

InvestMedicoquir. 2017 (enero-junio);9(1):107-26.

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

ARTÍCULO DE REVISIÓN

***El narcotráfico y el consumo de drogas. Desafío para la salud mental. Su
afrentamiento clínico***

***Drug trafficking and addiction. Clinical confrontation and challenge for
mental health***

Gabriel Lajús Barrabeitg¹.

I Especialista de I y II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Psiquiatría Social. Profesor Titular. Investigador Titular.1 Diplomado en Psicoterapia. Psicoterapeuta. Centro Integral de Salud. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La humanidad asiste en estos días a una batalla que, sin fusiles ni cañones, cobra un número de víctimas sólo comparable con las grandes guerras o graves epidemias: las toxicomanías.

Se analiza el pensamiento médico, producto a la experiencia del autor en 25 años de estudios sobre el tema y valorar que el personal de la salud, otras ciencias afines, el de enfrentamiento y en particular el equipo de salud mental, necesitan manejar que las causas que pueden ser argumentadas para explicar este fenómeno son diversas, así como las implicaciones que tiene en todas las esferas de la vida el impacto de estas conductas, el nivel de estigmatización social de estas personas que propende a violaciones de principios de la bioética y ética médica, conocer los diferentes escenarios en que pueden presentarse estos pacientes en los servicios de salud y la necesidad de atención de estas personas desde una perspectiva holística.

Para el afrontamiento clínico de las drogadicciones se debe tener presente que es imprescindible estudiar todos los aspectos relacionados con la droga, el paciente, la familia y la comunidad al concebir al hombre en su dimensión bio-psico-socio-cultural-espiritual, evaluar su condición de enfermo como posible consecuencia del narcotráfico internacional, respetar los principios éticos, bioéticos, deontológicos, legales y médico legales, desplegar el abordaje terapéutico desde un enfoque holístico, general, integral que resuma la interrelación dialéctica de este fenómeno y sobre todo, desarrollar la capacidad de involucrarse para ofrecerle ayuda a todos los afectados.

Palabras clave: drogadicción, narcotráfico, ética, espiritualidad, holístico, abordaje terapéutico, estigmatización social.

ABSTRACT

At present, mankind attends a battle which, with neither rifles nor canyons, charges a number of victims only compared with the big wars or serious epidemics: the drug addiction.

The medical thought, resulting from the author's experience for 25 years of studies on the topic is analyzed. It is also assessed that the health personnel, other related sciences, the confrontation group, and the team of mental health in particular, need to know that the causes that can be argued to explain this phenomenon are diverse, as well as the implications that all the spheres of life have on the impact of these behaviors, the level of these people's social stigmatization that tend to violations of principles of the bioethics and medical ethics, the need to know the different health services in which these patients can show up, and the need of attention to these people from a holistic perspective.

For the clinical confrontation of the drug addictions, it should be kept in mind that it is indispensable to study all the aspects related with the drug, the patient, the family, and the community when conceiving the man in its bio-psycho-socio-cultural-spiritual dimension; evaluate the sick condition as a possible consequence of the international drug trafficking; respect the ethical principles, bioethics, deontological codes, legal and medical-legal aspects; deploy the therapeutic boarding from a holistic, general, and integral approach that

summarizes the dialectical interrelation of this phenomenon; and most of all, develop the capacity to be involved in offering help to all those affected persons.

Key words: drug addiction, drug traffic, ethics, spirituality, holistic, therapeutic boarding, social stigmatization.

INTRODUCCIÓN

- Generalidades.
- El negocio del narcotráfico y el consumo de drogas.
- Consideraciones particulares a tener en cuenta con el drogodependiente.
- Su afrontamiento clínico desde concepciones holísticas.
- Escenarios y formas de trabajo con el paciente adicto.

DESARROLLO

Generalidades.

El siguiente trabajo se realiza después de trabajar durante 25 años con el paciente adicto y su familia en Cuba, y desde esta tierra o desde el exterior, con pacientes extranjeros víctimas de la terrible enfermedad adictiva tanto en África como en América Latina. En todos unos comunes denominadores: el narcotráfico internacional, similares consecuencias en el orden biológico, psicológico, espiritual, familiar, comunitario, social, económico y político, por solo citar algunas, y las mayores afectaciones en la población más vulnerable, representada por los más jóvenes.

La visión del pernicioso negocio del narcotráfico, es con frecuencia analizada con cierta aprensión y abordada con cierta ingenuidad, pues no se visualiza como un peligroso problema social y de salud que entraña graves consecuencias en todas las esferas de la vida y la vida misma en cualquier país.

Otra arista del mismo problema, la constituyen valoraciones erradas que se hacen del paciente portador de estas patologías al no ser identificados, tratados como tales y violar principios deontológicos, bioéticos, éticos, legales y médicos legales que se necesitan para su afrontamiento clínico epidemiológico.

Como consecuencia de esto, no siempre se hace un abordaje holístico durante el tratamiento, que entraña recaídas frecuentes ya presentes en la historia natural de estas enfermedades, se cometa iatrogenia médica por impericia tanto en las etapas de intoxicación aguda como durante la desintoxicación y deshabitación o en cualquier otra fase del tratamiento integral de las toxicomanías, que conlleva a perpetuar desde las ciencias médicas este fenómeno de salud, cuando no, llevar a la minusvalía, la discapacidad y la muerte de estas personas, todo lo cual justifica la selección del tema por el autor.

El negocio del narcotráfico y el consumo de drogas.

El consumo y el tráfico de drogas constituye un gran negocio para muchos así como un campo de especulación demagógica para ciertos programas de salud y tratamiento toda vez que, la aparición del narcotráfico internacional propiciado por los grandes beneficios económicos que se derivan del comercio ilegal de drogas en un mundo globalizado y neoliberal donde este fenómeno es producto de la explotación inescrupulosa, afán de lucro y ganancia generalizada por la globalización capitalista que favorece a los señores de las mafias narcotraficantes internacionales.

El narcotráfico y el consumo de drogas constituyen un verdadero negocio para el capitalismo, como forma de masacrar a los pueblos, pues con la estimulación de su consumo devoran al individuo, a la familia y a la sociedad, más triste aún cuando los más afectados son los jóvenes quienes se encuentran en edad productiva y reproductiva, en franca etapa de desarrollo espiritual, humano y se convierten en personas con arreactividad emocional cuando no, en individuos violentos que se suman a la delincuencia, al crimen y al tráfico organizado, al terrorismo, la prostitución, al vandalismo; conociendo que el narcotráfico y el consumo indebido de sustancias son un impedimento para el crecimiento económico, son causa de inestabilidad social, lavado de dinero, tráfico de personas, inseguridad e ingobernabilidad, constituyendo un obstáculo para el desarrollo y la paz en la mayoría de los países, lo que le sirve a los señores imperialistas para esgrimir el vil y desvergonzado pretexto de ofrecer ayuda humanitaria, con el fin de apoderarse de los pueblos.

Constituyen un verdadero negocio para las grandes empresas transnacionales de la industria médico farmacéutica, las que ante un desarrollo tecnológico sin precedentes les permite facilitar los procesos de obtención de las sustancias psicoactivas, por lo que cada día se producen más y nuevas drogas psicoactivas que se suman al arsenal terapéutico, llegando incluso en la actualidad para obtenerlas, a prescindir de las materias primas naturales a través de sofisticados procesos de síntesis y al ser desviadas al comercio ilegal

Además, estas empresas transnacionales de la industria farmacéutica obtienen cuantiosas ganancias al estar sus productos ubicados en laboratorios, farmacias y son los más prescritos por los profesionales médicos, que a cambio son retribuidos económicamente, lo que muestra que la medicina capitalista constituye un gran negocio.

El narcotráfico y el consumo de drogas constituyen un preciado campo de especulación demagógica para ciertos programas de salud o tratamiento ya que son uno de los más costosos en el mundo y para colmo de males no están al alcance de muchos,

Como muestra de lo anteriormente expuesto, sirva de ejemplo mencionar tan sólo los siguientes sucesos.

1. Con relación al tabaco, la actitud general de la sociedad era que aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos, por lo que durante la Segunda Guerra Mundial, los médicos recomendaban enviar cigarrillos a los soldados, por lo que eran incluidos en los lotes de raciones, sin embargo los epidemiólogos no tardaron en observar que el cáncer del pulmón poco frecuente antes del siglo XX había aumentado considerablemente⁽²⁻⁴⁾.
2. Durante la Segunda Guerra Mundial los kamikazes japoneses volaban literalmente embalsamados con anfetaminas en un viaje suicida sin retorno cargado de explosivos, y al final de la guerra Japón tuvo que enfrentar a millones de consumidores delirantes^(2, 5).
3. En igual fecha en la Alemania fascista utilizaban la heroína para producir fortaleza y valor a los soldados que partían a la guerra, de ahí su nombre⁽²⁾.

4. Simultáneamente como antecedente alarmante la oficialidad especialmente la alemana empleaba expresamente la morfina no sólo para aliviar el dolor localizado, sino para resistir inconvenientes y darse coraje por lo que era incluida en los lotes de raciones de estos soldados^(1, 6-8).
5. En la década de 1980 los narcotraficantes vendieron toneladas de drogas a las pandillas de las calles de Los Ángeles en California y canalizaron los millones producidos, al financiamiento de un ejército guerrillero dirigido por la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos (CIA), lo que abrió la primera conexión entre los carteles de la droga colombianos y los barrios negros de Los Ángeles, hoy conocida como la capital mundial del crack^(2,8-12).
6. Por esta misma fecha y en el mismo lugar se vendían cocaína y crack a un precio inusualmente bajo y las grandes ganancias obtenidas eran utilizadas para la compra de armas y equipos destinados a las operaciones del mayor de los grupos anticomunistas ligados a los “contras” nicaragüenses^(2,11,12).
7. Sustancias de diseño como el éxtasis, fueron utilizadas por psiquiatras fundamentalmente norteamericanos para “lograr empatía y mejorar la comunicación” de los pacientes sometidos a tratamientos psicoterapéuticos^(2,13,14).
8. Las anfetaminas inauguraron en el terreno deportivo lo que hoy se conoce como doping que ha cobrado el fin de lauro, de la carrera o la vida a muchos deportistas cuando no el inicio del consumo de sustancias de abuso^(1,14).
9. Muchas formulaciones farmacéuticas actuales que producen las grandes transnacionales de medicamentos, venden camufladas sustancias estimulantes detrás de las que se esconden las grandes ganancias que reportan sus ventas para los señores de las mafias narcotraficantes⁽¹²⁾.
10. Los verdaderos intereses de legalizar la marihuana arguyendo razones médicas aparecen ocultos en las grandes ganancias que se obtiene del narcotráfico^(11,12).
11. Pablo Escobar Gaviria, conocido narcotraficante considerado “un genio”, “un dios” y creador del primer cartel de la droga en Colombia, tuvo la

desvergüenza de utilizar fondos, de este lucrativo negocio, para la construcción de urbanizaciones, carreteras y hospitales donde subvencionaba incluso los tratamientos para pacientes adictos^(11,12,13).

12. Otros hechos insólitos son las intervenciones quirúrgicas para “embutir” drogas en partes del cuerpo, sobre todo en los muslos y las nalgas de los transportadores humanos⁽¹²⁾.

13. Otra arista del fenómeno la constituye la política corrupta de funcionarios y gobiernos que, en contubernio con traficantes, han permitido el desarrollo de estas actividades a cambio de grandes sumas de dinero, como un ejemplo entre muchos cito el llamado “Golpe de la cocaína” ocurrido en Bolivia en 1980, donde un general tomó el poder mediante un golpe de Estado que fue respaldado nada menos que por 80, 000 000 de dólares provenientes del tráfico de drogas^(11,12,15).

14. Los carteles de drogas para mantener el flujo de la materia prima inicial de hojas de coca obligan mediante el soborno, la corrupción y la violencia a miles de desplazados del sector agrícola a extender de forma ilegal los sembradíos de coca o hacen que campesinos pobres y agobiados por el poco mercado de sus cosechas cambien sus producciones por las de coca^(11,12,16), en países como Bolivia, la principal fuente de subsistencia del sector campesino son las plantaciones de coca y en otros casos la participación como asalariados en los “laboratorios” o fosos de maceración clandestinos que constituye una vía de importantes ingresos al recibir hasta 10 dólares por noche, lo que equivale a 15 veces al salario mínimo de un campesino de boliviano⁽¹⁶⁾.

15. Los paraísos tributarios o fiscales: son aquellos Estados o territorios que presentan leyes sobre la confidencialidad bancaria, exención total o pago de muy bajos impuestos sobre ciertas fuentes de ingresos; facilidad de establecer una corporación de propiedad extranjera, accesibilidad, estabilidad política y monetaria. La clave criminal para usar con eficacia las instituciones extranjeras para el lavado de dinero consiste en transferir fondos de forma que se distorsione o destruya cualquier ruta de auditoría. Con este fin el blanqueador empleará en muchos casos las sociedades ficticias^(11,16).

16. Las altas ganancias que genera este lucrativo negocio y la divulgación sobre la cotización de las drogas por los medios de comunicación social inciden sobre algunas personas, las que, ante hallazgos de drogas, deciden iniciarse en el negocio al considerar que no serán descubiertas^(1,11,12).

Consideraciones particulares a tener en cuenta con el drogodependiente.

Si tomamos en cuenta que existen enfermos y no enfermedades, que en la etiología de las toxicomanías que constituye un fenómeno causal complejo y en su abordaje terapéutico integral es imprescindible el conocimiento de la interacción dialéctica entre el individuo, la sustancia y el medio (tanto la micro como la macro sociedad) sin dejar de tener presente que existe cierta predisposición genética y constitucional para el consumo de las drogas, entenderemos por qué cada paciente es un mundo diferente y con similitudes pero siempre con diferencias, la diversidad de aspectos que dan individualidad a cada paciente y que explican el por qué de lo personalizado e individualizado del tratamiento, y por qué son incluidas todas las redes de apoyo social en las diferentes etapas del tratamiento integral al ser concebido el hombre en su dimensión bio-psico-socio-cultural-espiritual⁽¹⁾.

Sirvan los siguientes aspectos para comprender y ayudar a estas personas portadoras de tan terribles enfermedades.

- En las toxicomanías consideradas como las enfermedades de las “3D” (*denial*, dependencia y depresión)⁽²⁾ lo primero que harán los pacientes ante su condición de enfermos es negarlo por considerar que pueden parar cuando quieran y abandonar el consumo cuando lo decidan, desconociendo que se han convertido en esclavos de la droga y que se encuentran atrapados entre sus redes porque han perdido la capacidad para detenerse una vez iniciado el consumo, la capacidad para abstenerse y necesitan la sustancia para satisfacer las demandas de la vida.
- Que la gran tragedia personal, familiar y social que vive el adicto y con él, su familia disfuncional es la causante de los problemas de alo-morbilidad, alo-comorbilidad y alo-mortalidad de los convivientes y

familiares como complicaciones surgidas por los elevados niveles de estrés y ansiedad a que se ven sometidos,^(1,17-19) por tal razón con frecuencia son rechazados y considerados culpables por el resto de sus seres queridos.

- Si tomamos en cuenta que generalmente las drogas afectan la conciencia, la personalidad y la conducta del individuo y producen comportamientos desadaptados con una amplia gama de repercusiones negativas en todas las esferas de la vida de las que no son conscientes o poseen muy mala crítica, al producirse la clásica metáfora conocida como decapitación pre frontal supraorbitaria, expresión de la liberación del sistema límbico y la consecuente aparición de comportamientos instintivos afectivos bajo el que asumen comportamientos tal cual si fueran animales inferiores, cometiendo delitos que los pueden llevar a la invalidez, a la prisión o al cementerio, lo que a la par agrava el rosario de eventos vitales de sus familiares al incrementar las inmensurables cuotas de sufrimiento^(1,20).
- Es frecuente observar como los rasgos y las conductas disociales que asumen, son considerados características originales de la personalidad por desconocimiento y no son concebidas como consecuencias de las toxicomanías, por lo que son etiquetados de crueles, desalmados, egoístas, escasos de valores,^(2,18-20) sociópatas, neuróticos, artistas, marginales y delincuentes⁽¹⁾.
- Se desconoce incluso por gran parte del gremio médico el nefasto cuadro de arreactividad emocional, universal para todas las drogas y manifestado por una falta de interés por todo lo que no sea el consumo, razón por la que frecuentemente son rechazados por considerarlos vagos, desconsiderados, insensibles^(1,2,17).
- Teniendo en cuenta que las adicciones son enfermedades crónicas con tendencia a las frecuentes recaídas, que producen repercusiones negativas en todas las esferas de la vida, ocasionan frecuente rechazo incluso por el personal de la salud y son evaluados ofensivamente,

razón por la que debemos estar muy preparados para enfrentar estas contingencias⁽²⁾.

- Muy ilustrativas de este fenómeno son las fases (descritas por Prochaska, Diclemente y Norcross) por las que atraviesan los adictos en el curso de su enfermedad (fase pre contemplativa, fase contemplativa, fase preparatoria, fase de acción y fase de prevención de las recaídas)^(1,2,18,19,21) que permiten comprender el porqué de algunas concepciones que sustentan la errónea apreciación popular como ya se mencionó, y hasta médica de que los toxicómanos son delincuentes, crueles, marginales, desalmados, egoístas y escasos de valores humanos. Sin embargo, por sólo citar un ejemplo, apreciamos que en la fase pre contemplativa, el primero que desconoce lo que le está sucediendo es el propio enfermo.

De tal forma, que frente a los maximalismos neurótico, sociópata, marginal, delincuente y artista al referirse a estos pacientes se deben tener muy en cuenta los conocimientos anteriormente mencionados y establecer una relación profesional que ante todo reconozca al paciente su condición de enfermo a través de una actitud de no enjuiciamiento, ubicándose en su lugar al establecer empatía, dígame: ponerse en el lugar del otro de manera objetiva para saber cómo siente, piensa o actúa,⁽¹⁾ poder entonces sentir compasión por quien no parece tenerla y mantener siempre una disposición de ayuda a pesar de los rasgos y conductas disociales que pueden asumir^(2,20).

Involucrarse, a pesar de su gran egoísmo, valorando las mentiras como autoengaños, abrirse a una incansable dedicación, saber tolerar las frustraciones evolutivas y saber controlar la hostilidad por recaídas; todo ello para conseguir la abstinencia total y completa y lograr cambios en el estilo de vida en un marco de profundo humanismo, ética y espiritualidad⁽²⁾.

Establecer una relación profesional con insondable humanismo porque demanda un profundo respeto por el ser humano y constante preocupación por su bienestar y desarrollo; ética, porque exige el cumplimiento de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia con un comportamiento con el adicto y su familia como quisiéramos ser tratados de estar en su

dolorosa situación, y espiritualidad porque se requiere de un alto grado de solidaridad humana, compasión, disposición de ayuda y potencialidad para involucrarse^(2,18-21).

A su vez, hay que tomar en cuenta el carácter relativo del secreto profesional que está dado por el manejo de la información con discreción y, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, sólo en sus justos y restringidos límites el médico revelará el secreto y debe distinguir cuándo los intereses de la persona entran en contradicción con los intereses del estado y de la sociedad, adquiriendo un carácter jurídico cuando la enfermedad pueda afectar la salud de otras personas o cuando la información ofrecida atenta, de una u otra forma, contra la legalidad socialista⁽²⁾.

Su afrontamiento clínico desde concepciones holísticas.

De tal forma, que se hace necesario asistir al drogodependiente con una visión holística, que compendie con una lógica articulación la interrelación dialéctica entre las drogas, los adictos, la familia y la sociedad y conciba al hombre en su dimensión biológica, psicológica, social, cultural y espiritual a través de un enfoque y proyección integral, que favorezca la atención multifactorial y sistémica de las toxicomanías, lo que ratifica que todas las intervenciones que se hagan en salud tengan una perspectiva holística, global, integral que busque considerar al paciente en todas sus dimensiones.

El concepto de salud para un cuidado holístico no se conforma en considerarla como un “estado de completo bienestar físico, psíquico, social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” como la definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, pues a pesar de que esta definición tiene como ventajas no reducir la salud a la ausencia de enfermedad y supera criterios exclusivamente somáticos y organicistas, descuida aspectos de la salud importantes y la reduce a un mero “estado”⁽²²⁻²⁶⁾. De tal manera que salud holística sería la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de los límites y disfunciones en cada una de sus dimensiones: física, intelectual, relacional, emocional, espiritual y religiosa^(22,23,27).

Esto es, cuando se asiste al adicto se debe hacer una evaluación comenzando, por ejemplo, con las drogas que consume, porque es necesario conocer las características de éstas para poder identificarlas visualmente, conocer cuáles son los efectos psicoactivos que producen, su poder adictivo, los patrones de consumo, las vías de administración, las formas de presentación, la asociación o no con otras drogas, la accesibilidad, la disponibilidad en el medio y la comunidad, la aceptación social, las formas de disimulo y los efectos tóxicos que se esperan de ellas⁽¹⁾.

Al adicto hay que concebirlo en su dimensión física y en su dimensión psicológica, para a través de un profundo y directo interrogatorio dirigido tanto a él como a sus familiares, amigos, vecinos, miembros de la comunidad y sus líderes y un buen examen clínico y psiquiátrico, conocer todos los aspectos de vulnerabilidad tanto física, psíquica, familiar, social, cultural, espiritual y comunitaria, de inestimable valor para captar la esencia de su enfermedad y poder ayudarlos con un enfoque holístico, pues estas patologías impiden el desarrollo personal, humano y de la espiritualidad del ser humano, constituyen una causa de nuevos padecimientos y directamente son causa de invalidez y muerte^(1,2).

La familia, porque forma parte de su entorno y constituye la célula elemental y fundamental de la sociedad, institución social que puede ser un factor causante de enfermedad o predisposición a padecerla y a su vez constituye la mejor red de apoyo social y el mejor soporte o vehículo adecuado para el tratamiento psicoterapéutico⁽²⁾. Por los resultados negativos que generalmente producen sobre esta institución familiar a la que destruyen, como consecuencia de las repercusiones negativas contra sobre sus miembros, sobre los que tienen efectos devastadores, y son asistidos años antes que decida pedir ayuda el paciente adicto⁽¹⁾.

La sociedad, porque también forma parte del entorno del adicto en constante cambio e interacción dialéctica, donde la influencia de la cultura, el sistema de valores, el sistema de creencias, los mitos populares, la legislación vigente, el orden social establecido, la actitud frente a las drogas, la valoración social, la vinculación al consumo y al narcotráfico internacional, el derecho a los medios

básicos y civiles, el sistema de salud imperante, el sistema educacional y laboral, el sistema político, los medios de comunicación social y la carga para la salud que genera con la aparición de nuevas enfermedades en una sociedad que pudiera actuar como facilitadora o entorpecedora para el desarrollo de estas enfermedades⁽¹⁾.

Pero a la vez se debe hacer una evaluación de nosotros mismos y analizar, qué posibilidades se poseen como especialistas de la salud mental para ayudarlos, qué se conoce y qué preparación se tiene en esa línea, si se trabaja solo para ayudarlo o si se tiene ese servicio donde se trabaja, qué terapéutica está disponible en la actualidad lo cual permite trazar una estrategia real y personalizada, para hacerles conocer, qué acompañamiento se le puede ofrecer y cómo en esa participación ambos vamos a transitar hasta lograr lo planificado^(24,26,28).

Otro de los problemas actuales que se comprueban, es la incompatibilidad de los tratamientos y el comportamiento de la exclusión de uno por el otro en métodos de psicoterapia, al utilizar fármacos, no utilizar la Medicina Natural y Tradicional o usarla de forma exclusiva y escuchar expresiones como: “a mí me gustaría más para él un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)”, “vamos a ver qué medicamentos se me ocurre ponerle”^(11, 24, 26, 28). “yo no creo en las esencias florales”, “a mí no me gusta usar tal o más cual medicamento en los adictos”, sin embargo, si hacemos una evaluación integral y personalizada de cada paciente, podemos entonces decidir científicamente qué utilizar, sin rechazar técnica, fármaco, ni procedimiento alguno que se encuentre debidamente probado y que lo beneficie.

Los profesionales de la salud de hoy, no deben perder de vista que detrás de cada problema de salud está la totalidad de un sujeto. Para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir contracorriente en relación a la mentalidad contemporánea que va por el camino de la fragmentación, la súper-especialización. Los grandes avances de la tecnología de la salud y de la industria farmacéutica no pueden alejar de este acompañamiento y que se reparta el paciente a varios especialistas, para

convertirse luego, en los armadores del rompecabezas al que quedan convertidos.

Escenarios y formas de trabajo con el paciente adicto.

Se ha trabajado con el paciente adicto en el cuerpo de guardia, en la consulta externa, en la Sala de Agudos, en el Servicio de Atención a Extranjeros (SAE) y en el Hospital de Día del Centro Nacional de Salud Mental (CENSAM), en la Dirección de Inmigración y Extranjería (DIE), en el Centro de Control de Estancia de la DIE, con el recluso en establecimientos penitenciarios y en el exterior durante el cumplimiento de misiones internacionalistas en la República Popular de Angola y en la República Bolivariana de Venezuela. De tal forma que, durante el trabajo cotidiano con el portador de una enfermedad adictiva se toman en cuenta una diversidad de valoraciones personalizadas de las que sólo se mencionarán algunas, pues resultarían interminables las variantes que surgen al enfrentar la noble y humana tarea de acompañarlos en su rehabilitación.

Ha predominado en Cuba la atención al paciente adicto al alcohol y en menor cuantía a las otras drogas, que acuden voluntariamente al tratamiento por orden de los mandos, presiones familiares o por presentar un cuadro de intoxicación aguda o crónica, con la diferencia que en el exterior la atención fue fundamentalmente a múltiples sustancias de abuso^(1,31).

Para su atención siempre se ha contemplado, la familia y a la comunidad militar y/o civil según el caso, como pilar fundamental en todas las fases del tratamiento de los cuales se obtiene gran parte de la información que concierne al caso, a la par de un profundo examen clínico y psiquiátrico, interconsulta con el clínico, el psicólogo y los estudios clínicos y psicológicos para luego profundizar en el tipo o tipos de drogas, profundizar con el adicto, la familia y la comunidad donde viven a fin de diseñar estrategias de tratamiento personalizado⁽²⁾.

Como regla de oro se incluye a la familia en todas las etapas del tratamiento, cuyos miembros deben ser advertidos para que no hagan reforzamientos de conductas negativas, prepararlos para posibles recaídas, trabajar el sistema de

creencias, en psicoterapia de pareja y de familia (conocer las categorías estructurales de la familia, mitos familiares, “chivo expiatorio”, facilitador, co dependiente, modelajes de consumo, evitar hacer retos al paciente, estimular los reforzamientos positivos de la conducta que lo justifiquen, modificar estilos de vida, tratar a los miembros enfermos de la familia, romper alianzas, evitar colisiones, entre otras).

Durante la práctica clínica se observa como, con relativa frecuencia es un miembro de la familia enfermo el que primero acude demandando ayuda aquejando cualquier enfermedad física o psíquica que ha aparecido durante la convivencia con un miembro adicto, al que se le aplica tratamiento y además se utiliza para a través de él, intentar “engancharlo” al adicto en el tratamiento^(1,2,28,32).

Se aprecia con cierta frecuencia el paciente que acude a consulta por presiones familiares, sociales o laborales, nada interesado por el tratamiento, pero al que se le ofrece todas las acciones médicas para buscar el “enganche” y así evitar derrumbarse en el nihilismo terapéutico^(1,33).

El paciente puede venir demandando ayuda sin conciencia de enfermedad y con el fin de hacer tratamiento, a los que hay que llevar terapéuticamente al convencimiento de que son toxicómanos, pero no de forma inmediata y lograr que lleguen solos a esta reflexión^(1,2,33).

Otros acuden solicitando ayuda mostrando interés por el tratamiento, pero tienen recaídas frecuentes por carecer de una red de apoyo familiar, social o como una consecuencia de las características propias de la historia natural de estas enfermedades^(2,27,33,34).

Pueden acudir presentando una ludopatía, con una adicción a las drogas emergentes o por adicciones comportamentales a quienes se aplican los mismos procedimientos terapéuticos utilizados, en las ya conocidas adicciones químicas.

Pueden venir enviados por fiscalía por haber cometido un delito, mostrando o no interés por hacer tratamiento, sin embargo se despliegan también todas las acciones médicas, toda vez que estos pacientes independientemente de la

medida judicial que se pueda tomar, forman parte de nuestra sociedad y por tanto gozan de todos los derechos que el resto de los ciudadanos y, finalmente se reinsertarán a su comunidad natural y serán beneficiados por nuestro sistema nacional de salud y el proceso de inclusión social que caracteriza la política de nuestro Estado Socialista⁽²⁾.

Debe evitarse el enfrentamiento y el autoritarismo, la excesiva severidad e indulgencia, pues el propio proceso terapéutico decide el estilo más o menos directivo a seguir e incluso paciente y terapeuta, deben ponerse de acuerdo en qué no van a estar nunca de acuerdo^(2,35).

Es importante no olvidar, lo necesaria que resultan las reiteradas entrevistas para consolidar la relación médico paciente y proporcionar seguridad y empatía^(1,36).

Se deben evitar, el establecimiento de metas muy ambiciosas e inmediatas, no olvidar que estos pacientes buscan soluciones fáciles y rápidas, de ahí que sea frecuente escuchar preguntas como: ¿si dejo la droga mi esposa va a volver conmigo?, ¿si no consumo más me van a aceptar en el trabajo?, ¿me puede indicar algún tratamiento para poder abandonar las drogas?⁽²⁾.

Bajo ningún concepto dejar de emprender acciones ante aquel que viene dependiente, exigente, hostil, egocéntrico, frustrado y encolerizado pues el médico debe saber reconocer, aceptar su cólera y verla como un sentimiento digno^(5,37).

Evaluar y tratar siempre la depresión que subyace en el paciente adicto, como parte del tratamiento integral y como forma de hacer prevención de la conducta suicida frecuente en estas patologías.

Cumplir celosamente con los cuidados a tener en cuenta para medicar al paciente adicto con una comorbilidad especialmente por las interacciones medicamentosas que pudieran presentarse: antagonismo, efectos aditivos, supraditivos y de tolerancia cruzada y la invariable iatrogenia médica que puede afectar o poner en peligro la vida de estos casos^(1,2,16,38).

CONCLUSIONES

Estudiar todos los aspectos relacionados con la droga, el adicto, la familia y la comunidad al concebir al hombre en su dimensión bio-psico-socio-cultural-espiritual.

- Evaluar su condición de enfermo como posible consecuencia del narcotráfico internacional.
- Respetar los principios éticos, bioéticos, deontológicos, legales y médicos legales.
- Aplicar el abordaje terapéutico desde un enfoque holístico, general, integral que resuma la interrelación dialéctica de este fenómeno.
- Desarrollar la capacidad de involucrarse para ofrecer ayuda a todos los afectados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lajús G. Documento Adjunto [disertación]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad ICPB Victoria de Girón, 2010.
2. Lajús G. Drogas, Adictos, Familia y Sociedad. Editorial del Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. Colección ANÁLISIS. Caracas, 2008.
3. Arias JF. Cuba contra el Narcotráfico. Editora Capitán San Luís. Cuba, La Habana, 2000: 212.
4. Arias J F. Cuba contra el Narcotráfico, de Víctimas a Centinelas. Editora Política. Cuba, La Habana, 2001: 262.
5. Fundación de ayuda contra la drogadicción [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013 [Citado 14 de Dic. de 2013]. Disponible en: <http://www.fad.es/>
6. Arturo H y Colectivo de Autores: Plantas Tóxicas. Editorial Capitán San Luís, Cuba, La Habana, 2000: 155.
7. Cartay R. Geopolítica de la Cocaína. Editorial Venezuela, Mérida, 1999.
8. Dirección Antinarcóticos de Colombia. Policía Nacional: Proyecto de teledetección satelital para el control de cultivos ilícitos en Colombia, Sta. Fe de Bogotá, 1998.

9. Charbonneau P E. Drogas: Consecuencias y Prevención. Ediciones Paulinas Venezuela, Caracas, 1990: 152.
10. Narcotráfico en Colombia. Tercer Mundo editores. Colombia, Bogotá, 1961.
11. Medina R. Cuba VS Drogas: Manual para la preparación antidroga. Editora del Instituto Superior del MININT “Eliseo Reyes”, La Habana, 2008.
12. Rojas E, Medina R. Actividad Ilícita de Drogas. Editora del Instituto Superior del MININT “Eliseo Reyes”: La Habana, 2009.
13. Dirección Antidroga. Informe ejecutivo de lucha contra el narcotráfico. Policía Nacional, Colombia, Sta. Fe de Bogotá S.C., 1998.
14. López A. Palabras pendientes: Conversaciones con Enrique Santos Calderón. El Áncora Editores, Colombia, Bogotá, 2001:199.
15. Unanue M D. Los Secretos del Cártel de Medellín. Cobra Editorial. Estados Unidos, 1988.
16. De la Cruz R. Crimen organizado, tráfico de drogas, lavado de dinero, y terrorismo. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 2004.
17. Lajús G. Sustancias de Abuso. Congreso Mundial de Psiquiatría, Mar del Plata, 2005.
18. González R. Humanismo, Espiritualidad y Ética Médica. Editora Política. La Habana, 2005.
19. González R. ¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas? Editorial Política: segunda edición, 2006.
20. González R. Prevenir, detectar y vencer las adicciones. Editorial Científico Técnica, La Habana, 2005.
21. González R. Contra las adicciones: Clínica y terapéutica. Editorial Científico Técnica, La Habana, 2004.
22. Álvarez F. “La experiencia humana de la salud desde una óptica cristiana. In “Labor Hospitalaria” 219, 1991:33.
23. García R J. “Contra la exclusión: Responsabilidad política e iniciativa social”. Editora Sal Terrae, Santander, 1995:9-15.
24. Bermejo J C. “Relación de ayuda y marginación”. In Camillianum 20, Roma, 1999:279-296.

25. Bermejo J C. Hacia una salud holística [Internet]. Editado por: RLG [Citado 25 de Julio de 2005]. Canal: POLÍTICAS – Promoción de Salud. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/Information/showInformation.php?idinfo=404>
26. Bermejo J C. Hacia una salud Holística. Rev. Promoción de la Salud 2005.
27. González R. Las adicciones a la luz de la ciencia y el símil. Editorial Científico Técnica: La Habana, 2009.
28. De Vales M J. Hacia un enfoque holístico. Mesa Redonda. APAL Venezuela, 2008.
29. Díaz MM. Los nuevos paradigmas para el tratamiento y prevención de la salud Psicofísica. Conferencia. X Congreso de Medicina Interdisciplinaria. Buenos Aires, Argentina, 2005.
30. Carrascal C. El consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias a examen. Revista Española de Drogo dependencia 2002;27(1):5-7.
31. European Monitoring Center of Drugs Addictions [Internet]. [Citado 18 Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.emcdda.org/>.
32. Food and Drug Administration (FDA) [Internet]. [Citado 2 Enero de 2014]. Disponible en: <http://www.fda.gov/fdahomepage.htm/>
33. The ones that Stain Blue: Visionary Mushrooms [Internet]. [Citado 16 Junio de 2013]. Disponible en: <http://www.drooldonkey.org/>
34. The Mushroom Enteo General. [Internet]. [Citado 20 Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.fungi.com/hyperreal.com/drugarchives.html>
35. National Institute of drug abuse: Drogas de Club [Internet]. [Citado Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/>
36. Identificación de estupefacientes y psicótopos. Manuales de capacitación, PGR. [Internet]. [Citado 12 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.hyperreal.com/drugs/tihkal/>
37. Cabrera J, Cabrera R. consideraciones médico-legales y preventivas. [Internet]. [Citado 10 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.members.xoon.com/mohshas/productos.htm>

38. Dorado S, Martín J, Sabugal G, Caballero PJ. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 613 casos en 1994 en la Comunidad de todos los afectados e Madrid. Rev. Clín. Esp. 1996:150-6.

Recibido: 12 de octubre 2016

Aceptado: 14 de enero 2017

Gabriel Lajús Barrabeitg. Avenida 25^a e/ 204 y 204^a. Edificio 20406 (63), Apto. 3, 1^{er} Piso, La Coronela, La Lisa.

Correo electrónico: gabriellajus@nauta.cu