

La toxicomanía a las anfetaminas: consideraciones acerca de un caso

E. Baca Baldomero y S. Cervera Enguix

La anfetamina, sintetizada en 1927 por Aller y producida a escala industrial a partir de 1932, es la droga que, junto a la marihuana y los alucinógenos, produce en la actualidad el mayor número de casos de toxicomanía entre los adolescentes y jóvenes de 17 a 20 años.

Sus especiales características, entre las que podemos destacar la gran difusión de su empleo en los medios estudiantiles, la relativamente alta tolerancia social que disfruta su uso, y su venta escasamente controlada hasta hace poco tiempo, han hecho del abuso de este tipo de sustancias un problema insidioso y poco apreciable a lo que ha contribuido, sin duda alguna, el hecho de que el cuadro clínico de la intoxicación crónica (salvo la aparición de la llamada psicosis anfetamínica) sea poco definido.

Sin embargo, de la extensión y gravedad de esta toxicomanía nos dan una idea los siguientes datos: en 1959 el National Health Service inglés averiguó que de 214 millones de prescripciones médicas, alrededor de 5.600.000 (2,5 %) ha-

bían sido de preparados anfetamínicos; y en los años de 1963 a 1965, en una investigación realizada en adolescentes admitidos en los reformatorios de Londres, se encontró en la orina de un 18 a un 20 por 100 de los mismos, altas concentraciones de anfetaminas. Las edades de los detenidos oscilaban entre los 12 y 17 años.

No conocemos los datos correspondientes referidos a nuestro país, pero si fuese posible una investigación masiva entre los estudiantes de enseñanza media y universitaria, probablemente las cifras de consumo no diferirán mucho de las que acabamos de citar. A pesar de todo, y por las razones que apuntábamos más arriba, el abuso de las anfetaminas es un tema poco o nada tratado en la literatura especializada española. Es por esto, y por considerarlo bastante representativo de la generalidad del problema, por lo que hemos creído interesante referir el caso que nos ocupa.

M. A. A. P., 21 años. Soltero. Estudiante de Ingeniería.

Es traído a la consulta a causa del escaso rendimiento en sus estudios. El enfermo nos refiere que se encuentra en un estado de irritabilidad casi constante, con cambios de humor bruscos que oscilan, desde un optimismo con ánimo alegre, hasta un estado de apatía. Posteriormente aclara que toma anfetamina desde los doce años y que no puede pasar sin las pastillas hasta el punto de tener que llevar consigo constantemente un tubo o una receta. "Me dan sensación de seguridad". Ha llegado a falsificar prescripciones médicas en complicidad con otro. La dosis ha sido oscilante, alcanzando en época de exámenes hasta 10-12 compr./día.

El paciente es el último de cinco hermanos (tres varones y dos hembras). Vive con sus padres y la hermana inmediatamente mayor que él, el marido de ésta y los hijos de ambos. Las figuras alrededor de las que gira toda la dinámica familiar son el padre y la hermana. El padre es un hombre enérgico, rígido y autoritario que no tolera discusiones acerca de lo que él opina y que ha gobernado con mano firme a todos sus hijos y a su esposa. Vive rodeado del respeto y del temor de todos ellos. Nuestro caso siente hacia él una dependencia que es mezcla de admiración, miedo y competitividad, quiere ser más que él, pero al mismo tiempo teme disgustarle al no responder a lo que su padre espera de él. La madre es una mujer de notable inmadurez personal, no muy inteligente y que siempre ha vivido pendiente de su apariencia y de las órdenes del marido. El enfermo tiene con ella más confianza que con su padre, la utiliza con frecuencia como intermediaria y consejera.

Su historia personal es prácticamente la historia de sus esfuerzos en el estudio y de su afán de rendir. Desde muy pequeño, y debido primordialmente a la diferencia de edad con sus hermanos, fue muy mimado por todos. A los doce años,

coincidiendo con un cambio de colegio, toma la primera pastilla.

Posteriormente, durante todo el bachiller, M. A. siguió tomando anfetamina a causa de los continuos reproches que le hacen su padre y hermana cuando no aprueba las asignaturas.

"Tomaba muchas pastillas porque con el calor no podía concentrarse y *las pastillas producían una euforia* que superaba el calor fácilmente".

Pasa unos años como interno en un colegio "que tenía fama de corregidor". Alterna las buenas notas con la toma de anfetaminas, pero la motivación para estudiar no es adecuada: "sólo estudiaba para poder ir a casa los sábados". El año que prepara el preuniversitario fue muy duro y abusó bastante de las pastillas. Suspende por dos veces. A raíz de esto toma la decisión de prepararse para el examen de febrero sin decir nada a sus padres. "Estudiaba todo el día y la noche a base de cafés y anfetaminas". En febrero aprueba. "Mi padre se llenó de satisfacción y yo de alegría". Durante el bien merecido descanso que se toma después de aprobar, no toma ninguna pastilla por primera vez desde hacía años. Notaba un vacío, una falta de algo, pero a pesar de todo se sentía tranquilo y distraído.

El curso siguiente comienza ingeniería. Desde el primer día reanuda la toma de anfetaminas (3-4 diarias e incluso 6). Al no aprobar todas las asignaturas en el verano, toma seis comprimidos de simpatina y 2-3-4 de Exorbán al día.

En el momento de ser visto, M. A. seguía tomando a razón de 3-4-5 simpatinas y 4-6 compr. de Exorbán al día. Como tenía dificultades para procurárselos, falsificaba recetas. Cuando ve que se le terminan los comprimidos entra en una fase de tremenda angustia, volviéndose irritable, brusco y creando problemas en casa. Basta con una receta en el bolsillo para que se sienta seguro.

No ha conseguido dejar de tomar un solo día. Si no lo hace siente gran ansiedad, inquietud motora y sudoración. Tiene que tomar inmediatamente sintiéndose al momento relajado y optimista, con grandes fuerzas intelectuales y capaz de todo.

En este estado es en el que viene a la consulta.

DISCUSIÓN

La personalidad de M. A. está matizada por algo que podemos llamar *miedo a la responsabilidad*. Piensa que en su casa esperan de él grandes cosas y teme defraudarles. Su novia (hace siete años que mantiene relaciones) es otro motivo de preocupación. Se ve forzado a rendir, a estudiar más por miedo a que ella se canse de esperar y lo deje. "Tiene puestas esperanzas en mí y si la defraudo se desilusionará". "Todo el mundo espera algo de mí y yo temo fallarles".

En el trasfondo lo que existe realmente es un *miedo a la independencia*, a la posibilidad de autodeterminación. Así nos dice: "preferiría estar atado, depender de otra persona". "Prefiero dejarme llevar a llevar yo". En otra ocasión: "si alguien me indica su opinión me siento llevado necesariamente a hacerlo". "Nunca me han impuesto nada, sólo ha bastado insinuármelo para que lo hiciera necesariamente". Esto puede ser entendido como un rasgo de inseguridad, y en cierto modo lo es, pero lo que se manifiesta en esta inseguridad no es la falta de evidencia del anacástico, sino el rechazo de la propia disponibilidad de la decisión, que es enajenada a la menor ocasión.

Por lo demás, M. A. es una persona de carácter afable, con buena capacidad de contacto interpersonal, si bien muy en lo puramente superficial. Nunca ha tenido auténticos amigos, y en los am-

bientes que le son extraños es retraído y a veces solitario.

Los anteriores datos nos plantean varios problemas:

1. *¿Es realmente una toxicomanía lo que padece el enfermo?*

El problema de diagnóstico de toxicomanía a la anfetamina es vidrioso en lo que se refiere a la detección de un síndrome de abstinencia claro y concreto, expresión de la dependencia física de la droga, sobre todo por la poca consistencia de los síntomas que lo integran. En este enfermo se dan los rasgos de tendencia a aumentar las dosis, si bien esta tendencia es relativamente lenta y se produce a lo largo de varios años, así como lo que se ha dado en llamar "dependencia psíquica" (manifestada aquí por la necesidad de llevar la receta en el bolsillo, angustia ante la posibilidad de no encontrar pastillas, etc.). La dependencia física es también manifiesta. Así al suprimir la droga aparece un cuadro de inquietud motora, sudoración profusa y una llamativa irritabilidad. Durante la supresión brusca y total de droga que sufrió al ser ingresado apareció el citado cuadro seguido de una fase depresiva que exigió tratamiento. Esta forma de síndrome de abstinencia es citada por P. H. Conell en sus trabajos sobre anfetamina.

Sin embargo, hay una situación más profunda que nos acerca más a las formas de manifestarse su necesidad y que está expresada por el propio M. A. en uno de sus escritos. Dice así: "Son las once de la mañana. No me siento capaz de seguir estudiando, *es como si sintiera la falta de algo, como si fuese a faltarme fuerza u optimismo, pero no siento cansancio ni sueño*". Otro día escribe: "Cuando tomo una pastilla *me siento de otra manera*". Esto nos ilustra sobre la naturaleza de la necesidad. No es necesidad de alcanzar un rendimiento, por

más que se manifieste de forma más dramática en las situaciones en que hay una exigencia de aquél. Es primariamente la *necesidad de obtener un sentimiento de cambio, de dejar de sentirse así y sentirse de otra manera*. En definitiva, de obtener la vivencia de cambio de que nos habla Von Gebattel. No obstante esto, con ser mucho, no indica de forma definitiva de la irresistibilidad de esa necesidad. Este algo que se manifiesta a lo largo de toda la descripción que hemos hecho del caso: las falsificaciones de recetas, la búsqueda desesperada de un farmacéutico "complaciente", el engaño (varias veces repetido) de enviar a una sirvienta a una farmacia conocida a comprar pastillas con el encargo de decir que "eran para su padre, que tenía que conducir de noche", la utilización de productos que, teniendo aminoras estimulantes en su composición, fueran de venta libre, etc., hablan por sí solos. Pensamos por tanto, que estamos frente a un caso de toxicomanía a las anfetaminas con un cuadro clínico neto y coherente.

2. *¿Cómo puede entenderse el trastorno dentro del marco general del proceso de realización del enfermo y en qué medida está éste transformado o detenido?*

La tesis que M. A. sostenía era que la toma de simpáticas estaba condicionada porque se le había obligado a aceptar algo no querido por él (la carrera de ingeniero), colocándolo así entre la disyuntiva de no rendir (lo que le atraía el rechazo de su padre) o de necesitar fuerzas supletorias, que encontraba en la droga. Piensa que su verdadera vocación es un trabajo manual, "algo práctico que se aprenda por el contacto directo y no a través de los libros" y expresa su deseo de entrar a trabajar en la fábrica de su padre. "Por otra parte —nos dice— yo podría hacerme cargo de la dirección de la empresa sin necesidad de ser ingeniero". "Mis herma-

nos no han estudiado nada y le dan cien mil vueltas a cualquier ingeniero".

Es evidente que el estudio es para M. A. la posibilidad de tener que enfrentarse con un destino propio, hecho por él mismo. De siempre en casa le habían forzado a estudiar insistiéndole en que así tendría algo suyo: un título que le permitiría independizarse del padre. Parece ser como si los anhelos de independencia de la familia intentaran realizarse a través de M. A. El es consciente (aunque en otro sentido) de esa responsabilidad y de esos anhelos que caen sobre sus espaldas y que al impulsarle a un desarrollo autónomo vive como relación forzosa con la posibilidad de autodeterminarse. Pero se revuelve contra esa libertad que al serle impuesta se le hace insoportable. En esta situación, caracterizada por una "relación pervertida" con el padre (pervertida en tanto en cuanto algo radicalmente negativo como es la dependencia es investido con un valor de salvación), la anfetamina juega un papel intermedio. Apareciendo en el horizonte de M. A. como un objeto que en un momento dado potencia su posibilidad de realizarse a través de los cauces que él no ha elegido, pero que se ve forzado a aceptar. De esta forma se siente, por un lado, capaz de alcanzar algo (buenas notas), que le permita tener contento a su padre y prolongar, por tanto su dependencia de él, y por otro suavizar la situación de conflicto que se establece entre la dirección auténtica de su realización personal y el riesgo que ésta supone.

Como consecuencia de esta situación conflictiva el propio proceso de realización queda detenido. La droga es buscada como medio de salvar esa situación en la medida que proporciona un sentimiento que le hace suponer que avanza (que estudia, que aprueba) sin necesidad de comprometerse libremente en este avance. Aquí es donde está la raíz profunda y destructiva de su vicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONNELL, P. H. *Practitioner*, 200: 234, 1968.
2. DAWTRY, F. *Social problems of Drug Abuse*. Butterworths. Londres, 1968.
3. INTERDEPARTMENTAL COMMITTEE ON DRUG ADDICTION. *First Rapport*. H. M. Stationery Office. Londres, 1961.
4. O. M. S. *Ser. Rapp. Tech.* n.º 21. 1950.
5. O. M. S. *Ser. Rapp. Tech.* n.º 116. 1957.
6. SORIA, J. *Sobre la anfetamina en Psiquiatría*. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiat.*, 26: 31, 1967.
7. VON GEBSATTEL. *Antropología Médica*. Rialp. Madrid, 1966.

