

REVISION DE TEMAS

TRATAMIENTO DE LOS "MALOS VUELOS"

Recomendaciones para su atención por personal médico y no médico.

José Sánchez García.

RESUMEN

El incremento del uso y abuso de drogas aumentarán las complicaciones denominadas "malos vuelos". Con propósitos educativos, preventivos y asistenciales se describen los principales factores que dan lugar a tales complicaciones, y se dan las orientaciones necesarias para que el personal no médico, que es el que contacta con los accidentados inicialmente, actúe en forma adecuada impidiéndose la presentación de cuadros que pueden ser graves creando daño irreversible y aun la muerte. Se precisan las acciones médicas más importantes destinadas a diagnosticar con propiedad y a evitar hospitalizaciones innecesarias. Se destacan las tareas de prevención que parecen ser las más importantes en el mundo de las drogas.

INTRODUCCION

Dos programas de TV invitan a comentar la emergencia médica denominada "mal vuelo", "mal viaje" por drogas. En uno, sin precisarse la fuente informativa, se afirmaba que cada mes mueren en Lima 10 niños menores de 15 años por efectos de las drogas; de ser cierto, debe suponerse que la causa es sobredosis y/o "malos vuelos". En otro, unos universitarios invitados para opinar sobre asuntos políticos revelaban deficiente información y reinaba la monotonía. Pero al mencionarse algo sobre drogas la reunión se animó. Todos, incluso el programador, opinaban como consejeros enterados y doctos en la materia.

Suceso tan corriente para un problema complejo como es el de las drogas, en el que se lanzan cifras sensacionalistas que de ninguna manera desaniman a los usuarios y se emiten ideas que no hacen más que deformar criterios, ahondar confusiones y sostener mitos que perjudican la salud individual y colectiva, es un asunto más perjudicial que constructivo, sobre todo si se tiene en cuenta que la TV es un medio de difusión masiva, y demuestra que el público necesita ser educado convenientemente para que actúe con adecuación, pues si tanto desconocimiento revelan universitarios debe inferirse que en otras áreas de la población el desconcierto es mayor.

Una situación que se presenta como emergencia en el mundo de las drogas está dada por los malos vuelos que aumentarán cuanto más se difunda el uso y abuso. En la actualidad, parece que las emergencias hospitalarias de malos vuelos no son tan frecuentes como se cree. Falta datos estadísticos apropiados y como es obvio, gran cantidad de crisis de esta naturaleza son atendidos en los domicilios

por personas sin entrenamiento médico, unas veces con éxito porque lo permite el curso natural de la crisis y otras veces con resultados lamentables porque no se reconoció la severidad de la emergencia y se desdeñó la ayuda médica.

FACTORES QUE PROVOCAN Y COMPLICAN LOS MALOS VUELOS

La proliferación de usuarios y la difusión de drogas, especialmente las alucinógenas, incrementarán los efectos adversos —malos vuelos— condicionando accidentes y hospitalizaciones. Pero parece que no hay relación directa entre el número de usuarios de una droga y la cantidad de efectos adversos que ella produce. Más bien existen otras razones que pueden explicar el porqué de los malos vuelos y de otras complicaciones. Tanto el médico como el consumidor deben tener en cuenta algunos de los siguientes fenómenos que agravan los malos vuelos.

1. **Expectativa creciente de efectos adversos.** Los efectos de las drogas varían con las expectativas y aquellas personas que tienen excesiva aprehensión inicial son proclives a experimentar malos viajes (1). La clase de expectativa predice el comportamiento: usuarios que son advertidos que con el LSD pueden arrojarse de una ventana, lo hacen; a quienes se les anticipa que pueden perder el juicio, presentan reacciones de pánico. Así, las profecías se cumplen y los azares aumentan.

2. **Drogas y dosis desconocidas.** Cuando se establece la manufactura clandestina para el mercado negro no se tienen dosis precisas. Así, desde que se inició el tráfico ilegal del LSD en 1962, una cápsula o un cubo de azúcar puede contener LSD en dosis tan insuficientes que no producen un vuelo o puede tenerlo en cantidades mucho mayores que las recomendadas.

En una comunidad hippie (2,3), casi la mitad de los entrevistados habían consumido drogas desconocidas; en un festival rock en California se consumieron 4,000 tabletas no identificadas; además, es común que se mezclen drogas desconocidas con otras conocidas o que se mezclen varias drogas como LSD con hidrocloreto de metanfetamina (Methedrina), marihuana con diversas sustancias como anfetamina, heroínas, mescalina, cocaína y opio; marihuana con tintura de alcanfor que contiene 2.2 g. de opio por onza.

3. Contaminación. Se debe a que en las drogas que van al mercado negro hay introducción casual de sustancias debido a la manipulación de amateurs y/o errores de síntesis. Por ejemplo, el LSD 25, fue uno de los 25 derivados ergotamínicos sintetizados por Sandoz en 1938 (actualmente hay muchos más) y los efectos de muchos de los congéneres LSD son poco conocidos y potencialmente peligrosos. Sin embargo, un pequeño error en el proceso de síntesis contiene como producto final no sólo el agente deseado sino otras combinaciones de esos congéneres.

Muchos fumadores de marihuana aprenden que según la procedencia serán los efectos y creen, por ejemplo, que el THC que se ofrece como extraído de la colombiana es magnífica. Hasta los usuarios bien enterados del principio psicoactivo de la marihuana (THC) pagan altos precios porque creen que determinada marihuana posee altas concentraciones de ese ingrediente que no obtienen jamás, porque ignoran siempre que la síntesis de THC es costosa y complicada como para fabricarla sin contaminación y con fines de distribución ilícita.

4. Adulteración. Como los farmacodependientes consumen drogas indiscriminadamente, se complican los malos vuelos y se condicionan daños significativos. Muchas reacciones adversas se producen por los productos con los que los intermediarios paqueteros adulteran las drogas y no por las acciones farmacológicas de las mismas. Debido a que el Ministerio de Salud no tiene control en la producción, calidad, cantidad y pureza de las drogas ilegítimas, el consumidor no está protegido cuando adquiere drogas en la calle y prácticamente está jugando a la ruleta rusa. Como el consumidor no obtiene lo que cree que compra, no sabe lo que consume y de este modo se complica el manejo de una emergencia consecutiva a drogas.

Los traficantes que venden "ácido puro", deliberadamente adulteran el LSD con sustancias que tienen a mano, con estrocnina y con sustancias de bajo costo de preparación como anfetamina. Esta mezcla aumenta la probabilidad de un mal viaje debido a los intensos efectos simpaticomiméticos de las anfetaminas. Los "speed" producen taquicardia, temores musculares y ansiedad que frecuentemente se magnifican por la mente sensibilizada a una reacción de pánico al LSD.

El LSD debe mezclarse con sustancias anodinas porque la cantidad de droga apropiada para un vuelo es muy pequeña para que sea visible y para manipularla convenientemente. Pero los traficantes utilizan otras sustancias para que el usuario vuele en forma inmediata y no espere una media hora o más que es el tiempo que tarda el verdadero LSD para ejercer sus efectos.

Los consumidores de LSD cuentan que lo adquieren en minúsculas píldoras o en polvo de grano suficiente grueso que permite verlo. Con esta compra, ante el ofrecimiento de un buen vuelo, se adquiere una mínima cantidad de LSD con abundante material inservible peligroso para la salud. Muchos consumidores desconocen que el LSD es tan potente que la cantidad usual de 50 a 150 microgramos puede ser colocada fácilmente en la cabeza de un alfiler. El resto de lo que se compra es material adulterado de química desconocida que muchas veces es el que origina graves problemas de salud y malos viajes.

Diversas organizaciones norteamericanas que analizan la constitución química de drogas vendidas en la calle

comunican resultados ilustrativos: la única droga que casi siempre se compra como tal es la heroína; la marihuana muchas veces está adulterada; el LSD era ácido en el 84% de los casos pero la cantidad de LSD variaba de 10 a 500 microgramos, siendo la primera dosis insuficiente para causar algún efecto, en tanto que la segunda casi cuadruplica la dosis máxima que usualmente se emplea para experimentar un vuelo. Como hecho importante para la policía se menciona que el LSD que se vendió en Europa en el período 1969-1974 era similar en apariencia y contenido al que se vendió en USA, hecho que hace suponer que alguna organización internacional empleaba los mismos procedimientos de preparación. Lo que se vendía como mescalina o psilocibina en realidad era, en la tercera parte de las muestras, LSD o LSD con fenociclidina. El contenido de anfetamina variaba de 0 a 8 mg. por tableta y sólo el 69% contenían alguna anfetamina. La cocaína era pura en el 73% de las muestras pero en el 19% de ellas estaba combinada con un anestésico local.

La mezcla de agentes psicoactivos baratos con drogas psicodélicas costosas deja grandes dividendos a los traficantes y crea serios problemas al tratamiento. Así, por ejemplo, los anticolinérgicos centrales —especialmente los alcaloides de la belladona— dan malos vuelos que se agravan ostensiblemente si se tratan con fenotiazínicos porque los efectos anticolinérgicos de esos alcaloides son reforzados por la adición de un fenotiazínico, y como consecuencia de esta interacción se acentúa la depresión del sistema nervioso central hasta el coma y el paro cardio-respiratorio.

Aunque las drogas psicodélicas tienen su potencial letal establecido, son raras las muertes producidas por sus efectos fisiológicos. Hay informes de muertes consecutivas a la ingestión de STP (2,5-dimetoxi-4-metil anfetamina) debidas probablemente a la adulteración con alcaloides de la belladona. La mayor amenaza se deriva de los cambios psicológicos y de las repercusiones en el comportamiento, o sea, sentimientos de omnipotencia y supremacía con exaltación irracional de las capacidades para asumir riesgos que conducen a la muerte (arrojarse de lugares altos con la intención de volar, correr hacia una vía de tránsito rápido para detener los vehículos y empujarlos hacia atrás).

5. Errores de adjudicación. Muchos usuarios experimentan reacciones adversas cuando consumen pasta y/o LSD con otras drogas al mismo tiempo. Sin embargo existe la tendencia tradicional de atribuir el mal vuelo sólo al LSD y no a las otras drogas, particularmente las personas que han sido advertidas sobre las peligrosas consecuencias del ácido.

6. Efectos colaterales de las detenciones. La detención de personas que están en vuelo favorece los efectos adversos. Algunos pacientes que consumen pasta sufren la "paranoica" en lugares libres, pero se "salen de órbita" y sufren un mal vuelo cuando son detenidos. En prisiones, los reclusos presentan matices de violencia, motilidad y disturbios sensoriales que prácticamente no ocurren si ellos consumen la misma droga en un hospital. Estos fenómenos se explican por la modalidad de manejo y no por la intensidad de la reacción. Con los amigos o en el hospital, el paciente se encuentra en una atmósfera que le permite reconocer que su experiencia está inducida por drogas; en la prisión, la conducta paranoide y alucinatoria se intensifica y se prolonga.

Es ilustrativo que durante una celebración en San Francisco (4) se distribuyeron gratuitamente 5,000 tabletas de STP, similar al LSD. De los 5,000 que usaron las tabletas, 60 requirieron atención profesional por malos vuelos. De este grupo, 32 fueron atendidos en un hospital y, con excepción de uno, todos retornaron a sus casas a las pocas horas después de algunas explicaciones y mínima sedación. Del grupo de 28 restantes, 7 fueron detenidos y presentaron agravamiento de los síntomas que motivaron hospitalización.

7. Falta de ayuda. Las personas que se encuentran bajo la acción de drogas, especialmente psicodélicas y estimulantes, no deben quedar solas por posibles reacciones de pánico y/o malos vuelos. Esta recomendación se deja de lado conforme una droga se populariza a través del mercado negro. Pero aunque se tuviera presente, cuando los usuarios están en grupo se encuentran interesados, en sus propias experiencias y no están en capacidad de ayudar, no pueden distraer la atención de algo que causa miedo al drogado ni pueden afirmar y reafirmar que los efectos se deben a las drogas y que son transitorios. Por la ausencia de estos procedimientos tan simples de apoyo aumenta la cantidad y severidad de malos vuelos.

8. Mal manejo de las reacciones de pánico. Cuando un usuario presenta reacciones de pánico, los acompañantes se asustan o también entran en pánico y acuden a un centro de emergencia próximo. Aquí se agravan y complican los sucesos cuando el personal no sabe qué hacer. Así, no se hace el diagnóstico, o se diagnostica pero se disponen acciones inapropiadas, como el lavado gástrico que se le practicó a un enfermo nuestro que había consumido pasta y sintió pánico cuando tuvo náuseas y vómitos; se hacen comentarios y acciones amenazantes (críticas, llamadas a la policía) tanto por desconocimiento de lo que debe hacerse cuanto por la hostilidad y rechazo que suscitan los usuarios en los centros de emergencia.

Como los síntomas de los malos vuelos semejan psicosis o síndrome orgánico cerebral agudo tóxico, se diagnostica psicosis y se procede en consecuencia: sedación inmediata y profunda, casi siempre con fenotiazínicos, y transferencia a un centro psiquiátrico o al domicilio. La denominación psicótica perturba al médico sin experiencia y lo hace recurrir a procedimientos que agravan el mal vuelo y la condición básica de la farmacodependencia, porque cuando el enfermo se recupera de la sedación se considera lesionado y forzado para un tratamiento médico que rechaza y desdeña.

9. Flashbacks. Con la aparición de episodio psicótico, es un fenómeno que aparece después de semanas y aún meses del uso de LSD y que consiste en la presentación de imágenes que se introducen en la mente en forma inopinada, brusca y espontánea, sin estímulo aparente y sin poder de control voluntario; es una experiencia descrita subjetivamente como similar a un fragmento de un vuelo anterior producido por el LSD. La circunstancia que este fenómeno aparezca después del uso de LSD no garantiza que sea causado por esa droga, ya que se presenta en quienes también la han consumido con altas dosis de otros agentes (5).

El fenómeno puede ser leve y durar pocos minutos o severo por varias horas. Hay pánico intenso, intensificación de colores, ilusiones visuales, pseudoalucinaciones, pareste-

sias, despersonalización y profundo sentimiento de soledad.

Una explicación del fenómeno consiste en atribuirle origen emocional, sea que se use o no LSD. De acuerdo a esta hipótesis, una experiencia emocional intensa —muerte de un ser querido, percatarse de estar enamorado, quedar con vida después de un choque— puede retornar inesperada y vividamente a la conciencia algunas semanas o meses más tarde. Y como el vuelo con LSD es a menudo una experiencia emocional intensa, no es sorprendente que reaparezca como un flashback. Sin embargo, usuarios de LSD que han sufrido este fenómeno informan que es totalmente distinto a la recurrencia de experiencias emocionales sin drogas.

10. Patología previa. Desde que los alucinógenos están al alcance de todos, incluso de esquizofrénicos y personalidades esquizoides, no es extraño que aumenten las experiencias con efectos adversos. Por esto, no es raro ver pacientes que por el uso de estas drogas agravan con otro episodio una psicosis en remisión o desencadenan otro que estaba latente (6,7). Es decir, son pacientes que antes del consumo de un alucinógeno ya eran y/o habían sido tratados por anormalidades esquizoides o por esquizofrenia. Como en la situación de emergencia no siempre resulta fácil seleccionar adecuadamente al psicótico que sufre un mal vuelo del no psicótico que presenta sintomatología similar, se producen muchas veces hospitalizaciones innecesarias.

ATENCIÓN NO MÉDICA

Con propósitos preventivos los médicos y estudiantes de medicina deben educar para que cualquier persona sin preparación sepa qué hacer en emergencias por drogas o por sustancias de adulteración. Sea que una persona consuma o no drogas, lo cierto es que cada vez aumentan las probabilidades de intervención en emergencias para ayudar por malos vuelos.

Algunas situaciones son crisis que requieren ayuda médica inmediata porque pueden ser muy dañinas y ponen en peligro la vida; en otras, la ayuda médica no es indispensable, y en vez de medicamentos, el diálogo bien dirigido puede resolver las ansiedades y conflictos subyacentes. Pero en ambos casos son las personas sin entrenamiento médico quienes intervienen antes que el médico para resolver los malos vuelos.

A. Cuándo pedir ayuda médica

Es necesario que el personal no profesional y, sobre todo, los amigos de los drogados conozcan cuándo es que ellos requieren asistencia médica. Los síntomas y signos que siguen indican que existe un problema serio que merece atención médica tan pronto como sea posible. Nunca se dudará para llamar. Es preferible pedir la contribución médica que puede resultar innecesaria antes que no solicitarla y perder un amigo permanentemente por muerte o por lesiones irreversibles.

El personal médico mide, observa y controla los signos vitales —temperatura, presión arterial, ritmo cardíaco y respiratorio— que son extraordinariamente sensibles a los cambios del funcionamiento orgánico. El lego no puede medir la presión arterial pero sí puede observar los otros

tres y si debe precisar la hora de la observación anotando los hallazgos.

Dificultad respiratoria. El ritmo respiratorio normal es de 16 a 20 por minuto. Pero un usuario inconciente respira cada vez más lentamente. Si el ritmo cae a 12 o menos respiraciones por minuto indica que los centros respiratorios medulares están seriamente deprimidos y que el individuo llegará al paro respiratorio.

Esto ocurre por sobredosis de narcóticos o barbitúricos. Con la respiración más difícil aparece la cianosis (coloración azulada de labios y uñas) que se debe a que las células de los tejidos reciben menos cantidad de oxígeno que la que necesitan. En estos casos, mientras llega la ayuda médica, se practicará respiración boca a boca, pues el riesgo es mayor cuanto más segundos transcurren sin que el drogado reciba oxígeno. Las probabilidades de recuperación disminuyen progresivamente desde 98% si transcurrió un minuto sin respirar hasta 1% si transcurrieron 10 minutos.

Los estimulantes pueden incrementar el ritmo respiratorio. En casos raros el individuo puede hiperventilar (respiraciones profundas a ritmo rápido); esto puede provocar inconciencia y la respiración se detiene por 30 a 40 segundos antes de empezar otra vez.

Ritmo del pulso. Normalmente el pulso es firme y regular con un ritmo de 60 a 80 por minuto. Se convocará al médico si el pulso es débil, cualquiera que sea el ritmo, si es irregular y/o si el ritmo baja de 50 o pasa de 140 pulsaciones por minuto.

Los ritmos cardíacos acelerados —taquicardia— pueden deberse al uso de estimulantes y a la marihuana en niveles altos; los ritmos de más de 140 son infrecuentes cuando sólo se ha usado marihuana. La disminución del ritmo cardíaco —bradicardia— generalmente está asociada a sobredosis de drogas depresivas produciéndose el daño por la disminución de la suplencia de oxígeno.

Fiebre. La temperatura normal es de 37 en la axila. Se llamará al médico si se verifica temperatura por encima de 38° o si se observa que el individuo está muy calenturiento.

La temperatura elevada se debe comúnmente al consumo de altas dosis de estimulantes del sistema nervioso central (anfetamina, por ejemplo) o al de agentes anticolinérgicos (atropina, escopolamina, alcaloides de la belladona). Las drogas anticolinérgicas (como las usadas por oftalmólogos para dilatar las pupilas y examinar el fondo del ojo) disminuyen la actividad del sistema nervioso central, producen alzas térmicas, incapacidad de ver, sequedad de piel y mucosas, rubefacción, cólera.

La temperatura es consecuencia de varios factores: una falla en la función de las glándulas sudoríparas y dilatación de los vasos capilares periféricos que dan lugar a que la persona se sienta con fiebre y que quien la toca la sienta afiebrada. El flujo sanguíneo a la superficie de la piel también da lugar a que la persona se encuentre rubefacta. Las drogas anticolinérgicas perturban la visión, y las luces brillantes no dan la respuesta pupilar de contracción normal, bloquean las glándulas salivales con sequedad mortificante de la cavidad oral y otros tejidos, inhiben la erección. A causa de estos efectos sobre el sistema nervioso central se producen en el usuario severos cuadros de confusión y delirio, muchas veces con amnesia del episodio.

Pero los principales daños médicos de esas drogas se dan como mal funcionamiento cardíaco, perálisis de los músculos respiratorios y muerte.

Inconciencia. Cuando el drogado está inconciente y no puede ser despertado rápidamente o no puede mantenerse despierto, es probable que esté transitando al coma y a la muerte. Con la misma rapidez que la respiración boca a boca se hará masaje cardíaco si es que no se detectan latidos del corazón.

Cuando la respiración se restablece a ritmo satisfactorio se evitará aspiración del vómito colocando al ahogado de costado o manteniéndolo con la cabeza ladeada. Muchas muertes por drogas son atribuibles a que los usuarios, echados de espaldas, se sofocan con sus propios vómitos o aspiran hacia sus pulmones parte del material. Estos accidentes, sino provocan la muerte, dan lugar a infecciones y particularmente a neumonías.

Actitudes auto y heteroagresivas. Diversas drogas suscitan actitudes persistentemente agresivas y gestos o intentos suicidas. En estos casos lo importante es pedir ayuda médica para proteger al usuario y a quienes lo rodean. Sólo el médico puede asumir responsabilidad médica y legal en estas situaciones. Si el usuario se comporta peligrosamente para los circundantes no debe dudarse en llamar a la policía. La pasta de coca produce la "paranoica" que se asocia frecuentemente con acciones agresivas y el consumo repetido de metanfetamina (2,3) se asocia con incremento de paranoia y de conducta violenta.

Asimetría de síntomas y/o funciones. Es muy importante observar si hay falta de simetría bilateral en signos físicos o en manifestaciones fisiológicas porque implican daño cerebral. Puede ocurrir, por ejemplo, que una pupila se encuentre dilatada y la otra contraída, o que exista pérdida de fuerza en un brazo, mano o lado del cuerpo mientras que los lados opuestos están con vigor conservado.

Una droga no puede causar alteraciones sólo en un lado del cerebro mientras que si las originan las concusiones y hemorragias cerebrales. Algunas personas que usan altas dosis de antidepresivos caen y se golpean el cráneo sin darse cuenta de lo acontecido. Por esto, en cualquier caso, debe llamarse al médico.

B. Qué hacer mientras llega el médico

Si una persona no está implicada en la situación de consumo de drogas pero es llamada cuando las circunstancias van mal, tratará de proteger al individuo de la conducta violenta y peligrosa para sí mismo y para los demás. Por esta razón, hasta que llegue el auxilio médico, no lo dejará solo y procurará ubicarlo en un ambiente tranquilo y libre de estimulación externa innecesaria puesto que ésta no hará más que agravar la situación en la que el paciente se encuentra consternado y desesperado por la sobrecarga de estímulos internos de naturaleza emocional e intelectual.

Establecida la seguridad inicial procurará reunir todo lo que consumió, qué piensan los presentes y si les ocurrió algo similar con la misma droga, cómo se comportaban, cuánto tiempo estuvieron consumiendo, cuáles son las drogas que corrientemente usaba el accidentado y qué efectos le producían habitualmente. De ser posible se averiguará:

- ¿El accidentado estuvo usando una droga por prescripción médica o sin prescripción?
- ¿Sufrir de alguna enfermedad como epilepsia o diabetes?
- ¿Ha sufrido alguna caída y/o golpe?

Esta información importante la obtiene mejor el lego que el médico porque los usuarios y sus amigos se mostrarán más espontáneos y sinceros cuando hablan con alguien de similar edad que no entrañe amenaza, pero se comportarán con inhibición y suspicacia con gente que represente autoridad punitiva.

Cuando se dialoga con un usuario o con sus amigos que se encuentran bajo la acción de una o más drogas, la comprensión está constreñida, la ansiedad exacerbada y la memoria inexacta. Por esto es necesario repetir las preguntas, las mismas que deben ser específicas y tendientes a conseguir tantos detalles como se pueda; el observador mostrará sinceridad, se abstendrá de amenazas y no hará críticas al modo de un fiscal. El objetivo es obtener información apropiada para controlar un problema y no para agravarlo con retahílas ni censuras puesto que no se pueden hacer comentarios sobre una droga que todavía no se conoce. Todo lo que se necesita es información que utilizará adecuadamente el médico.

Como la comunicación no es fluida ni ágil por la condición tóxica del usuario y de sus amigos se cuidará la forma de interrogar. Por ejemplo, es erróneo decir: "Ud. no se explica bien repítalo". Preferible es exponer: "Yo no he comprendido bien, quisiera que me explique otra vez, dígamelo de diferente modo, no he captado bien su idea". De lo que se trata es prestar atención a los sentimientos subyacentes a lo expresado, no exactamente al contenido, puesto que todo lo que decimos tiene un contenido y un sentimiento. Por esto hay que asegurarse que el paciente y sus amigos sientan que no se ignora el sentimiento; en el caso contrario no se conseguirán más datos.

Vale la pena recoger una muestra de orina del usuario, la misma que se tapa y guarda en el refrigerador porque posteriormente puede ser necesario determinar la droga que consumió el paciente. Es legítimo coleccionar orina para entregarla a personal médico con el fin de proporcionar asistencia, pero es ilegítimo hacerlo para entregarla a la policía puesto que no es un acto voluntario del individuo drogado. Y de lo que se trata es asistir a un paciente mediante un acto médico y no de una acción policial con fines de investigación.

Se impedirá, hasta donde sea posible, que el drogado ingiera alimentos o bebidas. No deben administrarse fármacos (medicamentos) de ninguna clase, pues mientras menos drogas tenga el usuario en su organismo más fácil será la acción médica.

C. Apoyo con actitudes y palabras

Si los signos y síntomas mencionados previamente están ausentes, no hay necesidad de pedir ayuda médica, puesto que un mal vuelo puede controlarse si se hace lo que se debe. En la práctica se presentan los siguientes tres tipos principales: reacción de pánico, estado confusional y deseo de solucionar un conflicto.

Reacción de pánico. Un mal vuelo —generalmente

están implicados la pasta de coca, la marihuana, el LSD, los anticolinérgicos— es una experiencia que el usuario la vive como incómoda y aterradora, con ansiedad creciente y pánico, como deprimente y amenazante; pero casi siempre como desagradable y mala.

Usualmente estos malos vuelos se tratan mejor sin medicación porque permiten que el individuo vivencie y comunique su experiencia en vez de inhibirlo farmacológicamente sin darle oportunidad para que resuelva los sentimientos y problemas suscitados por la experiencia. El procedimiento consiste en hablar en voz baja acerca del vuelo, dando continuos apoyos verbales y definiendo la realidad.

Varios factores entran en juego para condicionar una mala experiencia: droga que no era la que el usuario esperaba, combinación que es nueva para el farmacodependiente, expectativa negativa antes de consumir la droga, grupo nuevo o diferente que no garantiza la confianza necesaria en la situación de consumo. Sin embargo, cuando alguien pretende ayudar en una experiencia mala con drogas se encuentra que al usuario no le interesa ni concibe como importantes esos factores; lo único que tiene en el foco de la conciencia es su experiencia y lo único que desea es terminar con la inquietud que siente porque hay pánico, incapacidad de control mental y vivencia de locura.

El control de esta situación se logra con actitudes sensatas, acciones serenas, acercamiento cálido y afronte amigable, al mismo tiempo que el profano va recordando al individuo que la droga es la que le está causando los cambios sensoriales y perceptivos así como la perturbación de sus sentimientos. Al drogado hay que comunicarle con calma y seguridad que su mente y cerebro son y están como estuvieron antes del consumo, y que en cuanto cese el efecto de la droga todo volverá a ser como antes; debe reiterarse que la droga causa los desagradables cambios pero que éstos terminarán en cuanto se elimine aquella.

Estas actitudes y experiencias deben reforzarse regularmente propiciando en el drogado la orientación a la realidad y al control que todavía le queda sobre sí mismo. Algunas personas con experiencia en estos casos recomiendan que el drogado controle el ritmo y profundidad de la respiración para tranquilizarse. Otros piensan que el mejor procedimiento para disminuir la ansiedad y el pánico consiste en decir persuasivamente al drogado que en vez de oponerse y luchar contra sus experiencias sensoriales e imágenes perceptivas, las deje fluir libremente y las mire o contemple como si ellas pasaran por una pantalla cinematográfica. Parece que esto hace que se aminore el miedo porque el paciente establece alguna separación distintiva entre el yo personal y la experiencia que lo aterra.

Reacción confusional. En estos casos el usuario está desorientado e incoherente, intransigente y absurdo, desordenado e ilógico. Por lo general no queda recuerdo del episodio una vez que se elimina la droga.

La única ayuda consiste en procurar ligar al intoxicado con la realidad y con los amigos, con las cosas y sucesos del mundo real. Así se enfatiza, tanto como sea posible, la realidad, el aquí y ahora. Para esto se utiliza el material delirante, pero no para "seguir la corriente" del drogado sino para propiciar el contacto de ese material con la realidad.

Un enfermo nuestro, por ejemplo, afirmaba durante un mal vuelo con pasta de cocaína que una chica asumía la identidad de otra chica, amiga suya, para disimular sus escudriñamientos policiales, los mismos que los dirigía desde la casa de otra amiga que para encubrir los propósitos de persecución había sido pintada de diferente color. Para utilizar el contenido delusivo de este estado confusional ligándolo con la realidad, pedíamos al paciente que nos diera el nombre de su amiga, la ubicación del barrio, la dirección, el número de su casa, las características de ésta, etc.

Reacción como pseudo-solución de un conflicto.

Cuando el individuo consume drogas con el propósito de solucionar un problema y hace un mal vuelo, presenta la condición más difícil de manejar. Las drogas fantásticas tienen diversos efectos farmacológicos, pero, todas ellas tienen como denominador común la peculiaridad de disminuir o anular la potencia de los contactos y presiones que usualmente se encuentran en el mundo libre de drogas. Así, perdemos algo de nuestra estabilidad psicológica y de nuestras defensas contra asuntos que negamos o reprimimos y sobre los cuales no deseamos pensar. Bajo la acción de las drogas se concibe o al menos se cree algo acerca de sí mismo que en condiciones normales no podría aceptarse.

Un paciente, por ejemplo, tenía conciencia de sus inclinaciones homosexuales y deseaba hablar del problema pero se tornaba cada vez más ansioso y deprimido. La ayuda sólo puede darse si se asume el rol de amigo que el de profesional. En esta situación no puede pretenderse resolver el problema. En vez de esta posición errónea, quien presta ayuda destacará persuasiva y constantemente que la droga magnífica y distorsiona los sentimientos, y que por lo mismo es mejor hablar de esos problemas una vez que cese el efecto de la droga.

La persona que ayuda, pues, será sinceramente receptiva, espontánea y no crítica, evitará penetrar en las ideas y pensamientos encubiertos, para no trastocar la pretendida ayuda en mayor amenaza para el drogado.

ATENCION MEDICA

El tratamiento de los malos vuelos incluye el esclarecimiento de la situación. Es raro encontrar al paciente en el ambiente de tranquilidad que debe procurar el personal no médico. Más bien se encuentra desorden y confusión porque el médico atiende al intoxicado cuando es conducido por los amigos y/o familiares que generalmente por estar bajo efectos de drogas no saben lo que ocurre y/o han fracasado en sus afanes de aliviar la situación. Por esto es difícil lograr una historia congruente. Como, además, existen temores de complicaciones legales, el médico enfatizará que toda información es confidencial y exclusiva para ayudar al paciente. En este sentido todos los datos de historia clínica destinados al tratamiento médico constituyen comunicación privilegiada y no tienen que ser discutidos con las autoridades.

A. * Evaluación del paciente

El médico logra información valiosa de lo que ocurre por las referencias de los circundantes. Pero lo más importante es determinar la clase de droga consumida, la cantidad empleada y el tiempo aproximado desde el consumo hasta

la aparición de los síntomas. Estos elementos de juicio son fundamentales (8) porque permiten que el médico se forme una opinión del probable curso que seguirá el mal vuelo y el tipo de intervención que tendrá que efectuar, siempre que posea alguna familiaridad con los tipos, dosis y duración de las principales drogas y particularmente de los agentes psicodélicos.

Se determinará la experiencia de los usuarios acompañantes para precisar si los efectos se deben más bien a alguna idiosincrasia. El médico logrará la información más precisa posible acerca de la medicación que recibió el paciente antes de pedirle la intervención profesional.

Algunas veces la policía conduce a personas por el comportamiento producido durante un mal vuelo. Como en estos casos no hay historia, el médico procederá a practicar cuidadoso examen físico para determinar el tipo de droga que está en juego. Debido a la contaminación y adulteración, los hallazgos físicos son importantes aunque el paciente mencione directamente una droga como la causante porque, dentro de lo posible, deben de fundamentar la identificación de la droga implicada.

Al examen físico se encuentran los siguientes signos más importantes. Los alucinógenos —LSD y mescalina— generalmente producen dilatación pupilar e hiper-reflexia; concomitante a la ansiedad de fondo se constatan signos simpaticomiméticos moderados como taquicardia e hipertensión discretas, temor y sudoración palmar. Con agentes anticolinérgicos hay manifestaciones similares que usualmente no se distinguen de las que producen otros agentes psicodélicos. Pero si se encuentra sequedad acentuada de la boca y ausencia de sudoración de las manos se infiere que está en juego alguna droga anticolinérgica. Las anfetaminas producen efectos simpaticomiméticos acentuados, tales como marcada aceleración del pulso, moderada elevación de la presión arterial, sudoración excesiva e incremento de la actividad motora. El opio produce miosis. La marihuana da lugar a vasodilatación conjuntival con congestión similar a la de la conjuntivitis.

Al examen mental se encuentra perturbación emocional de fondo que varía desde la aprehensión con inquietud moderada hasta el pánico con excitación psicomotora de grado variable. Si las dosis fueron altas, el cuadro clínico es semejante al síndrome cerebral agudo tóxico con anublamiento de la conciencia, confusión y desorientación, con ilusiones y alucinaciones cuyo contenido casi siempre es terrorífico, con la desagradable vivencia de inminente pérdida de control que, además, será irreversible. Son más raros los severos sentimientos de despersonalización y/o pérdida total de la conciencia de identidad así como las groseras distorsiones de la imagen corporal (un enfermo refería que su cerebro se había diluido y convertido en heces dando lugar a olores nauseabundos e insoportables). Estas experiencias son penosas y amenazantes para unos pacientes en tanto que para otros resultan mistificantes y maravillosas.

Un indicador pronóstico importante del curso del mal vuelo está dado por la cantidad de ego presente observante, o sea, el grado en el que una persona es capaz de concebir que la experiencia debe considerarse como consecuencia de la ingesta de la droga, como algo que no depende de sí mismo, como fenómeno transitorio. Se reintegrará exitosamente al final del mal vuelo quien tenga la vivencia que lo

que esta experimentando es inducido por la droga y cesara con el tiempo. Pero si en unas 24 horas el ego observante está ausente y/o no emerge conforme progresa el tratamiento, se infiere que la perturbación psicológica es severa. En este caso se supone que la droga desencadenó una psicosis funcional y que el paciente requerirá hospitalización.

B. Tratamiento del mal vuelo

El tratamiento de los malos vuelos debe girar alrededor de dos asuntos básicos: establecer el máximo contacto verbal y utilizar lo mínimo de medicación, especialmente tranquilizantes. El contacto verbal, destinado a reasegurar la identidad del paciente y a definir la realidad, es beneficioso si es que se habla en voz baja y casi confidencial, con sinceridad y seguridad.

La constante reafirmación y definición de la realidad es adecuado tratamiento no sólo para los casos con temores sino para los que vivencian pánico, siempre que se mantenga el contacto con la realidad según se evidencia por la cantidad de ego observante. Para definir la realidad, el médico expresará enfáticamente que las distorsiones y sentimientos de amenaza son atribuibles a la droga y procurará que el paciente verbalice la experiencia que está viviendo. Los pacientes capaces de aprehender y verbalizar las distorsiones psicológicas de sus experiencias logran el control y el retorno a la realidad mucho más pronto que los incapaces.

Conviene recurrir a hechos concretos y simples para propiciar el control. Por ejemplo, se toma un cenicero y se le dice al paciente: "este es un cenicero, toque el cenicero"; se le repite concreta y constantemente quién es y dónde se encuentra, debiendo él repetir los datos; se le expresa reiteradamente que lo que está experimentando es transitorio. Un paciente con pánico logra tranquilizarse cuando repetidamente se le da su nombre, se le hace ver que está en una cama del hospital o de la casa, que está en tal o cual lugar. De este modo, recurriendo a denominaciones de cosas y lugares concretos se ayuda al paciente para que reasegure su realidad y para que compruebe que él es una persona con identidad propia que está experimentando un mal vuelo, el mismo que ha sido inducido por una droga con efectos temporales.

La recuperación del mal vuelo sigue un curso fásico en el que se alternan sucesivamente la claridad y la confusión mental. Este fenómeno debe ser observado y pronosticado por el médico de tal modo que durante el procedimiento de la reafirmación de la realidad incluya explícitamente estos vaivenes de la lucidez. El curso fásico obliga a que el médico sea muy cauteloso y esté seguro antes de afirmar que todo ha vuelto a la normalidad, ya que sólo puede tratarse de una claridad mental transitoria.

C. Uso de medicación

Por cierto que la comunicación verbal en tono bajo y suave para lograr la reafirmación de la identidad y la definición de la realidad exigen que el médico disponga de apreciable tiempo que precisamente es el que falta para la atención de la crisis de malos vuelos en las salas de emergencia y en los domicilios. En tales circunstancias es necesario recurrir a medicación que en la mayoría de casos resolverá las distorsiones psicológicas y se restablecerá el

funcionamiento del ego al nivel pre-mórbido. Pero se recurrirá a la medicación sólo cuando resulte ineficaz la básica relación médico-paciente a través de la comunicación verbal o cuando no exista disponibilidad de tiempo.

La medicación que se emplea corrientemente para los malos vuelos es la clorpromazina (fenotiazina) que ha demostrado su eficacia, la misma que no puede atribuirse a sus poderes anti-psicóticos sino a sus efectos sedativos. Si se tiene en cuenta este modo de acción, resultan útiles otras drogas sedativas (diazepán, barbitúricos de acción corta, paraldehído) que no conllevan la posible complicación de potenciación anticolinérgica que dan los fenotiazínicos.

Cuando se emplea medicación, fenotiazínica o de otro tipo, se iniciará la terapia con dosis que no produzcan efectos tóxicos; las subsiguientes dosis dependerán del grado de severidad del desorden y de la respuesta a la dosis inicial. Para la persona promedio de 70 Kg. de peso se administran generalmente 50 mg. de clorpromazina por vía intramuscular o 100 mg. por vía oral, prefiriéndose la ruta inyectable por la rapidez y seguridad de absorción y porque los malos vuelos se acompañan muchas veces de náuseas y vómitos. La dosis de inicio puede repetirse unos 45 minutos más tarde si es que no se observan manifestaciones de mejoría y si la presión arterial se mantiene normal. Este procedimiento puede continuarse cada 45 minutos hasta que se obtenga respuesta favorable aunque quizá es preferible administrar 100 mg. de clorpromazina por vía oral después de la segunda o tercera inyección. Las inyecciones repetidas de clorpromazina pueden dar lugar a episodios ortostáticos en cuyo caso se suspende la medicación y se echa al paciente sin almohada y con los pies levantados.

Debe tenerse cuidado cuando se emplean fenotiazínicos no sólo porque están contraindicados si hay reacciones alérgicas previas a estos compuestos y signos manifiestos de hipotensión, sino, sobre todo, si esta en juego alguna droga anticolinérgica.

En el tratamiento farmacológico de los malos vuelos debe considerarse el riesgo de posible desencadenamiento de excesivos efectos anticolinérgicos. Pueden presentarse crisis anticolinérgicas cuando se emplean altas dosis de agentes anticolinérgicos de acción central (como la escopolamina, por ejemplo, que comúnmente se encuentra en medicación hipnótica) o cuando se combinan estos agentes con las fenotiazinas. Estas emergencias médicas se controlan invirtiendo rápidamente los síntomas mediante la administración oral o intramuscular de 2 a 4 mg. de salicilato de fisostigmina. Debido a que la fisostigmina tiene efectos de duración breve, es necesario observar cuidadosamente al enfermo y, si es necesario, adicionar dosis en una o dos horas. Es conveniente tener en mente que este procedimiento se empleará con mucha cautela debido a que las dosis excesivas pueden dar lugar a crisis colinérgicas (9).

D. Hospitalización y orientación

Existe la tendencia a disponer la hospitalización de un paciente que hace un mal vuelo. Esta política médica es inconveniente tanto por la crisis misma, que no es lo fundamental para la enfermedad de fondo, cuanto para el tratamiento integral del farmacodependiente que sí es lo

trascendente. Estos modos de acción se deben al desconocimiento que tiene el personal asistencial sobre estas emergencias y/o a la escasez de tiempo. Lo adecuado es seleccionar cuidadosamente a los pacientes que requieren hospitalización por causas médicas.

La mayoría de pacientes con las reacciones adversas de los malos vuelos no necesitan hospitalización, pues responden favorablemente a los procedimientos psicoterapéuticos reseñados, asociados o no a medicación. Cuando las distorsiones perceptivas han desaparecido y el paciente se siente tranquilo, lo razonable es que retorne a su casa con una persona responsable que debe acompañarlo durante las 24 horas siguientes.

Pocos pacientes que tienen malos vuelos requieren hospitalización. Entre éstos se encuentran quienes debido al prolongado consumo de estimulantes hacen severas depresiones con aumento del riesgo de suicidio y quienes tienen complicaciones (abscesos, hepatitis). La permanencia del paciente en observación durante toda la noche es recomendable cuando su ego observante hace muy tenues contactos con la realidad no permitiéndole el control de pensamientos, sentimientos e impulsos. Si estos defectos persisten por 24 horas debe pensarse en psicosis funcional. Cuando se dispone que el paciente permanezca toda la noche en emergencia es preferible no administrar sedativos ni fenotiazínicos, no sólo porque los últimos agravan los malos viajes producidos por agentes anticolinérgicos sino porque la medicación hipnótica puede enmascarar una psicosis dando al médico la falsa impresión de recuperación a la mañana siguiente.

El médico que trata exitosamente un mal vuelo debe ser muy mesurado si es que pretende determinar las razones que llevan al paciente a consumir drogas. Quienes se recuperan de un mal vuelo no tienen interés en discutir sobre problemas emocionales subyacentes y, las decisiones que expresen acerca del futuro consumo, se basan en la reacción vívida mas no en pensamientos racionales. Por esto, los ofrecimientos de abstinencia carecen de sustancia y el médico que la aconseja en esas circunstancias y que cree que se producirá por el miedo derivado de las distorsiones psicológicas sufridas, no sólo pierde su tiempo sino que

revela poca información del problema de la farmacodependencia.

El médico que ha sido solicitado para tratar una crisis de mal vuelo debe limitarse a dar ayuda profesional para la que fue convocado. Si ha tenido éxito pero desea que su tratamiento sea óptimo puede animar al paciente para que concurra a una entrevista; si éste asiste y se muestra receptivo y con disposiciones para afrontar concientemente el problema de la farmacodependencia, el médico puede explorar la situación emocional subyacente y la posibilidad de psicoterapia y/o consejo. Pero no se justifican nuevas entrevistas si el ego no presenta signos de perturbación y si el paciente no siente la necesidad de ser tratado o aconsejado.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen, S.: Lysergic Acid Diethylamide: Side Effect and Complications. *J. Of Nerv. and M. Dis.*: 130-39, 1960.
2. Unwin JR: Illicit drug use among Canadian youth. *Canad Med Assoc J.*, 98 (pt.2): 449-454-, 1968.
3. Unwin JR: Illicit drug use among Canadian youth. *Canad Med Assoc J.*, 98 (pt. 1): 402-413, 1968.
4. Meyers, H.F., Rose, A.J.: Incidents Involving the Haight Ashbury Population and Some Uncommonly Used Drugs. *J. Of Psychod Drugs*: I, No. 2:143, 1967-1968.
5. Horowitz M.J.: Flashbacks: Recurrent Intrusive Images After the Use of LSD. *Am J. of Psych*: 126:565-569, 1969.
6. Hakimian, L.J. and Gershon, S.: Characteristics of Drugs Abuser Admitted to a Psychiatric Hospital. *JAMA*, 205: 125-130, 1968.
7. Glas GS and Bower MB: Chronic Psychosis Associated with Long-Term Psychotomimetic Drug Abuse. *Arch of Gen Psych*. 23:97-103, 1970.
8. Smith DE, Fort J y Croton DL: Psychoactive drugs. In *Drugs Abuse Papers 1969*. Berkeley, Calif. Continuing Education in Criminology, University Extension, University of California, 1969, p. 10.
9. Crowell EB and Ketchum JS: The Treatment of scopolamine-induced delirium with physostigmine. *Clin Pharmacol Ther.* 8:409-414, 1967.