

DR. CÉSAR PÉREZ DE FRANCISCO **

DETECCION Y TRATAMIENTO*

EN trabajos anteriores mil colegas han explicado los aspectos farmacológicos, toxicológicos, neurofisiológicos, psicofisiológicos y psicológicos de las drogas. Me corresponde hablarles de dos capítulos esencialmente médicos: la detección del consumo de drogas y el tratamiento de sus consecuencias.

Habremos de dividir la exposición en tres capítulos fundamentales: la detección, especialmente a nivel de la población juvenil, el tratamiento tanto de la intoxicación aguda como de las complicaciones psiquiátricas y de la propia habituación o adicción, y terminaremos ocupándonos del problema de la prevención del consumo de drogas.

Antes de entrar de lleno en nuestro tema necesitamos ponernos de acuerdo sobre algunas definiciones básicas. Nos conviene adoptar la primera gran distinción que hacen algunos autores entre in-

toxicaciones químicas, que pueden obedecer a razones de trabajo o a sobredosis de medicamentos administrados con fines terapéuticos, y el gran grupo de las adicciones. El fin de este Ciclo de Conferencias se refiere más bien al segundo gran grupo aunque la pretensión es más amplia ya que el consumo de drogas, y en especial a nivel de la población juvenil, no necesariamente implica una adicción. La siguiente aclaración importante consiste en circunscribirnos a ciertas drogas representativas de nuestros problemas actuales y locales eliminando voluntariamente el gran problema del alcoholismo que por su envergadura ameritaría tratarse en trabajo aparte.

Se ha descrito el consumo de gran cantidad de principios psicotrópicos, es decir con efectos sobre el funcionamiento psíquico y por ende sobre el sistema nervioso, como son el éter, los bromuros, barbitúricos, anfetaminas, morfina, *cannabis*, cocaína, mezcalina, LSD25, psilocibina, neurolépticos, entre los principales. Cabe aquí mencionar que el término de droga es empleado con frecuencia de manera poco precisa ya que se le ha cargado de un sentido que en castellano no tiene, debido a la traducción literal de la palabra inglesa *drug*. Este término se

* Conferencia sustentada el viernes 11 de julio de 1969 dentro del Ciclo de Conferencias sobre el uso de las drogas y su repercusión social, organizado por el Instituto para la Prevención de las Enfermedades.

** Profesor de la UNAM, Psiquiatra del Instituto Nacional de Neurología. Psiquiatra Consultor del Instituto Nacional de Cardiología.

refiere a fármaco así como a las drogas propiamente dichas.

La llamada Psiquiatría Farmacológica se ocupa de los diferentes aspectos relacionados con "la absorción de sustancias tóxicas con una acción especial sobre el sistema nervioso".¹ Claro está que estas sustancias podrán ser absorbidas en diferentes dosis, durante periodos de tiempo variables, y sea accidentalmente, por razones de trabajo, como medicinas o bien en esa forma tan característica que conduce a la adicción debido al efecto psicológico agradable o al uso habitual y socialmente aceptado. La Organización Mundial de la Salud ha dado la siguiente definición oficial: "la toxicomanía es un estado de intoxicación periódico o crónico, perjudicial para el individuo y para la sociedad, engendrado por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características son: 1o. un deseo invencible o una necesidad (obligación) de continuar consumiendo la droga y de procurársela por todos los medios; 2o. una tendencia a aumentar las dosis; 3o. una dependencia de orden psíquico y a veces físico en relación con los efectos de la droga".²

De esta definición nos interesa por el momento destacar tres aspectos principales. Por un lado el perjuicio individual que acarrea el consumo habitual de una droga. La capacidad teratológica de algunos principios activos es una de las notas más espectaculares dentro de la toxicología. El segundo aspecto se refiere a las consecuencias sociales que son en muchos casos obvias, pero también a las causas sociales de este consumo de drogas. Y el último aspecto de interés es el que se refiere a la definición en sí en el sentido de que hay un nuevo tipo de consumo de drogas. Pienso en los psicodislépticos (drogas que distorsionan el funcionamiento psíquico) como el LSD y la psilocibina. En la población juvenil de muchos países incluido el nuestro, el consumo de los psicodislépticos ha adquirido una dimensión social y hasta cierto punto, se ha ritualizado. Para pertenecer a algunas élites hace falta haber experimentado por lo menos, algunas veces, intoxicaciones de este tipo. Las prácticas de estas pequeñas ceremonias hacen más estrechos los lazos del grupo y al mismo tiempo comprometen más a sus individuos social e incluso legalmente.

I. DETECCIÓN

El darnos cuenta de si en un país se consumen

o no drogas implica una investigación tanto a nivel policiaco como a nivel médico. Respecto al primero, todos los días leemos en nuestros diarios el aumento del comercio con estos productos. Por lo que se refiere a la detección médica deberemos considerar algunos aspectos clínicos.

Una droga comienza por crear al principio, un bienestar físico en general pasajero, una sensación de euforia que puede convertirse en quietud o bien en exaltación psíquica sumamente atractiva para muchos consumidores. En un gran porcentaje de las drogas, esta satisfacción se paga con tres fenómenos desagradables: el acostumbramiento, el estado de necesidad y los accidentes de privación.

El acostumbramiento es un fenómeno biológico general; es la respuesta de un organismo vivo a toda agresión exógena que tiende a destruir su equilibrio fisiológico. Al adaptarse el organismo del adicto va necesitando cada vez mayores dosis para volver a sentir los efectos "de la primera vez". El acostumbramiento ha implicado siempre un gran problema fisiológico: el saber el por qué de este acostumbramiento. La dosis tóxica no llega completa al sistema nervioso que es el receptor selectivo y un ejemplo claro es el de la morfina que pocos momentos después de la inyección se encuentra en la sangre bajo la forma de dióximorfina prácticamente inactiva. Sin embargo el resto de morfina activa podría determinar efectos más intensos que los constatados clínicamente y esto nos conduce a la llamada hiposensibilidad celular selectiva, que en este caso sería la de las neuronas en cuanto a la morfina.

La necesidad imperiosa se manifiesta clínicamente tanto a nivel psíquico como en el comportamiento del toxicómano y responde muy probablemente a una base fisiológica. En el caso del alcohol ha sido ya determinada una verdadera modificación metabólica y es lícito pensar que en muchas de las drogas que nos ocupan ocurre algo similar. El Profesor Claude señalaba en 1937 que los estados de necesidad "dependen del acostumbramiento al tóxico, de la satisfacción afectiva que procura y de la deficiencia volitiva que manifiestan los desequilibrados toxicómanos y que los hace más propensos a sufrir de su insatisfacción. Aquí también, el estado constitucional, con todas las deficiencias psicológicas que comporta, pone de manifiesto sobre todo los elementos biológicos endócrino-simpáticos que no pueden ser más que elementos sobre agregados

ocasionales capaces de exagerar las tendencias más o menos patológicas.

El síndrome de abstinencia más clásico es el *delirium tremens* del alcohólico. Han sido descritos síndromes equivalentes para las anfetaminas, algunos sedantes y otras drogas. Hay quien ha comparado las diferentes etapas de la toxicomanía, incluyendo el síndrome de abstinencia con los diferentes períodos de la adaptación descrita por Selye. Desde luego puede constatar en algunas intoxicaciones hiperadrenalinemias e hiperglicemias pasajeras.

Wolff ha criticado la definición de la Organización Mundial de la Salud que citábamos antes señalando que el término de acostumbramiento o habituación debería desaparecer de esta definición. El acostumbramiento, dice, no es más que una costumbre de la que uno siempre puede deshacerse por un esfuerzo de voluntad como lo prueba el ejemplo del tabaco, mientras que en la toxicomanía verdadera, hay una doble dependencia psíquica y física que no es siempre posible de vencer; la dependencia psíquica es el hecho primordial, específico, en cierta forma de la toxicomanía y depende de la personalidad propia del sujeto; sin embargo, la acción "toxicomanógena" de la droga es en sí innegable en algunos casos, una serie de inyecciones de morfina pueden crear en un sujeto mentalmente sano y equilibrado, el estado de necesidad característico.³ Esto nos lleva de la mano al problema actual del consumo de drogas sin adicción propiamente dicha.

A. Drogas y Juventud

Dice Gibbens que en el cercano Este ha habido cierto aumento en la drogadicción o habituación entre jóvenes varones saludables. En el Reino Unido las condenas por ebriedad han aumentado muy por encima del nivel de antes de la guerra y la contribución del grupo de jóvenes adultos (17-21 años) ha sido desproporcionalmente grande.⁴

Jones titula uno de los capítulos de su libro: ¿Juventud Rebelde? haciéndonos sentir de esta manera una duda sobre las razones del aumento en las cifras de delincuencia y adicción entre los jóvenes. Vale la pena por ejemplo comparar los porcentajes por grupos de edades que fueron encontrados culpables en los años de 1953 y 1965. Los jóvenes entre 17 y 21 años constituían el 10.8% del porcentaje total en 1953 mientras que en 1965 alcanzaron

el 20.8%. Comenta nuestro autor: "existen gangs de jóvenes destructivos y furiosos en casi todos los países del mundo. Desde los Tai-pau de Formosa, a los Bodgie de Australia, de los Tsotsie de Sudáfrica a los Halbstarken de Alemania o a los Blou-sons Noirs de Francia, de los Stilyagi de la Unión Soviética a los británicos Teds, o Mods, y Rockers, hay evidencia de una nueva solidaridad entre la gente joven, que se expresa en modas uniformadas del vestir y en una hostilidad latente hacia el mundo adulto que a veces irrumpe en crisis salvajes de violencia. Este problema parece ser más serio entre aquellos países del mundo occidental que, a partir de la guerra, han podido elevar el nivel de vida de la masa de su pueblo a un alto nivel ¿existirá alguna siniestra conexión entre la "sociedad opulenta" y nuestro problema juvenil? ¿Será posible que preocupándonos por el progreso material no hayamos prestado suficiente atención a las necesidades más personales, necesidades emocionales que deben satisfacerse si queremos que los seres humanos se sientan adaptados y realizados?"⁵

En un trabajo que nuestro equipo viene realizando desde hace ya algunos años y al que nos referiremos después con más detalle, pudimos observar una gran proporción de jóvenes. La investigación se refiere a 62 casos de psicosis tóxicas de los cuales sólo 19 sobrepasaban la edad de 30 años y en que el sujeto más joven, con una adicción al thinner, tenía nada más 12 años de edad⁶. Ya entre estos casos que constituyen una muestra muy especial ya que presentaron complicaciones psiquiátricas, se advierte un aumento en el consumo de los llamados alucinógenos. En los jóvenes que arbitrariamente denominaremos saludables existe también este incremento y merece la pena detenerse un momento en este problema.

Una de las más recientes aportaciones a este capítulo de los alucinógenos es la de Jacobsen que merece el título de magistral⁷. Distingue tres grandes grupos de alucinógenos: los simpatomiméticos, el grupo de los *Cannabis* y el de los parasimpatolíticos. Nos interesan hoy los dos primeros grupos es decir la mezcalina, la psilocibina, la dietilamida del ácido lisérgico y la *cannabis sativa*. Todos ellos están muy bien estudiados y existen algunos métodos de análisis objetivo de los trastornos que producen.

Con los alucinógenos del primer grupo y en el hombre, el umbral para el reflejo rotuliano baja, pero el umbral visual se eleva (Carlson, 1958), como

ocurre en los animales. (Dosis muy altas de LSD por ejemplo de 350 /kg. causan ceguera completa aunque reversible en gatos y monos. Parece ser que el bloqueo se localiza en el núcleo geniculado lateral). Existen asimismo en el hombre otras alteraciones visuales pero para cuya determinación es necesaria la colaboración del intoxicado. Las sinestesias que tan frecuentemente se producen: "veo música y oigo colores", sólo pueden ser determinadas por el propio sujeto. Hay sin embargo una ventaja y que consiste en el aumento de la sugestionabilidad.

A nivel de otras esferas sensoriales también es posible utilizar métodos objetivos de mensuración. Edwards y Cohen (1961) encontraron una disminución considerable en la discriminación táctil de dos puntos cercanos después de la ingestión de LSD. También ha sido medida la percepción del tiempo transcurrido, en especial un período de algunos minutos que es percibido como mucho más largo que la duración real (Kenna y Sedman, 1964).

Lo que ocurre en realidad es que las reacciones motoras complicadas son las que se alteran mucho más que las llamadas reacciones simples. El efecto neurofisiológico más importante consiste en la estimulación del sistema simpático. Hay un aumento en la presión sanguínea, una aceleración del ritmo cardíaco, una dilatación pupilar, protrusión de los ojos, piloerección, e hiperglicemia. En esta situación sustancias como la ergotamina son capaces de bloquear dichas manifestaciones (Matussek y Halbach, 1964). Después de la administración de 1 kg. de peso de LSD la temperatura corporal puede subir hasta $1/2^{\circ}\text{C}$. en comparación con la administración de un placebo, el pulso aumenta en 15 pulsaciones por minuto, la presión sanguínea 15 mmHg. y el área de las pupilas de 12 mm^2 a 25 mm^2 . Aparte de las variaciones individuales estas diferencias son estadísticamente hablando significativas. Sin embargo hay que reconocer que estas variantes se presentan de manera similar con sustancias del tipo de las anfetaminas.

Los efectos de estos alucinógenos sobre el electroencefalograma son bastante completos y ameritarían tratarse detalladamente por lo cual no los discutiremos. Vamos sin embargo a hablar de un tema que está de moda además de ser discutido en todas las revistas especializadas; se trata de los rompimientos cromatínicos que eventualmente podrían

producir estas sustancias. Cohen y Cols. (1967) han reportado dichos rompimientos. Sin embargo los criterios varían y escuelas como la inglesa son sumamente críticas sobre estos hallazgos citogenéticos. Lo que sí en cambio está ampliamente demostrado, incluso experimentalmente, es el poder teratogénico de estas sustancias.

El problema con la *cannabis sativa* es mucho más complejo dada la diversidad de opiniones que hay tanto sobre los efectos como sobre las consecuencias que puede acarrear un uso inmoderado de este principio psicotrópico. Para no citar más que un ejemplo recordemos que después de administrar *cannabis* el nivel de las catecolaminas en el cerebro no varía en absoluto según autores como Garattini (1965). Por otro lado Bose y Cols (1964) encontraron un aumento considerable en el cerebro de rata de 5 hidroxicatecolaminas después de administrar un extracto de *cannabis*. En el humano ha podido comprobarse que la administración de 1-9 trans-tetrahidrocannabinol en cantidades de 120 mg/kg. de peso administrados oralmente ó 50 mg/kg. de peso fumados, producen una marcada distorsión tanto visual como auditiva, sensaciones de despersonalización, de irrealdad, alucinaciones ópticas y auditivas. Estas características hacen incluir la marihuana dentro del gran grupo de los alucinógenos.

El otro gran problema y que ha suscitado no pocas discusiones aquí en nuestro país es el relacionado con la posibilidad que tiene esta sustancia de desencadenar reacciones psicóticas o no. Un célebre psiquiatra mexicano sostenía la última de estas opiniones y llegó a repartir cigarrillos de marihuana en un grupo de asistentes a una reunión médica. Al poco rato de estar charlando les declaró que no era tabaco lo que estaban fumando sino marihuana y que si habían sentido algo; las reacciones como pueden ustedes suponer fueron bastante vivas pero al parecer las opiniones concordaron en el sentido de que no habían sentido grandes alteraciones. Sin embargo, y creo que me hago eco de nuestro equipo neuropsiquiátrico, vemos en los servicios de Psiquiatría con mucha frecuencia brotes psicóticos posteriores a largos períodos de consumo de marihuana. Somos conscientes de que las "impresiones" no gozan ya de gran crédito científico y precisamente tenemos en curso un trabajo en que intentaremos demostrar la relación entre la ma-

rihuana y los brotes psicóticos posteriores a su uso desmedido.

B.—*Drogas en medios profesionales.*

Valdría la pena detenernos un momento sobre este problema que en nuestro país no ha recibido la atención que debería. Se trata del consumo de diferentes drogas en medios profesionales, unas veces para combatir el cansancio y otras con la pretensión de incrementar un rendimiento intelectual que cada vez y en mayor número de ocasiones se necesita más. La droga estrella en este renglón es la anfetamina bajo cualquiera de sus formas. Es conocido de todos cómo, durante algún tiempo, los relojeros de Suiza mantenían su vigilancia al ciento por ciento por medio de ingestión de anfetaminas. Los comprimidos estaban en una más de las charolitas que tienen enfrente y que contienen los tornillos, engranes, etc., que constituyen las maquinarias de los relojes.

La historia de la adicción es, según Díaz, la siguiente: "gran parte de los pacientes inician la adicción indirectamente por prescripción de médicos generales. Muchos pacientes se interesan en aumentar la dosis en vista de la disminución progresiva de los efectos que obtienen con dosis regulares. El resto de los enfermos adquiere conocimiento de la droga por familiares, amigos o personalmente; entre este grupo las razones para ingerir el fármaco varían entre: "sentirse mejor", "no dormir", "para la fatiga", "para concentrarse".⁸ Aclara el mismo autor un poco más adelante: "la duración de la adicción antes de que se presente el primer episodio psicótico es variable; así como tiene lugar en sujetos no adictos sometidos a dosis elevadas, puede presentarse hasta después de 10 años de dosis regulares. En la mitad de los pacientes, se instala posteriormente al quinto año de adicción".

En el trabajo a que nos referimos anteriormente realizado en el Instituto Nacional de Neurología encontramos que de los 62 casos reportados 19 pertenecían a psicosis tóxicas por anfetaminas. De ellos 17 eran hombres y 2 mujeres; 7 de estas psicosis habían sido producidas únicamente por la ingestión de anfetaminas. El cuadro clínico típico es el de una psicosis paranoide con delirios no sistematizados y manifestaciones alucinatorias principalmente auditivas. Este cuadro psicótico prácticamente indistinguible de un brote esquizofrénico a menos que

conozcamos el antecedente de la ingestión del tóxico suele ceder en el tiempo aproximado de un mes y la mayoría de ellos en una semana llegan a aclararse casi completamente. En estas psicosis tóxicas la excreción urinaria de anfetaminas suele mantenerse elevada durante algunos días y su identificación puede facilitar en muchos casos el diagnóstico diferencial. De hecho, casi siempre se establece dicho diagnóstico por el camino clínico, identificando la adicción al tóxico.

Es conveniente recordar que, además de la alta frecuencia de esta adicción entre los profesionistas de la rama médica, farmacéutica, personal de asistencia hospitalaria, intelectuales, estudiantes universitarios, también se encuentra una alta incidencia que podríamos llamar iatrogénica. Me refiero al típico caso de la señora con exceso de peso que empieza a ingerir anfetaminas "para que le quite el apetito". No son raros, después de algún tiempo, los accesos psicóticos que hemos descrito.

C.—*Las drogas sociales.*

Entendemos por drogas sociales aquellas que se consumen libremente y sin ningún tipo de cortapisa legal o social. Habíamos descartado desde el principio de este trabajo al alcohol pero recordemos que existen otras drogas sociales como son el tabaco, el café, el té, etc. Cada día más el grupo de los psicodislépticos va integrándose a este gran grupo. La marihuana por ejemplo forma parte importante de las reuniones de muchos jóvenes de nuestro tiempo.

La psicofarmacología y la psiquiatría farmacológica han ampliado de manera considerable y fundamentalmente los conocimientos que sobre la etiopatogenia de los padecimientos mentales poseemos hoy en día. Es precisamente la investigación científica la que ha proveído algunas de estas drogas como es el caso del LSD25 que es un producto semisintético. Cabría aquí recordar las palabras de Taylor cuando nos advierte: "vista la investigación cerebral como un todo, me es difícil evitar pensar que crearía problemas sociales mucho más serios que cualquier otra área de la investigación biológica".⁹ Es desde luego bueno avanzar en todas las áreas del conocimiento humano pero también hay que ser conscientes del peligro que siempre amenaza. El dominio del hombre por la ciencia y la técnica es tan indeseable como deseable la asimilación y conducción razonable de dicho avance.

II. TRATAMIENTO

El tratamiento de los problemas psiquiátricos de índole tóxica y de las adicciones en sí es un problema complejo. Abarca además múltiples aspectos. No sólo se trata de encontrar el fármaco que combata adecuadamente los efectos del tóxico, sino de hallar el tratamiento ideal de lproblema de la habituación y de la adicción. Por todo ello hemos dividido el problema en tres puntos fundamentales: el tratamiento de la intoxicación aguda, el de las complicaciones psiquiátricas y por fin el de la habituación y adicción.

A.—*De la intoxicación aguda.*

El célebre psiquiatra Bonhoeffer describió lo que llamó la reacción exógena "primero en relación con los síntomas mentales de algunas enfermedades físicas y después se dio cuenta de que los síndromes clínicos básicos se encontraban después de la absorción de sustancias tóxicas de acción especial sobre el sistema nervioso central. Estos síntomas que producen una desorganización psíquica bastante característica aunque con variantes según el tóxico de que se trata, ameritan en términos generales dos medidas principales. La primera es la suspensión del tóxico y la segunda es la atenuación del cuadro de abstinencia.

Para alcanzar el primer objetivo es casi siempre deseable la hospitalización en un servicio especializado. Esto asegura por un lado la interrupción en la ingestión de la droga y por otro lado un tratamiento adecuado. Claro está que esta medida no corre sin problemas ya que el consumidor de drogas es un enfermo problemático por definición. Y esto a tal punto que en muchos países se ha optado por construir establecimientos especiales para la concentración de este tipo de pacientes. Tal es el caso del célebre centro de Lexington en Estados Unidos.

El síndrome de abstinencia que lleva aparejado casi siempre un alto contingente de ansiedad, inquietud, agitación y no en pocos casos gran agresividad, requiere frecuentemente el uso de tranquilizantes y en especial del grupo de las diazepaminas. Los enfermos soportan así mucho mejor todo el desajuste neurovegetativo y psíquico que supone la privación del tóxico que acostumbran.

B.—*De las complicaciones psiquiátricas a largo término.*

La gran ventaja pronóstica de los accesos psicóticos tóxicos es que curan con la simple suspensión de la droga. Hoy en día contamos con armas suficientemente efectivas para acortar considerablemente la evolución de estos cuadros. En general se necesitan dosis mucho más pequeñas y lapsos mucho menores para resolver el brote.

Quizás conviniese aclarar algunos términos utilizados cada vez más no sólo en la psicofarmacología moderna sino en la medicina en general e incluso en la vida diaria. A las sustancias que actúan selectivamente sobre el sistema nervioso se les llama psicotropas. Se dividen en tres grupos principales: los psicolépticos, los psicoanalépticos y los psicodislépticos. A este último grupo, a los psicodislépticos, pertenecen los tóxicos que distorsionan el funcionamiento psíquico como son la psilocibina, el LSD25, la mezcalina, etc. Los psicoanalépticos estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central. Hay drogas que estimulan selectivamente la vigilancia como son las anfetaminas de las cuales ya hemos hablado ampliamente. Hay otros productos que estimulan el talante o humor y a ellos se les denomina antidepresivos. Los dos grupos fundamentales del gran capítulo de los psicolépticos son los neurolépticos o antipsicóticos y los tranquilizantes entre los que se cuentan las diazepaminas. Al grupo de los neurolépticos pertenecen las butirofenonas, los reserpínicos, los fenotiacínicos y otros. Son principalmente estos productos los que utilizaremos para combatir un brote psicótico de origen tóxico.

Dosis bajas de algún fenotiacínico o butirofenona permitirán acelerar considerablemente la recuperación del paciente. A menos que exista una agresividad exagerada no es frecuente que se necesite subir mucho la dosis de estos fármacos. Sin embargo, algunos autores recomiendan la cura de sueño en estos casos^{10, 11}.

C.—*De la habituación y adicción.*

En términos generales puede decirse que el pronóstico de toda adicción está en proporción inversa a su cronicidad y a la intensidad de la misma. Refiriéndose a los morfinómanos Kraepelin consideraba que del 8 al 10% de los pacientes que trató

tuvieron una solución favorable. Un estudio a largo plazo de los pacientes tratados en la Clínica de la Universidad de Berlín entre los años 1917-1925 mostró que el 42% había quedado libre de su adicción. Los que recayeron, o continuaron sin tratarse, se deterioraron lentamente tanto física como moralmente. En muchas ocasiones su ruina se aceleró al combinar su adicción con el abuso del alcohol, cocaína u otras drogas. Muchos murieron por suicidio o de una sobredosis que siempre giró alrededor de la idea de la autodestrucción'.

En toda adicción hay un fondo psiquiátrico y es deber del especialista el investigarlo. La relación psicoterapéutica médico-paciente es esencial en este caso como lo es en tantos otros. Es frecuente encontrar síndromes ansiosos o depresivos tanto puros como combinados en este fondo patológico del adicto. Asimismo, las estructuras deficientes o francamente patológicas de la personalidad de base suelen ser muy frecuentes en estos pacientes. De 51 casos de personalidades psicopáticas estudiadas en un trabajo en curso (Dra. J. Castilla y Dr. C. Pérez de Francisco) hubo 40 en que pudo determinarse adicción a uno o varios tóxicos.

Además de la hospitalización, la psicoterapia, y los recursos psicofarmacológicos con que contamos hoy en día hay que señalar la existencia de métodos terapéuticos que aún están en sus fases iniciales. Tal es el caso de las terapéuticas con base reflexológica empleadas por Wolpe y su escuela. Este método que ya ha dado frutos, es una de las vías de investigación más prometedoras para combatir el problema de las adicciones.

Por otro lado, hemos estado insistiendo durante toda la conferencia sobre el problema que plantea el consumo de drogas por una población juvenil que justifica y defiende este consumo. Entre los integrantes de este grupo no existen, como era de esperarse, demandas de ayuda médica ni a nivel de tratamiento del síndrome agudo ni a nivel del tratamiento de la adicción. Son hospitalizados contra su voluntad y solamente si surge una complicación psiquiátrica tipo brote psicótico. Esto nos conduce a la última parte de nuestra charla y que se refiere a la prevención.

III.—HACIA UNA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Existen en cuanto al consumo de drogas dos

problemas fundamentales: uno médico y otro social. El médico se refiere en primer lugar a los enfermos psiquiátricos (personalidades anormales, síndromes agudos, psicosis incipientes), que por una u otra razón consumen drogas y se refiere también a la solución de los problemas psiquiátricos que pueden acarrear el consumo prolongado. Desde esta perspectiva todo se reduce, para una prevención eficaz, a una buena atención psiquiátrica de la comunidad. Atención psiquiátrica en el sentido preventivo, de detección temprana de toda afección psiquiátrica que puede a corto o largo plazo, conducir a una adicción. Hemos dicho ya que las adicciones crónicas tienen en términos generales muy mal pronóstico. Esto convierte en evidente la necesidad de establecer y programar un buen sistema de prevención a nivel de la adolescencia. ¿Por qué en la adolescencia?, pues porque es la época en que el control familiar se relaja y en que el control social tal como se efectúa en el adulto todavía no funciona. En la adolescencia hay una gran explosión de energía. La familia no es capaz ya de controlar al adolescente y la sociedad no puede castigarlo aún. Hay pues una libertad de acción y muchos deseos de "probarlo todo". Actualmente, en nuestros días, en nuestra sociedad, una de esas "búsqueda de nuevas dimensiones" consiste en probar los efectos de una intoxicación con alguna droga. Quienes hemos tenido oportunidad de tratar adolescentes en sus primeras fases de adicción recordamos muy bien las narraciones "del miedo que sentían al iniciarse". Es evidente otra vez lo decisivo que puede ser una buena relación de este adolescente con su médico, con un psiquiatra quizás, que tenga la suficiente sensibilidad e inteligencia para manejar el problema no con certapisas morales o juicios de valor, sino con enfoques biológicos que permitan gran flexibilidad y que, contra lo que muchos piensan, puede tener gran eficacia.

Sin quererlo hemos esbozado ya gran parte de los factores sociales que influyen en el incremento de las adicciones. Tenemos ya encima el problema de una nueva estructura social con mucho tiempo dedicado al ocio, con una especie de hedonismo como valor social estimable, con un perfeccionamiento de drogas específicas cuyos efectos podremos determinar exactamente en calidad y en cantidad, y sobre todo, frente a todo ello, un hombre desarmado si no alcanzamos a recuperar el tiempo perdido. Vuelvo a referirme a *tomar conciencia* de todos es-

tos hechos. La disyuntiva entre tomar y no tomar el soma que Huxley indica en su famosa novela, debe resolverse con conciencia de la realidad. Estamos ya en terreno filosófico pero vale la pena antes de terminar plantear lo que considero la pregunta esencial. La vida, la existencia, pretende, para realizarse plenamente, alcanzar el mayor grado de libertad

posible. La cuestión sería si consumiendo drogas somos realmente libres. Soy de los que creo que la respuesta no es nada fácil. Pero pienso también que quizás, la prevención del consumo de drogas, prevención a nivel social, podría consistir también en un planteamiento inteligente de lo que es realmente la libertad del hombre.

REFERENCIAS:

1. MAYER-GROSS, W., SLATER, E. y ROTH, M. *Clinical Psychiatry*. Cassell & Co. Ltd., London, 1960.
2. POROT, A. *Les toxicomanies*. P.U.F. París, 1960.
3. WOLFF, P. O. *Quelques aspects actuels de la toxicomanie*. Journées thérapeutiques de Paris, 1950.
4. GIBBENS, T.C.N. *Trends in juvenile delinquency*. World Health Organization, Public Health Papers. Geneva, 1961.
5. JONES, H. *Crime in a changing society*. Penguin Books, Inc. Baltimore, Md., 1965.
6. PEREZ de FRANCISCO, C., NIETO, D. y CASTILLA, J. *Toxic Psychosis. A report of 62 cases*. Trabajo presentado en la reunión conjunta de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y de la Minnesota Society of Neurological Sciences and Minnesota Psychiatric Society, Rochester, Minn., Jun. 6 y 7, 1969.
7. JACOBSEN, E. *The Hallucinogens*. En: *Psychopharmacology, dimensions and perspectives*. C.R.B. Joyce, Tavistock Publications, 1968.
8. DIAZ, J. L. *Aspectos clínicos y metabólicos de las psicosis por anfetamina*. Rev. Mex. de Neurología y Psiquiatría, Vol. 7, núm. 3, septiembre, 1966.
9. TAYLOR, G. R. *The biological time bomb*. The World Publishing Co. New York, 1968.
10. DELAY, J. y DENIKER, P. *Methodes chimiotherapiques en Psychiatrie*. Masson et Cie., Paris, 1961.
11. SARGANT, W. y SLATER, E. *Physical methods of treatment in Psychiatry*. Livingstone, Ltd. Londres, 1964.