

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Título: Cocaína: historia, arte y medicina.

Tema: Comunicación, publicidad y el tema drogas

Subtema: Historia, arte y drogas.

Autores: Dra. Isis Betancourt Torres^I, Dra. Yaneisy Betancourt Vázquez^{II}

I. Especialista de 1er y 2do Grado en Medicina Interna, Profesora Auxiliar de Medicina Interna, Máster en Aterosclerosis, Jefe del Grupo Nacional de investigaciones sobre historia, arte y medicina HistArtMed.

II. Especialista de 1er grado en Medicina Legal

isis.betancourt@infomed.sld.cu

Institución: Centro de estudios integradores de historia, arte y medicina HistArtMed. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

País: Cuba

RESUMEN

Introducción: Se realiza una revisión bibliográfica de varios trabajos nacionales e internacionales, publicados acerca de la cocaína, con un recorrido a través de su descubrimiento y usos a lo largo de la historia de la humanidad, el significado y la impronta que ha tenido en el arte y el tratamiento recibido en las diferentes etapas de la historia de la medicina.

Método: Se revisaron documentos históricos, artísticos y médicos que se refieren a la cocaína como sustancia adictiva. El análisis de contenido desarrollado permitió sintetizar la información sobre los riesgos y usos de dicha sustancia.

Desarrollo: El objetivo general de este trabajo es aumentar nuestra cultura general acerca de esta droga, considerada en sus inicios como altamente beneficiosa y clasificada luego como “el tercer azote de la humanidad”; y a través de la vinculación de estas tres ramas de la ciencia aprender acerca del tema.

Conclusiones: Las diferencias entre coca y cocaína y su debate actual se centran en su carácter anestésico y analgésico, pero lejos de sus beneficios, por su elevado poder adictógeno, se ha convertido en un serio problema para el siglo XXI

INTRODUCCIÓN.

La drogodependencia es uno de los grandes males del siglo XXI, pero que no nacieron en el nuevo milenio. Es solo, otro de los tantos recibidos como malas herencias de años anteriores. En el caso específico de la cocaína, ya era conocida para los quechuas. En esta lengua, una de las familias de lenguas originarias de los Andes centrales, extendidos en Sudamérica, en su parte occidental, esta droga era mencionada como *kuka*.



Las hojas de coca eran masticadas por los antiguos habitantes de Bolivia, Colombia, Perú, Brasil, Argentina, la isla de Java y en la India, por sus efectos estimulantes para soportar el llamado mal de las alturas, pues entre los 14 alcaloides que contiene, se encuentra la globulina, cardiotónico que mejora la circulación sanguínea, al regular la carencia de oxígeno. Ellos notaron además que al masticar las hojas de coca, una de las sustancias contenidas en la misma, les anestesiaba la boca y aliviaba los dolores, atribuyéndoseles entonces propiedades analgésicas y anestésicas.

Podemos decir con absoluta certeza que desde hace miles de años, la hoja de coca es empleada como estimulante, hierba medicinal y para la elaboración de infusiones. De ahí se desprende la defensa del campesinado en estas regiones aclarando que coca, no es cocaína.

Se define entonces el término: Cocaísmo, una tradición ancestral, unida a la cultura en estas regiones, que como toda herencia cultural, se trasmite de generación en generación y que consiste en mascar las hojas de coca, mezclándolas con harina de caliza.



Se expende en bolsas y a un precio muy bajo en kioscos, lo que lo hace de fácil adquisición. Esta mezcla de cocaína con caliza, convierte a esta sustancia en ecgonina y por tanto es muy raro que cause adicción. Durante las largas faenas agrícolas o las travesías, los pobladores de las comunidades en el Perú o en Bolivia; se dedican a *chacchar* (del quechua *chakchay*) o a *pijchar* (*del aymara*), que significa masticar esta hoja verde amarilla casi seca, que si bien produce

daños en la dentadura, pues no es totalmente inocua, pues se sabe que no sirve para producir cocaína.

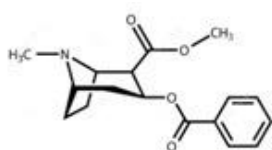
De la planta de coca existen doscientas variedades, de las cuales solo cuatro producen el alcaloide (cocaína), estas son: la erythroxyllum coca o coca boliviana, originaria de Bolivia y Perú, la erythroxyllum coca variedad ipadu o coca del amazonas, que se da en las zonas cercanas a este majestuoso río, la erythroxyllumnovogranatense o coca ecuatoriana, oriunda de Colombia y el Ecuador y la erythroxyllumtruxillense o coca de Trujillo, originaria de la vertiente oriental de la cordillera de los Andes y el Perú. En la actualidad entre los principales cultivadores de estas plantas están: Colombia, Bolivia, Perú e Indonesia. Pero si nos referimos a los consumidores, pues casi ningún país escapa de esa lista.

Métodos: Este artículo se basa en una revisión al tema recorriendo su pasado, su expresión en el arte y los beneficios o perjuicios desde el punto de vista médico. Se partió de describir la relevancia de la cocaína, como droga y su impacto negativo en el individuo y la sociedad desde una mirada a su historia, las personalidades afectadas y los aspectos médicos relacionados con el tema.

Se realizó la revisión de veintiún artículos referentes al tema, para obtener la información necesaria sobre la actualidad del gran problema que representa la drogodependencia en general y el consumo de cocaína en particular.

DESARROLLO.

La coca era muy conocida en las regiones ya mencionadas de América, con empleos muy específicos dados por los indígenas a estas plantas. En el año 1750 son llevados los primeros arbustos desde Sudamérica hacia Europa y con ello se extendieron los cultivos de la misma. Hasta ese momento se conocían las propiedades anestésicas y analgésicas de la coca pero no se había aislado el alcaloide. Esto ocurrió en 1859, cuando Albert Niemann lo aisló por primera vez



y lo bautiza con el nombre de cocaína (coca de la planta, además del sufijo alcaloide -ina), también conocida como benzoilmetilecgonina (DCI). En 1898 se logró explicarsu constitución y en 1902 la síntesis por Richard Willstätter.

Con anterioridad, desde el año 1879 se empleaba la cocaína para tratar la dependencia en morfina, ya identificado esto como un serio problema de salud. Parecía entonces que la nueva droga sería una solución a este mal. En 1880, la cocaína es incluida en la lista oficial de drogas de la farmacopea de los Estados Unidos. Lejos estaba la ciencia de imaginar que comenzaba un camino hacia un asunto aún peor.

Calmar el dolor, operar sin él fue siempre una de las principales preocupaciones en la cirugía, así que descubrir a buenos anestésicos sería siempre bienvenido. De ahí que las propiedades en este sentido de la cocaína permitieron que se hiciera popular su empleo en clínicas de Alemania, hacia el 1884. Aproximadamente al mismo tiempo Sigmund Freud escribió sobre sus efectos, en su obra "Über Coca", artículo que nació luego de leer sobre los experimentos de Theodor Aschenbrandt acerca de la aplicación de la cocaína a los soldados. Comienza así una relación de este célebre médico con esta droga y debemos tomar en cuenta que las opiniones de Freud ya eran escuchadas por la comunidad médica. De hecho el Dr. Freud hace uso de ella, la prescribe para tratar a los adictos de morfina, como era su amigo Ernst von Fleischl-Marxow, el Dr. Königstein opera al progenitor de Sigmund, y lo anestesia con el fabuloso fármaco y el padre del psicoanálisis se atreve a asegurar que esta droga era inocua.

Estas primeras experiencias sirvieron para demostrar el efecto de adicción que provocaba el fármaco, que hoy conocemos como una de las peores drogas y que desde 1885 se empezó a sobre nombrar como "el tercer azote de la humanidad" y cambió la opinión y prescripción de esta sustancia.

También los estudios sobre ella permitieron identificar que existían dos formas químicas: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base (que no son solubles en agua). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada ("snorting"). Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término "crack", el nombre de la

calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.

Se vende en la calle ilegalmente en forma de un polvo blanco, fino y cristalino, aunque los traficantes generalmente la mezclan con otros productos, desde: sustancias (maicena, talco o azúcar); drogas como la procaína (un anestésico local de estructura química parecida) o estimulantes, como las anfetaminas. También se vende en forma de piedrecitas blancas o amarillas procesada con amoníaco o bicarbonato de sodio, que generalmente se fuma en pipa de vidrio, en papel de aluminio o en pipas artesanales. El modo de nombrarla varía mucho pero entre los más conocidos están: “coca”, “nieve”, “dama blanca”, “talco” o “café con leche cuando combinan cocaína con heroína.

La pasta de coca en venta libre y legal en todo el mundo, que no es más que la hoja de coca inofensiva mezclada con ceniza o cal y que contiene un porcentaje inferior al 0.8 % del alcaloide cocaína, no es pasta base de cocaína. Entre ellas existen grandes diferencias farmacológicas y culturales.

Los efectos dañinos no están sólo ocasionados por el alcaloide en sí, a ello se suman la gran variedad de productos químicos que se utilizan para su producción para llegar a su forma más pura y refinada:

- a) Producción de pasta base de cocaína: queroseno, gasolina u otros disolventes orgánicos parecidos; álcalis, por ejemplo carbonatos de sodio, potasio o calcio, hidróxido de sodio u óxido de calcio; ácidos, por ejemplo: el sulfúrico.
- b) Producción de cocaína base: oxidantes, por ejemplo: permanganato de potasio o peróxido de hidrógeno; ácido sulfúrico; álcalis, por ejemplo: solución acuosa de amoníaco.
- c) Producción de clorhidrato de cocaína: solventes orgánicos, por ejemplo: éter etílico, acetona, metiletilcetona o tolueno; ácido clorhídrico.

Estudios realizados han demostrado que la cocaína es una base débil que atraviesa rápidamente las membranas corporales (incluidas las placentarias y las hematoencefálicas). La absorción, los picos plasmáticos, la biodisponibilidad y las concentraciones alcanzadas tras el consumo dependen de la forma de presentación farmacológica y de la vía utilizada. La inhalación nasal del

clorhidrato de cocaína, produce efectos en pocos minutos (con un pico a los 20-30 minutos) que desaparecen completamente a los 60 minutos (aunque pueden permanecer más si el efecto vasoconstrictor de la mucosa lentifica la absorción). Por vía intranasal la biodisponibilidad de la cocaína nunca supera el 40%. Las formas fumadas son más rápidas de acción (llegan a actuar en segundos), menos duraderas (por ello predisponen más al consumo compulsivo) y tienen una biodisponibilidad más irregular. La vía intravenosa es también muy rápida y proporciona una biodisponibilidad completa de la cocaína inyectada (100%).

En esta relación de amor – odio con esta droga que entró en la vida de la humanidad de disímiles maneras y aún hoy estamos en controversia acerca de la eliminación o no del cultivo de la planta, pues sin duda alguna, al inicio por desconocimiento y luego por tolerancia, hemos sido débiles ante ella. Me atrevo



a asegurar que por impericia, pues cuando las primeras refrescantes bebidas de Coca-Cola tenían 9 miligramos de cocaína por vaso y de ahí el nombre de este líquido, estábamos en ese momento en que aplaudíamos su uso. En 1903, la compañía la

eliminó de la bebida o mejor dicho la sustituyó por la cafeína, buscando similar efecto. Aún hoy en día Coca-Cola contiene extractos no-alcaloides de hojas de coca, que son producidos por la empresa StepanChemicals de Chicago, Illinois; las hojas de coca (115 toneladas anuales aproximadamente) son adquiridas legalmente con permiso del Departamento de Justicia de EEUU a Perú y aprobado su uso como saborizante previamente decocainizada, en refrescos.

Mientras permanecía la relación de amor pues su uso se hizo legal y extendido a varios países de América y Europa, hasta el primer tercio del siglo XIX. Aunque la ley de prescripción de sustancias anestésicas de Alemania, la permite aún hoy en día. En esa relación existieron muchos vacíos legales, pero casi ninguno iguala a la Conferencia de la Habana de 1946, encuentro histórico de los líderes de la Mafia americana y de la Cosa Nostra, organizado por Charles "Lucky" Luciano, para discutir políticas de la mafia, reglas, e intereses comerciales, lo que incluía el comercio de la droga y esto ocurría ante los ojos de todos, el 22 de diciembre de 1946, cuando se conocían muy bien todos los efectos negativos de la droga y el alto costo humano de esta



drogodependencia. Años después y por suerte lejos de mi amada Habana, el rey de la mafia, Pablo Escobar establecería reglas comerciales en la América que seguirían incluyendo los beneficios (para la mafia, por supuesto) del comercio del polvo blanco.

Actualmente México es el mayor comercializador y Estados Unidos el más consumidor.

Siempre que se lamenta la muerte de una personalidad, el mundo se conmueve, pues como hombre o mujer que ha sido denominado así, pues su influencia o legado afecta a varios. A veces no nos detenemos a pensar en esas víctimas anónimas, que no son célebres en el arte, ni en la historia, pero sin embargo son lo más importante para una madre, un hijo, una familia, pues puede ser que sean lo único que tenían y la droga se los robó. Los nombres de esos no los conozco, les mencionaré a esos que a causa de la cocaína cambiaron para siempre y aún extrañamos su voces, con sus fabulosos registros vocales o su arte de variadas maneras.

Brad Renfro alcanzó notoriedad con sólo 10 años de edad y al igual que Macaulay Culkin se convirtió en una estrella del cine, en plena infancia. Ambos víctimas de las drogas y la fama vieron cambiar sus gloriosos días. Macaulay aunque con un aspecto físico muy distante de su belleza e ingenuidad de niño, vive y lucha contra este mal. Renfro no tuvo igual suerte, adicto a la cocaína, murió por una sobredosis de morfina y heroína cuando solo tenía 25 años de edad.

River Phoenix, de quién se pensaba sería el gran talento joven de Hollywood, también formó parte de la fama maldita. Adicto a la heroína y la cocaína, terminó su joven vida sin ser la gran estrella que pudo haber sido.

Algunos, como el reconocido actor Dennis Quaid, han logrado superar la adicción y contar su tortuosa relación con las drogas.

Amy Winehouse cantante y compositora inglesa, conocida por sus mezclas de diversos géneros musicales y un excelente registro vocal (contralto). La primera mujer en ganar la mayor cantidad de reconocimientos en una sola noche y ser la

primera artista británica ganadora de cinco Grammys. A los 28 años, la droga la privaría de la vida, cuando ya era un despojo humano.

El 3 de julio de 1971 fue encontrado muerto en la bañera de su departamento, el músico Jim Morrison, se cree que fallece por un paro cardíaco, pero conocido su consumo de cocaína y drogas psicoactivas. Ike Turner, prestigioso músico de rock y blues y pareja artística y sentimental de Tina Turner falleció el 12 de diciembre de 2007 a los 76 años en California, debido a una sobredosis de cocaína. Dos generaciones diferentes de hombres y de músicos, tristemente marcados por el mismo trágico final.

Chris Farley, comediante de peso y con una obesidad extrema, falleció a los 33 años, no de las complicaciones de su exceso corporal, sino por una sobredosis de speedball o “bola de poder” (uso combinado de heroína y cocaína por vía intravenosa en una misma jeringuilla). Otros de los comediantes más talentosos de Hollywood, John Belushi y Philip Seymour Hoffman también fallecen víctimas de esta forma de consumir la droga.

En la medicina, la cocaína es el anestésico local más conocido. Pero por supuesto ya no se emplea con ese fin pero sirve como sustancia para muchos anestésicos locales, como por ejemplo: lidocaína, benzocaína y escandicaína.



En este aspecto lo más importante a resaltar y sobre ello centraremos el artículo, son sus efectos en el organismo humano. Desde sus manifestaciones clínicas que incluyen la diaforesis, hipertermia, midriasis, malnutrición hasta sus complicaciones, que dependerán en alguna medida de la forma de consumo.

Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central (SNC), anestésico tópico y supresor del apetito. Actúa como inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina-dopamina. Demostrado que es altamente adictiva debido a la forma en que afecta el sistema de recompensa mesolímbico y que atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica.

Sus acciones farmacológicas generales: Amina simpaticomimética indirecta de tipo I; Anestesia local por bloqueo de la transmisión nerviosa; Estímulo del

sistema nervioso central y Anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo; explican sus efectos clínicos:

- Vasoconstricción periférica, taquicardia, incremento de la contractilidad cardíaca, hipertensión, midriasis, temblor y sudoración, todo ello por acción sobre los receptores alfa y beta-adrenérgicos.
- Incremento de la temperatura por incremento de la actividad física, vasoconstricción y alteración directa del centro hipotalámico de control térmico.
- Estímulo potente del SNC por acción dopaminérgica. Este efecto varía según la dosis, la vía, el ambiente y las expectativas del consumidor. Con dosis bajas se produce incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. Tras un consumo moderado los consumidores no adictos experimentan habitualmente un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, estereotipias, bruxismo y convulsiones

En el consumo de esta droga los efectos son inmediatos y debido a la elevación de la autoestima y la autoconfianza acompañado de una gran locuacidad y excitación (pudiendo llegarse a una irritabilidad extrema). Eso hace parecer a esto como placer, que sólo dura unos 30-60 minutos y que por supuesto conduce a la búsqueda de nueva dosis que hagan repetir la sensación. A largo plazo, su uso descontrolado produce adicción, ataques de pánico, trastornos mentales e incluso, la muerte, bien sea por efectos fisiológicos directos (sobredosis), o bien por inducción al suicidio.

La cocaína es la segunda droga que presenta mayores efectos negativos entre las 20 drogas de abuso más usuales, solo superada por la heroína.

Desde el punto de vista psicopatológico se describen: el Síndrome de Mangan: cuadro alucinatorio táctil, casi específico de las psicosis cocaínicas, dado porque el paciente siente pequeños animales en la piel de las manos y sobre todo del cuerpo; la Psicosis cocaínica caracterizada por un cuadro paranoide: aparece un estado de inquietud, irritabilidad creciente e hipersensibilidad perceptiva, con alucinaciones auditivas y sobre todo visuales y la Depresión reactiva, la cual aparece al retirar la droga tras un consumo prolongado; y alcanza la gravedad máxima a las 48-72 horas, predominando el componente neurasténico, con inhibición y apatía, por lo que se puede volver al consumo, creando así un círculo vicioso.

El consumo constante produce problemas cardíacos, incluyendo infartos agudos del miocardio, Efectos respiratorios como insuficiencia respiratoria, Problemas en el sistema nervioso: trombosis, derrame cerebral, Problemas digestivos, incluyendo estreñimiento y acelera la arteriosclerosis. El uso continuo mediante la aspiración nasal de la cocaína (esnifar) puede producir congestión nasal, ulceración de la membrana mucosa, hasta incluso perforación del tabique nasal. Si bien la cocaína produce mayor excitación sexual, también puede provocar impotencia sexual o disfunción eréctil.

Como toda droga, cuando se deja de usar, sobretodo sin el adecuado control médico en el proceso de desintoxicarse, pues aparecen las manifestaciones de abstinencia, que en ocasiones llevan al enfermo a la búsqueda de la droga para aliviar el malestar que este síndrome produce. El síndrome de abstinencia se produce por el cese del consumo de la droga y tiene tres fases:

- Crash: intensa depresión, agitación, ansiedad, sueño, hiperfagia y el sueño agitado durante tres o cuatro noches.
- Abstinencia: anergia, intensa necesidad de tomar droga, mejora entre las 16 y las 18 semanas.
- Extinción: en su forma aguda (de repente, por dejar la droga de forma brusca) se presentan convulsiones, arritmia cardíaca, temblores, irritabilidad, alucinaciones, palpitaciones, hipertensión, sudoración e hiperreflexia.

Conclusiones:

A largo plazo los efectos de la cocaína son similares a los de las anfetaminas. Destacan también los efectos sobre el feto durante el embarazo y en el neonato: elevada mortalidad perinatal, aborto espontáneo y alteraciones nerviosas en el recién nacido. La muerte por consumo de cocaína se produce, principalmente, por una hemorragia cerebral o fallo cardíaco.

El riesgo de morir por sobredosis de cocaína es aproximadamente 20 veces menor que para los consumidores de heroína. El riesgo de morir por una intoxicación de mezcla es sensiblemente mayor. Cerca del 6% de los muertos debido a drogas en Alemania se deben a una intoxicación de mezcla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fattinger K, Benowitz NL, Jones RT, Verotta D (2000). «Nasal mucosal versus gastrointestinal absorption of nasally administered cocaine». *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 56 (4): 305–10.
2. Barnett G, Hawks R, Resnick R (1981). «Cocaine pharmacokinetics in humans». *J Ethnopharmacol* 3 (2-3): 353–66.
3. Jeffcoat AR, Perez-Reyes M, Hill JM, Sadler BM, Cook CE (1989). «Cocaine disposition in humans after intravenous injection, nasal insufflation de derechos de publicidad de cocaína (snorting), or smoking». *DrugMetab.Dispos.* 17 (2): 153–9.
4. Wilkinson P, Van Dyke C, Jatlow P, Barash P, Byck R (1980). «Intranasal and oral cocaine kinetics». *Clin.Pharmacol.Ther.* 27 (3): 386–94.
5. Fattore L, Piras G, Corda MG, Giorgi O (2009). «The Roman high- and low-avoidance rat lines differ in the acquisition, maintenance, extinction, and reinstatement of intravenous cocaine self-administration». *Neuropsychopharmacology* 34 (5): 1091–101.
6. Gawin 1991; Platt, 1997; Lizasoain y cols., 2001 citado en Caballero, 2005 Adicción a la cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.
7. Cronología de Freud y de la cocaína Lic. Liliana Vázquez Barrile y Alicia Donghi
8. Gold M. S. Cocaine (and Crack): Clinical Aspects. In: Lowinson J. H.; Ruiz P.; Millman R. B. und Langrod J. G. (Hrsg.) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* 2, 2. Aufl., Baltimore, Williams & Wilkins, 2014, S. 205.
9. Liebowitz, Michael, R. (1983). *The Chemistry of Love*. Boston: Little, Brown, & Co.
10. Belén Boville Luca de. *La guerra de la cocaína. Drogas, geopolítica y medio ambiente*. Editorial Debate, Madrid, 2014 p. 100

11. Platt, 1997; Lizasoain y cols., 2001 citados en Caballero, (2005) Adicción a la cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.
12. Dackis y Gold, 1985 citados en Caballero (2005) Adicción a la cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.
13. Torres y Horowitz, 1998 citados en Caballero (2005) Adicción a la cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.
14. Arboix, Monse (2007) La cocaína desestructura el cerebro
15. Aguilar, F (1998). Plasticidad cerebral: antecedentes científicos y perspectivas de desarrollo.
16. Diccionario Runa Simi-Español de Abdón Yaranga ISBN 9972-874-36-2
17. Mendelson JH, Mello NK. Cocaína y otras drogas comunes en Harrison. Principios de Medicina Interna, 16 th. 2006: 2830 – 2831
18. Schuckit MA et al: Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment, 5th ed. New York, Plenum, 2000
19. Cami J. Farre M: Drug addiction. N Engl J Med 349:975, 2003
20. González-Pinto, A.; Vega, P.; Ibáñez, B.; Mosquera, F.; Barbeito, S.; Gutiérrez, M.; Ruiz de Azúa, S.; Ruiz, I. *et ál.* (2008). «Impact of cannabis and other drugs on age at onset of psychosis» (en inglés). *The Journal of clinical Psychiatry* **69** (8): pp. 1210-1216.