

Enfoques sobre el abuso de sustancias en Cuba:

Ricardo A. González

Psiquiatra y profesor consultante del Hospital Psiquiátrico de la Habana Eduardo B. Ordaz

Christina Mills

Por más de 40 años, él ha realizado una de los trabajos más difíciles en medicina; 4 000 de sus pacientes podrían haber sido descartados como “causas perdidas”. Sin embargo, él irradia optimismo; sus historias y experiencias reflejan una creencia en el potencial humano para cambiar y crecer, y una vocación para ayudar a que sus pacientes lo hagan.

En la actualidad es un experto en adicciones reconocido internacionalmente; en 1976, el Dr. Ricardo González fundó en Cuba el primer servicio de atención a pacientes para el abuso de sustancias en el Hospital Psiquiátrico “Eduardo B. Ordaz” en La Habana, un programa que él dirigió hasta el año pasado. Este es ahora el centro nacional de referencia para otros 17 programas de este tipo, dos más en La Habana y uno en cada provincia cubana. Además, sirve como un modelo para los centros de tratamiento que atienden a viajeros internacionales (sin duda el más conocido de ellos, Diego Maradona, el astro del fútbol argentino): dos en la provincia de Holguín y uno en la provincia de Santiago, con otro que se está desarrollando en el Centro de Salud Internacional “Las Praderas” en La Habana.

Los 25 libros del Dr. González sobre psiquiatría, ética médica y adicciones dan fe de una prolífica carrera en la investigación



E. Añé

y la práctica. Ahora él continúa el trabajo “desde su jubilación” como profesor consultante y psiquiatra en el servicio de adicción que fundó, y también preside la Comisión Nacional de Ética Médica de Cuba. En esta entrevista, el Dr. González comparte ideas a partir de sus años de experiencia tratando el abuso de sustancias, y nos habla sobre las repercusiones y el manejo de las adicciones en Cuba.

MEDICC Review: ¿Cómo usted define el abuso de sustancias?

Ricardo González: Es un concepto complejo que abarca cualquier uso indebido de sustancias psicoactivas, ya sean medicamentos recetados, como los sedantes y los estimulantes; o sustancias —tales como solventes— que son legales para otros fines; o drogas ilegales, que en el caso de Cuba incluyen la marihuana y los opiáceos. También esto incluye el hábito de fumar y el consumo perjudicial del alcohol. Probablemente usted está familiarizada con los términos de drogas duras y blandas, basados en sus mecanismos de acción y —hasta cierto punto— sus efectos. Las drogas duras actúan sobre la región supraorbital prefrontal, provocando de manera impresionante una lobotomía prefrontal transitoria, con consecuencias para la conciencia, la personalidad y la conducta. Las llamadas drogas blandas actúan sobre el sistema reticular y las regiones frontal y dorsolateral, y tienen un efecto cognitivo moderado. Ambas actúan también sobre el ciclo del placer y el sistema límbico.

Para mí, es más útil pensar en términos de drogas duras y blandas por sus consecuencias, no sólo por sus mecanismos de acción. De este modo, creo que el alcohol, la marihuana y el uso no médico de medicamentos controlados con receta también deben ser considerados drogas duras, porque ellas afectan a la personalidad y el comportamiento: en términos Freudianos,

ellas debilitan el ego y el superego, dándole rienda suelta al Id (supuesto reservorio en el estrato inconsciente, de instintos y pulsiones socialmente reprobables).

Irónicamente, dado su impacto devastador en la salud individual y poblacional, el tabaco es considerado una droga blanda pero se podría decir que es una droga blanda con duras consecuencias. Y por supuesto, hay gran daño social y de salud que tienen en su causa el consumo de bebidas por parte de personas que no son dependientes del alcohol: accidentes automovilísticos, incendios y lesiones personales, intencionales y no intencionales, son sólo algunos ejemplos. La OMS afirma que el alcohol consumido por personas que no son dependientes del alcohol es responsable de costos sociales superiores al alcoholismo en sí. Además, el alcohol es la “droga modelo” y la puerta de entrada a muchas otras.

MEDICC Review: ¿Qué tan grande es el problema de abuso de sustancias en Cuba?

Ricardo González: Bueno, comenzando con las sustancias que son hasta ahora socialmente aceptables, alrededor del 5% de la población adulta de Cuba (con edades de 16 años o más) cumple con los criterios de la OMS para considerarla dependiente del alcohol. Esta es una proporción relativamente baja en el continente americano, pero otro 10% cumple con

Irónicamente, a pesar de su poder destructivo sobre la salud individual y poblacional, el tabaco se considera una droga blanda

los criterios para uso riesgoso o médicamente dañino. En una encuesta nacional anónima que hicimos en el 2008, el 0.4% de los adultos reportó haber usado drogas ilegales al menos una vez; por supuesto que el subregistro es inevitable para una pregunta tan sensible, pero es coherente con lo que hemos observado en la demanda de servicios de adicción no alcohólica. Para hablar del tabaco haría falta otra entrevista completa.

El cuadro no es estático. Con el aumento del turismo en los últimos 20 años, Cuba ha atraído gradualmente más atención de los traficantes internacionales de drogas; nuestros funcionarios de aduanas han detectado envíos a través de “mulas”, la mayoría con destino a los EE.UU. o a Europa, pero algunos para Cuba. La posición geográfica de Cuba a lo largo de rutas marítimas y de transporte aéreo la pone en riesgo; los traficantes abandonan paquetes de drogas a poca distancia de la costa para ser recogidos por embarcaciones pequeñas. Es difícil vigilar nuestros 4 100 kilómetros de litoral —además de cientos de pequeños cayos e islotes— de este modo, cuando algunos paquetes pueden llegar al mercado negro y son vendidos a precios bajos, esto incrementa el acceso a las drogas. Sin embargo, la aplicación de la ley contra dichas actividades se ha vuelto más eficaz, y como las opciones importadas disminuyen, nosotros hemos tenido que controlar mejor el uso no médico de los medicamentos recetados. La buena noticia es que estamos viendo una disminución notable y constante de nuevos casos de dependencia de drogas distintas del alcohol.

MEDICC Review: ¿Y qué sucede con el alcohol?

Ricardo González: Es una de las dos sustancias legales más frecuentemente utilizadas, la otra es el tabaco. Ahí es donde reside la mayor parte de nuestros problemas. Entre las ilegales, la marihuana y la cocaína son las más frecuentes, aunque en proporciones mucho menores, como he indicado.

Culturalmente, Cuba comparte con sus vecinos del Caribe y de América del Sur una cierta permisividad con respecto al uso del alcohol, y ambos, el tabaco y el ron continúan siendo importantes cultural y económicamente. Sin embargo, a pesar de nuestras limitaciones de recursos y del bloqueo de EE.UU., hemos avanzado a través de políticas de apoyo a la salud y la educación de la población. Por ejemplo, se prohíbe toda forma de publicidad convencional sobre el alcohol, impresa o electrónica. Esto no quiere decir que estemos haciendo todos los progresos que quisiéramos; en lo que respecta al consumo de alcohol, nuestro perfil epidemiológico es similar al del resto del continente americano.

MEDICC Review: El servicio en el Hospital Psiquiátrico “Eduardo B. Ordaz” en La Habana es el centro de referencia nacional de Cuba para el tratamiento de abuso de sustancias. Háblenos sobre el enfoque que ustedes utilizan allí.

Ricardo González: Nuestro programa de abuso de sustancias es un programa integral especializado, guiado por los principios, criterios y protocolos del Programa Nacional de Cuba de Atención Integral al Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas, aplicado a personas adictas al alcohol y otras drogas. Comenzamos por entender que el abuso de sustancias es un problema complejo, en el que la adicción

a una sustancia puede potenciar la adicción a otras, con un efecto de puerta de entrada que he mencionado anteriormente. La consecuencia es que tenemos que trabajar en todos los frentes simultáneamente; la prevención del consumo ilegal de drogas tiene que comenzar con la prevención del uso indebido de sustancias legales, cuyo impacto tiende a subestimarse globalmente.

Nosotros consideramos el peso del enorme impacto social de las personas que actúan bajo los efectos de las sustancias que modifican la personalidad y el comportamiento —ya sea alcohol, drogas de prescripción o drogas ilegales—. Estas repercusiones comienzan mucho tiempo antes de la adicción. También consideramos al familiar que sufre el estrés de vivir con un adicto, y para quien el estrés se convierte en un factor de riesgo para enfermedades psicológicas y físicas, incluyendo el suicidio.

Debido a que existen muchas influencias importantes sobre el comportamiento relacionado con sustancias, más allá del ámbito del sistema de salud, la participación multisectorial es clave. Nosotros promovemos el rechazo de la comunidad al abuso de sustancias. Tratamos de aumentar la conciencia de que incluso la persona más “virtuosa” puede estar en riesgo de abuso de sustancias en una u otra forma. Hacemos énfasis en la importancia del entorno familiar como un factor de protección y un participante activo de la rehabilitación. Y pensamos que las buenas relaciones entre el equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad son fundamentales.

Por otra parte, la investigación es esencial para disipar los mitos sobre el abuso de sustancias y encontrar formas de abordarlos. El equipo de tratamiento debe tener la madurez profesional y personal para reconocer las contribuciones en este campo que han hecho nuestros predecesores, que no se deben olvidar y saber evaluarlas científicamente y actualizarlas para responder a las necesidades del paciente. Por lo tanto, nos alejamos de posiciones sectarias y dogmáticas y no descartamos los enfoques que podrían ser útiles para la rehabilitación de nuestros pacientes y sus familias sólo porque no se ajusten a nuestras propias teorías o escuelas de pensamiento.

Además del tratamiento, la docencia y la investigación, el programa publica trabajos científicos y materiales para los pacientes y el público general, orientados a la educación, la persuasión y la inspiración.

MEDICC Review: ¿Cuáles son los objetivos de la rehabilitación?

Ricardo González: El objetivo principal es lograr la abstinencia de por vida de todas las drogas con efectos significativos sobre la conciencia, la personalidad y la conducta. Tratamos de ayudar al paciente a hacer un cambio de vida considerable en todos los aspectos que conlleven riesgos (por ejemplo, evitar los lugares y actividades que son claves para el uso de drogas), y para identificar y resolver problemas personales, tanto los causados por el consumo de sustancias, como los ya existentes.

MEDICC Review: ¿Cómo Ud. trabaja para alcanzar estos objetivos?

Ricardo González: Nuestro enfoque es a la vez integrado y ecléctico. Utilizamos la psicoterapia de grupo e individual, los principios de la terapéutica comunitaria, los grupos de ayuda

PROMESA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, EXPRESADA EN GRUPOS, ADAPTADA A CUBA

Sólo por hoy...

Yo juro por la vida de los que más quiero, que durante las próximas 24 horas, me abstendré de las sustancias tóxicas que me esclavizan, y evitaré situaciones y conversaciones que podrían tentarme a su uso. Mantendré en mi mente la idea de que a pesar del placer artificial que siento, crea un gran sufrimiento para los que me aman e impide que alcance mis metas en la vida. El sufrimiento de mis padres es enorme pues cuando me trajeron al mundo tenían otras aspiraciones para mí que la adicción a las drogas.

Yo también tengo otros sueños, y sufro por mi adicción. Por el bien de mis seres queridos, así como por el mío, tengo que rehabilitarme.

mutua, los medicamentos si son necesarios... básicamente, todo lo que sea útil para las personas que lo necesiten. Utilizamos el modelo transteórico de Prochaska de las etapas de cambio para ayudar a identificar lo que podría funcionar mejor en las diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, o prevención de recaídas.

Nosotros no desechamos ninguna herramienta que pudiera ayudar a un paciente. Por ejemplo, reconocemos la valiosa contribución de Alcohólicos Anónimos (AA) y de Narcóticos Anónimos (NA) —seríamos tontos si ignoráramos la experiencia acumulada de millones de personas en todo el mundo. Hemos tomado prestado libremente el enfoque de doce pasos, incorporando algunos de sus elementos. Por ejemplo, hemos sintetizado los doce pasos en cuatro: el reconocimiento por el adicto que no puede vencer a la droga por su cuenta; cambiar su estilo de vida para evitar situaciones que podrían llevar a recaídas, trabajar para garantizar el desarrollo del carácter, de los recursos personales, así como de la reposición a las personas perjudicadas. Apreciamos también el valor de la cohesión y la influencia social proporcionada por las terapias de grupo, e igualmente, el papel que juegan los grupos de apoyo mutuo para las personas que se recuperan, al integrarse a nuevos círculos sociales, ajenos a quienes los que se involucraron en el abuso de sustancias.

Alcohólicos Anónimos hace hincapié en el crecimiento espiritual como parte del proceso de abstinencia. Independientemente de las concepciones religiosas, interpretamos la espiritualidad como el conjunto de virtudes que permite a las personas ver las necesidades de los otros como propias, y esto promueve su sensibilidad humana y su solidaridad. Todas las mañanas, nuestros pacientes recitan la promesa de 24 horas siguiendo el modelo de Alcohólicos Anónimos y adaptada a nuestro contexto sociocultural, para aumentar el compromiso moral y el refuerzo cognitivo de la capacidad de la persona para hacer frente a su adicción. Además, hemos encontrado que la reflexión diaria sobre los escritos de José Martí es una fuente importante de inspiración [Martí: poeta cubano del siglo XIX, periodista, líder de la lucha por la independencia del país contra de España. —Eds.]

En el tratamiento ambulatorio y hospitalario, las sesiones de grupo sin la participación de profesionales han servido para

motivar a las personas a unirse a un grupo de ayuda mutua después del período de seguimiento profesional.

También aplicamos los principios de la comunidad terapéutica para crear un entorno en el que, junto con la participación activa de los pacientes y las familias, los recursos humanos y materiales disponibles se movilizan para crear un microentorno sensible, comprometido y solidario.

Dado que el alcohol es una droga de entrada, en principio tratamos a los alcohólicos y personas adictas a otras drogas en el mismo programa. El tratamiento de los diferentes tipos de adicciones conjuntamente tiene dos propósitos: ayuda a los alcohólicos a ver los peligros que tienen por delante, y ayuda a desarrollar el sentido de solidaridad. También hay una cuestión práctica: no tenemos suficientes drogadictos como para ejecutar un programa separado para ellos; para la gran mayoría de nuestros pacientes, el alcohol es el problema. Del mismo modo, a diferencia de muchos programas a nivel internacional, no tenemos suficientes pacientes del sexo femenino para crear grupos específicos de género, aunque es evidente que sería lo más indicado en algunos casos. Por ejemplo, una historia de abuso sexual o físico puede hacer que una mujer tenga miedo de participar en un grupo formado mayoritariamente por hombres. Hay un programa de rehabilitación de la adicción para mujeres en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en La Habana.

MEDICC Review: ¿Cómo puede alguien unirse a su programa?

Ricardo González: Excepto en casos de emergencia, los pacientes que necesitan rehabilitación por abuso de sustancias son vistos por primera vez por el médico de la familia, quien hace la evaluación inicial y los remite a un centro comunitario de salud mental o policlínico. Allí un equipo con experiencia en psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional realiza una evaluación exhaustiva. Idealmente, el paciente pudiera ser tratado en atención ambulatoria en su comunidad, con apoyo cuando sea necesario por parte de las unidades de intervención de crisis, los hospitales de día o los servicios psiquiátricos hospitalarios. Los casos complicados que requieren hospitalización se deben remitir a centros como el nuestro, para adolescentes o adultos. En la etapa de prevención de recaídas, hay varias opciones de apoyo en curso; Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos y los grupos de ayuda mutua dirigidos por el Ministerio de Salud Pública. Las clínicas que atienden a los viajeros internacionales también tienen una gran experiencia en esta área; ellas no son parte del sistema de salud cubano como tal, pero siguen los mismos principios de funcionamiento.

Desde el inicio, establecimos que los cubanos que vinieran a nuestro programa buscando ayuda para luchar contra la adicción no estarían sujetos a la actuación policial y judicial; y continúa siendo así. Los pacientes pueden entrar por petición propia o de sus familias, siempre con el consentimiento del paciente. Excepcionalmente, en raras ocasiones, concedemos ingreso obligatorio en los casos de adicciones múltiples, cuando la familia considera la situación altamente peligrosa y por no obtener el consentimiento del paciente, se busca una orden judicial. También hemos admitido viajeros internacionales adictos a opiáceos quienes entran en abstinencia cuando no pueden obtener dichas drogas en Cuba.

Entrevista

MEDICC Review: ¿Qué sucede cuando alguien es hospitalizado en el programa?

Ricardo González: En primer lugar, hacemos que lean una descripción del programa y sus condiciones y luego firman un contrato terapéutico. En el contrato ellos manifiestan su intención de abstenerse y mantenerse libres de drogas así como de respetar las normas de la comunidad terapéutica, para permanecer en el centro durante la fase de desintoxicación de cuatro semanas, asistir a todas las actividades del programa, etc. (también se reconoce que si cambian de opinión, pueden firmar para retirarse por propia voluntad). Les pedimos escribir una autobiografía con una autoevaluación, para reunir conocimientos sobre su historia y su percepción de sí mismo. A menos que requieran asistencia médica intensiva debido a los síntomas de abstinencia, ellos serán inmediatamente incorporados a la vida de la comunidad terapéutica.

MEDICC Review: ¿Qué métodos terapéuticos usan ustedes con más frecuencia?

Ricardo González: Nuestros enfoques psicoterapéuticos más comunes son: cognitivo-conductual, didáctico, racional emotivo, humanista y sistémico. También usamos la psicoterapia dinámica cuando parece haber motivaciones inconscientes. También hemos utilizado la psicoterapia narrativa con buenos resultados, sobre todo en las sesiones grupales diarias, donde los pacientes se turnan para leer en voz alta textos que contribuyen a la toma de conciencia (los textos son reflexiones escritas sobre temas específicos, preguntas, o aforismos martianos relacionados con la adicción).

La psicoterapia individual es un elemento en el programa, pero no el más importante. Nosotros nunca la utilizaríamos como única modalidad terapéutica.

Independientemente de la herramienta psicoterapéutica utilizada, y con independencia de si involucra a individuos o grupos, tratamos de crear un ambiente de comprensión e inspiración, totalmente libre de enjuiciamientos. Es por eso que seleccionamos a los miembros del equipo de salud por su sensibilidad, compasión, altruismo y el potencial demostrado para comprometerse plenamente con los pacientes en su entorno familiar y comunitario. El objetivo es que nuestros servicios sean verdaderos oasis de respeto, amor, sensibilidad humana y compromiso.

Tratamos que los pacientes eliminen la jerga y la vestimenta asociadas a subcultura de la drogadicción, no sólo porque afectan la imagen del adicto en su familia y en la comunidad, sino porque puede desencadenar el deseo de reanudar el uso. Al hablar con los pacientes y las familias utilizamos lenguaje figurado, basado en símiles, metáforas, aforismos y refranes, para facilitar la comunicación. En los últimos cinco años, a propuesta de un equipo profesional chileno que visitó nuestro servicio, hemos incorporado el humor en nuestras reuniones de la mañana, con excelentes resultados: sólo pedimos contar un chiste a uno de los pacientes o al personal de trabajo. Suelen ser bien contados, y siempre bien recibidos. Así el humor se convierte en un lubricante social mucho más eficaz que el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al final de las sesiones de grupo tenemos lo que llamamos una cadena de solidaridad, en la que todos unen sus manos levantadas y corean: *Juntos podemos vencer a las drogas*. Es una variante de las técnicas de cohesión usadas en otros países caribeños.

MEDICC Review: ¿Qué pasa con los medicamentos y otras herramientas?

Ricardo González: Utilizamos algunas terapias biológicas, en la fase aguda si son necesarias, o cuando el progreso es especialmente muy lento o hay otros problemas como la depresión.

Hemos utilizado la acupuntura para el síndrome de abstinencia, pero no de manera sistemática. Podríamos hacer un mayor uso de ella, y también hacer un mayor uso de las técnicas de relajación y meditación, que ahora se utilizan en un nivel muy básico, sobre todo en la primera fase del entrenamiento autógeno de Schultz (una técnica de relajación desarrollada por un psiquiatra alemán). Una vez que la persona está en relajación, le pedimos visualizar el futuro. Por ejemplo, le pedimos que se imagine yendo a casa en la noche y recibiendo una bienvenida alegre rodeada de serenidad en lugar de una familia temerosa de lo que han estado haciendo durante el día o por cómo se van a comportar. Cuando visualizan su futuro libre de drogas, los pacientes refuerzan su expectativa de poder ganar la batalla y se motivan a permanecer en el programa de rehabilitación.

La terapia con vitaminas es importante para casi todos, ya que todas estas drogas son muy reductoras de nutrientes. Las vitaminas se administran por vía oral, a menos que esté presente la polineuritis, en cuyo caso se utilizan vitaminas inyectables.

En cuanto a los medicamentos, se utiliza clormetiazol solo en casos de abstinencia grave, sobre todo cuando hay confusión y delirio; debido a su potencial adictivo, nunca lo utilizamos por más de siete días. Utilizamos carbamazepina o clonazepam si el paciente tiene antecedentes de convulsiones en la abstinencia, lo que es particularmente común en los adictos al meprobamato, más del 95% de ellos convulsiona en la etapa de abstinencia. Si el progreso es lento usamos diariamente acamprosato o naltrexona. y si la abstinencia se acompaña de ansiedad, usamos clordiazepóxido, clorazepato, diazepam o levomepromacina, cuando no haya ninguna disfunción psico-orgánica grave o problema grave del hígado.



Los antidepresivos más utilizados son la amitriptilina, que es muy bien tolerada durante la abstinencia, y la sertralina, también muy eficaz.

En pacientes menores de 50 años utilizamos el disulfiram, después de evaluar sus funciones cardiovascular, renal y hepática. Para este tratamiento requerimos el consentimiento del paciente además del consentimiento de su familia. Hace 30 años se utilizaba este medicamento en su función aversiva para el condicionamiento de una conducta de rechazo al alcohol; hoy su función es persuasiva. Cuando existen limitaciones de salud o esquizofrenia hemos utilizado la carbamida de calcio, ya que afecta selectivamente la acetaldéhidrohidroxilasa sin bloquear la enzima de descomposición de la dopamina. Hemos tenido excelentes resultados en algunos casos con la carbamida de calcio y el metronidazol, a pesar de su vida media más corta.

En la abstinencia de opiáceos con total supresión, usamos la clonidina, un agonista del receptor presináptico alfa-2, junto con altas dosis de clorazepato o clorodiazepóxido. Debido a que estas reacciones se limitan a unos pocos viajeros internacionales que no pueden obtener esas drogas en Cuba, no tenemos programas de metadona.

MEDICC Review: ¿Es el programa exclusivo en Cuba?

Ricardo González: Como centro de referencia nacional, ofrecemos entrenamiento y consulta, y publicamos a partir de nuestra experiencia e investigación; proporcionamos un modelo para otros programas, pero el modelo no se impone. Diferentes programas pueden enfatizar diferentes herramientas en el arsenal terapéutico. Por ejemplo, no todo el mundo cuenta con reflexiones sobre los escritos de José Martí.

MEDICC Review: ¿Cuáles cree usted que son las fortalezas y logros más importantes del programa a través del tiempo?

Ricardo González: Nuestro marco de referencia básico es como proveedores de salud comprometidos a ayudar a los pacientes y a sus familias, basado en tres principios: humanismo, ética y servicio. Con humanismo quiero decir respeto al paciente por parte de todo el equipo de salud y constante preocupación por su bienestar y desarrollo personal. Nuestro marco ético incluye los preceptos de autonomía del paciente, beneficio, no daño y justicia, así como absoluta confidencialidad y practicar la regla de oro de tratar a la gente como a nosotros mismos nos gustaría ser tratados. Una fuerte vocación de servir nos lleva a tomar las necesidades de los pacientes y de las familias como nuestras —para mí, esto es una forma de espiritualidad.

Estos principios son muy importantes para hacer frente a las recaídas sin sentirse hostil, o para evitar egresar como “casos perdidos” a pacientes de lenta recuperación. Existe un refrán, “ámame cuando menos lo merezca porque es cuando más lo necesito”. Para ser capaz de lograr esto, es necesario internalizar nuestros principios. Y la vocación de la que hablo no es sólo médica; tiene que estar ahí en cada uno de los miembros del equipo de salud, independientemente de su función, desde el personal de limpieza hasta el director del hospital. Ese compromiso es percibido por los pacientes, y ellos responden de igual manera. Los tratamos como personas, no como delincuentes o perversos. El respeto engendra respeto.

En cuanto a logros, creo que dice mucho el hecho que en más de 35 años en nuestro servicio de 50 camas no hemos tenido un solo suicidio.

MEDICC Review: ¿Qué lecciones ha aprendido usted que desearía compartir con otros centros que tienen objetivos similares?

Ricardo González: Una de las más importantes es el papel decisivo de la actitud del equipo de salud; necesita estar libre de prejuicios, ser respetuoso, amable, servicial, y optimista sobre las posibilidades de recuperación, incluso en los casos más difíciles. Es por eso que en el reclutamiento de miembros del equipo de salud nos centramos en las cualidades personales que he mencionado, que nos ayudan a desarrollar y mantener las conexiones profundas y de importancia vital con los pacientes y sus familiares.

Hacemos énfasis en la psicoterapia y en las técnicas de grupo, sin descartar terapias biológicas si son necesarias. Evitamos el dogmatismo y la rígida adhesión a un marco teórico o escuela de pensamiento en particular y utilizamos los recursos psicoterapéuticos que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes y de sus familias. Luego está la importancia de ajustar el enfoque con la etapa del paciente en el proceso de recuperación; por ejemplo, vinculando a él o ella con el grupo de autoayuda, una vez establecida la abstinencia, para prevenir una recaída.

MEDICC Review: ¿Y los mayores retos del programa?

Ricardo González: En términos clínicos, el diagnóstico dual de la adicción y de la esquizofrenia es uno de los más difíciles de manejar; el uso de la marihuana es especialmente problemático por determinar descompensaciones y en un nivel social más amplio, la tendencia mundial progresiva a la tolerancia ante las drogas implica un nuevo gran reto, desde que defensores bien intencionados de la reducción de daños han argumentado que la legalización pudiera bajar los precios y evitar que la gente tenga que recurrir a la prostitución o el delito para pagar por sus hábitos. Lo que ellos no evalúan en la ecuación es el tema de la sensibilidad de los precios. Sin embargo, una de las intervenciones políticas más eficaces para reducir el consumo de tabaco ha sido aumentar los precios a través de impuestos. Un ejemplo histórico, una especie de experimento natural pero en la otra dirección ocurrió en la Inglaterra del siglo XVIII: la devastadora “Epidemia Gin” que se produjo cuando un exceso de producción de cereales redujo el precio de la ginebra hasta el 10% de su precio original.

Estoy a favor de la despenalización del adicto, pero no de la legalización del comercio. Para pasar a ese bando, tendría que convencerme de que no habría un aumento de su uso con precios más bajos.

MEDICC Review: ¿Qué debe hacer la sociedad y el sistema de salud para abordar más eficazmente los problemas de abuso de sustancias y la adicción?

Ricardo González: Además de los esfuerzos multisectoriales que he señalado anteriormente, necesitamos una acción intergubernamental, porque el fenómeno es internacional.

El público tiene que estar al tanto de la cuestión en todas sus dimensiones: médica, social, económica, ética y humanitaria.

Entrevista

Estoy por la descriminalización del adicto, pero no por la legalización del comercio de drogas

Es de vital importancia aumentar la conciencia pública de la relación entre las drogas que afectan el


comportamiento (incluyendo el alcohol y los medicamentos psicotrópicos) y las enfermedades reemergentes como la tuberculosis, así como las infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, bajo la influencia de las drogas, la gente puede elegir sus parejas imprudentemente y tienen pocas probabilidades de usar condones.

MEDICC Review: ¿Tiene algún consejo para los pacientes y sus familiares sobre la prevención a la adicción de sustancias psicoactivas, o acerca de cómo evitar la recaída?

Ricardo González: El factor más importante para la prevención es más fácil de decir que de lograr: un hogar estable y amoroso durante toda la infancia, hasta la adolescencia. Cuando las

personas pierden a sus padres antes de tiempo a través de la muerte o el divorcio —por desgracia, el niño a veces también se ha “divorciado”— ellos se encuentran en mayor riesgo para automedicar su dolor a través de las drogas.

Si desaparece el ejemplo negativo del adulto que consume tabaco, alcohol y otras drogas, también se beneficiará la generación siguiente, pues desaparecerá su imitación.

En cuanto a evitar las recaídas, es importante identificar las situaciones que crean la tentación, y permanecer alejado de ellas. Otra recomendación fuerte es aprovecharse de los grupos de apoyo mutuo, que en nuestra experiencia constituyen poderosas comunidades para mantener la abstinencia. 

Citación sugerida: Mills C. Enfoques sobre el abuso de sustancias en Cuba: Ricardo A. González Psiquiatra y profesor consultante del Hospital Psiquiátrico de la Habana Eduardo B. Ordaz. MEDICC Rev. 2013 Oct;15(4). Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=322.esp>