

Adicciones médicas

Medical addictions

Pando Orellana Luis A*

* Centro para la Atención de Lesiones Cerebrales. Ciudad de México, D.F.

Siempre se nos ha dicho que la salud es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. También se nos ha dicho que la prevención es la mejor forma de hacer medicina; asimismo, que las políticas de salud pública deben prevalecer sobre la medicina asistencial. Ninguna de estas premisas se cumple, primero porque la definición de salud de la OMS es una aspiración; segundo porque las políticas de salud pública obedecen a los intereses de las políticas de estados que dictan economistas y no humanistas; y por último, la preventión siempre ha sido despreciada por el interés del médico en sus aspiraciones protagonistas y heroicas, mismas que desaparecen cuando las mayorías se benefician y no la personalidad médica.

¿De dónde surge la vocación médica? Surge siempre de una selección negativa y en el ámbito de la llamada salud mental, surge de intereses de orden filosófico o bien de intereses derivados de conflictos personales o de ciertas tendencias psicopatológicas. Recuerdo que durante el primer año de facultad nos llamaba mucho la atención la enorme cantidad de discapacitados inscritos en la escuela de medicina, mismos que desaparecieron en el transcurso del primer semestre; es evidente que la fantasía y las expectativas que devienen de la misma suplen a la realidad.

El mito alrededor del apostolado del estatus social del médico es histórico y no hay familia que no se sienta alagada por dicho llamado, que pareciera muy similar al sacerdotal, pero la realidad es muy diferente. El desgaste físico y emocional producto de la pesada currícula de los estudios médicos nunca es prevista por el estudiante, mucho menos el de la práctica médica, como tampoco se prevé el precio que muchos han de pagar por ver realizados sus sueños.

Si revisamos las estadísticas del INEGI y las estadísticas no oficiales en el mundo de la medicina, porque nadie habla de ello, nos daremos cuenta que los suicidios, las toxicomanías, los divorcios y las enfermedades cerebrales, incluidas los trastornos de personalidad, abundan en el medio médico y profesiones afines, y nadie hace nada al respecto, lo cual resulta aterrador porque todos son potenciales víctimas, ya sea como médicos o como pacientes.

Con el fin de ilustrar el desgaste físico, psicológico y emocional al que se ven sujetos los individuos que se desenvuelven profesionalmente en el ámbito de la salud, voy a referir dos casos particulares que he atendido personalmente durante mi carrera.

PRIMER CASO

En el primer caso, el paciente, a quien vamos a llamar LA, es un hombre de 40 años de edad, divorciado, sin hijos, médico de profesión con especialidad de anestesiólogo. Miembro de una familia adinerada, desciende de una larga línea de médicos, quienes manejan varias empresas vinculadas con el mundo de la medicina, y de una de las cuales él mismo es empleado. Vive solo en un pent-house sobre la avenida Insurgentes en la Ciudad de México, y podría ser caracterizado como un hombre de baja estatura, ancho de hombros, de vida sedentaria, abdomen prominente y carente de sentido en la existencia.

En enero del 2003, su hermano, director médico de una de las empresas familiares, me pide acudir para plantearme la problemática de adicción a la cocaína de LA. Llegaron comigo porque el servicio de anestesia me conocía por haber hecho un dictamen de muerte cerebral en mi calidad de perito forense, estableciendo en qué etapa del proceso anestésico se había dado, por lo cual fui ampliamente recomendado.

El señor director en cuestión, con aire pontificador, educado, aparentemente abierto, más bien calculador y esperando no le costara yo demasiado, muy probablemente sabía lo tardío de la intervención, por lo que se mostró generoso en la información y miedoso de comunicarla, de tal suerte que estaba acompañado por todo un equipo médico de apoyo.

Se organizó una junta de médicos en la que se me encargó el caso para su evaluación y tratamiento neuropsiquiátrico. Durante la junta no tenía ninguna expectativa, porque para empezar no sabía ni de qué se trataba, mucho menos cuánto iba a cobrar, y nuestra experiencia es que entre más dinero tienen, menos quieren pagar. Ciertamente mi intervención debía de ser sobre algo delicado, lo cual me generaba curiosidad. La junta médica decide suspender temporalmente las

Correspondencia: Dr. Luis A Pando Orellana
Artemio de Valle Arizpe 16-101. Ciudad de México, D.F., México. C.P. 03100.
Correo electrónico: drpando@hotmail.com

Artículo recibido: Marzo 12, 2014.
Artículo aceptado: Marzo 16, 2014.

funciones de LA en calidad de anestesiólogo hasta no tener una alta médica y un control psicoterapéutico adecuado, por lo que se inicia su evaluación y tratamiento.

La problemática de esta persona, en esencia, se centraba en tenerlo todo y estar infinitamente solo. Uno era capaz de reconocer aquella soledad por la mirada, por el desaliento, la indiferencia al entorno, el abandono de sí mismo y la pérdida de interés hacia los demás y muy particularmente hacia los doctores. Con actitud de fastidio, de aburrimiento y hasta condescendencia, provocaba un sentimiento de rechazo a tiempo de condolerse de ese ser humano, e inevitablemente surge la interrogante de si va a ser posible franquear la incomunicación que se anuncia con el impenetrable silencio de su parte.

Dado que la cocaína no produce un síndrome de abstinencia tan severo como el alcohol, los opiáceos o las benzodiacepinas, podemos considerarlo como un asesino silencioso que va provocando cambios importantes en la microcirculación, lo que a su vez provoca un desequilibrio en los procesos cerebrales y conduce a problemas de conducta en la persona adicta.

El consumo se había iniciado años atrás de una manera gradual, transitoria y recreativa, hasta convertirse en un problema de adicción que llegó a un consumo promedio sostenido de 12 g semanales, razón por la cual el paciente empezó a presentar errores de conducta y de juicio, conductas persecutorias y cuadros de agitación.

Cuando conocí a LA lo recibí en mi consultorio, se mostró receloso, calculador, temeroso, inseguro, no sabiendo qué esperar y su pregunta fue: "doctor, ¿me vas a internar? Yo no quiero que me internes", a lo que contesté que el internamiento era de suma importancia, primero en un hospital general para evaluar el daño, y segundo en un hospital psiquiátrico para observar su conducta, establecer los planes y sus ajustes pertinentes en el contexto rehabilitatorio y, por encima de todo, para aislarlo de un medio adictivo, adverso y autodestructivo. Entendiendo que el miedo que él sentía derivaba de lo desconocido, hice énfasis en que hablando de aislamiento él ya estaba aislado, pero del mundo, que al no poder resolver sus temas personales y familiares, mucho menos podía resolver los profesionales. La toxicomanía en un inicio había sido un refugio y una forma de querer parecer normal, solamente que él ya había rebasado ese punto y se había transformado en un peligro para sí mismo y para los demás, por lo cual tenía que hacer una apuesta, y ésta consistía en si podía regresar o no a la "normalidad", entendiendo con esto interactuar con el mundo y no aislarse de él. Mi sentir de lo que evidentemente no estaba a mi alcance obviamente se traduce en frustración e impotencia: siempre existe la posibilidad del "no quiero" frente a lo que no se puede hacer nada salvo la figura jurídica de la interdicción.

El paciente fue medicado con psicofármacos, se le asignó una enfermera psiquiátrica graduada para su cuidado, además de ser sujeto a una constante vigilancia por parte de familiares, médicos y empleados.

Durante el tratamiento el paciente se mostró renuente a recibir ayuda, por lo que comenzó a presentar conductas de

protesta entre las que se encontraba el acto de tirar macetas desde el piso 12 de su edificio a la gente que iba pasando por la calle, situación que provocó algún movimiento de autoridades policiales y culminó en el internamiento de LA en un hospital psiquiátrico durante algunas semanas.

Debido a las constantes recaídas en el consumo de cocaína y al daño físico y cerebral que el paciente se había venido provocando, fue ingresado en dos ocasiones a cuidados intensivos por cuadros convulsivos. Durante la segunda hospitalización se detectó daño cerebral severo con daño cerebral por isquemia; además, el paciente se encontraba en condiciones de falla sistémica múltiple (cerebro, hígado y riñones). Despues de varios días de cuidados intensivos el paciente logró recuperarse y abandonar el hospital para continuar con el tratamiento.

Pese a los múltiples recursos y la vigilancia constante que recibía el paciente, éste se negaba a recibir ayuda y a rehabilitarse de su adicción, por lo que continuó presentando recaídas en el consumo, hasta que después de diez meses de lucha por parte de los médicos y familiares, LA murió de una sobredosis víctima de una profunda e intratable depresión.

Casos como éste nos ilustran tres cosas: el sentimiento de impotencia frente a la pulsión de destrucción del propio ser humano; la multifactorial complejidad de las adicciones y su multicausalidad, y el reflejo individual de la descomposición de los valores familiares y de la pérdida del tejido social congruente con la búsqueda de la salud integral física, psicológica y social.

SEGUNDO CASO

En el segundo caso, el paciente es un hombre de 42 años de edad, divorciado, médico veterinario, mexicano radicado en Estados Unidos por lo menos 15 años, donde ejercía su profesión como encargado de bioriegos.

Su problema de adicción se inició al presentar un cuadro depresivo dos años atrás en Estados Unidos, razón por la cual, y en función de los problemas de angustia que presentaba, un psiquiatra estadounidense le prescribió Xanax (alprazolam) de 1 mg. El paciente, sin regulación médica de ningún tipo, fue incrementando la dosis alegando problemas de insomnio (a pesar de que el alprazolam no es un medicamento que ayude a conciliar el sueño) hasta llegar a consumir entre 20 y 27 pastillas por día. Como resultado del abuso de dicha sustancia, desarrolló conductas paranoides, errores de juicio e ideación suicida, razón por la cual comenzó a tener varios problemas personales y laborales en Estados Unidos y decide regresar a México a la casa de sus padres.

Ya en México, no desarrolló ninguna actividad ni ejerció su profesión, sin embargo, gracias a su cédula profesional de médico veterinario fue capaz de conseguir todo el medicamento que deseó.

En el 2011 tuvo un intento de suicidio al consumir 90 pastillas en una sola ocasión. Como consecuencia de esto fue visto por un psiquiatra quien lo internó en un hospital psiquiátrico sin pasar por ningún servicio de urgencias de algún hospital general. Durante su internamiento no recibió el tratamiento

adecuado, por lo que no fue posible su rehabilitación y salió del hospital sin posibilidades de recuperación.

A principios de junio de 2012 se presentó en mi consultorio alegando depresión y falta de interés en la vida. Se presentó acompañado de su madre, una mujer octogenaria, muy angustiada por la condición de su hijo. El hijo, desaliñado, sudoroso, con los ojos desorbitados, sin poder estar quieto un momento, queriendo salirse, urgido por la madre a tener un poco de paciencia para entrar conmigo.

Durante la entrevista su conducta fue evasiva, regresiva e irresponsable. La sensación, o el sentimiento de angustia que empezó a transmitir fue muy notorio, lo fue también la urgencia del internamiento debido a la abismal divergencia en cuanto a la percepción de la realidad. La problemática se me comunicó brevemente no como un problema de adicción, sino como un problema de sueño. Los estudios clínicos, neurofisiológicos y de gabinete mostraron un trastorno metabólico severo con datos que reflejaban pérdida de contacto con la realidad, errores de juicio, depresión e impulsividad, todo esto provocado por las grandes dosis de alprazolam que el paciente consumía diariamente. De lo que se pudo deducir que el paciente canceló con el alprazolam la actividad de su lóbulo frontal, donde radica, entre otras cosas, el raciocinio y la voluntad, por lo cual intentar comunicarse con él fue una tarea muy complicada.

Por supuesto, el primer paso en el tratamiento consistió en retirar el alprazolam de su sistema; para ello fue necesario hospitalizar al paciente en terapia intermedia, por lo que me di a la tarea de constituir un equipo médico multidisciplinario para poder controlar la desintoxicación escalonada del paciente y restituir el funcionamiento normal de las alteraciones de su lóbulo frontal.

El día previsto para acordar todos los aspectos del tratamiento y la hospitalización, éste se presentó en el consultorio en compañía de sus padres, quienes supuestamente darían todo el apoyo necesario para la rehabilitación de su hijo. En el momento en el que me encontré discutiendo las condiciones del tratamiento y la hospitalización del paciente con los médicos que me apoyarían en el caso, el paciente entró en crisis, y en un arranque de ira se violentó, a gritos rechazó la ayuda y huyó del consultorio. Su padre intentó contenerlo frente al azoro de los demás pacientes y la mirada expectativa del personal.

A pesar de la falta de juicio del paciente provocada por el alprazolam, sus padres decidieron apoyar su decisión de rechazar el tratamiento, por lo que se retiró para continuar su adicción estando a un paso de daños sistémicos que condicionarían un mal pronóstico para la función y la vida.

El sentir del médico al enfrentarse a la autodestrucción acompañada de una familia que solapa el suicidio y no apoya el tratamiento es equivalente a ser testigo de un padre que le entrega una pistola cargada a un niño de diez años confiando en su buen juicio; y uno se pregunta qué tantos elementos homicidas existen en ciertos padres cuyos hijos nunca asumen su papel de adultos. En estas circunstancias, el médico no es más que testigo de un paciente terminal más, producto de la mala calidad parental y de la prescripción fácil e irres-

ponsable de muchos colegas que no entienden hasta qué grado la receta mata más que la escopeta.

La reflexión

Como médicos tenemos el deber de participar nuestros fracasos, y donde la muerte de una persona representa la muerte de miles, si no millones, pero que al tratarse de un colega nos cuestiona en nuestra propia esencia y en la negligencia que tenemos hacia nuestros pares cuando ellos o nosotros enfermamos.

A veces pareciera que los pacientes piensan que el médico no come, no duerme, no tiene familia, no tiene necesidades, tiene prohibido enfermarse y morirse, pero si lo hace, es rápidamente sustituido y descartado por los propios médicos, resultando tardíos, las más de las veces, cualesquier esfuerzos cuando las adicciones ya han rebasado la capacidad humana de la voluntad, del autoestima y de la dignidad del ser.

La falta de autocritica y la sobra de heterocrítica hacia los pares impiden que se creen sistemas de supervisión en la salud física, psicológica y social de los médicos en cualquiera de sus expresiones en términos de especialidades, subespecialidades, generalistas, paramédicos, homeópatas, odontólogos, veterinarios, naturistas, aromatólogos, chamanes, parteros o cualquiera que pretenda tratar gente o tratarse a sí mismo. He visto morir médicos alcohólicos de 30 años de edad con hepatitis alcohólicas fulminantes sin que se pueda considerar terapia de rescate, y en el centro de todo, están las dinámicas familiares, parte fundamental de la salud y de la sociedad en evidente entredicho hoy por hoy, por disfuncionalidad que amenaza su existencia.

Por otro lado, la industria farmacéutica y las céduelas profesionales permiten el fácil acceso a sustancias controladas legales. Además, los médicos, como seres humanos, también están expuestos al tráfico de drogas ilegales, es decir, el mundo de las toxicomanías en el que las drogas de prescripción son las más comunes y peligrosas.

Mi sentir personal es que así como existe una CONAMED debiera existir un consejo nacional para asistir a los profesionales de la salud con problemas causados por el desgaste físico, psicológico y emocional derivado de la práctica médica, todo esto con la más absoluta de las confidencialidades, como una especie de seguro hasta lograr su rehabilitación y así poder desempeñar la actividad profesional en las mejores condiciones posibles.

En lo personal, desde que ingresé a la facultad de medicina no he detenido mi actividad en 42 años, y de no ser por el psicoanálisis es muy probable que yo también ya me hubiera autodestruido. Esto lo sé porque después de dos divorcios, varios accidentes automovilísticos un tanto cuantos bizarros, algunos períodos depresivos, muchísimos actos fallidos en los que uno se descubre diciendo o haciendo cosas queriendo decir o hacer exactamente lo contrario, enfermedades por bacterias o virus oportunistas que indican que la psique y la inmunidad, que siempre van de la mano, suben y bajan de acuerdo con lo que uno enfrenta en el devenir cotidiano y en lo azaroso del oficio. Haciendo un balance de muchos acon-

tecimientos empieza uno a encontrar patrones que comparte con otros colegas, como los divorcios, los accidentes o actos fallidos antes mencionados, así como los cuadros depresivos con o sin intervención médica o psicológica que están marcando una alerta de que el ejercicio de la profesión médica, y en particular de la práctica neuropsiquiátrica, es de alto riesgo, y que si no goza uno de supervisión puede acabar de paciente en lugar de médico.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses potenciales que conciernen a este texto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No existió financiamiento alguno asociado a esta contribución.