

MESAS REDONDAS ACADEMICAS

EL PROBLEMA DE DEPENDENCIA A DROGAS EN LA JUVENTUD DE MEXICO *

I CONSIDERACIONES GENERALES

GUILLERMO CALDERÓN-NARVÁEZ ‡

Desde la antigüedad, tanto el hombre civilizado como el primitivo han utilizado una profusa variedad de drogas con un sinnúmero de propósitos, que incluyen liberación, placer, divinización, magia, profecía, rituales y orgías, pudiéndose afirmar que ninguna droga tiene efectos que puedan ser completamente predecibles, sino que éstos dependen en un gran número de casos, de los deseos y del patrón fundamental de la personalidad del que la usa y del ambiente en el cual es tomada.¹

Esta relación entre la personalidad y el medio ambiente, en los efectos del comportamiento de drogas que alteran la men-

te, ayuda a explicar lo impredecible de algunas de las reacciones comunicadas con la marihuana y agentes psicodélicos tan potentes como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25).

A través de los siglos se han descubierto sustancias capaces de aliviar el dolor, reducir síntomas molestos y también producir sensaciones placenteras cuando se las consume.

Entre estas sustancias, algunas de las más importantes son el opio extraído de una clase de amapola, la adormidera; la hoja de coca, que contiene el principio activo de la cocaína, y una hierba alta, el cáñamo de la India, de la cual se obtiene la marihuana.

Ultimamente hemos visto surgir nuevos estimulantes, nuevos sedativos, nuevas sustancias alucinógenas. La Comisión de

* Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 18 de agosto de 1971.

‡ Académico numerario. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Naciones Unidas sobre Estupefacientes ha dado la alerta, en un informe considerado en el curso de su 22o. periodo de sesiones, sobre el peligro creciente que entrañan estas sustancias psicotrópicas no sujetas todavía a control internacional (barbitúricos, ciertos tranquilizantes, anfetaminas y drogas psicodislépticas como el LSD).

En términos generales, se puede decir que cualquier droga psicotrópica que alivie el dolor, produzca placer o acentúe ciertas sensaciones o relaciones interpersonales puede constituirse en objeto de dependencia desde el punto de vista psicológico. La dependencia física, que implica síndrome de abstinencia, se produce en el caso de menos drogas, pero entre éstas figuran los barbitúricos, el alcohol y los alcaloides derivados del opio.

El consumo de este tipo de productos se ha visto considerablemente aumentado en los últimos años, especialmente entre los jóvenes, dato que debe interpretarse como un índice de los tiempos que corren, y el hecho debe ser comprendido a la luz de los cambios socioculturales que vivimos. Las drogas están jugando un papel en el equilibrio psicosocial de muchos jóvenes, facilitándoles el establecimiento de ligas de solidaridad con los de su grupo de edad, y permitiéndoles expresar su desafío a la autoridad y a las convenciones sociales, así como satisfacer su anhelo exaltado de aventura.²

Feigl, en un estudio realizado en 1969 en relación con el abuso de drogas en los adolescentes,³ divide a éstos en varios grupos. El primero es el alegre grupo social en el cual el cigarrillo de la marihuana pasa por cada uno de ellos como un acto de complacencia. Les coloca aparte del mundo de los adultos y refuerza su

asociación en el grupo; además tiene el atractivo de que están realizando algo en contra de sus reglas, aumentando con ello más la diversión. En grupos como éste, el uso de la marihuana puede ser un capricho pasajero, pero desgraciadamente muchos casos problemas tuvieron su primera introducción recorriendo este camino.

El más grande grupo de consumidores constantes de drogas lo forman quienes las usan para "escapar". Estos se encuentran llenos de sentimientos de ira y depresión, siendo incapaces de establecer una comunicación adecuada con sus padres acerca de sus problemas o bien de hacerles frente.

Otro grupo, posiblemente el más pequeño, parece determinado a castigar al mundo por haberles causado enojo, depresión o frustración; consumen drogas esperando ser descubiertos o bien las comercian con el afán de ser arrestados para que sus padres y familiares sufran la angustia que ellos mismos sienten. Algunos de los más jóvenes son abiertamente autodestructivos, pareciéndoles que la muerte es la única tregua, por lo que frecuentemente asumen conducta o pensamiento suicidas.

Por los motivos anteriormente señalados, la Comisión sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, en el informe mencionado, señaló lo siguiente:

"El consumo extramédico de sustancias psicotrópicas se ha convertido ya en un problema serio para varios países, tanto desde el punto de vista social como del de la salud pública, y en otros tiende a asumir proporciones cada vez mayores." Y más adelante: "Un abuso de orden epidémico de estas sustancias constituye paladinamente un verdadero peligro en

aquellos países que no estén preparados para combatirlo."

Estos conceptos, contenidos en un órgano informativo de la UNESCO,⁴ llaman la atención acerca de un problema de tipo universal y de la urgente necesidad de iniciar en nuestro país actividades destinadas a contrarrestar esta situación.

Por este motivo se ha seleccionado este tema para ser estudiado en el seno de la Academia Nacional de Medicina, con el fin de tener, a través de las investigaciones, experiencias clínicas, y otras activida-

des de profesionistas altamente calificados, un panorama real de lo que está sucediendo actualmente en México en relación con este importante problema medicosocial.

REFERENCIAS

1. Louria, D. B.: *Some aspects of the current drug scene*. Pediatrics 42:904, 1968.
2. De la Fuente, R.: *Uso y abuso de las drogas estimulantes y alucinógenas*. Psiquiatría 2:92, 1969.
3. Feigel, H. C.: *Teenage drug abuse*. Clin. Pediat. 8:123, 1969.
4. *Alto al tráfico de la droga*. Correo UNESCO 21:4, 1968.

II

ASPECTOS FARMACOLOGICOS DEL ABUSO DE DROGAS EN MEXICO

JOSÉ CARRANZA-ACEVEDO *

Tradicionalmente se han considerado como nocivos al individuo y a la sociedad los fármacos que producen dependencia física, como es el caso de los derivados del opio, morfina, heroína y codeína; tanto que a estos fármacos se les ha designado popularmente con el nombre de "drogas".

En cambio, por mucho tiempo se pensó que aquellas sustancias que sólo producen dependencia psíquica, no eran dañinas, como es el caso de la marihuana.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado el nuevo término *abuso de fármacos*, como el que describe en forma

más clara el problema que nos ocupa, y abarca el abuso de todas aquellas sustancias nocivas para el individuo y la sociedad, y entre las que se incluyen, tanto los fármacos que producen adicción o dependencia física (morfina, heroína, codeína, anfetaminas, barbitúricos), como aquellos que sólo producen habituación o dependencia psíquica (cocaína, marihuana, solventes inhalados, algunos tranquilizantes y algunos hipnóticos no barbitúricos).

El abuso de fármacos con efectos psicotomiméticos, psicodélicos y euforizantes, es claramente perjudicial, tanto al individuo como a la sociedad, según datos encontrados en numerosas publicaciones.

A continuación se referirán algunos de los aspectos farmacológicos más impor-

* División de Farmacología, Departamento de Investigación Científica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

tantes de las sustancias que con mayor frecuencia son empleadas con abuso por la juventud mexicana y por la de otras regiones del mundo.

Marihuana

Los efectos de la marihuana ocurren a los pocos minutos de que se inhalan cigarrillos conteniendo el principio activo de esta yerba, o tetrahidrocanabinos. Los efectos son también de corta duración.

La marihuana produce aumento sostenido de la frecuencia cardíaca, aumento en la presión arterial, congestión vascular de la conjuntiva ocular, ligero aumento en la glucemia, aumento de la frecuencia urinaria sin diuresis, resequedad de la boca y faringe, náusea, vómito y diarrea ocasionales. En sujetos que abusan de la marihuana, se presentan con frecuencia edema de la úvula y estado de bronquitis crónica.

Los efectos subjetivos varían de acuerdo con la dosis utilizada y con la personalidad de quien la usa. Las reacciones más comunes son: estados de ensueño, con alteraciones de la conciencia consistentes en que el sujeto tiene ideas desconectadas e incontrolables, que aparecen en secuencias interrumpidas. La percepción del tiempo y el espacio se alteran gravemente, así como la memoria de hechos recientes.

Obviamente, todos estos efectos producen alteraciones serias de la conducta, similares a las que se presentan en algunas psicosis, cuando los pacientes pierden contacto con la realidad.

La marihuana posee la característica de ser un depresor cortical pero euforizante, lo cual, aunque parezca contradictorio, es bien explicado por los efectos descritos

de somnolencia, a la vez que encontrarse con un estado de ánimo muy elevado.

La marihuana produce cambios electroencefalográficos, consistentes en aumento de frecuencias menores tipo alfa. Algunos sujetos desarrollan estados de pánico y pensamiento paranoide, y existen ya numerosos informes de estados psicóticos alucinatorios producidos por la inhalación de marihuana.

Tanto la capacidad mental como la coordinación motriz son afectadas por dosis bajas de marihuana; dosis mayores producen una desintegración mental temporal y estados de despersonalización.

Aunque hasta la fecha no existen estudios que demuestren un aumento en la criminalidad causada como efecto farmacológico de la marihuana, sí hay evidencia de que el número de actos criminales entre grupos de jóvenes que abusan de la marihuana ha aumentado, pudiendo esto ser explicado por las alteraciones serias en la percepción y el estado de vigilia, ya que ambos aumentan el índice de accidentes automovilísticos o de otra índole.

Durante los últimos dos años han aumentado considerablemente las publicaciones sobre los efectos de la marihuana tanto en humanos, como en diversas especies de animales de laboratorio; sin embargo, faltan todavía estudios que definan con claridad cuáles son los efectos tóxicos específicos producidos por la administración crónica de marihuana.

Anfetaminas

Son estimulantes del estado de vigilia, con propiedades inhibitoras de la monoaminooxidasa, que tienen un efecto euforizante. Su uso crónico produce alucina-

ciones auditivas, trastornos conductuales, delirios y pensamiento paranoide. También hay comunicaciones de depresiones graves y suicidios en sujetos adictos a las anfetaminas, cuando se suprime bruscamente su administración.

Las anfetaminas fueron introducidas en la terapéutica médica hace ya más de veinte años, como sustancias anoréxicas coadyuvantes en el control de pacientes que sufrían obesidad.

Actualmente tienen como únicas indicaciones genuinas la narcolepsia y los síndromes de hiperactividad infantil asociados a daño cerebral mínimo difuso. Son de las sustancias psicotrópicas euforizantes más empleadas por la juventud actual, y se usan por vía bucal y parenteral.

El DOM o STP es la droga alucinógena más potente que se conoce y su estructura química es la de una anfetamina con dos grupos metoxilos y uno metilo en el anillo fenilo.

Como se anota previamente, los efectos agudos de las anfetaminas son euforizantes, pero su administración crónica produce depresión motriz, pensamiento paranoide y alucinaciones auditivas, que en ocasiones hacen necesaria la hospitalización en muchos jóvenes. Los investigadores japoneses señalan que el abuso de anfetaminas en la postguerra aumentó considerablemente el número de ingresos a los hospitales psiquiátricos del Japón; y muchos de esos pacientes quedaron internados en forma definitiva con diagnósticos de psicosis anfetamínicas y deterioro mental.

Psicodélicos

Entre estos compuestos, son empleados con abuso por la juventud la LSD-25, la psilocibina y la mescalina.

Producen euforia y psicosis tóxicas, que han llevado en numerosas ocasiones a conducta errática y peligrosa para el individuo, la familia y la sociedad.

La LSD-25 es uno de los fármacos más activos que se conocen en la actualidad. Produce estados psicóticos alucinógenos a dosis de 1 a 2 microgramos por kilogramo de peso.

La administración crónica de LSD produce graves efectos colaterales, entre los que se mencionan la aparición de estados psicóticos sin la ingestión del fármaco y precipitados por factores ambientales. Se encuentra también que los jóvenes que ingieren habitualmente este compuesto han cambiado dramáticamente sus sistemas de valores; y de individuos entusiastas y promotores de cosas útiles a la sociedad, han cambiado su conducta a una de pasividad, misticismo y fantasías.

Muchos de los jóvenes que han abusado de la LSD, al tratar de volver al trabajo han descrito falta de motivación, incapacidad para concentrarse, y preocupaciones en fantasías que les impiden realizar un trabajo productivo.

Además, debe notarse que la aparente inocuidad de los efectos de sustancias psicotrópicas como la marihuana y las anfetaminas se basaba en observaciones sobre los efectos agudos de dichos fármacos, pero ahora se sabe bien que la administración repetida de marihuana y anfetaminas produce efectos altamente nocivos de dos tipos:

Daños psicológicos, porque los estados de euforia, disociativos o psicóticos de repetición producen cambios de personalidad que llevan a conducta errática y *daños cerebrales* que han sido claramente demostrados para las anfetaminas, y que diversos grupos de investigadores estudian

actualmente con referencia a la marihuana.

Conviene señalar que los individuos que abusan de la marihuana, anfetaminas, cocaína, heroína, solventes inhalados, psi-

codélicos o diversas combinaciones de estas sustancias, tienen en común la búsqueda de estados placenteros artificiales y grotescos, y además promueven un aislamiento social.

III

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

RAMÓN DE LA FUENTE * ‡ y CARLOS CAMPILLO-SERRANO ‡

En los últimos años, se ha apreciado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Español, un aumento considerable y progresivo en el número de jóvenes que sufren trastornos psiquiátricos aparentemente relacionados con el consumo de drogas estimulantes y alucinógenas. En tanto que en el lapso comprendido entre los años de 1959 a 1962 ingresaron a nuestro servicio 8 enfermos menores de 21 años que sufrían trastornos psiquiátricos relacionados con el abuso en el consumo de drogas, en el lapso comprendido entre 1968 y 1971 hemos estudiado y tratado a 69 jóvenes, con problemas de esta naturaleza.

Describimos en este artículo nuestras observaciones en esos jóvenes, 53 varones y 16 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 13 y 22 años.

Cada uno de los enfermos incluidos en esta relación, fue objeto de un examen clínico extenso, que incluyó, además de los exámenes médicos de rutina, un nú-

mero variable de entrevistas directas, la aplicación de pruebas psicológicas y examen neurológico y electroencefalográfico. Los datos obtenidos en las entrevistas iniciales fueron complementados con los datos obtenidos en el curso de la hospitalización y del manejo psicoterapéutico de los enfermos y con información proporcionada por parientes y allegados, hasta llegar a una valoración final del caso que es la que sirve de base a nuestras apreciaciones.

El estudio tuvo como objetivos esclarecer en cada caso los siguientes factores:

Características clínicas del trastorno psiquiátrico que motivó la hospitalización del enfermo.

Droga o drogas usadas; cantidad, frecuencia, duración y relación cronológica con la iniciación del trastorno.

Conducta y rasgos dominantes en el carácter del enfermo, como condiciones previas al consumo de las drogas, con el propósito de identificar la preexistencia o ausencia de perturbaciones y tendencias psicopatológicas.

* Académico numerario.

‡ Unidad de Psiquiatría, Hospital Español de México.

Vida familiar, escolar y social del enfermo con el propósito de identificar circunstancias relevantes para la comprensión del caso y antecedentes familiares patológicos.

Se organizaron las observaciones, agrupando finalmente a los enfermos en tres apartados, basándose en la droga que en forma exclusiva o preferente, fue objeto de uso prolongado y/o excesivo: anfetaminas, marihuana y drogas alucinógenas.

Es importante consignar que la tendencia a usar más de una droga, ya sea en forma sucesiva o combinada, se observó en 49 de nuestros enfermos. Se consideró como droga principal, a aquella cuyo uso fue predominante durante las semanas que antecedieron a la iniciación del trastorno psiquiátrico; o tuvo una relación cronológica directa con él. Las combinaciones más frecuentes, tal como ha sido señalado por otros autores,^{1, 2} fueron la de anfetaminas con barbitúricos en forma simultánea y la de marihuana y drogas alucinógenas en forma simultánea o sucesiva.

Anfetaminas

En diecisiete enfermos se presentaron trastornos psiquiátricos relacionados en alguna forma con el abuso de las anfetaminas: 11 varones y 6 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 16 y 22 años. Las dosis que consumieron, variaron entre 70 y 1 000 mg. al día y los enfermos admitieron haberlas usado por un tiempo no menor de 18 semanas. Nueve enfermos ocultaron tenazmente y negaron con vehemencia su adicción; este rasgo fue más frecuente en los consumidores de anfetaminas que en los de otras drogas. Las anfetaminas preferidas fueron el sulfato

Cuadro 1 Trastornos psiquiátricos y anfetaminas

	No. de casos
1. Psicosis esquizofreniformes	6
Alucinaciones auditivas. Delirio persecutorio. Agitación. Angustia e insomnio. Principio agudo. Sensorio claro. Desaparición con la suspensión de la droga. No recurrieron en forma independiente	
2. Psicosis maniatiformes	2
Hiperactividad física y mental. Ideas grandiosas. Desaparición con la suspensión de la droga. No mostraron tendencia a recurrir en forma independiente	
3. Cambios de personalidad y conducta	4
Hostilidad, suspicacia, antagonismo. Abandono de intereses escolares. Conducta antisocial	
4. Entidades nosológicas independientes	5
Iniciación o agudización coincidente con el abuso prolongado. Persistencia durante semanas o meses después de su suspensión. Evolucionaron independiente-mente	
Total	17

y el fosfato de bencedrina y la dextedrina.

Los trastornos psiquiátricos que observamos en los enfermos que abusaron de las anfetaminas se anotan en el cuadro 1.

1. Psicosis, de principio agudo o subagudo, con alucinaciones auditivas, delirio persecutorio, agitación o angustia e insomnio; que cursaron con sensorio claro y terminaron en los primeros días después de la suspensión de la droga y no recurrieron en forma independiente a la reanudación de su consumo (6 casos).

La semejanza del cuadro clínico, descrito por numerosos autores³⁻⁵ con las psicosis esquizofrénicas es notable, y cuan-

do se desconoce la adicción, el diagnóstico puede ofrecer dificultades.

2. Psicosis de principio agudo o subagudo con hiperactividad física y mental e ideas grandiosas, sin alucinaciones, que cursan sin confusión y ceden también durante los primeros días después de la suspensión de la droga. No muestran tendencia a recurrir en forma independiente (2 casos). El cuadro clínico conocido se semeja al de los estados hipomaniacos.⁴

3. Cambios progresivos y persistentes en la personalidad y la conducta; hostilidad, suspicacia, antagonismo y exaltación sexual (4 casos); el cuadro clínico se semeja a la conducta sociopática.⁶

La suspensión de la droga trajo consigo la completa desaparición de los síntomas en 2 a 7 días. No se observó persistencia de los síntomas ni de los cambios conductuales, ni su repetición, salvo en los casos en que el sujeto recurrió nuevamente a la droga.

4. Trastornos identificables como entidades nosológicas independientes, cuya iniciación o agudización coincidió con el abuso prolongado de la droga y que persistieron semanas o meses después de su suspensión o evolucionaron en forma independiente. En estos enfermos fue posible establecer la presencia previa de rasgos psicopatológicos, tales como ciclotimia marcada (2 casos), esquizofrenia (2 casos), alteración del lóbulo temporal (un caso).

Es de pensarse que en estos enfermos, las anfetaminas intervinieron como agentes activadores de predisposiciones malignas o de trastornos incipientes, o bien que la adicción fue consecuencia del trastorno y no su causa.⁴ En la categoría anterior se ha situado a 5 de nuestros enfermos.

En este grupo, 2 enfermos presentan alteraciones electroencefalográficas de tipo inespecífico y 2 más, alteraciones disrítmicas del lóbulo temporal.

Cinco enfermos, 4 de ellos mujeres, declararon haberse iniciado en el consumo de la droga por el deseo de disminuir el apetito, y reducir de peso. Siete se iniciaron en su uso por el deseo de incrementar su capacidad para el trabajo intelectual o físico en épocas de demanda excesiva; 4 enfermos usaban la droga con el deseo deliberado de obtener placer, inducidos por otros jóvenes.

Marihuana

Se han estudiado y tratado 33 jóvenes, 28 varones y 5 mujeres, que sufrían trastornos mentales aparentemente relacionados con el consumo de marihuana en cantidades que fluctuaron entre 2 y 16 cigarrillos, una o más veces por semana, durante un tiempo mayor de 16 semanas en 30 de los casos. En los tres restantes el uso fue más ocasional o por un tiempo menor, pero de cualquier modo, excesivo.

Los enfermos de este grupo sufrieron los trastornos que se describen en el cuadro 2.

1. Psicosis (de tipo tóxico), con alucinaciones predominantemente visuales, desorientación y angustia, que se iniciaron en relación inmediata con el consumo excesivo de marihuana y que terminaron dentro de los 7 primeros días después de la suspensión de la droga (7 enfermos); 3 de ellos tenían escasa experiencia con la droga y fueron sorprendidos por la gravedad y persistencia de sus efectos.

2. Trastornos caracterizados por la recurrencia espontánea de efectos ya experimentados por el sujeto en relación con

el consumo de dosis elevadas de la droga (6 a 8 cigarrillos). Alteraciones de la percepción, del sentido del tiempo, del espacio y de la conciencia del yo, a veces con angustia y depresión o bien con sentimientos paranoides o grandiosos. Dos de nuestros enfermos sufrieron este tipo de alteraciones que no son diferentes de los que sufren algunos jóvenes, como consecuencia del abuso de drogas alucinógenas mayores.

3. Cambios de la personalidad, caracterizados por apatía, pérdida de interés en el estudio y en el logro de objetivos a largo plazo; abandono personal y apagamiento de la afectividad y del impulso a la comunicación (12 casos). Los cambios que estos enfermos mostraron, fueron claros en relación con su personalidad previa y 8 de ellos eran jóvenes adictos que habían fumado marihuana con regularidad por un tiempo mayor de dos años.

Se juzgó que en los trastornos descritos, hubo relación indudable aunque no exclusiva, entre el abuso de marihuana por tiempo prolongado, y el cambio en la personalidad.

4. Entidades nosológicas independientes: esquizofrenia, psicosis maniaca o epiléptica, aparentemente desencadenadas o agudizadas por el abuso de la droga, o coincidentes con su uso, que persistieron después de su suspensión se identificaron en 12 casos, en 8 de los cuales, fue posible establecer la presencia de esquizofrenia simple, residual o latente. La marihuana aparentemente activó procesos incipientes o disposiciones malignas en unos casos; en otros, se interpretó que su uso se debió a sus efectos ansiolíticos e integradores.

Vale la pena mencionar que 22 enfermos afirmaron haberse iniciado en el uso

Cuadro 2 Trastornos psiquiátricos y marihuana

	No. de casos
1. Psicosis tóxica	7
Alucinaciones (predominantemente visuales). Confusión mental. Angustia. Iniciación inmediata con el consumo de la droga. Terminación con la suspensión de la droga	
2. Recurrencia espontánea de los efectos	2
Alteración de la percepción. Alteración en el sentido de tiempo y espacio. Alteración de la conciencia del yo. Alteraciones del estado afectivo y sentimientos paranoides o grandiosos	
3. Cambios de personalidad y conducta	12
Apatía. Pérdida de interés en el estudio y otros objetivos. Abandono personal. Apagamiento de la afectividad. Aislamiento	
4. Entidades nosológicas independientes	12
Iniciación o agudización coincidente con el abuso prolongado. Persistencia durante semanas o meses después de su suspensión. Evolucionaron en forma independiente	
Total	33

de la marihuana por curiosidad, aburrimiento o simplemente por el placer que proporciona su consumo. Sin embargo, 12 admitieron haber encontrado en ella un agente eficaz para reducir su angustia, avivar su vitalidad embotada o mejorar su capacidad para las relaciones sociales y su eficacia en el trabajo intelectual o artístico. Ninguno de ellos pensó que su consumo entrañaba peligros reales para su equilibrio mental. Tres de estos enfermos presentaron alteraciones electroencefalográficas de tipo difuso e inespecífico, y cuatro presentaron síntomas característi-

Cuadro 3 Trastornos psiquiátricos y drogas alucinógenas

	No. de casos
1. Angustia y/o depresión intensa	9
Inicio bajo los efectos de la droga. Días o semanas de duración	
2. Recurrencia espontánea de los efectos	2
Alteraciones en la percepción. Alteración en el sentido del tiempo y espacio. Alteraciones de la conciencia del yo. Alteraciones del estado afectivo. Sentimientos paranoides o grandiosos	
3. Cambios de personalidad y conducta	4
Cambios persistentes en las actitudes ante la vida. Abandono de los valores convencionales. Pérdida de interés en metas lucrativas. Pasividad. Tendencias regresivas (a la vida nómada y naturalista)	
4. Entidades nosológicas independientes	4
Inicio o agudización coincidente con el uso de la droga. Evolución independiente	
Total	19

cos de disritmia del lóbulo temporal. Ambos tipos de alteraciones se consideraron existentes con anterioridad al abuso de la droga.

Ya se ha señalado que algunas manifestaciones psicopatológicas que sufren personas que consumen marihuana en dosis elevadas, son similares a las que se observan como consecuencia del uso de la LSD y de otras drogas alucinógenas. Estas observaciones confirman la opinión de varios autores⁷⁻⁹ en el sentido de que la marihuana en dosis bajas es un euforizante-tranquilizante, de efectos discretos,

y en dosis elevadas una droga alucinógena y psicodélica.

No siempre es fácil afirmar que los estados de apatía, desinterés y falta de concentración en el estudio, que se observan en consumidores crónicos de marihuana, son consecuencia del abuso prolongado de la droga, o si se trata de jóvenes que sufren formas apagadas o simples de esquizofrenia, en quienes el consumo de la droga es coincidente o secundario. Sin embargo, nos sentimos fuertemente inclinados a considerar, de acuerdo con otros autores,^{8, 10} que la primera de estas proposiciones es válida en el mayor número de casos.

Drogas alucinógenas

Diecinueve de nuestros enfermos presentaron trastornos psiquiátricos susceptibles de ser relacionados con el uso de drogas alucinógenas. Catorce a la LSD, dos a los hongos *Psilocibe mexicana*, y uno a la mescalina.

La droga alucinógena usada predominantemente fue LSD y en 15 casos los jóvenes se iniciaron en su consumo después de haber usado marihuana y otras drogas por un tiempo variable, pero generalmente prolongado. Las dosis de LSD usadas cada vez, fluctuaron entre 250 y 1 000 µg. y el número de veces osciló entre 1 y 40.

Fue notable que algunos sujetos presentaran perturbaciones graves como consecuencia de un solo "viaje", en tanto que otros, las presentaron en forma inesperada después de un número de "viajes" sin consecuencias desafortunadas.

Los trastornos psiquiátricos observados aparecen en el cuadro 3.

1. Trastornos de la afectividad, angustia o depresión graves que se iniciaron

cundo el sujeto estaba bajo el efecto de la droga y que se prolongaron por días o semanas después de su ingestión (9 casos). En ocasiones, estas depresiones tuvieron caracteres muy semejantes a los de las depresiones endógenas y en el curso de ellas algunos enfermos presentaron fuertes tendencias autodestructivas tal como ha sido descrito en la literatura.¹¹

2. Recurrencia, ya sea en forma espontánea o por la acción de estímulos sensoriales intensos, de manifestaciones ya experimentadas por el sujeto bajo los efectos de la droga: alteraciones de la percepción, alucinaciones, alteraciones en el sentido del tiempo y del espacio, ideas grandiosas, sentimientos de exaltación mística y de transformación del yo (dos casos).

3. Transformación persistente y radical de las actitudes vitales; repudio de los valores convencionales, pasividad y pérdida de interés en el logro de metas lucrativas, ideas pseudomísticas, tendencias regresivas a la vida nómada y naturalista.

4. Trastornos identificables como entidades nosológicas autónomas, cuya iniciación o agudización coincidió con el abuso de la droga por tiempo prolongado y que evolucionaron en forma independiente.

Un síntoma observado en ocho de nuestros casos es la vivencia de que la propia mente ha desarrollado la capacidad especial de enviar y recibir mensajes mediante señales imperceptibles. Este síntoma, que ha mostrado ser resistente al tratamiento, se diferencia del delirio de influencia en cuanto a que implica tanto la capacidad de recibir mensajes como de transmitirlos.

Diez de los enfermos en este grupo, eran sujetos inafectivos e inefectivos que

Cuadro 4 Rasgos neuróticos del carácter en jóvenes que sufrieron trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas

	Anfetaminas	Marihuana	Drogas alucinógenas	Total
Tendencias pasivo-dependientes	2	2	6	10
Tendencias a la obstinación y antagonismo	3	9	5	17
Propensión a la búsqueda de aventuras y riesgos innecesarios	1	6	7	14
Tendencias al autismo y a la retirada de contactos humanos	3	5	6	14
Angustia y tendencias depresivas	3	13	3	19

esperaban que el uso de la droga les permitiría superar su inafectividad, su abulia, su carencia de comunicación y su improductividad.

Del análisis de los rasgos de carácter más prominentes en nuestros enfermos, se desprende que 55 mostraban, antes del abuso de la droga, tendencias neuróticas en forma pronunciada (cuadro 4): *a*) tendencias pasivo-dependientes, 10 casos; *b*) tendencias a la rebeldía y a la obstinación, 17 casos; *c*) propensión a la búsqueda de aventuras peligrosas y a correr riesgos innecesarios, 14 casos; *d*) tendencias al autismo y a la retirada de los contactos humanos, 14 casos. En 19 fueron aparentes la angustia persistente o las tendencias cicloides o depresivas.

Del análisis del medio familiar del grupo de enfermos considerados en su conjunto, se desprende que 14 provenían de

Cuadro 5 Medio familiar de jóvenes con trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas

	Anfetaminas	Marihuana	Drogas alucinógenas	Total
Hogares desintegrados	4	7	3	14
Padre muy débil	5	7	10	22
Padre autoritario	4	20	4	28
Madre rechazante	3	13	4	20
Madre sobreprotectora	7	13	10	30
Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos	6	9	4	19

hogares desintegrados o muy pobremente integrados (cuadro 5). En 22 casos fue notoria la debilidad del padre y su carencia de autoridad y en 28 casos su autoritarismo irracional. En 20, el rechazo por parte de la madre fue aparente, y en 30, la sobreprotección e indulgencia excesivas de la madre fueron notorias. En diecinueve casos fue posible identificar en los parientes cercanos a personas que habían sufrido trastornos psiquiátricos abiertos.

Comentarios

Del análisis de nuestros casos se desprende que un número importante de los 69 enfermos estudiados sufría padecimientos psiquiátricos directa y específicamente relacionados con el consumo de drogas; en otros, las drogas fueron sin duda, un eslabón en la cadena de sucesos etiopatogénicos, ya sea como agentes activadores de procesos patológicos latentes o bien, propulsores de procesos patológicos en marcha.

Es cierto que muchos miles de jóvenes entran en contacto con las drogas y las abandonan sin sufrir daño alguno después de haber experimentado un tiempo con ellas; otros, relativamente pocos en número, desarrollan dependencia y se habitan a su uso, y un número proporcionalmente reducido de ellos sufre patología psiquiátrica, reversible la mayor parte de las veces, y permanente en ocasiones.

El análisis de nuestros casos muestra que el peligro de sufrir trastornos psiquiátricos como consecuencia del abuso de las drogas, depende por una parte de la personalidad del sujeto, de sus tendencias neuróticas y sus proclividades patológicas, y por otra, de la clase de droga que usa, sus cantidades, la frecuencia y el tiempo. Es impresionante el número elevado de jóvenes cuyo carácter mostraba ya, antes de la iniciación de su padecimiento que les hizo llegar hasta nosotros, tendencias del carácter que parecieron intervenir en forma predisponente y también una carga familiar de patología psiquiátrica mayor que la esperada. Estas observaciones deben ser ampliadas en estudios subsecuentes.

Los peligros inherentes al abuso de las anfetaminas, drogas que a diferencia de las otras que se han considerado, inducen marcada dependencia y tolerancia, son bien conocidos desde los trabajos de Connell.⁴ Las psicosis y los trastornos de la personalidad que la droga induce, son específicos. No hemos observado casos sospechosos de sufrir daño orgánico irreversible como han sido descritos en la literatura,^{12, 13} tanto en humanos como en animales de experimentación.

Hay en la literatura internacional numerosos trabajos^{11, 14-21} (cuadros 6 y 7) y una comunicación previa de uno de los

Cuadro 6 Dependencia

Tipo	Dependencia psíquica	Dependencia física	Síndrome de abstinencia	Tolerancia	Sensibiliza- ción
Morfina	+++ (Impulsión conti- nua irresistible)	+++	+++ (Característico)	+++	
Alcohol- barbitúrico	++ (Impulsión periódica o continua)	++	++ (Característico)	+ (Inicial)	+
Cocaína	+				+
Anfetamina	++		+ (Depresión)	+++	
<i>Cannabis</i>	+				
Alucinógenos	+			+ más lenta con mescalina	
Solventes	+			+	

Datos de la O.M.S.

autores,²² que ponen de manifiesto las graves perturbaciones, ya sea agudas, recurrentes o persistentes y las profundas transformaciones de la personalidad relacionadas con el uso de drogas sicodélicas. En tanto que el valor de sus efectos para fomentar la creatividad y ampliar la experiencia personal en una dirección positiva no ha sido comprobada,^{14, 21} sí en cambio puede decirse que para algunos jóvenes resultan más bien ser agentes psicolíticos, que reducen su racionalidad y suscitan en ellos tendencias regresivas.

Si bien la marihuana, usada en dosis bajas, es una droga euforizante y tranquilizante de efectos moderados, sus potencialidades patogénicas no son, a la luz de nuestra experiencia, desdeñables. Es muy posible que la mayor parte de los jóvenes usuarios no sufran por serlo, consecuencias graves, pero nos inclinamos a pensar, que la marihuana a diferencia de lo que opinan sus campeones,^{23, 24} es además de un agente productor de psicosis tóxicas

benignas,^{8, 25, 26} capaz de inducir ocasionalmente trastornos mentales similares a los que causan las drogas alucinógenas, pero sobre todo, de producir en algunos

Cuadro 7 Prevalencia del uso de marihuana por los jóvenes en E.U.A.

Costa oriental	High schools	22.7%
	Colleges	18.7%
Costa occidental	High schools	10.8%
	Colleges	19.0%

Cifras promedio de varios estudios (J. S. Hochman, U.C.L.A.).

			Varones	Mujeres
San Francisco, California	Clase media alta	High schools	35%	22.3%
	Clase media baja	High schools	13%	7.0%

(Brill y col.)

de sus usuarios crónicos, cambios persistentes en la personalidad en dirección a la pasividad y al autismo.^{10, 27}

Por último, quisiéramos señalar que las drogas estimulantes y psicodélicas, cuyo abuso es favorecido por opiniones mal informadas que exaltan sus virtudes y niegan sus peligros, ejercen sobre muchos jóvenes una fascinación especial, porque les permiten huir del aburrimiento y afirmar su protesta y su espíritu de aventura.

El precio que hay que pagar es, en ocasiones, elevado.

REFERENCIAS

1. Marham, F.: *Epidemiological aspects of adolescent drug dependence*. Nueva York, Pergamon Press, 1969.
2. Mac Glothlin, W. N.: *The marihuana problem: an overview*. Amer. J. Psychiat. 125: 370, 1968.
3. Bell, D. S.: *Comparison of amphetamine psychosis and squizofrenia*. Brit. J. Psychiat. 3: 701, 1965.
4. Connel, P. A.: *Amphetamine psychosis*. Maudsley Monograph No. 5 Londres, Oxford University Press, 1958.
5. Young, G. D. En: Med. Clin. N. Amer. 22: 637, 1938.
6. Scott, P. D., y Wilcox, D. R. C.: *Delinquency and the amphetamines*. Brit. J. Psychiat. 3: 865, 1965.
7. Isbell, H.; Gorodetsky, C., y Jasinski, D.: *Effects of (—)-trans tetrahydrocannabinol in man*. Psychopharmacologia 11:184, 1967.
8. Keeler, M. H.: *Adverse reactions to marihuana*. Amer. J. Psychiat. 124:674, 1967.
9. Weil, A. T.: *Clinical and psychological effects of marihuana in man*. Science 162:1234, 1968.
10. Brill, N. Q.: *The marihuana problem*. Ann. Int. Med. 73:449, 1970.
11. Cohen, S., y Ditman, K. S.: *Complications associated with L.S.D.* JAMA 161, 1962.
12. Oswald, I., y Thacore, V. R.: *Amphetamine and phemetazine addition; physiological abnormalities in the abstinence syndrome*. Brit. J. Med. 2:427, 1953.
13. Utena, H.; Ezoe, T.; Kato, M., y Hada, J.: *Neurochem.* 4:161, 1963.
14. Blacher, K. H.: *Chronic users of L.S.D.; the acidheads*. Amer. J. Psychiat. 125:341, 1968.
15. Cole, J. O.: *The psychomimetic drugs*. JAMA 191:92, 1965.
16. Cohen, S., y Ditman, K. S.: *Prolonged adverse reactions to L.S.D.* Arch. Gen. Psychiat. 8: 475, 1963.
17. Frongch, W. A.: *Untoward reactions to L.S.D. resulting in hospitalization*. New Eng. J. Med. 273:1235, 1961.
18. Louria, D. B.: *Abuse of LSD, an increased problem; adolescent drug dependence*. Nueva York, Pergamon Press.
19. MacGlothlin, W. N.: *Organicity measures following repeated ingestion*. Arch. Psychiat. 21:704, 1969.
20. Rosenthal, S. A.: *Persistence hallucinosis following repeated administration of hallucinogenic drug*. Amer. J. Psychiat. 121:238, 1964.
21. Ungerleider, E.: *The danger of LSD*. JAMA 197:389, 1966.
22. De la Fuente, R.: *Trastornos mentales persistentes inducidos por drogas alucinógenas*. Psiquiatría 1:42, 1968.
23. Grinspoon, L.: *Marihuana*. Scient. Amer. 221:17, 1969.
24. Kaplan, J.: *Marihuana. The new prohibition*. Cleveland, World Publishing Co., 1970.
25. Bromberg, W.: *Marihuana intoxication*. Amer. J. Psychiat. 91:303, 1934.
26. Keeler, M. H.: *Motivation for marihuana use*. Amer. J. Psychiat. 125:386, 1968.
27. Committee on alcoholism and drug dependence. *Dependence on Cannabis*. JAMA 210:386, 1967.

CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO

RAFAEL VELASCO-FERNÁNDEZ

Como se sabe bien, el consumo de las drogas que causan dependencia está muy difundido en el mundo. Nuestro país no ha escapado a este fenómeno medicosocial que interfiere con la salud pública de modo tan especial. El problema nos parece inquietante sobre todo porque afecta a quienes, debido a su edad, están en la mejor oportunidad de contribuir con su esfuerzo y productividad al progreso nacional. Pero es asunto de la mayor importancia saber su magnitud real, y abordarlo evitando hasta donde sea posible las deformaciones que provienen de la carga emocional que acompaña casi siempre a las reflexiones que se hacen sobre este tema.

Ya se ha dicho mucho sobre la gravedad que reviste la farmacodependencia en México. Incluso entre los médicos, se han adoptado las actitudes más divergentes: desde la que traduce un optimismo basado en algunos hechos, hasta la más angustiada, que nos sitúa en el umbral de la desintegración moral de nuestra juventud. Como se verá, ninguna de estas dos posturas extremas se justifica, a juzgar por los datos que se poseen. Por lo demás, como faltan los estudios epidemiológicos esclarecedores, cada persona, conocedora o no de estos asuntos, se deja impresionar por lo que ve y oye según su estado anímico, su situación social y su conocimiento de la realidad.

Con facilidad se tiende a las exageraciones, en parte porque siempre impresiona el descubrimiento de algún caso, y en parte porque a través de los medios de comunicación se tiene una idea de lo que pasa en otros países y esto es por lo menos inquietante. Pero en relación con lo que ocurre en algunas naciones desarrolladas, México queda muy distante tanto en lo que toca a la gravedad social del problema, como a la velocidad de la intensificación que se observa por regla general. En Canadá, por ejemplo, en 1970 se consumió 273 por ciento más de marihuana que en 1968, 327 por ciento más de LSD, y 215 por ciento más de opiáceos. Esta es una inusitada agravación de la farmacodependencia, debido a factores que no se conocen del todo bien. El hecho es que si continúan aumentando los casos en la misma proporción, sólo llevará 6 años para que todos los jóvenes de Canadá, entre los 15 y los 21 años, consuman alguna droga en forma habitual. En otros países, como Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América, la importancia del problema se ha mantenido en el más alto nivel, pese a que algunos informes señalan, quizá, un principio de declinación.

En lo que toca a México podemos decir, sin faltar a la verdad, que aún está por practicarse la investigación epidemiológica que nos dé una información suficiente sobre el abuso de las drogas que

Cuadro 1 Porcentajes de sujetos que usan drogas

	Marihuana	Estimulantes	LSD
La han experimentado alguna vez	19.8%	14.5%	5.2%
La usaron por algún tiempo	4.2%	2.1%	1.2%
La usan al presente	2.8%	1.0%	0.9%
No las han usado ni las usan	72.4%	81.7%	92.2%

causan dependencia. Ese estudio es planeado en este momento por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección de Salud Mental, bajo la asesoría y colaboración de la Organización Mundial de la Salud, institución que propuso los trabajos para iniciarse a fines del presente año. Es necesario establecer no sólo la proporción de casos, sino también sus modalidades distributivas y las características regionales. Pero el que no se haya efectuado una investigación en gran escala y con procedimientos inobjectables, no quiere decir que no se tenga ya una idea, así sea esquemática, de lo que ocurre en nuestro país respecto a farmacodependencia. Investigaciones parciales, principalmente entre estudiantes, emprendidas por diversas instituciones, nos permiten dar cifras de aproximación que pueden servir para formar una opinión inicial que no carezca de base.

Los estudios que con seguridad se consideran confiables, son varios. Voy a referirme con más detalle al que se practicó en estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria de la U.N.A.M., por el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, bajo la supervisión del doc-

tor Ramón de la Fuente y en cuya planeación y ejecución intervinieron el doctor Agustín Aparicio y el personal de la Dirección de Orientación de Servicios Sociales de la misma casa de estudios. Este laborioso trabajo se llevó a cabo mediante el procedimiento de encuesta y abarcó el 1 por ciento de todos los estudiantes de bachillerato, lo que se considera estadísticamente representativo. Además, la encuesta se aplicó indiscriminadamente a los alumnos en dos muestras que sumaron un total de 847, después de haberse valorado el cuestionario mediante pruebas de inteligibilidad y de veracidad de las respuestas.

Otra investigación importante, es la que se llevó a cabo en el Centro de Orientación Psicológica bajo la supervisión del doctor Juan Lafarga, y que se aplicó en una muestra representativa de alumnos de una institución educativa no oficial. Algunos resultados de esta investigación se presentan en el cuadro 1.

Respecto a las investigaciones en población no estudiantil o mixta, la Dirección de Salud Mental realiza actualmente una encuesta en un Distrito Sanitario. Los resultados arrojan un dato inicial de 10 por ciento de jóvenes que han usado alguna vez la marihuana; los porcentajes son más altos en los muchachos con mayor poder adquisitivo y en los estudiantes, pero todos están dentro del 10 por ciento mencionado. Como la muestra abarcó 3 300 casos y el procedimiento de encuesta fue inobjetable, parece que es un estudio valioso que debe tenerse en cuenta. Igualmente lo es el que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Neurología, en una numerosa muestra integrada por obreros. El 96.1 por ciento de los hombres y el 100 por ciento de las mujeres

de la muestra de 186 obreros no habían usado ninguna droga en los últimos 6 meses. El 2.5 por ciento de los hombres la habían usado una o dos veces por mes en el último semestre previo a la encuesta, y se refirieron específicamente a la marihuana y a los solventes y cementos. Se encontraron 2 casos de uso intenso de peyote y otros 2 de barbitúricos, aunque uno de éstos era epiléptico y los tomaba por prescripción médica.

Indudablemente existen otros estudios, algunos de ellos de provincia, cuyos datos no fue posible concentrar. Puede citarse esto como un ejemplo de la incomunicación e incoordinación que es característica de nuestras instituciones, y que obliga a obtener resultados aislados, inconexos y posiblemente no totalmente válidos. De los que se han citado, que son confiables por su procedimiento y por haber sido supervisados adecuadamente, se pueden deducir algunos hechos importantes y ciertas consideraciones para establecer un criterio general.

En primer lugar, es de hacer notar que la realidad obtenida con cada aplicación de encuestas, resulta comparativamente más baja de lo que se esperaba. Pero esos son los datos, y resultaría poco objetivo no tomarlos en cuenta si se quiere tener un punto de referencia. En segundo término, la proporción de verdaderos farmacodependientes no se puede establecer por ahora, aunque sepamos algo bastante aproximado respecto a los consumidores ocasionales. Es muy conveniente, sin embargo, tener en cuenta la diferencia que hay entre un consumo ocasional y la dependencia psíquica o física en relación con una droga. Con frecuencia se generaliza hablándose de hábito e incluso de dependencia, cuando en realidad un

alto porcentaje de jóvenes usa una o más drogas por una sola vez o en situaciones especiales. Estos, por supuesto, no son farmacodependientes, lo que no evita que deban considerarse, de todos modos, como parte del problema general.

De las modalidades en el uso de drogas, los trabajos citados dicen poco. Sin embargo, hay razones para asegurar que nuestros jóvenes no recurren, salvo en casos verdaderamente excepcionales, al uso intravenoso de anfetaminas, práctica tan extendida en algunos países. No es necesario insistir en que el consumo de los opiáceos es prácticamente desconocido, salvo casos aislados especialmente entre adultos, lo que no constituye en modo alguno un problema social. En cambio, debe preocuparnos el uso de cementos y solventes que en algunos sitios, como los barrios pobres del Distrito Federal, parece estar cobrando importancia.

Otro dato deducible de las encuestas es el relativo a la necesidad de propiciar mejores estudios en las ciudades de provincia. Poco sabemos de lo que pasa fuera del Distrito Federal, pero todo hace suponer que son las ciudades fronterizas del norte las que tienen mayores porcentajes de farmacodependientes, y en segundo término las poblaciones con mayor número de estudiantes.

Es conveniente hacer mención de ciertas características del fenómeno medico-social que nos ocupa, observables en nuestro país aunque no sea de una manera específica. Se trata de la respuesta de la comunidad en general y de los padres de familia en particular. En nuestro medio, quizá porque los niveles de información adecuada sobre estos asuntos son muy bajos, la respuesta del público es más que nada afectiva y de ninguna

manera, salvo excepciones, basada en un juicio crítico razonable. Los "foros" y las discusiones que ciertos organismos no oficiales han patrocinado, no han contribuido a una mejor comprensión del problema, sino a ahondar más las incomprendiones entre las generaciones. Las declaraciones sensacionalistas hechas a la prensa por los especialistas, lo mismo que por otros profesionistas animados de buenas intenciones pero desconocedores de la realidad, instigan esa respuesta irracional del público a la que se ha hecho referencia. Por lo tanto, no sólo son desorientadoras, sino que provocan actitudes que obstaculizan la acción preventiva que se intente. Es probable que una información objetiva y bien difundida modifique favorablemente esa respuesta, por lo menos hasta el punto de no constituir un impedimento para un enfoque racional del problema. Pero por ahora lo que puede observarse es que las madres reaccionan con ansiedad y los padres con cierta agresividad, que con frecuencia lleva a plantearle al hijo la disyuntiva de dejar sus malos hábitos o abandonar el hogar.

¿Cuánto hay de sentimientos de culpa en esa angustia de la madre? o ¿qué tanto se autocastiga con su respuesta catastrófica? ¿Acaso es una reacción que, pese a ser displacentera y paralizante, le permite dejar la acción y la responsabilidad en manos de otros? Ninguna explicación psicodinámica debiera generalizarse, y más bien serán las circunstancias de cada caso las que permitan una valoración adecuada. Lo mismo puede decirse de la actitud no conciliatoria del padre. ¿Representa la desesperación ante su fracaso como educador? Lo cierto es que el descubrimiento de que un hijo utiliza drogas, provoca en nuestros padres de familia por regla

general, sobre todo en el nivel de la clase media, actitudes inútiles aunque explicables.

Tales son algunas de las generalidades que pueden decirse acerca de la farmacodependencia en México. Con toda intención no se ha mencionado hasta ahora el alcoholismo que es, por supuesto, la más grave de las dependencias en el país, si se consideran en su carácter de problema social. Baste recordar los siguientes hechos: de acuerdo con algunos estudios epidemiológicos, uno de cada 83 adultos está prácticamente invalidado por el abuso del alcohol; en el Distrito Federal, dos de cada tres varones adultos beben y uno de cada cuatro lo hacen inmoderadamente. La mortalidad por cirrosis hepática de tipo alcohólico nutricional es de 22 por 100 000 habitantes; 2 por ciento de los trabajadores asalariados falta diariamente a sus labores debido a ingestión excesiva de alcohol, lo que representa una pérdida calculada en 2 000 millones de pesos anuales en términos de salario mínimo. Y el consumo excesivo está prácticamente asegurado para un elevado porcentaje de mexicanos, dados los muchos dependientes potenciales que reciben desde muy jóvenes un incentivo social incontenible.

Esta alusión al problema del alcoholismo en el país no debe interpretarse como una comparación favorable a las otras sustancias que, como la marihuana, pueden causar hábito. Aun suponiendo, sin conceder, que el alcohol representara un peligro físico mayor que las otras drogas, ello no sería un argumento a favor de que se introdujeran nuevos tóxicos capaces de crear dependencia y de dañar el organismo humano. Pero de acuerdo con el tema se señalan jerárquicamente las farmacodependencias, y todo lo que se sabe

lleva a la conclusión de que el alcoholismo, que en México no respeta al medio rural como ocurre con otras sustancias que pueden dar lugar a toxicomanías, ocupa el primer lugar en importancia.

Por otra parte, es conveniente subrayar que en esta exposición no se trata de disminuir la importancia del consumo de drogas en nuestro país. Ningún médico, menos aún si es psiquiatra, puede negar la gravedad de la farmacodependencia como trastorno de conducta y como violencia contra el organismo. Pero una cosa es

considerarla como patología individual, y otra entenderla como problema de salud pública. Es en este segundo nivel donde encontramos que la realidad, afortunadamente, está por debajo de la expectativa. Nada justifica, sin embargo, que no se reconozca este fenómeno medicosocial, ni se acepte la posibilidad de su crecimiento, dada la inmensa población receptiva que tenemos en el país. Pero cualquiera que sea la acción que se decida, debe sustentarse en la realidad, y ésta, por ahora, no debe causar alarma.

V

PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION MEDICOSOCIAL

GUILLERMO CALDERÓN-NARVÁEZ *

Prevención

El abuso o la dependencia de una droga no plantea un problema de salud pública si se supone o se tiene la certeza de que los casos son esporádicos o poco frecuentes en la población, si es escaso el riesgo de difusión a otras personas y si los efectos nocivos parecen limitarse o de hecho se limitan al usuario. Estas formas de abuso se pueden combatir con una información adecuada al público y una asistencia médica correcta. Sin embargo, si la

farmacodependencia origina modificaciones del comportamiento u otras reacciones que influyen negativamente en las relaciones personales del usuario, si provocan consecuencias físicas, sociales o económicas desfavorables tanto a éste como a otras personas y si el fenómeno está realmente extendido en la población o amenaza extenderse, puede afirmarse que existe un problema de salud pública.¹

Los conceptos anteriores consignados en el 16o. informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia (1969) deben hacernos meditar y considerar que el

* Académico numerario. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

problema que estamos confrontando en la mayor parte de los países del mundo, tiene las características necesarias para ser considerado un problema de salud pública y por lo tanto, debemos ocuparnos de él de inmediato, tratando de utilizar todos los recursos de la comunidad con fines básicamente preventivos, procurando lograr una coordinación adecuada de los medios oficiales y privados, a fin de tratar de atenuar, si no evitar, esta seria amenaza que está afectando a la humanidad en lo que tiene de más valioso y estimado, su juventud.

En forma muy general, se considera que las medidas preventivas deben orientarse en tres sentidos: por una parte hacia el importador, fabricante o productor clandestino y el traficante, por otra al empleado o propietario de farmacias que en forma indiscriminada surte sin ningún control toda clase de productos; finalmente a la comunidad, tratando de lograr mediante programas adecuados y especialmente supervisados, la prevención médica del problema.

En el primer caso, las medidas no competen directamente al médico sino al Ministerio Público y a las autoridades judiciales competentes, que deben fiscalizar mediante legislaciones nacionales y acuerdos internacionales, con la mira de regular y limitar la producción, la circulación y el empleo de fármacos según las necesidades médicas y científicas, en beneficio de la salud pública. Es problema de ellos también la localización, y destrucción de sembradíos clandestinos, la clausura de laboratorios que elaboran productos tóxicos al margen de la reglamentación anterior, así como del descubrimiento y castigo de los introductores y traficantes de drogas que pueden originar dependencia.

Debe destacarse al respecto la estupenda labor que en nuestro país ha desarrollado en este sentido la Procuraduría General de la República con la valiosa ayuda de la Secretaría de la Defensa Nacional.

El segundo aspecto debe ser atacado mediante una legislación sanitaria adecuada, que permita controlar la venta de determinados fármacos que deben ser exclusivamente prescritos y manejados por los médicos. Al respecto y tomando en cuenta las facultades que la Constitución y el Código Sanitario otorgan al Consejo de Salubridad General, así como las características y atribuciones de este órgano, debe ser el encargado de determinar cuáles de los psicotrópicos y otras drogas o productos capaces de producir dependencia, deben ser objeto de un control especial según su utilidad terapéutica y la magnitud del riesgo que su abuso representa.

En relación con el tercer aspecto, o sea la prevención médica del problema, debemos distinguir lo que en psiquiatría comunitaria se ha designado con los nombres de prevención primaria, secundaria y terciaria.²

La prevención primaria ha sido desde hace mucho tiempo un concepto de salud pública bien conocido, pero sólo recientemente ha sido incorporado por los psiquiatras a los programas de salud mental. Tiene la finalidad de disminuir la proporción de trastornos emocionales en la comunidad, contrarrestando la violencia con la que condiciones sociales nocivas tienden a producir enfermedad mental, ya sea impidiendo que se presenten o mediante una pronta intervención cuando ya existen.³

Para lograr lo anterior es preciso recurrir a todas las organizaciones que tie-

nen un papel importante dentro de la comunidad, tales como escuelas, iglesias, agrupaciones sindicales y otros grupos de la iniciativa privada, a fin de coordinar sus actividades con las de las instituciones oficiales, federales, estatales o municipales, tratando de lograr la cooperación de los integrantes de la unidad familiar o de otras personas que pueden llegar a tener una influencia directa sobre el individuo, como pueden ser el médico particular, el maestro o el sacerdote. Los programas orientados en este sentido tienen una finalidad básicamente educativa y en nuestro país se están ya realizando por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Dirección de Salud Mental, y la debida coordinación con las Direcciones de Salubridad en el Distrito Federal, Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios y Educación Higiénica, procurando lograr la ayuda principalmente de médicos, maestros y padres de familia, proporcionándoles la información adecuada en relación con el problema e indicándoles la forma en que pueden colaborar para resolverlo. Al mismo tiempo, se está intentando llegar directamente hasta los jóvenes, advirtiéndoles sobre la trascendencia del uso y abuso de drogas, en busca de su comprensión y colaboración.

La prevención secundaria implica la detección temprana de los casos con el objeto de poder instituir un tratamiento oportuno y adecuado.⁴

La turbulencia emocional característica de la adolescencia hace esta labor especialmente ardua para el trabajador de salud mental comunitaria, por la dificultad que existe para establecer la diferencia entre un trastorno que requiere tratamiento y una exacerbación de esta turbulencia

"normal". La labor debe ser realizada directamente en hogares y escuelas buscando la información adecuada y oportuna de padres de familia y maestros.

De acuerdo con Glueck y Glueck,⁵ así como con Bower,⁶ los datos obtenidos en establecimientos escolares en relación con estas actividades de prevención secundaria, indican claramente que la conducta impulsiva y agresiva, las dificultades en el aprendizaje y la falta de disciplina dentro de las clases observadas durante los primeros tres años de primaria, son síntomas seguros de que durante la adolescencia se presentarán problemas de tipo antisocial muy frecuentemente asociados al uso y abuso de drogas.

La prevención terciaria tiene por objeto la tarea de vigilar el funcionamiento psíquico del individuo que ha salido de un problema psiquiátrico, con la finalidad de proporcionarle los cuidados médicos o sociales que necesite, tratando de evitar posibles recaídas.⁷

Tratamiento

El enfermo con dependencia a drogas amerita un tratamiento psiquiátrico íntegro, que como en todo problema médico, debe estar basado en un estudio clínico cuidadoso, debidamente complementado con los estudios de gabinete o de laboratorio que el caso requiera a fin de integrar un diagnóstico correcto.

No se debe olvidar que el abuso de drogas no es muchas veces más que un síntoma que enmascara un proceso psicótico incipiente, un cuadro neurótico grave, un problema de daño cerebral o simplemente una depresión que generalmente pasan inadvertidos si no se efectúa un estudio cuidadoso.

De acuerdo con lo anterior, el enfoque terapéutico debe ser debidamente individualizado en cada caso particular. El manejo farmacológico será indispensable en los casos de psicosis funcionales incipientes o avanzadas, en los enfermos con daño cerebral y en los cuadros depresivos. La psicoterapia individual, familiar o de grupo es de gran utilidad en los procesos de tipo neurótico. La terapéutica electroconvulsiva y el uso de coma insulínico, tienen indicaciones muy limitadas. En cambio el ambiente terapéutico y la terapéutica ocupacional brindan la máxima ayuda en todos los casos. Lamentablemente, el principal obstáculo para el tratamiento lo encontramos en la absoluta falta de colaboración que se presenta en casi todos los casos.

Rehabilitación

Tomando en cuenta que el problema de dependencia a drogas es de tipo médico social, consideramos que cualquier solución que se quiera tratar de obtener deberá seguir los siguientes pasos:

En primer lugar, lograr la colaboración de la iniciativa privada, ya que consideramos su participación indispensable por el conocimiento de que los jóvenes con este tipo de actividades, en general, por desconfianza, temor o simplemente por un sentimiento de rechazo, se abstienen de asistir a instituciones oficiales en busca de ayuda. Por otra parte, tenemos la experiencia de que para la solución adecuada de este tipo de problema, la comunidad reacciona favorablemente si se le hace partícipe de un programa de esta naturaleza, no sólo por el interés que le despierta siempre el ayudar a los necesitados sino también porque en muchos ca-

sos, este problema se encuentra dentro de sus propios hogares. La ayuda económica y humana que así puede lograrse, debe coordinarse, por supuesto en forma adecuada, con equipos técnicos altamente calificados, que solamente las instituciones gubernamentales pueden proporcionar; en esta forma se logra, con una buena organización, utilizar al máximo los recursos disponibles para tratar de resolver el problema.

En segundo lugar, debe tomarse en consideración que el lugar adecuado para tratar de lograr la rehabilitación de los jóvenes no puede ser de ninguna manera una clínica o un hospital, cuyo ambiente frío levanta una muralla difícil de franquear por aquellos que buscan ayuda, sino por el contrario un local acogedor, alegre y juvenil, que los haga sentirse contentos y que los invite a asistir voluntariamente y de ninguna manera bajo presión.

Finalmente conviene recordar que el trabajo productivo y creador, es en todas las actividades del ser humano el mejor medio de lograr la reintegración de los individuos que por diferentes problemas han sido marginados por la sociedad o voluntariamente tratan de eludir la responsabilidad que les corresponde como miembros de su complejo engranaje.

Sobre estas bases, desde hace 2 años se trata de encontrar los medios necesarios para lograr la realización de los propósitos señalados. La ayuda de la iniciativa privada fue buscada entre diferentes agrupaciones, teniendo la fortuna de lograr interesar a un grupo de damas publicistas, que no satisfechas con su fecunda y productiva labor en sus actividades profesionales, deseaban participar en una obra social. Siendo madres la mayor parte de ellas, la importancia del problema fue

inmediatamente captado en toda su amplitud, y con todo entusiasmo se contó desde un principio con su apoyo económico y moral.

En relación con el local adecuado se pensó primero en un club social, posteriormente en una institución de tipo escolar y finalmente se resolvió crear un centro de trabajo juvenil⁸ en donde se podría lo mismo dar clases, que organizar eventos deportivos o simplemente tener ocupado al sujeto en actividades de artesanía, con el objeto de que los productos elaborados en parte se les dieran a los jóvenes para que los obsequiaran a sus familiares y posteriormente se pudieran vender, repartiendo el producto obtenido después de descontar los gastos, en partes iguales entre los alumnos y el centro, con la doble finalidad de lograr por una parte que obtuvieran un ingreso modesto pero adquirido por su propio esfuerzo y por otra el que sintieran que a su vez, estaban ayudando al sostenimiento de la institución, con lo cual se podría lograr una mayor identificación con la obra.

Al mismo tiempo y mientras estas actividades se desarrollaban con elementos voluntarios, el grupo de técnicos de la salud (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales), proporcionados por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tendría la oportunidad de intercalar sus estudios clínicos y psicológicos, administrar el tratamiento farmacológico en los casos en que fuera necesario y organizar sesiones de psicoterapia individual, familiar o de grupo.

Desde un principio se determinó que todos los servicios prestados a los jóvenes serían totalmente gratuitos; que se establecería un criterio rígido de selección de candidatos, que además de tener la

edad adecuada (13 a 19 años) deberían ser sujetos rehabilitables, preferentemente aquellos que apenas se iniciaban en la dependencia y finalmente que su asistencia sería siempre voluntaria sujetándose a un reglamento que establecería derechos, obligaciones y sanciones y el cual deberían leer, firmando al ingresar su conformidad de cumplirlo en todas sus partes, con el objeto de irlos sometiendo a una disciplina suave pero firme y de evitar que el centro se transformara en un simple lugar de reunión, de sujetos desocupados. Finalmente se estableció que no se aceptarían en grupos, sino en forma individual. Los candidatos que no llenaran estos requisitos serían atendidos en centros hospitalarios o comunitarios de salud mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Todo el tiempo que permanecieran en el centro deberían estar en actividad, sin periodos de ociosidad y en todo momento bajo vigilancia cuidadosa de personas de criterio y experiencia, pero al mismo tiempo de trato humano y afectuoso. Al salir deberían regresar inmediatamente a sus domicilios y no se les permitiría que se quedaran platicando en grupos fuera del establecimiento.

El Centro de Trabajo Juvenil, abrió sus puertas el mes de marzo de 1970 y durante su primer año de actividades ha proporcionado consulta externa de primera vez a 600 jóvenes, de los cuales aproximadamente la mitad siguen acudiendo al centro, con un promedio de asistencia diaria de 25 socios en la mañana y de 40 por la tarde. Noventa jóvenes han sido referidos a instituciones psiquiátricas por requerirlo así su caso y 25 a servicios de urgencia médica. Aproximadamente en 50 por ciento de los casos se ha atendido

a los padres de los jóvenes, a nivel de información y orientación, existiendo actualmente diez casos en terapéutica familiar.

Además de la atención psiquiátrica individual, existen actualmente dos grupos de psicoterapia que están integrados cada uno por un psiquiatra, una psicóloga observadora y cinco pacientes. La duración de las sesiones es de 2 hs. aproximadamente y la frecuencia de las mismas es de dos por semana.

Parte importantísima y medular de la labor del centro son las terapéuticas ocupacional y recreativa que cuentan con las siguientes áreas:

1. TERAPÉUTICA OCUPACIONAL

1.1 *Area informativa*

- 1.1.1 Sociología
- 1.1.2 Orientación prematrimonial
- 1.1.3 Mesas de discusión coordinada sobre temas de interés general

1.2 *Area artístico-cultural*

- 1.2.1 Clases de inglés
- 1.2.2 Clases de matemáticas
- 1.2.3 Clases de taquigrafía
- 1.2.4 Arte dramático
- 1.2.5 Danza regional
- 1.2.6 Guitarra
- 1.2.7 Pintura

1.3 *Artesanías*

- 1.3.1 Papel maché
- 1.3.2 Retablos de oro de hoja
- 1.3.3 Florería
- 1.3.4 Marroquinería
- 1.3.5 Pintura en porcelana

2. TERAPÉUTICA RECREATIVA

2.1 *Deportes*

- 2.1.1 Volibol
- 2.1.2 Frontón
- 2.1.3 Natación

Estas actividades se han llevado a cabo en el Centro Deportivo de la Unidad Xochimilco del Departamento del Distrito Federal

2.2 *Yoga*

2.3 *Excursiones culturales*

Se han realizado visitas en grupo durante los fines de semana o días festivos a diferentes museos y zonas arqueológicas, sirviendo esta actividad de "estímulo" o "recompensa" a los socios que han colaborado adecuadamente en sus labores semanales.

2.4 *Actividades sociales*

Se han organizado varios "lunes sociales" en el propio centro, en forma de tertulia en la que se reparten golosinas y bocadillos confeccionados por las damas voluntarias y socios, con ambiente de fiesta de diferentes características a las que acostumbra asistir la juventud actual.

La Sección de Información, Difusión y Relaciones Públicas ha estructurado seis folletos informativos, de los cuales tres: "Este puede ser su hijo", "Información y comunicación" y "El Centro de Trabajo Juvenil, obra, realidad y proyecciones" se encuentran ya editados y los tres restantes, "Marihuana", "Drogas depresivas y estimulantes" y "L.S.D.", están listas para su impresión. Se está preparando el material para editar un libro.

En el aspecto educativo-preventivo el personal del centro ha impartido 60 con-

ferencias en diversas instituciones y ha participado en 12 programas de radio y 4 de televisión.

Han aparecido en los mejores diarios de la República 50 artículos, todos ellos supervisados y tendientes a informar adecuadamente de la problemática del joven en la actualidad, pero con distinta técnica a la adoptada habitualmente por los medios de difusión quienes —como no se ignora— son con frecuencia factores que fomentan, en lugar de contrarrestar el problema actual.

Finalmente, no se podría concebir una institución de esta naturaleza en la cual no se realizaran actividades de investigación, por lo que actualmente se están desarrollando tres trabajos, sobre aspectos clínicos, psicológicos y sociales de los jóvenes que estudiamos, que pronto estarán terminados y que permitirán tener

una idea clara sobre algunas características del problema en México.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Farmacodependencia. 160. Informe. Serie de Informes Técnicos. Núm. 407. Ginebra, 1969.
2. Freedman, A. M., y Kaplan, H. I.: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1967.
3. Visotsky, H. M.: *Primary prevention*. En: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1967.
4. Berlin, I. N.: *Secondary prevention*. En: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1967.
5. Glueck, S., y Glueck, E.: *Predicting delinquency and crime*. Cambridge, Harvard University Press, 1959.
6. Bower, E. M.: *Early identification of emotionally handicapped children in school*. Springfield, Charles C Thomas, 1960.
7. Freedman, A. M.: *Tertiary prevention*. En: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1967.
8. Calderón-Narváez, G.: El Centro de Trabajo Juvenil. Sal. Púb. Méx. 12:361, 1970.

Luego se necesita otro elemento, otro factor de altísima importancia, para que la enfermedad desarrolle, para que el contagio se haga manifiesto. Este factor es el terreno en que la semilla debe germinar, es decir, el individuo. Lamentable es y mucho, que tanto se haya descuidado esta verdad. En posesión del elemento de la enfermedad, á nada se ha atendido más que á esto: la tuberculosis se desarrolla por el bacilo de Koch, tiene de un modo invariable este germen; más bien dicho, el bacilo es la enfermedad, ésta es la semilla que llamamos tuberculosis, luego irrefutablemente es contagiosa. (Mejía, D.: *Algunas notas acerca de la tuberculosis*, GAC. MÉD. MÉX. 4 (3a. serie):641, 1909.