

ANÁLISIS DE CUADROS PSICÓTICOS EN TOXICOMANOS

A. RODRIGUEZ-MARTOS DAUER *, **A. SANZ CID ****,
C. VECINO SANTOS **, **C. ARTUNDO PURROY *****

Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías del Instituto Municipal de Psiquiatría de Barcelona (España). Camino Viejo de Valldaura, s/n.

I. INTRODUCCION

Todo el que trabaja en un Servicio de Psiquiatría se encuentra frecuentemente, en la actualidad, con pacientes que ingresan con un trastorno del comportamiento de tipo psicótico y una anamnesis en la que aparece un uso más o menos antiguo de diversas drogas, algunas de ellas coincidentes con la irrupción del cuadro.

Ante un enfermo con estas características siempre nos planteamos el dilema del diagnóstico. Por un lado, queda su encuadre psicopatológico. Por otro, la responsabilidad etiológica que pueda caberle al hábito tóxico en cuestión. Y más aún, el pronóstico a establecer en cada caso.

Conscientes de que no vamos a poder obtener conclusiones definitivas, dado que ello equivaldría a tener resuelto el enigma etiopatogénico de las psicosis, no hemos querido renunciar a la revisión minuciosa de unos casos que nos permitiera detectar aquellos aspectos más relevantes y por ello más orientativos, punto de partida de futuras especulaciones y, sobre todo, de actitudes diagnósticas y terapéuticas más adecuadas.

Hemos renunciado a la cantidad en favor de un estudio individualizado y más preciso. De ahí que vayamos a referirnos solamente a 14 casos.

* Jefe de servicio.
** Médico residente.
*** Médico asistente.

II. MATERIAL Y METODOS

La muestra estudiada comprende a 14 pacientes: 8 hombres y 6 mujeres; todos ellos han estado ingresados en el Instituto Municipal de Psiquiatría de Barcelona.

Voluntariamente hemos prescindido aquí de pacientes con psicosis alcohólicas, merecedores de un estudio particularizado.

A fin de recoger de modo uniforme la información relativa a cada enfermo, se confeccionó un "protocolo para el estudio de cuadros psicóticos en toxicómanos" (ver apéndice 1), que abarcaba desde los datos de filiación y anamnesis personal y familiar hasta los relativos a la enfermedad actual, los diagnósticos inicial y final y el curso evolutivo.

El apartado de "diagnóstico de admisión" quedaba abierto. El de "diagnóstico al cerrar la historia" se confeccionó inspirándonos en la clasificación francesa de las psicosis, que, por su mayor fuerza expresiva psicopatológica, nos pareció la más oportuna.

Los datos obtenidos en el aludido protocolo fueron traspasados a un sistema de coordenadas en cuyo eje de ordenadas se situaron los nombres y apellidos de los pacientes agrupados de forma tal que una zona correspondía a los varones y otra a las hembras, lo que ya es importante de cara a la posibilidad de que apareciesen datos significativos en función del sexo. En el eje de abscisas situamos otra serie de variables igualmente agrupadas —en los casos en que la agrupación fuese factible—, de forma que en este eje podíamos encontrar los siguientes factores: edad, antecedentes psicopatológicos familiares, antecedentes tóxicos familiares, antecedentes psicopatológicos personales, tóxicos y antigüedad, tóxicos coincidiendo con el inicio de los síntomas y vía de utilización, forma de inicio de la sintomatología, forma de llegada al Instituto (voluntaria, judicial, familiar, otro hospital, etc.), tipo de alta en el Instituto (médica, petición familiar, fuga, traslado), evolución procesal o a brotes, forma de remisión (completa, incompleta, espontánea y/o tratamiento), diagnóstico de admisión, diagnóstico final tras revisar la historia evolutiva, si hubo o no modificación de diagnóstico, si ha cursado con defecto, si actualmente se encuentra en remisión y, finalmente, otros datos respecto a las recaídas si las hubo.

El diagrama citado ha constituido la base para la obtención de las interrelaciones que iremos analizando. Lamentamos que el tamaño del gráfico en cuestión nos impida su reproducción en estas páginas, pues empleando la reducción no llegan a diferenciarse los datos.

Los resultados obtenidos se exponen en cuadros, en los que se conjugan alternativamente las diversas variables, lo que permite esbozar posibles correlaciones.

Siempre que nos referimos al diagnóstico de los enfermos que-remos significar aquél con el que se cerró la historia y pasó a figurar como definitivo al establecer la presente revisión catamnésica.

La casuística procede de la revisión de los pacientes ingresados en el Instituto en el año 1978, apartando todas aquellas historias clínicas en las que el diagnóstico final de psicosis se relacionaba más o menos directa o indirectamente con la utilización de tóxicos.

Dado lo reducido de la muestra, se han eliminado los cálculos porcentuales y estadísticos.

III. RESULTADOS

Se trata de una muestra de 14 enfermos, como ya se ha reseñado, menor de 25 años en su mayoría.

1. Distribución por edad y sexo

CUADRO NUM. 1

	< 20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-60	> 60	Total enf.
Varones	2	6	0	0	0	0	0	8
Hembras	2	1	1	0	1	0	1	6
Total	4	7	1	0	1	0	1	14

2. Antecedentes psicopatológicos familiares en relación a otras variables

Se han encontrado antecedentes psicopatológicos familiares en seis casos (cuadro núm. 2). Los diagnósticos que merecieron estos seis enfermos al cerrar la historia fueron los de psicosis delirante aguda (dos casos), esquizofrenia (tres casos) y psicosis delirante crónica (un caso). Dichos antecedentes quedan reflejados en el cuadro núm. 4.

CUADRO NUM. 2

Relación entre los antecedentes psicopatológicos en la familia
y el sexo de los pacientes

	Sí	No	No consta
Varones	3	1	4
Hembras	3	2	1
Total	6	3	5

CUADRO NUM. 3

Relación entre los antecedentes tóxicos en la familia y el sexo de los pacientes

	Antecedente alcohol en la familia			Antecedente otras drogas en la familia		
	Sí	No	No consta	Sí	No	No consta
Varones	3	2	3	0	2	6
Hembras	1	3	2	0	3	3
Total	4	5	5	0	5	11

CUADRO NUM. 4

Relación entre los antecedentes psicopatológicos familiares
y el diagnóstico final de los pacientes (línea superior)

	Psicosis delirante aguda	Psicosis confusional	Esquizofrenia	Psicosis delir. cró. sin defecto	Psicosis delir. cró. con defecto
Sí	2	0	3	1	0
No	1	0	2	0	0
No conocido	2	0	3	0	0
Total	5	0	8	1	0

3. Relación entre los antecedentes psicopatológicos personales y el diagnóstico

Por lo que respecta a los propios antecedentes psicopatológicos (cuadro núm. 5), es decir, previos a la eclosión del cuadro que motivó su ingreso, eran positivos en ocho enfermos (seis psicopatías, dos psicosis).

De los seis enfermos que habían sido diagnosticados de personalidad premórbida psicopática, cuatro merecieron después el de psicosis delirante aguda y dos el de esquizofrenia. Los dos que aportaban ya en antecedente personal de tipo psicótico quedaron, también posteriormente, incluidos entre las psicosis.

CUADRO NUM. 5

Relación entre los antecedentes psicopatológicos personales y el diagnóstico

El presente gráfico se halla dividido en tres zonas, con tres totales parciales (neurosis, psicopatía y psicosis) que corresponden a los antecedentes premórbidos para cada uno de los diagnósticos definitivos.

	Psicosis delirante aguda	Psicosis confusional	Esquizofrenia	Psicosis delir. cró. sin defecto	Psicosis delir. cró. con defecto
NEUROSIS					
Sí	0	0	0	0	0
No	2	0	4	0	1
No conocido	3	0	4	0	0
Total	5	0	8	0	1
PSICOPAT.					
Sí	4	0	2	0	0
No	1	0	3	0	1
No conocido	0	0	3	0	0
Total	5	0	8	0	1
PSICOSIS					
Sí	0	0	2	0	0
No	2	0	4	0	1
No conocido	3	0	2	0	0
Total	5	0	8	0	1

No queremos pasar por alto el indicar que se detectaron antecedentes de alcoholismo familiar en cuatro enfermos (cuadro núm. 3), de los cuales sólo uno incluyó el alcohol en su politoxicomanía (se trataba de un paciente esquizofrénico).

4. Relación entre las drogas empleadas y otras variables

En cuanto a las drogas empleadas antes de iniciarse el síndrome psicótico —con antigüedad variable, según los sujetos, y que va desde uno a diez años—, destacan las anfetaminas (13 casos) y los derivados del cáñamo (11 casos). Los alucinógenos habían sido empleados en siete casos.

Coincidiendo con la eclosión de los síntomas psicóticos, los pacientes tomaban anfetaminas (ocho casos), cannabis (siete casos) y alucinógenos (tres casos). (Ver fig. 1.)

N.º de casos

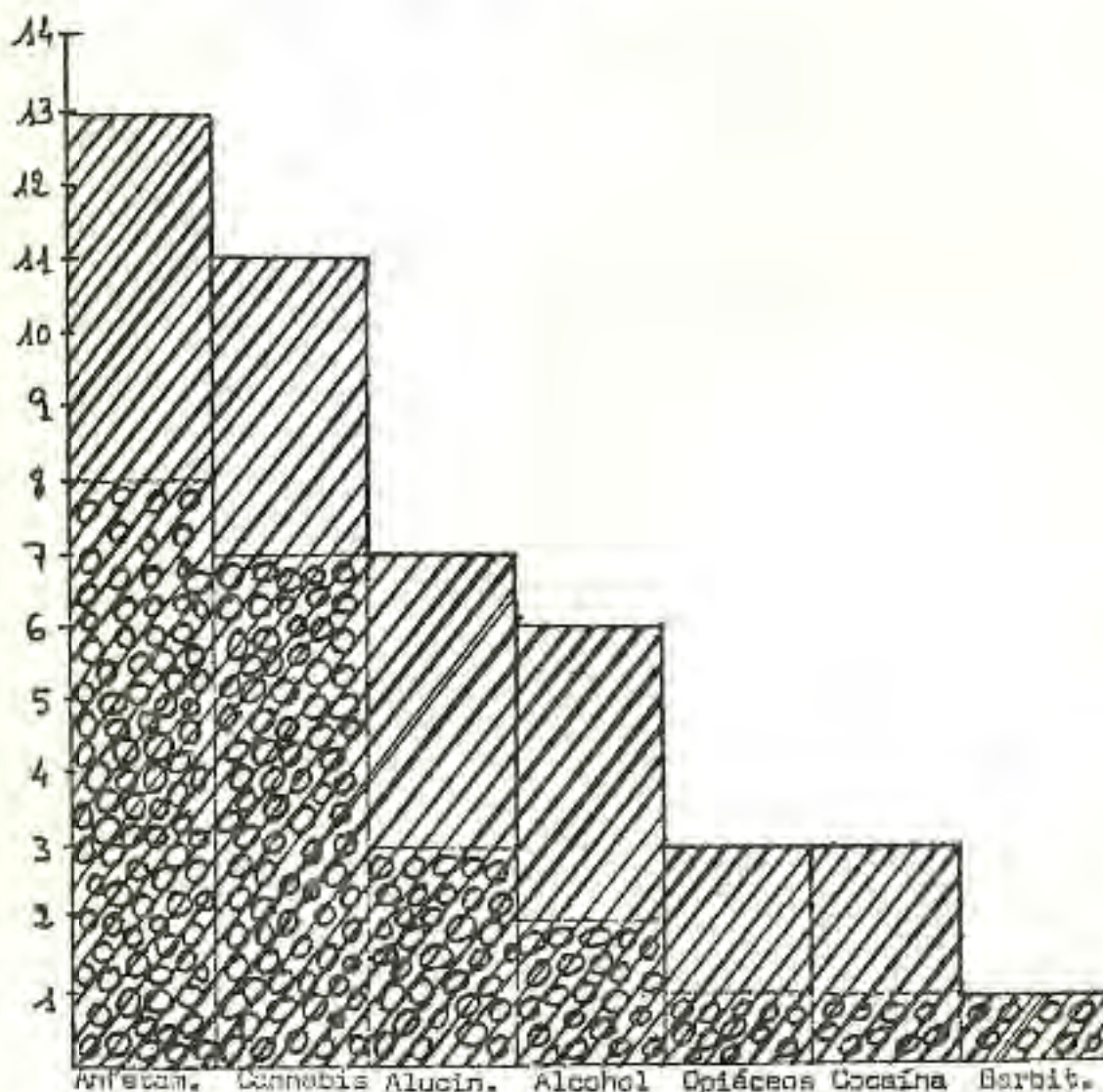


Figura 1.—Drogas que aparecen en la anamnesis remota e inmediata de los enfermos. (Rayado, drogas utilizadas con anterioridad al cuadro psicótico. Círculos, para drogas coincidiendo con inicio de los síntomas.)

Las anfetaminas son, pues, las drogas que aparecen con mayor frecuencia en el pasado y el presente de aquellos toxicómanos que desarrollaron un síndrome psicótico.

Por lo que respecta al modo de comienzo (cuadros 6 y 7), se observa que, tanto en los cuadros psicóticos de inicio brusco como paulatino, predominan las politoxicomanías.

Las anfetaminas, presentes en todos los casos de comienzo paulatino y en todos, excepto uno, de los de comienzo brusco, aparecen en el momento de la eclosión de los síntomas, en la mitad de los casos de inicio brusco, y en cinco de los ocho casos de inicio paulatino.

En un total de cinco enfermos (tres de ellos diagnosticados como psicosis delirante aguda y dos de esquizofrenia) las anfetaminas fueron la única droga presente al manifestarse la sintomatología psicótica.

Los derivados del cáñamo ocupan el segundo lugar, sea cual fuere la forma de inicio de la sintomatología; no obstante, sólo en un caso (el núm. 8) —que fue de inicio brusco y quedó diagnosticado de esquizofrenia— aparece el hashish como única droga antigua y actual. En otros dos casos, igualmente diagnosticados como esquizofrenias, sobre una historia de politoxicomanía, la cannabis fue la única droga presente en el momento de las manifestaciones de las psicosis.

En ningún caso aparecen los alucinógenos como droga única; aunque, en el caso núm. 3 (esquizofrenia), la ingesta de L. S. D. coincidió con el inicio de los síntomas.

Fuera de los casos anteriormente citados, todos los demás pacientes habían empleado anfetaminas en algún momento, aun cuando en tres de los casos de inicio brusco y en otros tres de los de inicio paulatino, no se consumiera dicha droga en el momento de presentarse el cuadro psicótico.

Todos aquellos casos diagnosticados de psicosis delirante aguda (cinco en total) usaron anfetaminas —solas o asociadas—, evolucionando tres de ellos a modo de brote; en dos se desconoce la evolución actual, aunque presentaban una remisión incompleta cuando dejamos de verlos.

CUADRO NUM. 6

Historia tóxica en las psicosis de inicio brusco

(Con una cruz se representan las drogas que se utilizaban habitualmente. El círculo esquematiza las drogas empleadas coincidiendo con el inicio de la sintomatología.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cinó
1	Psicosis delir. aguda.			×	○			
4	Psicosis delir. aguda.	×	×	×	○			×
6	Psicosis delir. aguda.		×	○	×	○	×	
7	Esquizofrenia.		×	○	×			×
8	Esquizofrenia.		×	○				
13	Esquizofrenia.	×	○	×	○	×	×	×
TOTAL: 6		2 1	5 4	5 3	2 0	0 0	1 0	3 2

CUADRO NUM. 7

Historia tóxica de las psicosis de inicio paulatino

(Con una cruz se representan las drogas que se utilizaban habitualmente. El círculo esquematiza las drogas empleadas coincidiendo con el inicio de la sintomatología.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cinó.
2	Esquizofrenia.	×	○	×	○		×	○
3	Esquizofrenia.		×	×				×
5	Esquizofrenia.	×	×	○	×			
9	Esquizofrenia.			×	○			
10	Psicosis delir. crónica.			×	○	×	○	
11	Psicosis delir. aguda.	×	×	×	○		×	
12	Psicosis delir. aguda.		×	○	×	○		×
14	Esquizofrenia	×	×	×	○		×	×
TOTAL: 8		4 1	6 3	8 5	1 1	1 1	3 1	4 1

Barajando las variables de droga utilizada, evolución y diagnóstico, obtenemos la representación gráfica de los cuadros números 8 y 9, donde observamos que aquellos casos que siguieron una evolución procesal muestran una anamnesis tóxica más abigarrada y dispersa, sin que ni siquiera las anfetaminas —común denominador en sus anamnesis— destaquen por su presencia a la hora de iniciarse la sintomatología (solamente en dos casos). Todos los enfermos de evolución procesal habían sido diagnosticados de esquizofrenia.

En cambio, los pacientes que evolucionaron a brotes aparecen como usuarios de dos o máximo tres drogas, con predominio de anfetaminas y cannabis, tanto entre los tóxicos que consumían con anterioridad como entre los tóxicos actuales al iniciarse la sintomatología.

En los cuadros números 11 y 12 se da entrada a las variables "drogas empleadas" y calidad de la "remisión" obtenida en cada caso. En cinco de los seis casos de remisión completa (cuadro número 11) se habían empleado anfetaminas y/o cannabis con anterioridad, asociadas en tres casos con alucinógenos, y en dos casos, con alcohol.

CUADRO NUM. 8

Correlación entre la evolución procesal y la historia tóxica

(Con una cruz se representan las drogas que se utilizaban habitualmente. El círculo esquematiza las drogas empleadas coincidiendo con el inicio de la sintomatología.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Oplá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cinó.
2	Esquizofrenia.	X O	X O	X	X O		X O	X
3	Esquizofrenia.		X	X				X O
5	Esquizofrenia.	X	X O	X				
9	Esquizofrenia.			X O				
13	Esquizofrenia.	X O	X O	X	X		X	X O
14	Esquizofrenia.	X	X	X O			X	X
TOTAL: 6		4 2	5 3	6 2	2 1	0 0	3 1	4 2

CUADRO NUM. 9

Correlación entre la historia tóxica y la evolución a brotes

(Se esquematizan con una cruz las drogas que empleaban habitualmente. Se señalan con un círculo las drogas utilizadas coincidiendo con el inicio de la sintomatología.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cínó.
1	Psicosis delir. aguda.			X O				
4	Psicosis delir. aguda.	X	X	X O				X O
7	Esquizofrenia.		X O	X				X
8	Esquizofrenia.		X O					
10	Psicosis delir. crónica.			X O		X O		
12	Psicosis delir. aguda.		X	X O				X
TOTAL: 6		1 0	4 2	5 4	0 0	1 1	0 0	3 1

CUADRO NUM. 10

Historia tóxica en los casos cuya evolución desconocemos

(Idéntica señalización que en el caso anterior.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cínó.
6	Psicosis delir. aguda.		X O	X O	X			
11	Psicosis delir. aguda.	X	X	X O			X	
TOTAL: 2		1 0	2 1	2 2	1 0	0 0	1 0	0 0

En el momento de hacer eclosión el cuadro psicótico, existía un uso exclusivo de cáñamo en los tres casos diagnosticados posteriormente como esquizofrenias. En los tres casos diagnosticados de psicosis delirante aguda los síntomas psicóticos coincidieron con el uso de anfetaminas solas o bien combinadas (con L. S. D. en el caso número 4; con cannabis en el caso núm. 12).

CUADRO NUM. 11

Esquemmatización de la relación de los tóxicos utilizados en los casos en que la remisión del cuadro psicótico fue completa

(Mismo tipo de señalización que en los cuadros precedentes.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cinó-	N.º tóx. por pacie.
1	Psicosis delir. aguda.			x O					1 O 1 x
4	Psicosis delir. aguda.	x	x	x O				x O	4 x 2 O
5	Esquizofrenia.	x	x O	x					3 x 1 O
7	Esquizofrenia.		x O	x				x	3 x 1 O
8	Esquizofrenia		x O						1 x 1 O
12	Psicosis delir. aguda.		x O	x O				x	3 x 2 O
TOTAL: 6		2 0	5 4	5 3	0 0	0 0	0 0	3 1	

El cuadro número 12 recoge las drogas empleadas por aquellos enfermos en los que la remisión fue incompleta. El panel de las drogas empleadas muestra una dispersión mucho mayor que aquél correspondiente a las remisiones completas. Absolutamente todos ellos habían usado anfetaminas antes de iniciarse la sintomatología (con cierta asiduidad), pero sólo uno las usó de forma exclusiva (caso núm. 9, catalogado inicialmente como psicosis anfetamínica, que posteriormente evolucionó como una esquizofrenia). Así pues, todos, excepto uno de los casos de remisión incompleta, fueron politoxicómanos antiguos, diagnosticados ulteriormente de esquizofrenia (cinco casos), psicosis delirante crónica (un caso) y psicosis delirante aguda (dos casos).

Esquematación de la historia tóxica en los casos en que la remisión del cuadro psicótico fue incompleta

(Lectura del cuadro idéntica a los precedentes.)

Caso n.º	Diagnóstico	Alcohol	Can- nabis	Anfeta- minas	Opiá- ceos	Barbi- túricos	Coca	Alu- cinó-	N.º tóx. por pacie.
2	Esquizofrenia.	x 0	x 0	x	x 0		x 0	x	6 x 4 0
3	Esquizofrenia.		x	x				x 0	3 x 1 0
6	Psicosis delir. aguda.		x 0	x 0	x				3 x 2 0
10	Psicosis delir. cró. sin def.			x 0		x 0			2 x 2 0
11	Psicosis delir. aguda.	x	x	x 0			x		4 x 1 0
13	Esquizofrenia.	x 0	x 0	x	x		x	x 0	6 x 3 0
14	Esquizofrenia.	x	x	x 0			x	x	5 x 1 0
9	Esquizofrenia.			x 0					1 x 1 0
TOTAL: 8		4 2	6 3	8 5	3 1	1 1	4 1	4 2	

Al iniciarse la sintomatología, la mitad de pacientes consumía más de un tóxico y la otra mitad usaba exclusivamente anfetaminas (tres casos) o alucinógenos (un caso).

Todos los casos diagnosticados de psicosis delirante (aguda y crónica) habían tomado anfetaminas con anterioridad y también en el momento de iniciarse la sintomatología.

En el cuadro número 13 recogemos la posible relación existente entre las drogas empleadas, el diagnóstico, el tratamiento y el tipo de remisión obtenida, así como la forma en que obtuvieron el "alta".

En los seis casos de psicosis delirante destaca el común denominador de las anfetaminas, tanto coincidiendo con el inicio de los síntomas como en los antecedentes de consumo habitual, tal y como ya habíamos referido.

Sólo en un caso (número 4) se presentó una remisión espontánea y completa; se trataba de un varón de veinte años, usuario de alcohol, cannabis, anfetaminas y alucinógenos, que inició bruscamente un cuadro psicótico coincidiendo con la ingesta de anfetaminas y L. S. D. y que remitió totalmente durante la semana que permaneció ingresado. Dentro de la clasificación diagnóstica de psicosis delirante aguda, se le consideró como un "mal viaje". Todas las restantes psicosis delirantes fueron subsidiarias de un tratamiento con neurolépticos, sin que en ninguna se recurriera a la electroconvulsoterapia. En el caso número 10, paciente consumidora habitual de "Pirecilina" y diagnosticada de psicosis delirante crónica, hubo que añadir antidepresivos.

Las remisiones obtenidas fueron indistintamente completas o incompletas. Es curioso destacar que ninguno de los cinco casos diagnosticados como psicosis delirante aguda obtuvo un alta médica "normal", figurando dos fugas, dos altas a petición familiar y un traslado a otro centro.

De los seis casos con remisión completa, entre los que se encontraban tres de las cinco psicosis delirantes agudas por tóxicos y tres esquizofrenias, solamente en dos casos (números 5 y 8) diagnosticados como esquizofrenias y usuarios de alcohol, cannabis y anfetaminas (núm. 5) y de cannabis (núm. 8), se recurrió al electroshock.

Ocho pacientes remitieron de forma incompleta, cinco de ellos catalogados como esquizofrénicos. Los ocho recibieron solamente neurolépticos, salvo el caso número 9 (con una historia de ingesta de anfetaminas durante seis años, que evolucionó como una esquizofrenia y recibió también E. S.) y el caso número 10 (que ya hemos dicho recibió también antidepresivos).

Las dos psicosis delirantes agudas que figuran con remisión incompleta se refieren a pacientes en los que ignoramos la evolución (caso núm. 6, que fue trasladado a otro centro, y caso núm. 11, que se fugó), ambos politoxicómanos usuarios de anfetaminas antes del ingreso, y que fueron tratados con neurolépticos.

De los ocho casos de esquizofrenias sólo tres presentaron remisión completa, dos de ellos con E. S., y en los tres existía consumo de cannabis con anterioridad (droga que en un solo caso se empleó de forma exclusiva), siendo, empero, en tres casos la única sustancia presente al inicio de la sintomatología.

Los cinco pacientes que resultaron ser esquizofrénicos y que presentaron remisión incompleta presentan en sus antecedentes remotos e inmediatos politoxicomanías más dispersas y el concurso de un mayor número de tóxicos que en los casos de remisión completa.

En el cuadro número 14 hemos establecido la posible relación entre la historia tóxica y la evolución seguida en cuanto a recaídas, posible defecto y remisión actual.

Presentaron recaídas coincidentes con el uso de drogas cinco casos, de los que cuatro fueron diagnosticados como esquizofrenias y uno como psicosis delirante aguda. Comprobamos que las anfetaminas se encontraban presentes en la historia tóxica habitual de todos los que presentaron recaídas. De estos cinco pacientes no se ha objetivado defecto en el caso diagnosticado de psicosis delirante aguda, pero sí en los cuatro casos de esquizofrenia. En los cinco casos existe correspondencia entre la remisión actual y el defecto, de forma que los casos con defecto no se hallan remitidos en la actualidad, en tanto que los que no han conllevado defecto tienen actualmente remitida la sintomatología de forma completa.

Manifestaron recaída sin droga dos casos, ambos esquizofrénicos (uno de ellos presenta defecto y otro no). Existe correspondencia entre el defecto y la remisión actual.

No han sufrido recaída cuatro casos, tres de ellos (casos números 10, 11 y 12) catalogados como psicosis tóxicas. En los cuatro se encontraba una ingesta habitual y actual de anfetaminas. Tres de ellos han sido considerados como en remisión actual incompleta (núm. 9, esquizofrénico; núm. 10, psicosis delirante crónica, y número 11, psicosis delirante aguda con fuga), pero no defectuales.

Quedan otros tres casos con la siguiente historia tóxica y evolución: una esquizofrenia y dos psicosis delirantes agudas por drogas. Son drogas comunes en la anamnesis remota las anfetaminas y el cannabis; las anfetaminas se encontraron también presentes en los dos casos de psicosis delirante aguda al inicio de la sintomatología. En ninguno de estos tres casos se ha podido conocer la evolución ni fijar si se han presentado recaídas o defecto.

Uno de los aspectos que nos parecen de mayor interés son las posibles modificaciones de diagnóstico de cada paciente entre la primera vez que se cerró su historia y la actual revisión, es decir, a lo largo de su evolución. Precisamente esto es lo que observamos

CUADRO NUM. 14

Relación entre la historia tóxica (en tipo negro, tóxicos anteriores; en tipo fino, los coincidentes con el inicio de los síntomas), las recaídas (en tipo negro si fueron sin drogas, en tipo fino si fueron coincidiendo con uso de droga), el defecto y la remisión)

Caso núm.	ESQUIZOFRENIAS												PSICOSIS DELIRANTES																									
	2	3	5	7	8	9	13	14	10	1	4	6	11	12	Crón.												Agudas											
Alcohol.	X O		X				X O	X			X				X																							
Cannabis.	X O	X	X O	X O	X O		X O	X			X O	X			X	X O	X		X			X	X													X	X	
Anfetamina.	X	X	X	X		X O	X	X		X O	X	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	X O	
Opiáceos.	X O						X								X																							
Barbitúricos.														X O																								
Alucinógenos.	X	X O		X				X O	X			X O	X							X O				X O												X	X	
Cocaína.	X O						X	X			X	X																									X	
Total drogas:	6 4	3 1	3 1	3 1	1 1	1 1	6 3	5 1	2 2	1 1	4 2	3 2	4 1	3 2																								
Recaídas.	2	1	?	3	2	NO	2	Múltiples	NO	4	?	?	NO	NO																								
Defecto.	SI	SI	?	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	?	?	NO	NO																								
Remisión actual.	NO	NO	?	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	?	?	NO	NO																								

en el cuadro número 15, tras considerar la forma de inicio, evolución y remisión. De acuerdo con este seguimiento, observamos que el diagnóstico ha sido modificado totalmente en ocho casos, habiendo pasado todos ellos a ser considerados como psicosis esquizofrénicas, cuando inicialmente se habían etiquetado como psicosis tóxicas. Solamente un caso, inicialmente diagnosticado como psicosis delirante crónica, de etiología orgánica, pasó al diagnóstico final de psicosis delirante crónica de etiología tóxica.

De los ocho casos que pasaron al diagnóstico de psicosis esquizofrénica, sufrieron recaídas seis de los pacientes, cuatro de ellos con droga y dos sin ella. Otro paciente lleva solamente seis meses en remisión y, en un último caso, se desconocen la remisión y posibles recaídas.

De los seis esquizofrénicos que recayeron, los dos que presentaron la recaída sin ingesta de drogas aportaban la siguiente historia tóxica:

Número 2: alcohol, cannabis, opiáceos, anfetaminas, alucinógenos y cocaína.

Número 8: cannabis.

Aquellos esquizofrénicos que recayeron consumiendo nueva droga presentaban como común denominador el uso habitual de cannabis, anfetaminas y alucinógenos, sin que se observe la preponderancia de una droga concreta al desencadenarse los síntomas en las sucesivas recaídas.

Solamente uno de entre los seis esquizofrénicos que presentaron recaídas se encuentra actualmente remitido (caso núm. 8, que sólo utilizaba cannabis).

Revisado el comienzo y la evolución de los seis esquizofrénicos que recayeron, observamos que solamente un caso —con consumo habitual de seis drogas— fue de inicio brusco y evolución procesal. En todos los demás coinciden el inicio brusco con la evolución a brotes y el inicio paulatino con la evolución procesal.

Ninguno de los que evolucionaron a brotes tuvo historia de más de tres drogas, en tanto que los de evolución procesal presentaban una politoxicomanía con más de tres drogas.

De los referidos seis casos de esquizofrenias que recayeron, cinco tenían antecedentes de politoxicomanía y cursaron con defecto, en tanto que el número 8 (consumidor exclusivo de cannabis) evolucionó a brotes y sin defecto.

Por lo que respecta a las cinco psicosis delirantes agudas, en dos de ellas se desconoce la evolución. En los restantes casos de evolución conocida (casos números 1 y 12) no se constata defecto, pese

a que el número 1 ha presentado cuatro recaídas, todas ellas con droga. De éstos están en remisión actual los casos números 1 y 12, que han evolucionado a brotes y presentan en denominador común, el concurso de las anfetaminas, tanto en su historia anterior como coincidiendo con el inicio de la sintomatología.

El caso número 10, mujer de sesenta y tres años, con ingesta continuada de "Pirecilina" (ác. acetilsalicílico + acetanilida + cafeína + ácido feniletilbarbitúrico + sulfato de betafenilosopropilamina)^m, a razón de 14 comprimidos por día, tuvo un comienzo paulatino y se halla en remisión completa y sin defecto.

IV. COMENTARIOS

Voluntariamente renunciamos al vocablo "conclusiones", pues, si tuviéramos que extraer una, ésta sería precisamente que es imposible concluir nada. Más adecuado nos parece hacer unos "comentarios" acerca de cuanto sugiere lo que acabamos de exponer.

Recordamos que se trata de una muestra de 14 sujetos que habían ingresado en el Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencia, de Barcelona, en los años 1977 y 1978 y cuyas historias clínicas habían quedado cerradas bajo el epígrafe general de psicosis tóxicas o el de psicosis asociadas a drogas.

En cinco de ellos existían antecedentes psicopatológicos familiares y ocho aportaban antecedentes psicopatológicos personales —seis diagnosticados como personalidades premórbidas de tipo psicopático y dos de psicosis previas—. Esta elevada incidencia de antecedentes psicopatológicos en los toxicómanos que desarrollan cuadros psicóticos ha sido señalada por diversos autores (Wyss, Ungerleider y Cohen, entre otros).

De los 14 casos estudiados, todos ellos usuarios de drogas y que han presentado un cuadro psicótico, ocho han merecido una modificación diagnóstica de acuerdo con la evolución seguida hasta el momento de la presente revisión catamnésica. Todos ellos han pasado al diagnóstico de psicosis esquizofrénica (endógena), cuando tenían el de psicosis tóxica (exógena). Es de señalar que estos ocho enfermos son precisamente aquéllos que aportaban psicopatología previa.

Solamente en un caso se rectificó el diagnóstico, en el sentido de quedar catalogado como de origen tóxico una psicosis delirante crónica a la que inicialmente se le atribuyó una causalidad orgánica, acaso involutiva.

De los 14 pacientes, 11 eran politoxicómanos (uno de ellos en forma de un solo preparado comercial conteniendo pluralidad de

componentes psicoactivos, protagonizado por una mujer madura que difiere de todos los demás por sus características psicosociales, y que evolucionó como una psicosis delirante crónica). Sólo en tres casos se empleó de forma exclusiva una droga (anfetaminas en dos de ellos, diagnosticados respectivamente como psicosis delirante aguda y esquizofrenia, y cannabis en un caso, diagnosticado de esquizofrenia).

La experiencia de que la mayor parte de adictos lo son a varias drogas, puesta también de manifiesto en una revisión personal de 48 casos ingresados para tratamiento específico de su toxicomanía (§ 12), es también recogida por diversos autores, y el propio Denicker opone las toxicomanías clásicas de las modernas, en el sentido de que aquéllas se vinculaban a un solo agente, mientras que hoy la politoxicomanía es la regla, con la consiguiente imbricación de efectos por agentes múltiples. En efecto, esta pluralidad de drogas, que aparece en la anamnesis lejana de la mayoría de nuestros pacientes, hace difícil establecer una correlación válida entre el tipo de tóxico y el cuadro psicótico, tanto desde el punto de vista etiopatogénico como patoplástico.

No obstante, 13 de los 14 enfermos estudiados tenían en su haber una historia tóxica de consumo habitual de anfetaminas; 11, cannabis, y 7, alucinógenos.

El protagonismo de las anfetaminas en los casos estudiados no puede ser concluyente, ya que cabe considerar que éstas figuran también hoy entre nosotros entre las más consumidas por los usuarios de drogas en general. Lo mismo cabe decir de la cannabis, que aparece en este estudio en segundo lugar.

Empero, debemos observar que, si bien aquéllas —las anfetaminas— destacan como común denominador entre los adictos que presentan cuadros psicóticos, los derivados del cáñamo, a la cabeza del consumo general, quedan postergados al segundo lugar en los pacientes de la muestra estudiada, coexistiendo siempre con otras drogas, salvo en un caso —diagnosticado luego como esquizofrenia—, que no había probado más droga que "el porro".

En tres casos, con antecedente de politoxicomanía, los sujetos empleaban únicamente cannabis al iniciarse la sintomatología. Todos ellos fueron diagnosticados como psicosis esquizofrénicas.

En nuestra experiencia no se encuentra, pues, ninguna psicosis pura por hashish, lo que nos lleva a poner en duda la responsabilidad que puedan caberles a estos derivados en la génesis de las psicosis. Esta impresión es manifestada asimismo por otros autores (§ 2).

Las anfetaminas, en cambio, prácticamente omnipresentes, aunque sea combinadas con otras drogas, aparecen como único agente psicotrópico en el momento de iniciarse cuatro de los casos de psicosis y como única droga a lo largo de toda la anamnesis del sujeto en dos pacientes (una psicosis delirante aguda y una esquizofrenia).

Las anfetaminas figuraban en la anamnesis de los seis casos finalmente diagnosticados como psicosis delirantes tóxicas, en tres de las cuales fueron la única droga coincidente con el inicio de la psicopatología.

En ningún caso hemos hallado alucinógenos como droga única en la anamnesis del enfermo, y solamente en un caso, el de un esquizofrénico, existía un uso exclusivo de L. S. D. al irrumpir el cuadro psicótico. En otro, el de un joven que presentó una psicosis delirante aguda de remisión espontánea y completa, la sintomatología coincidió con un "mal viaje" de L. S. D. sobre un fondo de politoxicomanía y concomitancia de anfetaminas. Es el único de los casos en que cabría establecer una relación causal y hablar de "mal viaje", con recuperación total al regreso.

Queremos resaltar el hecho de que en la historia tóxica de todas las psicosis delirantes de etiología tóxica se encuentran las anfetaminas como tóxico más frecuente, presentes tanto en la historia habitual como en la de tóxico coincidente con el inicio de los síntomas. Sin embargo, en la historia tóxica de las psicosis esquizofrénicas las anfetaminas y cannabis son las drogas habituales en siete de ocho casos, pero la cannabis fue la droga más frecuente al inicio de los síntomas (cinco de los ocho casos).

Ningún otro tipo de droga, aparte de los expuestos, ha aparecido vinculado de forma exclusiva al cuadro psicótico de los enfermos.

Es de señalar que cualquiera que fuera la droga consumida, en ninguno de los casos su uso se remontaba a menos de un año, con una antigüedad de diez años para el paciente de mayor veteranía.

No parece existir una relación precisa entre la forma de comienzo del cuadro psicótico, lenta o paulatina, y el tipo de droga utilizado, si bien se observa en general una mayor diversidad de drogas en los casos de esquizofrenia.

Por lo que respecta al curso evolutivo, la evolución a brotes se perfila de preferencia en las drogadicciones de menos de tres drogas, en tanto que los politoxicómanos de más amplia baraja presentan más evoluciones procesales. Asimismo se observa que los casos de evolución procesal acaban dibujándose como esquizofrenias.

En cuanto a la remisión, los politoxicómanos de más de tres drogas ofrecen de preferencia remisiones incompletas, bien sea por

una mayor toxicidad, bien por una intoxicación más mantenida. Todos los casos en que hemos constatado remisión incompleta usaban pluralidad de drogas (cinco de ellos merecieron ulteriormente el diagnóstico de psicosis esquizofrénica. A dos, catalogados como psicosis delirante aguda, se les ha perdido el seguimiento).

Solamente se ha observado deterioro en casos de esquizofrenia.

En un solo caso, considerado como un "mal viaje de L. S. D." (bouffée delirante), hubo remisión completa y espontánea. En efecto, en 13 de los 14 enfermos se tuvo que instaurar una terapia con neurólépticos, a los que en tres casos se añadieron E. S. (tres esquizofrenias), y en uno, antidepresivos (usuaria de "Pirecilina").

Por lo que respecta a la forma de salida del Instituto, es de destacar que en ningún caso de psicosis delirante aguda de etiología tóxica medió un "alta médica" normal. En efecto, dos enfermos se fugaron; otros dos recibieron el alta a petición familiar y otro fue trasladado a otro centro. De ahí que nos falte la evolución en dos de ellos. Este dato resulta además revelador por lo que respecta a las características psicoconductuales de estos enfermos drogadictos, que, cuando ingresan —cualquiera que sea el motivo— en un centro asistencial, rara vez completan debidamente un tratamiento.

En resumen, habida cuenta de sus características clínicas y evolutivas, resulta que, de los 14 casos revisados en que existía un cuadro psicótico unido a un hábito de drogas, solamente en seis se considera la existencia de una (probable) relación etiológica entre la droga y la psicosis (cinco psicosis agudas y una crónica). En los ocho casos restantes, el diagnóstico psicopatológico que se impone a un año vista es el de esquizofrenia. El papel que hayan podido desempeñar las drogas en la etiopatogenia de éstos queda, pues, ignorado. En principio, incluso los cuadros esquizofreniformes deben seguir una evolución favorable y limitada, si son de origen tóxico (párrafos 3, 4, 15).

Si una droga puede determinar cambios bioquímicos y moleculares análogos a los que puedan hallarse en las psicosis endógenas; si aquéllos pueden ser persistentes o si, para que la psicosis prevalezca, se requieren ya unas anomalías previas que en cualquier caso se podrían haber manifestado o se han descompensado por la droga psicoactiva... todo son cuestiones no resueltas que espolean la curiosidad de los científicos. Pero, hoy por hoy, debemos de ir al terreno de lo práctico y limitarnos a hacer conjeturas etiológicas allá donde la relación causa-efecto se manifieste como más sugerente y donde la configuración y evolución del cuadro psicopatológico nos permita verdaderamente calificar la patología como psicosis exógena

tóxica por acogerse a los principios que se le suponen:

- Clara relación causal.
- Duración variable, generalmente breve.
- Curación sin secuelas.

Creemos que ante un cuadro psicopatológicamente clasificable dentro de las psicosis esquizofrénicas, no es válido —en tanto no se demuestre la correspondencia de un trastorno bioquímico preciso con la enfermedad—, y se le suponga a un agente externo la capacidad de generarlo, diagnosticar el síndrome como psicosis tóxica y menos como "esquizofrenia tóxica".

Pensamos que, por el momento, debemos considerar el grupo de las esquizofrenias como algo preciso, donde la presencia de drogas psicotomiméticas puede ser ya reveladora de las características personales del sujeto que las busca, a la vez que actuar como factor desencadenante y/o de mantenimiento de esa psicosis, que, acaso espontáneamente, también se habría manifestado.

Como epílogo diríamos, pues, que ante todo cuadro psicótico que aparezca en un drogadicto hay que proceder con la máxima cautela, máxime si existen antecedentes psicopatológicos familiares y/o personales, y si se trata de un politoxicómano donde sea difícil repartir las responsabilidades (párrafos 3, 4, 13, 15).

Pensamos que la postura más honesta es limitarse a señalar la coexistencia de ambos factores —la anamnesis tóxica y el cuadro psicopatológico— y establecer el diagnóstico y el correspondiente tratamiento en función de aquél.

El diagnóstico etiopatológico se impondrá más adelante en algunos casos o no podrá dilucidarse nunca con seguridad, dado que la prosecución del hábito tóxico se imbrica a menudo con el curso procesal de la enfermedad, sin dar ocasión a que se averigüe lo que ocurriría si se eliminase la drogadicción.

El pronóstico es de todo punto incierto, sobre todo por la inercia a la prosecución del uso de drogas a que son proclives estos enfermos. Pero creemos que cabe considerar como de mal pronóstico:

1. La positividad en los antecedentes psicopatológicos.
2. Una amplia politoxicomanía.
3. El comienzo paulatino del cuadro psicótico.
4. Un curso procesal.
5. La prosecución del hábito tóxico.

En cualquier caso se impone el tratamiento con neurolépticos, que solamente se irá retirando muy lentamente transcurridos unos

meses de remisión completa y perseguirá al mismo tiempo la deshabitación y rehabilitación del sujeto, incluyendo su reinserción familiar, social y laboral.

Barcelona, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- (1) APARICIO, O.: *Drogas y toxicomanias*, Editora Nacional, Madrid, 1972.
- (2) DIETRICH, H.: "Adicción y hashish desde el punto de vista del psiquiatra", *Clin. Neurol. de la Universidad de Múnich, Münchner Medizinische Wochenschrift*, núm. 6, 1971, págs. 525-536.
- (3) COHEN, S.: "A classification of L. S. D. complications", *Psychosomatics*, 7 (1966), págs. 182-186.
- (4) COHEN, S.; DITMAN, K. S.: "Prolonged adverse reactions to L. S. D.", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 8., 1963, págs. 474-480.
- (5) GRINSPOON, L.: "Reconsideración de la marihuana", colección *El Viento Cambia*, México, 1973.
- (6) GRUPO CIENTIFICO DE LA O. M. S.: "Problemas planteados por el uso de las drogas", *Crónica de la O. M. S.*, vol. XXVII, núm. 5, Ginebra, mayo 1973.
- (7) LABIN, S.: *El mundo de las drogas*, Libros de Bolsillo Argos-Vergara, Barcelona, febrero 1979.
- (8) LAURIE, Peter: *Las drogas. Aspectos médicos y sociales*, Alianza Edit., colección El Libro, núm. 186, Madrid, 1979.
- (9) LAURIA, Donald B.: *Las drogas: qué son y cómo combatirlas*, Edit. Diana, México, 1972.
- (10) McGLOTHIN, W., y cols.: "Long lasting effects of L. S. D. on normals", *Arch. Gen. Psychiatr.*, vol. 17, noviembre 1967, págs. 521-532.
- (11) RICHTER, R. W. (editor): *Medical aspects of drug abuse*, Harper and Row, Maryland, 1975.
- (12) RODRIGUEZ MARTOS, A.; WELSCH, A.: "Psicosociología del toxicómano actual: análisis crítico a partir del estudio protocolizado de 48 casos", comunicación a las VIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Pamplona, septiembre 1979.
- (13) UNGENLEIDER, J. T.; FISCHER, D.; MULLER, M.: "The dangers of L. S. D. 25", *J. A. M. A.*, 197 (1966), 6, págs. 389-392.
- (14) VARENNE, Gastón: *El abuso de la droga*, Edit. Guadarrama, colec. "Psicología y Ciencias Humanas", núm. 13, Madrid, 1973.
- (15) WYSS, M. A.: *Les intoxications par le L. S. D. 25: problemes medico-legaux*, Collection de Medecine Legale et de Toxicologie Medicale, Messon Editeurs, Lyon, 1970.