

# DOSSIER

## Psicotropos en el Juzgado (II) Efectos de las drogas de uso no terapéutico sobre el psiquismo

M. LOZANO, A. O'NEILL OF TYRONE,  
C. PELEGRIN Y D. HUERTAS

### INTRODUCCION

Esta segunda parte de «Psicotropos en el Juzgado» trata de los efectos sobre el psiquismo de las drogas de uso no terapéutico. Esta denominación de «uso no terapéutico», nos parece la más adecuada en la medida que si se utilizara el término más habitual de «drogas ilegales», excluiríamos el alcohol cuya importancia sanitaria, por lo habitual de su consumo y por los efectos devastadores que produce a nivel individual, familiar y social es mayor que la de todas las otras drogas.

La orientación de este artículo será fundamentalmente clínica, es decir, se tratará de los efectos que producen las drogas a nivel individual sobre el psiquismo. Como se sabe, este tema se puede orientar desde otras perspectivas y, en los últimos años, el abordaje sociológico y legal es frecuente en los medios de comunicación generales y profesionales. Parece interesante que los juristas tengan un conocimiento pormenorizado de las acciones de las drogas a nivel individual, que les puede ser de utilidad a la hora de tener que interpretar las conductas de los consumidores y adictos.

Los comentarios hechos en la primera parte, en relación a los efectos farmacológicos, son válidos para esta segunda parte. Pero en este caso es preciso tener en cuenta que hay tres circunstancias que complican sus efectos: 1) la existencia de psicopatologías pre-existentes o acompañantes a la toxicomanía; 2) la búsqueda compulsiva de la droga; 3) la posible aparición de cuadros de abstinencia que pueden ser muy graves para la salud física o para el estado subjetivo del toxicómano.

Aunque ya en el glosario de términos técnicos, de la primera parte, se definieron los términos básicos de la conducta toxicómana, repetimos dichas definiciones que son necesarias tenerlas presentes durante la lectura de este texto.

#### — *Dependencia física*

Es la necesidad que tiene el organismo del aporte regular de una molécula química exógena, para

conservar su eventual equilibrio. Esta dependencia es objetivada por los síntomas físicos y psíquicos que constituyen el síndrome de abstinencia y sobrevienen después de la supresión de la sustancia toxicomanógena.

#### — *Dependencia psíquica*

Estado mental caracterizado por un impulso que requiere el uso periódico o continuo de una droga con el fin de producir placer o anular temores.

#### — *Tolerancia*

Estado de adaptación del organismo a una sustancia que se manifiesta por la necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos.

#### — *Síndrome de abstinencia*

Conjunto de síntomas físicos y psíquicos que sobrevienen después de suprimir el consumo de una sustancia toxicomanógena.

### ALCOHOL

De uso cotidiano y fácil adquisición, son múltiples los efectos que puede provocar sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) de forma directa o indirecta.

#### Intoxicación etílica aguda

Aparece un pensamiento entenebrecido, con distraibilidad, fallos de memoria (incluyendo lo sucedido durante la intoxicación), disminución del juicio crítico con desinhibición, disminución del autocontrol (pudiendo llegar a la agresividad), disminución de las percepciones, labilidad emocional con modificaciones del humor (euforia o depresión), exageración de los rasgos de personalidad previos y deterioro social y laboral.

Si bien a dosis bajas o en la fase inicial tras el consumo, puede provocar euforia, «brillantez», desinhibición..., con dosis mayores provoca depresión, re-

tardo e incoordinación motora, retraimiento, torpeza, disminución del nivel de conciencia y coma.

Como signos objetivos de intoxicación aparecen enrojecimiento facial, habla titubeante o «torpe», lenguaje incorrecto, trastornos de la marcha, incoordinación motora y nistagmus (movimientos oscilatorios rápidos e involuntarios de los ojos).

### **Intoxicación etílica idiosincrásica («borrachera patológica»)**

Se produce en algunos individuos después de ingerir cantidades discretas de alcohol, que en la mayoría de las personas serían insuficientes para que se produjesen efectos tóxicos.

Consiste en un cambio notable en la conducta que se hace atípica, manteniendo el sujeto conductas inusuales en él, en periodos de abstinencia. Aparece frecuentemente agresividad, pero el componente más destacado puede ser un cuadro delirante, alucinatorio o convulsivo, o bien un estado de desconexión con el entorno.

### **Síndrome de abstinencia alcohólico («delirium tremens»)**

Después de un periodo prolongado de consumo regular, la supresión brusca de la ingesta etílica, suele provocar en las veinticuatro primeras horas ansiedad, inquietud, agitación, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración con facilidad para distraerse, empeoramiento del juicio y alucinaciones, a menudo visuales, aunque puede ser de cualquier tipo; son características las visiones de insectos o pequeños animales. El paciente se muestra, asimismo, enormemente sugestionable.

Objetivamente se aprecia aumento de la sudoración, de la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temblor y fiebre.

En los casos más graves se sobreañade desorientación temporo-espacial (el paciente ignora la fecha y el lugar donde se encuentra), falsos reconocimientos (cree reconocer a personas desconocidas, confunde a sus familiares...), actividades laborales automáticas, agitación psicomotriz y agresividad. Hay fluctuaciones del nivel de conciencia, con inversión del ritmo sueño-vigilia y empeoramiento nocturno de la sintomatología, en estas situaciones existe una mortalidad del 15 por 100 de los pacientes afectos.

### **Psicosis de KORSKOFF o síndrome amnésico alcohólico**

Esta enfermedad aparece en alcohólicos crónicos y no directamente relacionada con el consumo actual de alcohol.

En la psicosis de Korsakoff hay una imposibilidad para retener nueva información, para evocar hechos pasados (a partir de un momento dado de su vida), así como para la repetición inmediata de datos elementales (series de números, por ejemplo).

Cuando el trastorno está muy avanzado, puede aparecer desorientación temporo-espacial.

En las fases iniciales es característico que estos pacientes «inventen» historias o recuerdos para «rellenar» aquellas lagunas de su memoria que por su enfermedad permanecen vacías. Estas fabulaciones no son persistentes, sino que son modificadas por el paciente a cada momento.

### **Encefalopatía de WERNICKE**

Aparece como complicación a largo plazo del consumo etílico, ya que éste provoca déficit en vitamina B1, responsable de esta encefalopatía.

El paciente muestra confusión mental, apatía, disminución de la atención y la concentración e incapacidad para mantener una conversación. Es común también la somnolencia y grados mayores de disminución del nivel de conciencia.

La confusión se acompaña de alteraciones pupilares y de la motilidad ocular, así como de trastornos de la marcha.

### **Delirio de celos de los alcohólicos**

Su comienzo es insidioso, pero con una temática de celos casi constante, que se va extendiendo y complicando con acusaciones de infidelidad a su cónyuge cada vez más numerosas, existiendo riesgo de conductas violentas y/o agresivas.

### **Alucinosis alcohólica**

Aparece en pacientes con consumo prolongado de alcohol y tanto en situaciones de privación, sobreingesta o hábito mantenido.

El paciente refiere escuchar «voces» (alucinaciones auditivas) que le insultan o amenazan y que le producen intensa angustia. Sobre todo, el enfermo elabora interpretaciones y actitudes paranoides, de las que pueden derivar actos de violencia.

El cuadro aparece sin alteración del nivel de conciencia y sin otros signos objetivos detectables.

A veces aparecen cuadros paranoides sin alucinaciones pero con el mismo riesgo de actos auto o heteroagresivos.

Es preciso insistir en los riesgos intensos de agresividad (fundamentalmente autoagresividad) que tiene este cuadro clínico, por lo que es necesario instaurar medidas terapéuticas de forma inmediata.

## **INTERACCIONES DEL ALCOHOL CON PSICOFARMACOS**

### **Alcohol y barbitúricos**

Potencian mutuamente sus efectos objetivándose una disminución del tiempo de reacción, trastornos de la coordinación psicomotriz, disminución del nivel de conciencia y disminución del juicio crítico.

## Alcohol y estimulantes

Los estimulantes a dosis bajas pueden inhibir la sedación producida por el alcohol, pero este efecto no aparece sobre la incoordinación o la disminución de la autocritica. Además, los efectos de «bajada» (disminución del efecto) de las anfetaminas, acaban sumándose a los del alcohol produciendo un mayor déficit de coordinación, ataques súbitos de sueño, colapso cardiocirculatorio, etc.

## Alcohol y neurolépticos

Se potencian sus efectos sedantes e hipotensores.

## Alcohol y antidepresivos

Algunos, como doxepina, imipramina y nortriptilina ven potenciada la sedación y el retardo psicomotor. La interacción con antidepresivos tipo IMAO pueden ser fatal por aparición de crisis hipertensivas.

## Alcohol y benzodiazepinas

Potencian mutuamente sus efectos sedantes, ansiolíticos y depresores del sistema nervioso central, con aumento de la incoordinación motora y disminución de los reflejos y del grado de alerta.

## OPIACEOS O NARCOTICOS

Estas sustancias tienen propiedades terapéuticas y por dicho motivo están comercializadas algunas de ellas. Sin embargo, no vamos a analizar aquí los efectos derivados de su uso terapéutico, sino aquellos que se derivan de su mal uso y de su capacidad adictiva, fuera de sus indicaciones médicas. Nos referimos aquí fundamentalmente a la heroína y a la morfina.

Estas sustancias pueden administrarse por cualquiera de las vías habituales: oral, intranasal, intravenosa, fumada y subcutánea.

## Intoxicación aguda

Provoca euforia, enturbiamiento mental, sensación de tranquilidad, apatía, somnolencia, retardo psicomotor, lenguaje farfullante, deterioro de la capacidad de atención y memoria. Es constante la constricción pupilar (miosis) salvo en casos muy graves que aparecen dilatadas (midriasis). La sobredosis puede provocar la muerte por parada respiratoria.

## Intoxicación crónica

Ha sido descrita la aparición de psicosis, tipo esquizofrenia con ideación delirante, siendo más frecuente en pacientes con brotes psicóticos previos. El abuso y dependencia de los opiáceos suele ir precedido del consumo de otros tóxicos, que se mantienen una vez iniciado éste.

Cuando la dependencia se ha establecido, la obtención de la sustancia tóxica y su uso, dominan en general la vida del individuo.

Se ha descrito que el consumo crónico de heroína puede producir atenuación de los impulsos agresivos, de ahí la indiferencia, «el pasar de todo» del heroínmano; sin embargo, estos síntomas evolucionan hacia la labilidad emocional, la irritabilidad, estados de ansiedad con mayor o menor afectación psicomotriz.

Se observan alteraciones emocionales con pérdida de las relaciones afectivas y emocionales.

Aparecen también trastornos de conducta junto con el impulso a consumir el tóxico. Existe una irresponsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás, siendo descrito el heroínmano como una persona falta de escrúpulos y fabulador.

Como consecuencia del consumo crónico, puede aparecer daño cerebral, siendo característicos los fallos de memoria. Tampoco es infrecuente la aparición de episodios depresivos intercurrentes, incluso ideación suicida.

En estos pacientes hay que tener siempre presente la posibilidad de enfermedades intercurrentes (infecciones, SIDA...) que de forma directa o indirecta produzcan afectación del sistema nervioso central.

## Síndrome de abstinencia

Aparece tras la supresión brusca del consumo de opiáceos, en un plazo variable de tres a veinticuatro horas, según el compuesto usado habitualmente.

Se caracteriza por síntomas y signos que aparecen progresivamente y acordes con la intensidad del cuadro: intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, depresión, debilidad, náuseas y vómitos, dolores osteomusculares, lagrimeo, secreción nasal, dilatación pupilar, piloerección (piel de gallina), bostezos frecuentes, insomnio, elevación de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y fiebre.

**Nota.**—Para una descripción más detallada de los productos narcóticos de uso terapéuticos y sus efectos, ver «Psicotropos en el Juzgado I».

## COCAINA Y DERIVADOS

El consumo de cocaína por cualquier vía de administración (se absorbe más rápidamente cuando es fumada) produce una sensación de bienestar, vigor y plenitud de facultades que provocan hiperactividad, con el sentimiento de llevar a cabo las actividades con mayor energía y eficacia, existiendo una disminución de la sensación de fatiga.

En otros casos se produce sintomatología más grave, apareciendo un cuadro de confusión mental, ansiedad, síntomas psicóticos que incluyen paranoia, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles,

siendo característica del consumo de cocaína, la llamada «formicación» en la cual el paciente siente que insectos y hormigas corren por su piel, llegando a provocarse lesiones de rascado. Puede presentarse también distorsión de la imagen corporal e inquietud psicomotriz.

Como signos físicos objetivables aparecen: dilatación pupilar (midriasis), aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

Otros efectos directamente relacionados con el consumo y potencialmente fatales son: crisis convulsivas, infarto de miocardio, hemorragias cerebrovasculares,...

### **Síndrome de abstinencia**

Aunque clásicamente no era admitido la capacidad de la cocaína de producir dependencia física, en la actualidad se acepta ya, aunque no de forma unánime, la existencia de un síndrome de abstinencia caracterizado por fatiga, letargia o insomnio, sentimientos depresivos y en ocasiones ideación suicida.

### **CRACK O ROCK**

Es una forma de cocaína, obtenida a partir de ésta, tras una elaboración compleja y cuya forma de consumo habitual es fumada, siendo su potencia 10 veces mayor que la de la cocaína cuando es consumida de este modo.

La diferencia más revelante respecto a la cocaína es la rapidez con que aparece la intensa euforia, siguiéndose a los pocos minutos de una «insufrible bajada» con intensa disforia, todo lo cual lleva al desarrollo rápido de la adicción y a veces al consumo simultáneo de opiáceos con el fin de mitigar la abstinencia.

### **CANNABIS (Denominada también vulgarmente hashís, marihuana, gríga,...)**

#### **Intoxicación aguda**

Los efectos aparecen a los pocos minutos del consumo y se mantienen durante pocas horas (3 a 5 horas).

Subjetivamente el paciente presenta euforia (con sensación de bienestar y relajación), hilaridad, desinhibición, disminución de la autocrítica, indiferencia por el entorno y apatía; aparece también disminución de la memoria reciente y trastornos de la coordinación. El paciente está sugestionable con una intensificación de las percepciones (por ejem., los colores se muestran más vivos, o los sonidos musicales más armónicos), una sensación de entecimiento del tiempo e hipersensibilidad por los estímulos auditivos y visuales.

Es frecuente, asimismo, la aparición de ideas paranoideas, crisis de angustia, episodios de desperso-

nalización (el individuo no se reconoce a sí mismo, se siente como extraño) y disforia; la persona intoxicada puede creer que se está volviendo loco o que va a morir.

Entre los signos físicos objetivos, los más constantes son la congestión conjuntival (enrojecimiento ocular) y el aumento del apetito. También suele estar presente una disminución de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, temblor fino, rubicundez y sequedad de boca.

#### **Intoxicación crónica**

Las reacciones de pánico o angustia aparecen frecuentemente entre los consumidores de hashís. También se han descrito cuadros de confusión mental, desorientación, alucinaciones e ideas delirantes, siendo estos síntomas más frecuentes con el consumo oral de la droga.

El cannabis puede precipitar la aparición de sintomatología psicótica en personas «predispuestas» o con antecedentes de brotes psicóticos previos. La existencia de una psicosis cannábica ha sido defendida por algunos autores, si bien clínicamente sería indistinguible de otras psicosis tóxicas.

— Fenómenos de recurrencia o «flashback».

Son fenómenos que aparecen aislados después de abandonar el consumo de los derivados cannábicos; se caracteriza por: ansiedad, despersonalización, desorientación, alteraciones perceptuales, recurrencia espontánea de imágenes, distorsión de la sensación de tiempo, de la autoimagen o de la realidad. Estos fenómenos pueden ocurrir incluso meses después del último consumo de la droga.

— Cambios de carácter y síndrome motivacional.

Se han descrito cuadros crónicos de ansiedad y depresión en los consumidores habituales de hashís, así como la «alegría maniaca crónica». Más interés ha despertado el cuadro motivacional, que se caracteriza por la presencia de apatía intensa, fallos de planificación respecto al futuro y preferencia por la fantasía. Este trastorno es generalmente relacionado con el ambiente sociocultural en que se realiza el consumo de la droga.

### **ANFETAMINAS**

Estas sustancias están comercializadas por su utilidad terapéutica en enfermedades y trastornos muy concretos (ver Psicotropos en el Juzgado I). Sin embargo, con elevada frecuencia, son usadas con fines no terapéuticos, y es desde esta perspectiva desde donde vamos analizarlas a continuación.

#### **Intoxicación aguda**

Las drogas estimulantes causan o mantienen el estado de alerta, incrementan y facilitan la actividad motora y la realización de la misma. A dosis moderadas, producen sentimientos de bienestar y autoconfianza. En dosis mayores, ocasio-

nan nerviosismo, inquietud, ansiedad, temblor y delirio, incluyendo paranoia, alucinaciones y desorientación. También producen disminución del apetito.

### **Intoxicación crónica**

Produce una psicosis tóxica con desorientación y delirio, así como otros cambios peor definidos: pérdida de la motivación, de los hábitos de trabajo, fatiga, conducta violenta, estereotipias compulsivas, insomnio, pérdida de apetito. También puede provocar pérdida del lenguaje (afasia), parálisis y coma.

El empeoramiento social relacionado con las anfetaminas es muy variable. En los grados ligeros de dependencia e intoxicación es difícil de separar de errores ordinarios de juicio, los cuales en personas no consumidoras se explicarían como falta de previsión o entusiasmo.

Cuando el grado de dependencia es mayor, el deterioro es más severo, instaurándose en un plazo de semanas a meses.

El cumplimiento laboral y social puede ser adecuado cuando se usan dosis moderadas, pero éstas se ven incrementadas en presencia de estrés familiar o laboral, lo que conlleva un empeoramiento del juicio crítico, que se expresa como locuacidad febril, metas irreales, deudas, juego, suspicacia,...

Estos individuos suelen negar la extensión de su consumo. Si no abandonan espontáneamente los estimulantes pueden desarrollar una psicosis anfetamínica, o incluso pueden llegar hasta el suicidio.

Se han descrito casos de aparición de crisis de angustia (con temor a sufrir un ataque cardíaco) y agorafobia (miedo a los espacios abiertos)

### **Psicosis anfetamínica**

Es un síndrome clínico caracterizado por delirio paranoide bien sistematizado, con ideas de referencia (propias de la psicosis anfetamínica), con o sin alteración de la afectividad, ilusiones y alucinaciones en todos los sentidos.

Suelen estar ausentes las manifestaciones de delirium orgánico (desorientación, confusión,...), aunque muchos pacientes muestran un deterioro intelectual o psicomotor ligero.

En ocasiones, resulta difícil distinguir esta sintomatología de la propia de la esquizofrenia, pudiendo resultar útil para ello la determinación de tóxicos en orina.

Habitualmente este síndrome aparece en consumidores regulares de estimulantes, si bien también existen casos en los que ha aparecido tras una única dosis.

En cuanto a la sintomatología propiamente dicha, diremos que en la mayoría de los casos existen trastornos del humor, en algunos casos euforia llegando a la grandiosidad, con logorrea y fuga de ideas. Muchos, sin embargo, están embotados emocionalmente o francamente deprimidos, llegando a realizar intentos de suicidio. Todo esto puede acompañarse de irritabilidad, inquietud, agitación e incluso agresividad.

El componente afectivo, puede ser más destacado en estos pacientes que el estado paranoide, negado en ocasiones por el paciente.

El componente paranoide incluye delirio de persecución, grandiosidad e influencia, con ideas de referencia. Se trata de un delirio bien sistematizado, cuyo contenido puede variar desde temas plausibles a fantásticos y que puede conllevar conductas violentas o extrañas relacionadas con la temática del delirio. Esta sintomatología puede presentarse acompañada o no de excitabilidad, aprensión o alucinaciones. Estas últimas son frecuentes y aparecen en todos los campos sensoriales, visuales, auditivas, gustativas (pudiendo creer el paciente que está siendo envenenado), cenestésicas (sintiéndose el paciente infestado por parásitos). Aparecen también distorsión de la imagen corporal, de las manos, la cara,... la sensación de transparencia del cuerpo... Muchos de estos pacientes son capaces de vivir estas experiencias como no reales, pero en otros casos la creencia se mantiene incluso una vez remitiendo el episodio.

### **Síndrome de abstinencia**

Se caracteriza por depresión emocional, retraimiento, hipersomnia, (aumento de la necesidad de sueño) e hiperfagia (aumento del consumo de alimentos).

En contraste con los pacientes adictos a opiáceos, «el ansia» por la droga es un problema raro.

Alrededor del tercer día el paciente está mucho más deprimido, pero puede permanecer paranoide durante 7-10 días. Si el componente paranoide persiste más allá de este tiempo, debe descartarse la posibilidad de que se trate de una psicosis puesta en marcha por las anfetaminas.

También los síntomas depresivos pueden persistir durante meses en algunos pacientes, en cuyos casos habría que descartar la existencia de un trastorno afectivo subyacente.

Aunque la intoxicación por anfetaminas y la supresión de las mismas rara vez son situaciones de riesgo vital, algunos pacientes presentan: hipertensión arterial, aumento de la temperatura corporal, delirium y crisis epilépticas.

### **ALUCINOGENOS**

Este grupo incluye dos tipos de sustancias con propiedades alucinógenas: sustancias de estructura relacionada con la Dietilamina del ácido lisérgico (LSD) y dimetilriptamina y sustancias relacionadas con las catecolaminas: mescalina, psilocibina, bufotenina, entre las más importantes.

### **Intoxicación aguda**

El efecto comienza 1 hora después del consumo y suele durar 6 horas en el caso del LSD (el más usado), variando según la sustancia hasta 3 días.

Los signos físicos incluyen: dilatación pupilar (midriasis), aumento de la frecuencia cardíaca, sudora-

ción, palpitaciones, visión borrosa e incoordinación.

En cuanto a los fenómenos psíquicos: aparecen fluctuaciones del humor, desde los estados de ánimo más displacenteros a la euforia más expansiva, con verborrea (hablar sin cesar), tendencia a la risa incontrolable y sensación de lo que se podría llamar «empatía cósmica». El LSD parece ser capaz de remedar las vivencias religiosas que describían los místicos.

La conducta que exhiben está en relación con su estado de ánimo, pudiendo aparecer tendencia a la agresividad o desinhibición sexual, dependiendo del ambiente y de las características del individuo.

También puede presentar sintomatología ansiosa y depresiva intensa que interfiera con su actividad social y laboral conllevando un fracaso en sus responsabilidades.

Los trastornos senso-perceptivos son los que caracterizan al «trip» o viaje psicodélico: los colores son percibidos como extrañamente intensos, contrastados, las formas parecen ser ondulantes, complejas; detalles banales provocan un interés desmedido; los contornos aparecen incurvados y en movimiento, como dotados de vida propia, las imágenes adquieren cualidades oniroides (de ensoñación), caleidoscópicas. En general, las sustancias alucinógenas provocan un aumento de las sensaciones.

Las ilusiones auditivas son menos frecuentes, el individuo puede experimentarlas como muy desagradables o extraordinariamente placenteras (por ejem. ruidos comunes de coches).

Aparecen también fenómenos de sinestias (mezcla de percepciones sensoriales) tras el consumo de mescalina. Es clásico señalar que determinados estímulos sensoriales, con fuertes connotaciones emocionales, llegan a evocar recuerdos muy vívidos y de gran plasticidad. Pueden presentarse distorsiones del esquema corporal (creer que un miembro modifica su forma o se aleja del cuerpo).

No se puede afirmar que los alucinógenos provoquen una disminución cuantitativa del nivel de conciencia, lo que aparece es un estado de hiperalerta e insomnio. Se modifica la orientación en el tiempo y en el espacio, las distancias se acortan o alargan según un determinismo subjetivo.

Ocasionalmente, pueden aparecer inmediatamente después del consumo, episodios confuso-oníricos y cuadros que remeden esquizofrenia.

A nivel del lenguaje se produce verborrea (hablar sin cesar), su discurso es redundante y metafórico, siendo típico el enfatizar aspectos irrelevantes.

En cuanto al contenido del pensamiento, existe una especie de pérdida de los límites entre el individuo y su entorno, pudiendo presentarse también ideas delirantes, despersonalización, fenómenos de desrealización.

La reacción adversa más común es la aparición de un episodio de «pánico» temporal («mal viaje») que aparece en las primeras 24 horas y que incluye ilusiones espantosas, alucinaciones (generalmente visuales o auditivas) ansiedad aplastante hasta el punto del pánico, agresión con posibles conductas violentas en «cortocircuito», depresión con ideación, gestos o intentos de suicidio, confusión y desconfianza hasta el grado del delirio paranoide.

## **Psicosis inducida por LSD**

Con frecuencia se ha relacionado el consumo de alucinógenos con la aparición de cuadros psicóticos prolongados en el tiempo y alejados de la intoxicación aguda. Es importante destacar que estos episodios son más frecuentes en pacientes con un mal ajuste previo a la enfermedad, con antecedentes de enfermedad y/o tratamiento psiquiátrico previo y con una historia previa de abuso y dependencia de otras drogas.

Sintomáticamente estos pacientes pueden presentar gran variedad de síntomas: trastornos formales del pensamiento (cren que alguien controla, influye, conoce o difunde sus pensamientos), alucinaciones, ilusiones, violencia, delirio paranoide o de otro tipo, depresión, actitud regresiva, labilidad emocional, conducta extraña, insomnio, hipomanía, despersonalización o estados disociativos.

Se han descrito casos infrecuentes, aunque muy difundidos, de homicidio asociado al consumo de LSD. En dichos casos, junto con el consumo de LSD existía el de otras drogas y alcohol, así como la existencia de psicosis, hechos cuando menos de igual relevancia que el primero.

También se han descrito casos de autoagresión dañándose los ojos en individuos que consumían LSD, pero también éstos tenían un mal ajuste social o personal y/o el antecedente del consumo de otros tóxicos.

Es un tema debatido, si el LSD puede producir psicosis o simplemente precipita la enfermedad mental. Si bien no hay un criterio unánime, se tiende a pensar que el LSD aceleraría o precipitaría el comienzo de la enfermedad mental que ya estaba «latente» para desarrollarse finalmente en aquel individuo.

## **PCP (Fenciclidina). (Llamada «polvo de ángel» o «Peace pill»)**

Se usa como sedante en veterinaria. Es utilizado como sustituto del LSD o como adulterante (a veces ignorado por el consumidor) de marihuana.

Las vías de administración son cualquiera de las habituales (oral, nasal, fumada o intravenosa).

Su uso puede predisponer a accidentes, conductas violentas o suicidio y y sus efectos están en relación con la dosis, pudiendo producir efectos analgésicos, estimulantes, depresores o provocar alucinaciones.

Los efectos aparecen en la primera hora posterior al consumo.

Subjetivamente produce sentimientos de grandiosidad, distorsiones perceptuales, alucinaciones auditivas o visuales, sensación de lentitud en el tiempo, sinestias (mezcla de percepciones sensoriales). No es infrecuente la presentación de euforia, ansiedad y depresión, pudiendo presentarse igualmente conductas impredecibles, bizarras o violentas en ocasiones. Como signos objetivos tras la intoxicación por PCP, aparecen: incoordinación motora y

nistagmus (movimientos oscilatorios rápidos e involuntarios de los ojos). El paciente refiere entumecimiento de los miembros, su mirada se hace inexpressiva, el lenguaje es torpe, farfullando las palabras, aparecen trastornos de la marcha (ataxia), aumento del tono muscular e hiperreflexia. Pueden estar presentes, a su vez, trastornos motores, posturales y catatonía. Provoca, asimismo, un aumento de las secreciones con hipersalivación y evaluación de la tensión arterial.

A dosis mayores pueden aparecer convulsiones, coma, depresión respiratoria y muerte.

Los efectos de la intoxicación se prolongan durante 4-6 horas, habiendo una amnesia posterior del episodio.

El PCP puede provocar también psicosis o reacciones psicóticas que se prolongan por días o semanas o incluso más tiempo. Suelen aparecer en personas sin consumo previo de PCP, aunque también se ha descrito en antiguos consumidores. Aparece paranoidismo, ideación delirante, beligerancia, conductas violentas, inquietud e hiperactividad.

No se ha descrito síndrome de abstinencia a PCP.

## INHALANTES

Presentes en la composición de multitud de productos de uso doméstico, profesional e industrial, son causa de intoxicaciones accidentales en ocasiones, si bien con frecuencia son objeto de abuso por sus efectos sobre la conciencia.

Podemos distinguir tres categorías:

1. Solventes: goma o pegamento; pintura; limpia uñas; disolventes (tolueno).
2. Aerosoles: spray para el pelo, desodorantes, insecticidas.
3. Anestésicos: halotano (entre personal sanitario); óxido nitroso (idem).

## Intoxicación aguda

Los efectos producidos son similares a los del alcohol: excitación, desinhibición, euforia, amnesia, disminución de la concentración y confusión mental. Se han descrito también explosiones de carácter, intentos de suicidio, psicosis aguda, trastornos de la marcha y crisis convulsivas. En un plazo breve (de minutos a pocas horas) la sintomatología desaparece. Si el tóxico contiene tolueno, puede producir encefalopatía aguda con trastornos de conducta y de la marcha, visión doble, convulsiones y coma.

El uso crónico de tolueno se asocia a demencia (con fallos de memoria, del pensamiento abstracto y de la función motora), trastornos de la marcha y alucinaciones.

## Síndrome de abstinencia

Aparece a las pocas horas o días de la supresión del consumo, un cuadro caracterizado por aumento de la frecuencia cardíaca, temblor, desorientación temporo-espacial, alucinaciones, delirio, crisis epilépticas y agitación.

## TABACO

El principio activo capaz de provocar la dependencia es la nicotina, y la supresión brusca de la misma tras un consumo moderado en cantidad y duración, provoca en las primeras veinticuatro horas la aparición de irritabilidad, ansiedad, desasosiego, dolor de cabeza, dificultades de concentración, somnolencia o insomnio, aumento del apetito, trastornos gastrointestinales y fatiga. Estos síntomas disminuyen de intensidad en días o semanas.

## CAFEINA

Está presente, junto con otros principios activos, en el té, café, chocolate, colas y coco, así como en algunos medicamentos. Una taza de café contiene entre 100-150 mgrs de cafeína. Una taza de té contiene la mitad de cafeína y un vaso de cola la tercera parte.

La intoxicación aguda (250 mgrs/cafeína) provoca insomnio, nerviosismo, excitación, inquietud, temblor, enrojecimiento, aumento de la diuresis y molestias gastrointestinales.

Cantidades mayores a 1 gr. pueden provocar contracturas musculares, periodos de actividad incansable, agitación psicomotriz, lenguaje y pensamiento confusos y arritmia cardíaca. Con dosis mayores pueden aparecer trastornos sensoriales (silbidos de oídos, destellos de luz...).

Dosis mayores de 10 gr. pueden causar convulsiones y muerte.

Han sido descritos casos en los que la cafeína ha provocado cuadros psicóticos con paranoidismo e hiperactividad.

El síndrome de abstinencia provoca irritabilidad, agitación y cefalea.

## BIBLIOGRAFIA BASICA SOBRE EL TEMA

- American Psychiatric Association. *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona, 1984.
- Freixa, F., Soler Insa, P. A. y colabs.: *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Ed. Fontanella. Barcelona, 1981.
- Grispoon, L. y Bakalar, J. P.: *La cocaína: una droga y su evolución social*. Ed. Hacer. Barcelona, 1982.
- Hyman, S. E.: *Manual of Psychiatric Emergencies*. Ed. Little Brown and Company. Boston/Toronto, 1984.
- Iversen, L. L., Iversen, S. D. and Snyder, S. H.: *Handbook of psychopharmacology*. Vol. 12. Drug abuse. Ed. Plenum Press. New York, 1977.
- Kramer, J. y Cameron, D. C.: *Manual de dependencia de las drogas*. Ed. OMS; Ginebra, 1975.
- Laurie, P.: *Las drogas*. Ed. Alianza, colección de bolsillo, 6.ª ed., Madrid, 1980.
- Martin, W. R.: *Handbook of experimental pharmacology*. Vol. 45/I y II (*Drug addiction*). Ed. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, 1977.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: *Guía de atención a las drogodependencias*. Intoxicación aguda y abstinencia. Madrid, 1986.
- Senay, E. C.: *Substance abuse disorders in clinical practice*. John Wright. PSG Inc. Boston, Bristol, London, 1983.