumir por algún período de tiempo, sin ninguna ayuda externa.

Mientras esto se realiza, se le va dando tiempo a la dinámica familiar y conyugal para que se manifieste y, de esta forma, permita que se intervenga en ella. También se genera un proceso de comprensión del funcionamiento adictivo, tanto del paciente como de la familia, lo que va haciendo que paulatinamente se sepa mejor cómo enfrentar las distintas situaciones. El otorgamiento de este "tiempo para comprender" tiene importantes ventajas asociadas. En primer lugar, permite evitar internaciones innecesarias, lo que hace que baje considerablemente el costo promedio de los tratamientos. En segundo lugar, la responsabilidad de mantener la abstinencia queda en buena medida en manos del paciente. Esto hace que el paciente desde el inicio comience a recobrar la sensación de que es capaz de ejercer un control sobre los deseos de consumo, que siempre es mayor de lo que el paciente cree al momento de consultar. Así, desde el comienzo es corresponsable de lo que sucede con él, quedando en una posición de interlocutor válido, tanto para la familia como para los tratantes. En la medida que el paciente se interna para lograr la abstinencia, tiende a producirse una atribución un tanto "mágica" al hecho de la internación como productor de la abstinencia, tanto desde el paciente como desde su familia, lo que dificulta el proceso a la salida de la internación y la vuelta a su entorno habitual. De esta manera, el paciente se ve enfrentado cotidianamente a un conjunto de pequeñas decisiones que lo llevan a no consumir desde un inicio, comenzando una importante elaboración de lo que será esta decisión en un largo plazo. En los casos en que la abstinencia no se logra desde el comienzo, este período permite que tanto el paciente como la familia vayan discutiendo los efectos percibidos de los consumos, que de todos modos tienden a disminuir, para finalmente llegar a una decisión de abstinencia en la medida que va cambiando la mirada de lo ocurrido y lo que sigue ocurriendo.

Es necesario recordar, que las intervenciones en esta etapa de entrevistas previas se realizan en el contexto de lo que llamamos un sistema de intervención, lo que hace que los objetivos de cada una de las sesiones estén en estrecha relación con lo que ha ido sucediendo en cada una de las sesiones terapéuticas a las que ha ido asistiendo el paciente, independiente de si son individuales, familiares o psiquiátricas. Esto le confiere un gran dinamismo a este proceso, ya que los cambios suelen potenciarse abordándolos de este modo, y obliga a un trabajo en equipo que permita un rápido traspaso de información y análisis de ésta por parte de sus miembros.

2. *La importancia de incluir a la familia en este proceso*: En primer lugar es necesario enfatizar la necesidad de abrir las posibilidades a una forma de consulta poco habitual, en la que a la(s) primera(s) entrevista(s) acuden sólo algunos miembros de la familia, sin la presencia del paciente. Esto permite intervenir en la dinámica familiar, habitualmente muy afectada por el miembro adicto al interior de ella. Este es el primer paso que muchas veces permite que en la familia, en este "instante de ver," surja la claridad y la convicción de que se está frente a una situación grave, en general de larga data, con respecto a la cual se hace necesario adoptar una posición coordinada, ya que, por otra parte, es importante y posible de abordar. Durante la etapa de consumo, previa a la consulta, la percepción que tiene la familia de la capacidad de influencia sobre el miembro adicto tiende a estar subestimada, y en ese contexto es que surge la "teoría" del "tocar fondo." No es necesaria la motivación propia del paciente para iniciar un proceso de tratamiento, ya que muchas veces es suficiente con la motivación y claridad de parte de la familia al respecto.

Por otro lado, aparece el tema de la flexibilidad de las instancias terapéuticas en que se ve a la familia, especialmente la flexibilidad relativa a los miembros de la familia citados a cada sesión. Dependiendo de los objetivos y de la evolución en cada mo-

mento del EP, se va decidiendo a quiénes citar y de qué modo, pudiendo integrarse en una reunión a el (la) cónyuge con la familia de origen del paciente. Además, parte de la familia, sin el paciente, puede ser citada por el profesional que está a cargo de las sesiones individuales. Incluso, es posible citar a otras personas, que la familia y los terapeutas consideren relevantes, como son compañeros de trabajo, jefes, amigos, etc.

3. *La validación de la no coincidencia en los objetivos terapéuticos*: Este punto es de gran importancia, ya que la propuesta de esta fase de EP, así como también del tratamiento propiamente tal, implica comenzar a trabajar desde el comienzo con un paciente con el cual los terapeutas no comparten el objetivo a conseguir, lo cual es prácticamente una necesidad estructural de la consulta por adicción, ya que una persona adicta a sustancias químicas es prácticamente imposible que se haga la idea de una abstinencia a largo plazo en el momento de iniciarse el proceso terapéutico, situación que se mantiene por una cantidad importante de meses. Esta tensión entre objetivos distintos es necesaria reconocerla y validarla, ya que es parte de la realidad del fenómeno. Por lo tanto, no es necesario "convencer" al paciente de que debe aceptar los objetivos planteados por el tratamiento, ni es necesario transar los objetivos de los tratantes con el fin de tener un acuerdo terapéutico con el paciente, por ejemplo, aceptando como objetivo del tratamiento una reducción del consumo o de los riesgos asociados a él. Un posible problema en el primer caso es el que el paciente, aparentemente, se sume al objetivo de abstinencia, quedando escindida toda la temática asociada a los deseos de consumo y las dudas acerca de seguir con el tratamiento. Esto no hace más que reforzar la situación propia de la adicción, en la cual coexisten tendencias conscientes y opuestas, unas dirigidas a intentar seguir consumiendo y otras a intentar dejarlo, que llevan a la frecuente sensación descrita por los pacientes de tener "doble personalidad."

Así, no se logra un resultado realmente terapéutico que lleve a matizar paulatinamente esta escisión, permitiendo que el paciente recobre el grado de integridad al que puede aspirar el yo, siempre limitado de todas formas. El riesgo del segundo caso es el que los terapeutas, con el fin de lograr un vínculo con el paciente que lo lleve a seguir asistiendo a las sesiones, validen las maniobras de autoengaño propias de un paciente con adicción, que normalmente tienen por objetivo seguir con el consumo de una u otra manera. Esta forma de plantearse el problema puede permitir, por ejemplo, que a través de las sesiones terapéuticas se reduzca, en grado variable, el daño asociado a las conductas de consumo, al menos por un tiempo. Sin embargo, la adicción como problema facilitador de estas conductas, sigue su curso en la medida que no se interrumpe el consumo. Por lo tanto, nos parece que una solución a este aparente callejón sin salida, pasa por la mantención de la tensión entre los objetivos del paciente y de los terapeutas, lo que permite, en una fase de EP, eventualmente también atender a un paciente que sigue consumiendo, por un período de tiempo. La diferencia estriba en la validación o no, por parte de los tratantes, de ese modo de consumo como solución al problema de la adicción. En la medida que el paciente deja de consumir, aunque inicialmente sea por satisfacer la expectativa de la familia, pensando que va a retomar el uso de sustancias en el futuro, y además sigue asistiendo a las instancias terapéuticas, se comienza a ganar un tiempo muy valioso que va favoreciendo que se estructure un contexto terapéutico, para más adelante tomar una decisión en mejores condiciones.

Por otro lado, el que el paciente pueda tener esta postura y manifestarla en las instancias de tratamiento, sin que nadie intente "convencerlo" de lo contrario, va llevándolo a una situación subjetiva en la cual sabe que, en algún momento, deberá tomar una decisión al respecto ya más definitiva. Nos parece que esto lo sitúa en una posición que va permitiendo la elaboración psíquica de la responsabilidad de esa decisión, lo cual no hace más que reflejar una realidad que, por obvia, a veces deja de percibirse, cual es que independientemente de la forma de tratamiento, a la larga, la decisión de abstinencia, tal como todas las demás decisiones acerca de su vida, sólo las puede tomar cada uno de los pacientes por sí mismo. Además, esto sitúa el trabajo terapéutico, desde el comienzo, en una orientación que apunta a lograr una involucración subjetiva del paciente, que le permita acceder a un ámbito más allá del asociado al fenómeno de la adicción, el cual, si bien en términos secuenciales de la estrategia terapéutica es primordial a tener en cuenta, no puede considerarse el fondo de la cuestión. Será el momento de concluir.

Referencias

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Paidós.

Berg, I. K. & Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.

De León, G., Hawke, J., Jainchill, N. & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19* (4), 375-382.

Kreither, J. (1999). *Codependencia: Un problema familiar* (Manuscrito no publicado). Santiago, Chile.

Miller, J. A. (1993). Para una investigación sobre el goce autoerótico. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp.13-21). Buenos Aires: Compiladores.

Stanton, T., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Riley, P., Scott, S. & Van Deusen, J. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (3ª Ed.). Barcelona: Gedisa.

Stinchfield, R. & Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive Behaviors, 23* (5), 669-683.