

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

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

los criterios para uso riesgoso o médicamente dañino. En una encuesta nacional anónima que hicimos en el 2008,

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: solo 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>

Approaches to Substance Abuse in Cuba: Ricardo A. González MD PhD DrSc

Psychiatrist and consulting professor, Eduardo B. Ordaz Psychiatric Hospital, Havana

Christina Mills MD FRCPC

For over 40 years, he has done one of the most difficult jobs in medicine; 4000 of his patients are among those many might write off as “lost causes.” Yet he radiates optimism, his stories and experience reflecting a belief in the human potential to change and grow and a vocation to help his patients do so.

Now an internationally recognized expert on addictions, in 1976 Dr González founded Cuba’s first patient service for substance abuse at the Eduardo B. Ordaz Psychiatric Hospital in Havana, a program he directed until last year. It is now the national reference center for another 17 such programs, two more in Havana and one in every other Cuban province. In addition, it serves as a model for treatment centers catering to international patients (undoubtedly the most well known among them Diego Maradona, the Argentine soccer star): two in Holguin Province and one in Santiago Province, with another being developed at Las Praderas International Health Center in Havana.

Dr González’s 25 books on psychiatry, medical ethics and addictions attest to a prolific career in research and practice.



Today, he continues to work “from retirement” as consulting professor and psychiatrist in the addiction service he founded, and also chairs Cuba’s National Medical Ethics Commission. In this interview, Dr González shares insights from his years of experience addressing substance abuse, as well as on repercussions and management of such conditions in Cuba.

MEDICC Review: How do you define substance abuse?

Ricardo González: It’s a complex concept covering any inappropriate use of psychoactive substances, whether prescription drugs, such as sedatives and stimulants; or substances—such as solvents—that are legal for other purposes; or illegal drugs, in Cuba’s case including marijuana and opiates. It also includes smoking and harmful use of alcohol. You’re probably familiar with the terms *hard* and *soft* drugs, based on their mechanisms of action and—to some extent—their effects. Hard drugs act on the prefrontal supraorbital region, effectively performing a temporary prefrontal lobotomy, with consequences for consciousness, personality and behavior. So-called soft drugs act on the reticular system and the frontal and dorsolateral regions, and have a moderate cognitive effect. Both also act on the gratification cycle and the limbic system.

To me, it’s more useful to think of *hard* and *soft* in terms of their consequences, not just mechanisms of action. Thus, I believe alcohol, marijuana and nonmedical use of prescription drugs should also be considered hard drugs, because they too affect personality and behavior: in Freudian terms, they weaken the ego and superego, giving the id free rein. Ironically, given its devastating impact on individual and population health, tobacco is considered a soft drug; I suppose you could say it’s a soft drug with hard consequences. And of course there is vast social and medical

harm from drinking by individuals who are not alcohol-dependent; motor vehicle crashes, fires and personal injury, intentional and unintentional, are just a few examples. WHO states that alcohol use by individuals who are not alcohol dependent results in higher social costs than alcoholism per se. Additionally, alcohol is the “model drug” and gateway to many others.

MEDICC Review: How big a problem is substance abuse in Cuba?

Ricardo González: Well, starting with substances that are thus far socially acceptable, about 5% of Cuba’s adult population aged ≥16 years fulfill WHO criteria for alcohol dependency. This is a relatively low proportion for the Americas, but a further 10% meet criteria for hazardous or medically harmful use. In an anonymous nationwide survey we did in 2008, 0.4% of adults reported having used illegal drugs at least once; of course under-reporting is inevitable for such a sensitive question, but it’s consistent with what we’ve observed in demand for non-alcohol addiction services. A discussion of tobacco would take another whole interview!

The picture is not static. With increased tourism over the past 20 years, Cuba has gradually attracted more attention from international drug traffickers; our customs officials have detected shipments via “mules,” most destined for the USA or Europe, but a few for Cuba. Cuba’s geographic position along sea and air

Ironically, given its devastating impact on individual and population health, tobacco is considered a soft drug

transportation routes puts it at risk; the traffickers drop drug packages offshore to be picked up by small craft. It's hard to police our 4100 km of coastline—plus hundreds of small keys and islets—thus, when some packages make it to the black market and are sold at low prices, that increases access to drugs here. Nevertheless, enforcement against such activities has become more effective, so as imported options decrease, we have had to better control nonmedical use of prescription drugs. The good news is that we are seeing a noticeable and steady decline in new cases of drug dependency other than alcohol.

MEDICC Review: And what about alcohol?

Ricardo González: It's one of the two most frequently used of the legal substances: that is, alcohol and tobacco. That's where the bulk of our problems lie. Among the illegal ones, marijuana and cocaine are most frequent, although in much lower proportions, as I've indicated.

Culturally, Cuba shares with its Caribbean and South American neighbors a certain permissiveness regarding alcohol use, and both tobacco and rum continue to be important culturally and economically. Yet, despite our limitations of resources and the US blockade, we have made advances with strong policies supportive of population health and education. For example, all forms of conventional alcohol advertising, printed or electronic, are prohibited. This doesn't mean we are making all the progress we would like; when it comes to alcohol use, our epidemiologic profile is similar to that of the rest of the Americas.

MEDICC Review: The service at the Eduardo B. Ordaz Psychiatric Hospital in Havana is Cuba's national reference center for treatment of substance abuse. Tell us about the approach you use there.

Ricardo González: Our substance abuse program is a specialized comprehensive one, guided by the principles, criteria and protocols of Cuba's National Substance Abuse Program, applied to people addicted to alcohol or other drugs. We start by understanding that substance abuse is a complex system, with potential for reinforcement across types of substance use, as well as the gateway effect I mentioned previously. The implication is that we have to work on all fronts simultaneously; prevention of illegal drug use has to start with prevention of misuse of legal substances, whose impact tends to be underestimated globally.

We weigh the enormous social impact of people acting under the influence of substances that substantially modify personality and behavior—whether alcohol, a prescription drug or illegal drugs—the repercussions of which begin long before addiction. We also consider the bystander who suffers the stress of living with an addict, and for whom that stress becomes a risk factor for both psychological and physical maladies, up to and including suicide.

Because there are so many important influences on substance-related behavior beyond the sphere of the health system, multi-sectoral involvement is key. We promote community rejection of substance abuse. We try to raise awareness that even the most

“virtuous” person can be at risk of substance abuse in one form or another. We emphasize the importance of the home environment as a protective factor and active participant rehabilitation. And we think good relationships among the health team, patient, family and community are fundamental.

On another front, research is essential to debunk myths about substance abuse and find ways to address them. The treatment team must have the professional and personal maturity to recognize that our predecessors have made discoveries that can't be dismissed, rather they should be assessed scientifically and updated to respond to patient needs. So, we shy away from sectarian and dogmatic positions and don't rule out approaches that could be helpful to our patients' rehabilitation and their families just because they don't fit our own theories or school of thought.

Besides treatment, teaching and research, the program publishes scientific works and material for patients and the general public, aimed at education, persuasion and inspiration.

MEDICC Review: What are the aims of rehabilitation?

Ricardo González: The main objective is to attain lifelong abstinence from all drugs with significant effects on consciousness, personality and behavior. We seek to help the patient make a substantial lifestyle change in all aspects that incur risk (for example, to avoid places and activities that are cues to drug use), and to identify and resolve personal issues, both those caused by substance use as well as pre-existing ones.

MEDICC Review: How do you work towards these aims?

Ricardo González: Our approach is both integrated and eclectic. We use group and individual psychotherapy, therapeutic community principles, mutual support groups, medications if necessary...basically whatever is useful for the individual in need. We use Prochaska's transtheoretical model of the stages of change to help identify what might work best at different stages: precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance, or relapse prevention.

We don't snub any tool that could help a patient. For instance, we acknowledge the valuable contributions of Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA)—we would be foolish to ignore the accumulated experience of millions of people around the world. We freely borrow from the 12-step approach, incorporating some of its elements into our own. For example, we distilled the 12 steps into 4: recognition by the addict that they can't beat the drug on their own; changing lifestyle to avoid situations that would cue relapse; working to build character and personal resources; and reparation to those they have harmed. And we appreciate the value of the cohesion and social influence provided by therapy groups, and the role that mutual support groups play to help recovering people integrate into new social circles away from those where they became involved in substance abuse.

AA emphasizes spiritual growth as part of the abstinence process, independent of particular theistic belief structures. We see spirituality as the constellation of virtues that enable people to view another's needs as their own, and that promote their human sensitivity and solidarity. Every morning our patients recite a 24-hour pledge modeled on AA's and adapted to our sociocultural context,

AA PLEDGE ADAPTED TO CUBA

Just for Today...

I swear by the lives of those I love most dearly, that during the next 24 hours, I will abstain from the toxic substances that enslave me, and I will avoid situations and conversations that might tempt me to use. I will hold in my mind the thought that the artificial pleasure they give me creates great suffering for those who love me and keeps me from reaching my life goals. My parents' suffering is enormous; when they brought me into the world they had other aspirations for me than drug addiction. I too have other dreams, and suffer from my addiction. For the sake of my loved ones as well as for my own, I must recover from my addiction.

to enhance moral commitment and cognitive reinforcement of the person's ability to confront their addiction. In addition, we have found that daily reflection on José Martí's writings provides an important source of inspiration. [Martí: 19th Century Cuban poet, journalist, leader of the country's independence struggle against Spain.—Eds.]

In ambulatory and hospital treatment, group sessions without professional participation have been useful to motivate people to join a mutual support group after the professional followup period.

We also apply therapeutic community principles to create an environment in which, along with active participation of patients and families, available human and material resources are mobilized to create a sensitive, engaged and supportive micro environment.

Because alcohol is a gateway drug, on principle we treat both alcoholics and persons addicted to other drugs in the same program. Treating the different types of addiction together has two purposes: it helps alcoholics see themselves and the dangers lying ahead, and it helps develop a sense of solidarity. There is also a practical issue: we just don't have enough drug addicts to run a separate program for them; for the vast majority of our patients, alcohol is the problem. Similarly, unlike many programs internationally, we don't have enough female patients to set up gender-specific groups, although clearly that would be desirable in some cases. For example, a history of sexual or physical abuse may make a woman afraid to participate in a group with men. Thus far, there is one addiction rehab program for women at the Enrique Cabrera General Teaching Hospital in Havana.

MEDICC Review: How could someone join your program?

Ricardo González: Except in emergency cases, patients needing rehabilitation from substance abuse will be seen first by their family doctor who does the initial assessment and refers them to a community mental health center or polyclinic. There a team with expertise in psychiatry, psychology, social work, nursing and occupational therapy does a comprehensive assessment. Ideally, the patient would be treated in ambulatory care in their community, with backup as needed from crisis intervention units, day hospitals or hospital psychiatric services. Complicated cases needing hospitalization would be referred to centers such as ours, for adolescents or adults. In the relapse prevention stage, there

are several options for ongoing support; AA and NA, and mutual support groups run by the Ministry of Public Health. Clinics that cater to international travelers also have significant experience in this area; they are not part of the Cuban health system as such, but follow the same working principles.

From the start, we established that Cubans who came to our program for help battling addiction would not be subject to police or judicial action; this continues to be the case. Patients may enter at their own request or that of their families, with patient consent. Exceptionally, on rare occasions, we concede to compulsory admission in cases of multiple addictions, when the family considers the situation highly dangerous and, on failing to gain patient consent, seeks a court order. We have also admitted opiate-addicted international travelers who go into withdrawal when they can't get their drugs in Cuba.

MEDICC Review: What happens when someone is hospitalized in the program?

Ricardo González: First, we have them read a description of the program and its conditions and then sign a therapeutic contract. In the contract they state their intention to become and remain drug free and to observe the norms of the therapeutic community, to remain in the center for the four-week detox phase, to attend all program activities, etc. (also acknowledging that if they change their minds, they can sign themselves out). We ask them to write an autobiography with a self assessment, to gather insights into their history and self perceptions. Unless they require intensive medical support because of withdrawal symptoms, they will immediately be incorporated into the life of the therapeutic community.

MEDICC Review: What therapeutic methods do you use most often?

Ricardo González: Our most common psychotherapeutic approaches are cognitive behavioral, didactic, rational emotive, humanistic and systemic. We also use dynamic psychotherapy when there appear to be unconscious motivations at work; we've used narrative psychotherapy to good effect in such cases, chiefly in the daily group sessions, where patients take turns reading consciousness-raising cards aloud (cards where they have written reflections on specific issues, questions, or aphorisms related to addiction).

Individual psychotherapy is an element in the program, but not the most important one. We would never use it as the only therapeutic modality.

Regardless of the psychotherapeutic tool used, and whether it involves individuals or groups, we try to create an atmosphere that is understanding and inspiring, and totally nonjudgmental. That's why we select the health team members for their sensitivity, compassion, altruism and demonstrated potential to engage fully with patients in their family and community environments. The aim is to make our facilities true oases of respect, love, humane sensibility and engagement.

We try to eliminate the slang and attire of the using subculture, not only because they affect the addict's image in his or her family and community, but because they can trigger the urge to resume use. In talking with patients and families we use figurative language,

based on similes, metaphors, aphorisms and sayings, to facilitate communication. In the past five years, at the suggestion of a Chilean professional team that visited our service, we have incorporated humor into our morning meetings with excellent results: we simply ask one of the patients or staff to tell a joke. They're usually well told, and always well received. So humor becomes a social lubricant...much more effective than alcohol or other psychoactive substances.

At the end of the group sessions we have what we call a solidarity chain, in which everyone joins their raised hands and choruses: *Together we can beat drugs*. It's a variant of cohesion techniques used in other Caribbean countries.

MEDICC Review: What about medications and other tools?

Ricardo González: We use some biological therapies, in the acute phase if needed, or when progress is particularly slow or there are other problems such as depression.

We have used acupuncture for withdrawal symptoms, but not systematically. We could make more use of it, and also make greater use of relaxation techniques and meditation, which now are used at a fairly basic level, mainly in the first phase of the Schultz autogenic training (a relaxation technique developed by a German psychiatrist). Once the person is in a relaxed state, we ask them to visualize the future. For example, we ask them to imagine going home at night and seeing a joyful welcome and serenity instead of a family fearful of what they've been up to or how they're going to behave. Visualizing their drug-free future reinforces their expectation of being able to win the battle and motivates them to stay in the rehab program.

Oral vitamin therapy is important for almost everyone, since all these drugs are highly nutrient depleting. Vitamins are given orally, unless polyneuritis is present, in which case we use injectable vitamins.

As for medications, we use chlormethiazol only in cases of severe withdrawal, especially when there is confusion and delirium; because of its addictive potential, we never use it for more than seven days. We use carbamazepine or clonazepam only if the patient has a history of convulsions in withdrawal; this is particularly common in meprobamate addicts, more than 95% of whom convulse in the withdrawal stage. If progress is sluggish we use acamprosate or naltrexone daily. And if withdrawal is accompanied by anxiety, we use chlordiazepoxide, clorazepate, diazepam or levomepromacin, as long as there is no severe psycho-organic dysfunction or serious liver problem.

The antidepressants used most often are amitriptyline, which is very well tolerated during withdrawal, and sertraline, also very effective.

In patients under 50 we use disulfiram, after assessing their cardiovascular, renal and hepatic function, and with patient consent; we won't give it with just family consent. Its function is persuasive, not aversive (as was the case 30 years ago when it was standard for behavioral conditioning, to create alcohol rejection). We've used calcium carbamide when health limitations or schizophrenia are present, because it selectively affects hydroxylase acetaldehyde without blocking the dopamine breakdown enzyme. We've

had excellent results with calcium carbamide and metronidazole in some cases, despite their shorter half-life.

In opiate withdrawal with total suppression, we use clonidine, a presynaptic alpha-2 receptor agonist, together with high doses of chlorazepate or chlordiazepoxide. Since these reactions are limited to a few international travelers who can't get their drugs in Cuba, we don't have a methadone program.

MEDICC Review: Is the program unique in Cuba?

Ricardo González: As a national reference center we offer training and consultation, and we publish from our experience and research; we provide a model for other programs, but the model is not imposed. Different programs may emphasize different tools in the therapeutic arsenal. For example, not everyone employs reflections on the writings of José Martí.

MEDICC Review: What do you see as the program's most important strengths and achievements over time?

Our basic frame of reference is as health providers committed to helping patients and their families, based on three principles: humanism, ethics and service. By humanism I mean respect for the patient by the entire health team and constant concern for their wellbeing and personal development. Our ethical framework includes the precepts of patient autonomy, beneficence, non-maleficence and fairness, as well as absolute confidentiality and practicing the golden rule of treating people the way we ourselves would like to be treated. A strong vocation to serve leads us to take on patients' and families' needs as our own—to me, a form of spirituality.

These principles are critically important to address relapses without feeling hostile, or to keep from dismissing as "lost causes" patients whose recovery is slow. There's a saying, "Love me when I least deserve it." To be able to do that in practice requires internalizing our principles. And the vocation I speak of is not just medical; it needs to be there in every single member of the health



E. Añé

Interview

team, regardless of their role, from the housekeeping staff to the hospital director. That commitment is felt by the patients, and they respond in kind. We treat them as people, not criminals or perverts. Respect engenders respect.

As for achievements, I think the fact that we have not had a single patient suicide in over 35 years in our 50-bed service speaks volumes.

MEDICC Review: What lessons have you learned that you would share with other centers having similar aims?

Ricardo González: One of the most important is the critical role of the health team's attitude; it needs to be nonjudgmental, respectful, kind, helpful, and optimistic about the chances of recovery even in the toughest cases. That's why, when recruiting members of the health team, we focus on the personal qualities I mentioned, which helps us develop and maintain the vitally important and deep connections with patients and family members.

We emphasize psychotherapy and group techniques, without ruling out biological therapies if needed. We avoid dogmatism and rigid adherence to a particular theoretical framework or school of thought and use whatever psychotherapeutic resources best meet the patients' and their families' needs. Then there's the importance of matching the approach to the patient's stage in the recovery process; for example, linking him or her with a self-help group once abstinence is established to prevent relapse.

MEDICC Review: And the program's biggest challenges?

Ricardo González: In clinical terms, a dual diagnosis of addiction and schizophrenia is one of the hardest to manage; marijuana use is particularly problematic and can trigger decompensation.

I support decriminalizing the addict, but not legalizing the trade At a broader societal level, the tendency to increased tolerance of drugs worldwide. Well-meaning advocates of harm reduction have argued that legalization would bring prices down and prevent people from having to turn to prostitution or crime to pay for their habits. What they don't factor into the equation is the issue of price sensitivity. One of the most effective policy interventions in reducing tobacco use has been increased prices through taxation. An historical example, a sort of natural

experiment in the other direction, happened in 18th century England: the devastating "Gin Epidemic" that occurred when a glut of cereal production brought the price of gin down to 10% of its original price.

I support decriminalizing the addict, but not legalizing the trade. To get me in that camp, you would have to convince me that there wouldn't be an upsurge of use with lower prices.

MEDICC Review: What should society and the health system be doing to more effectively address issues of substance abuse and addiction?

Ricardo González: Well, besides the multisectoral efforts I noted earlier, we need intergovernmental action, because the phenomenon is international.

The public has to be made aware of the issue in all its dimensions: medical, social, economic, ethical and humanitarian.

It's crucially important to raise public awareness of the relationship between drugs that affect behavior (including alcohol and psychotropic medications) and re-emerging diseases such as tuberculosis, as well as sexually transmitted infections. For example, under the influence of drugs, people may choose their partners unwisely and are unlikely to use condoms.

MEDICC Review: Do you have advice for patients (and their loved ones) about preventing addiction to psychoactive substances? Or about avoiding relapse?

Ricardo González: Well, the most important factor for prevention is easier said than done: a stable and loving home throughout childhood, right up through adolescence. When people lose their parents prematurely through death or divorce—sadly, the child sometimes gets "divorced" too—they are at higher risk for self-medicating their pain through drugs.

Decreasing adult role modeling of tobacco, alcohol and other drug use will also benefit the next generation.

As for avoiding relapses, it's important to identify situations that create temptation, and stay away from them. Another strong recommendation would be to take advantage of mutual support groups, powerful communities for remaining abstinent. 