

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE DERECHO



TESIS DOCTORAL

Enfoque biojurídico sobre la drogadicción en México

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ramiro Ramírez Pérez

Madrid, 2015

217
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE DERECHO

"ENFOQUE BI^oJURIDICO SOBRE LA DROGADICCION EN
MEXICO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE DOCTOR
EN DERECHO
P R E S E N T A
RAMIRO RAMIREZ PEREZ
DE NACIONALIDAD
MEXICANA

DIRECTOR.- DR. BONIFACIO FIGA SANCHEZ-MORATE

MADRID, ESPAÑA



1975

BIBLIOTECA
DE DERECHO

I N D I C E

	Página
Introducción.....	I
 CAPITULO I	
La Droga en la Medicina Antigua.....	1
La Droga, su significado.....	5
El Mundo de lo No-Humano.....	11
Las Drogas, un problema del mundo.....	18
La Juventud ante las Drogas.....	28
 CAPITULO II	
Comedores y fumadores de opio.....	37
Los Alcaloides del opio.....	40
Las sustancias sintéticas.....	48
La Coca.....	50
La Cocaína.....	53
Los Tranquilizantes.....	58
El Cáñamo.....	63
Las Principales Plantas Alucinógenas.....	69
El Eter.....	74
El Alcohol.....	76
Narcóticos.....	80
Las Drogas de las Mayorías.....	87
El Tabaco.....	86
Las Aminas de Despertar.....	88
El Descubrimiento de Hofmann.....	90
El LSD al Servicio de la Psicoterapia.....	105
 CAPITULO III	
Los Efectos de las Drogas.....	120
Porque no Drogan.....	129
Quien es Normal no se Droga.....	131
La Psicología del Toxicómano.....	137
El Fin de la Toxicomanía.....	148
Recuperación de los Toxicómanos.....	153

CAPITULO IV

Organización de la Lucha contra las Intoxicaciones en el Mundo.....	166
La Lucha Internacional contra los Estupefacientes.....	171
Disposiciones Legales en México.....	173
Leyes en México contra la Adicción.....	180
Cuando es y Cuando no es Delito.....	187
Cifras Sobre la Destrucción y Decomiso de Drogas en México.....	194
Tráfico y Represión.....	202
Convención Unica Sobre Estupefacientes Firmada por México en 1967.....	204

CAPITULO V

Conclusiones.....	248
-------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	275
-------------------	-----

INTRODUCCION.-

Un fenómeno característico de los tiempos que corren, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, es la creciente inclinación de los jóvenes, particularmente de los jóvenes de la clase media urbana, al empleo abusivo de las drogas, principalmente de las conocidas como psicodélicas. Este consumo de drogas, que se extiende como una verdadera epidemia, está jugando un papel cada vez más importante en la vida de muchos de ellos.

En México, a partir de 1965, se ha notado un incremento marcado en el número de consumidores de marihuana y de otras drogas, entre personas menores de 20 años. Si tomamos en cuenta que en nuestro país alrededor del 55% de la población está constituido por personas menores de 25 años, comprenderemos con facilidad la necesidad urgente de llevar a cabo una campaña permanente de prevención de la farmaco-dependencia.(1)

Los orígenes de este fenómeno son comprensibles en términos de circunstancias sociales y culturales que prevalecen y que, en conjunto pueden relacionarse con el proceso acelerado de la transformación de la sociedad.

Como es sabido, la ingestión de drogas alucinantes es una práctica a la cual han recurrido los hombres de todos los tiempos y todas las culturas. En México, y en relación con los alucinantes, nos dice Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia General de las Cosas de La Nueva España" (2) que los indígenas "descubrieron o usaron primero la raíz que llaman peyote, y que los que la comían, la tomaban en lugar de vino y lo mismo hacían de los que llaman nanácatl, que son los hongos malos -- que emborrachan también como el vino y se juntan en un llano después de haber comido y bebido, donde bailan y cantan de noche y de día, a su placer".

Así de ilustre y venerable es el pasado de esta -- clase de drogas, que cuenta hoy en día en todo el mundo con un número de adeptos que se estiman, aproximadamente en el 10% de la población mundial. (3)

Los efectos de las drogas psicológicas varían grandemente y van desde la visión beatífica a las más diversas reacciones psicóticas; pasando por otras experiencias grises e insignificantes. Por ello se comprende -- que la motivación para el uso y el abuso de estas sustancias sea igualmente variada. Así, la comprensión de su empleo en tanto que son energizantes, anoréxicas y fantasmagóricas, nos conduciría a una consideración sociológica, centrada en los problemas del ocio, el aburrimento, del hambre, y de la fátiga crónica, factores probablemente determinantes de su uso por millones de seres humanos, habitantes de las zonas más subdesarrolladas, inhóspitas o desoladas del planeta.

La situación miserable de estos seres humanos contrasta definitivamente con la de los habitantes de los medios urbanos que, supuestamente, gozan de facilidades y comodidades superiores. De aquí que para tratar de -- comprender el fenómeno en este medio tengamos que hacer consideraciones sociológicas y culturales relacionadas con el proceso de transformación de la sociedad.

En 1965, para referirse a los cambios que se operan en la salud mental de los individuos que se ven sometidos a un acelerado ritmo de cambios en nuestra sociedad, Toffler acuñó el término " Shock del Futuro ". Considera (4) que los seres humanos se ven obligados a adaptarse a un nuevo ritmo vital, a enfrentarse a nuevas situaciones y a dominarlas en intervalos cada vez -- más breves, así como escoger entre opciones que se multiplican rápidamente. Dicho de otro modo, las personas se ven obligadas a manejar la información a un ritmo -- más veloz que el que se necesitaba en las sociedades de lenta evolución.

La estrepitosa corriente de cambios en la que nos vemos envueltos es tan poderosa que derriba instituciones, transtorna nuestros valores y arranca nuestras raíces. En cambio es el fenómeno por medio del cual el futuro llega a nuestras vidas con tanta rapidez, que nos encuentra sin haber desarrollado nuestras respuestas -- adoptivas. Esta llegada aún sin haber desarrollado nuestras respuestas, es acelerada y acarrea consecuencias psicológicas y sociológicas.

Existe un término paralelo conocido como "Shock Cultural" (5), el cual consiste en las reacciones de asombro, frustración y desorientación que afligen a los viajeros no preparados, cuando súbitamente se ven inmersos en una cultura extraña.

El " Shock Cultural " ocurre cuando los conocidos procedimientos psicológicos que ayudan al individuo a comportarse en sociedad son retirados de pronto y sustituidos por otros nuevos, extraños e incomprensibles. En cambio el " Shock del Futuro " nace de la superposición de una nueva cultura sobre la antigua. Es un " Shock Cultural " pero en la propia sociedad. Al sujeto afectado por " Shock Cultural " le queda la tranquilizadora seguridad de que la cultura que dejó atrás lo estará esperando a su regreso. En cambio a la víctima del " Shock del Futuro " no le queda esa oportunidad; su propia sociedad es la que ha cambiado y tiene que adaptarse a ella, pero si a ello agregamos que esta nueva cultura está, a su vez, en constante agitación, y sus valores cambian incesantemente, la impresión de desorientación será cada vez más intensa.

Esta "Revolución", posibilitada por los avances de la ciencia, se inicia y se extiende en los países de más avanzada tecnología industrial. Es, por tanto, un producto del industrialismo, de la sociedad de consumo y como es manejada por la burocracia política y mercantil.

En la moderna sociedad de consumo la persona humana se ha visto cada vez más suplantada por el hombre masa, se ha convertido cada vez más en el instrumento pasivo de la maquinaria tecnocrática y económica, en el productor automático, pasivo y compulsivo, de torrentes de bienes materiales que lo abruman.

Por lo tanto, se advierte, cada vez, más enajenado, cosificado, frustrado y confuso.

Creemos que las personas que usan y abusan de las drogas no encuentran en ellas lo que buscan. Nos parece claro que no, sino que en conjunto su actitud tiene el significado de escape, de mera protesta y rebeldía y -- aún de reforma, pero no de revolución.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE LA INTRODUCCION.-

- (1) "Extractos Médicos Mundiales. Vol. VIII, N° 6 Junio de 1969; Pág. 360.
- (2) Cit. por Guerra, F. " Historia de la Adicción ",--- Tribuna Médica, 24 de Marzo de 1972, pág. 16.
- (3) "The Forensic Sciences and the drug problem". Vol.3 N° 1, Enero de 1971, Pág 3.
- (4) Cit. por Arrowsmith, William, "The Future of Teaching, 1967, Pág 310.
- (5) Arrowsmith, William, Ob. cit.

LA DROGA EN LA MEDICINA ANTIGUA.-

La historia de las drogas está ligada en forma estrecha a la historia del hombre. Algunos lugares, como en Oriente, las drogas forman parte de la filosofía vital de muchos pueblos; donde juegan papeles sociales y se hallan ligadas a largas tradiciones religiosas, así como lo estuvieron en su momento entre mayas y aztecas hasta la llegada de los españoles.

Aparte de las referencias históricas atribuidas a griegos e hindúes sobre consumo de estupefacientes por los Dioses, existen indicios más sólidos acerca de la drogadicción en los antiguos: los fósiles de semilla de adormidera, en el cuarto milenio de la era precristiana hallados en poblados prehistóricos de Suiza. (1)

No se ha determinado aún si estos pueblos cultivaban las plantas para obtener esencias narcóticas o sólo semillas de aceite.

Los griegos por su parte han dejado diversas descripciones sobre el uso de estupefacientes entre la clase aristocrática. Por aquella época, religión y brujería eran una sola cosa; aún hoy lo son para los pueblos en estado primitivo. Las drogas, y los brebajes fueron condenados por la Iglesia cuando se destinaban para actos diabólicos. (2)

A través del tiempo, la existencia y el uso de las drogas narcóticas, hipnóticas o alucinógenas brindaron material para recrear la imaginación. Con la ocupación de Oriente por los ingleses y franceses, la afición por las drogas se instala en Europa en forma de comederos y fumaderos de opio. Mientras los ingleses comían el opio los franceses lo fumaban en pipa. Y no sólo era el opio lo que circulaba. Muchos veteranos de la guerra de 1870-1871, calmados con morfina de sus padecimientos, volvieron a Francia con otra nueva inquietud, procurarse cada vez más droga.

La inalterable postura de Occidente frente al problema fue de airada protesta, sin que ello le impidiera seguir concretando excelentes negocios a costa de los adictos.

En 1839 la Reina Victoria ordenó la invasión de -- China ante el decomiso de 1.300 toneladas de opio que iban a ser introducidos de contrabando. El Parlamento defendió la medida diciendo que era inoportuno abandonar una fuente de ingresos tan importante como el monopolio de la compañía de las Indias en materia de opio. En China había en 1850 dos millones de opiómanos, y en 1878, ciento veinte millones (3).

Pero volvamos un poco más atrás para decir que desde que el hombre tuvo conciencia ha tenido un deseo y una necesidad por alguna droga. Se dice que la historia de las drogas no se inició con el descubrimiento de los alcaloides, el uso de la droga es antiquísimo.

Al principio fueron utilizadas las plantas como alimentos, para calmar el hambre y la fatiga, también para percibir sensaciones agradables; después siguieron por el camino místico-religioso. Siempre se han usado como estimulantes sexuales. El hombre primitivo tenía que atenerse a lo que tenía a su alcance.

Los indios andinos siempre han tenido la costumbre de mascar la hoja de coca por medio de la cual pueden realizar grandes esfuerzos y soportar fácilmente la fatiga. Todavía existe entre los indios mexicanos el antiquísimo culto al peyote; el yagé lo utilizan los indios chamanes del alto Amazonas, en Africa tribus musulmanes usan de un modo místico las hojas de Kat.

Además del sentido místico-religioso, era usado como poderoso aliado en las confrontaciones bélicas (4), de ahí que el nombre hachichins que proviene de hachis sea utilizado para denominar a ciertas tribus arabs, quiere decir "asesinos", puesto que al probar esta planta los hacía fieros y desalmados.

La curiosidad unida a la necesidad es la que orilló al hombre al descubrimiento de las plantas con efectos tóxicos.

Hasta comienzos del siglo XVI, hay muy poca diferencia entre la composición de los medicamentos analgésicos o soporíferos y los unguentos de las brujas. El descubrimiento de América a finales del siglo XV y la exploración metódica de las Islas del Océano Indico, permitieron conocer nuevas drogas que los médicos no tardaron en prescribir en buen número de casos. Empezaron su estudio botánico Cristóbal de Costa y Nicolás Monardes (5).

Notas bibliográficas de: La droga en la medicina anti--
gua.

(1) Anónimo; " Las drogas en Suiza ". Le Concours Medical
Nº 47, 1970. Pág. 6

(2) Coromillas Planellas "El Origen de la Medicina" Rev
Infr. Med. Terap. Nº 37, 1950 pág. 257

(3) Anónimo, Medico Moderno. Los Negocios de Occidente
1972, Pág 12

(4) Telles Carrasco, P. "Amok y latah". Ac. I Esp. Neur
y Psiquit. 1952, pág. 250

(5) Brau, Jean Louis, "Historia de las Drogas", ed. Bru
guera, 1973, pág. 77.

LA DROGA, SU SIGNIFICADO.-

Alon efectos de ésta tesis, una droga es cualquier sustancia química que altera el estado de ánimo, la percepción o el conocimiento y de la que se abusa con aparente perjuicio para la sociedad. Para muchas personas, la característica más importante y peligrosa de las drogas es su carácter somáticamente habituador, su capacidad de producir toxicomanía.

Toxicómano y toxicomanía se usan respecto a las drogas que producen cambios somáticos en el consumidor, perpetuando así su uso. Quiere decirse con ello que en esos casos se establece una tolerancia en el toxicómano y -- que éste necesita una mayor dosis de droga para evitar los síntomas de abstinencia o para alcanzar la misma intensidad de efectos.

Las drogas más comunes, entre las que producen toxicomanía, son: el alcohol, la morfina, la heroína y -- los barbitúricos. Sin embargo hay muchos ejemplos de -- personas que las toman sin depender de ellas, física o psicológicamente, y también hay ejemplos de personas que -- llegan a depender en un grado extremo de drogas que no -- llevan aparejadas grandes cambios somáticos, como la -- Cannabis. A pesar de todo, la distinción de drogas que -- producen o no toxicomanías, esto es, habituación física puede seguir utilizándose. Se ha recomendado el término "dependencia".(1)

Se debe añadir que las personas que se hacen dependientes no sólo de las drogas, sino también de las experiencias que las drogas proporcionan, y aún de las experiencias obtenidas con independencia de las drogas. Hay muchas personas en nuestra sociedad que necesitan la satisfacción de conducir de prisa tanto como los toxicómanos sus drogas, y ésta obsesión ocasiona un daño notablemente más grande a la sociedad que el uso de drogas.

Cuando nos paramos a pensar sobre el conductor de-

lincente, vemos que es producto de una coyuntura, de una personalidad inadecuada, y de un mal entrenamiento; pero, en cambio, nos gusta ver en el toxicómano la trágica víctima de un deleite irresistible.

El debate acerca de la toxicomanía y de la habituación física, así como la inútil indagación acerca de si esta o aquella droga cae dentro de una u otra -- clase, ha sido quizá erróneamente planteado. Se ha supuesto que el hecho de apoderarse o no del sistema psicofísico de los consumidores es una particularidad farmacológica de ciertas drogas. Pero entonces como se explica el hecho de que algunas personas que toman heroína puedan luego abandonarla. (2)

Los experimentos de Pávlov (3) demostraron que cualquier experiencia puede ser asociada en la mente, involuntaria e inconscientemente, con cualquier otra con tal que la una ocurra poco después que la otra. Si las condiciones son buenas, la conexión puede ser sumamente sólida y duradera; cada vez que se repita, los vínculos se reforzarán. Así, cuando nos encontramos con alguien del cual se dice que es toxicómano de marihuana, la --- cual sin embargo no produce ninguna habituación física, en el sentido de que la exige, de que dice que no puede vivir sin ella, de que se muestra deprimido cuando le falta, etc. etc., nos encontramos ante una situación -- producida a la vez por los efectos placenteros de la droga, por la inhóspita interior del toxicómano y por las condiciones sociales favorables bajo las cuales se ha utilizado la droga. Ese sujeto se ha condicionado a la droga de una manera pavloviana como única fuente de placer, y cada vez que se encuentra placentero con la droga, su dependencia se agudiza.

Al mismo tiempo, por ser el tipo de persona que es y por llevar el tipo de vida que lleva, hace que las posibilidades de descubrir nuevas fuentes de gratificación, como las buenas relaciones con la esposa y el gu

to por el trabajo, sean cada vez más remotas. Se ha pro-
 puesto ésta idea para explicar las misteriosas recaídas
 de aquellos heroinómanos que, después de su curación, -
 cuando todo indicaba que tendrían numerosas razones pa-
 ra no hacerlo.

Esta teoría (4) mantiene que tales personas llega-
 ron a depender de la heroína a causa del alivio que pro-
 porciona a su ansiedad. Entonces, siempre que algo les
 amenazaba, se inyectaban; años después, la ansiedad, --
 cuando es suficientemente fuerte, vence a la tardía des-
 intoxicación.

Lo único que necesitaba para el condicionamiento -
 es que la droga produzca algún efecto . Puesto que por-
 definición toda droga produce efectos psíquicos no se ne-
 cesita que se experimente de forma apropiada.

El problema del grado de dependencia y de los efec-
 tos de las drogas se complica en razón del medio social
 en que se utilizan y a causa de los propósitos o espe-
 ranzas de quienes las usan. Resulta casi carente de sen-
 tido decir cuales son los efectos específicos de esta u
 otra droga, especialmente cuando se está hablando de -
 su uso ilícito, alrededor del cual se mueve un mundo de
 sombras y penumbras. Las drogas se usan de manera dis-
 tinta, según las diferentes situaciones sociales; muy a
 menudo la situación y los deseos del usuario resultan -
 más efectivos que la sustancia química. (5)

Por ejemplo, cada sociedad usa el alcohol como una
 llave que abre paso a diferentes formas de comportamien-
 to, que nunca podrían imaginarse partiendo de la admi-
 nistración controlada de la droga de un laboratorio.

Juzgado con imparcialidad, el alcohol es probable-
 mente más dañino que la heroína, porque su mero uso pro-
 longado causa daños físicos y nerviosos que la heroína
 no produce. Si el alcohol, en vez de ser un don benéfi-
 co regalado por los Dioses en el remoto pasado, fuera
 hoy inventado por un químico, no hay duda de que inme--

diatamente su uso sería puesto bajo control riguroso de la ley.

Pero puesto que nuestra sociedad ha convivido con el alcohol tanto tiempo, podemos controlarlo, así como tolerar los efectos que no podemos controlar. Por ejemplo, se calcula que en Inglaterra y Gales hay aproximadamente 100,000 alcohólicos agudos(6), el mantenimiento de los alcohólicos que están en prisión o no pueden trabajar, así como el de sus familias, cuesta al país unos seis millones de libras al año. Probablemente los alcohólicos menos agudos son tres veces más numerosos y su absentismo y escaso trabajo cuesta, haciendo un cálculo moderado, otros 35 millones de libras al año.

El alcohol produce al año en Inglaterra, aproximadamente, unas 1200 muertes en carretera y 50,000 accidentes. En los hospitales de Escocia, de cada cinco enfermos mentales, uno se debe al alcoholismo. Se cometen al año, bajo la influencia de esta droga, 15,000 crímenes, se arresta al año al 6% de la población por ebrios e incapaces. La sociedad Británica gasta 20,000,000 de libras al año anunciando el alcohol por televisión y en prensa (7), 340,000 personas trabajan en la manufactura y distribución del alcohol, o sea la mitad de los que trabajan en las industrias abastecedoras de gas, electricidad y gas.

En otros contextos ha sido socialmente catastrófico, ha diezmando la población y ha destruido culturas. Su impacto en los pueblos primitivos, que no habían desarrollado nuestros sistemas de controles sociales, fue un arma poderosa para la expansión de la civilización europea en el siglo pasado. Del mismo modo, la cultura que acompaña a una droga es tan importante como sus propiedades farmacológicas. La cannabis se usaba, y se usa en el Lejano Oriente Para facilitar la meditación y el éxtasis religioso (8); en el Cairo, durante los años treinta, la cannabis fue el centro de una subcultura subversiva, los músicos americanos de jazz la usan socialmente y creen que incrementa su sensibilidad musical, los estudiantes la usan como símbolo de rebelión.

En cada situación, la droga produce diferentes efectos. Por tanto, debemos estudiar también a la gente que usa de estas drogas problemáticas, así como las circunstancias en las que su uso encuentra la aprobación de los demás.

Notas bibliográficas de, La droga, su significado.

(1) Calcedo, A. "Uso, abuso y dependencia de los estímulantes", Revista Psiquiatría, Psicología, Medicina. Tomo IX Nº 8 Dic. 1970, pág. 539.

(2) Walsh, E. O'F. "Los medicamentos que crean hábito y el metabolismo celular" Pharm Jour, 1954, pág 483.

(3) Cit. por Soria J.M. "La grifa: problema para psiquiatras más que para toxicólogos". Tele-Express 1971,-

(4) Soria J.M. Ob. Cit. pág 165.

(5) Velázquez, Lorenzo. "Algunas modalidades de toxicomanía. Dependencia farmacológica y sus derivados tipos" - Arch. Fac. Med. Nº 5 Vol VII, 1965.

(6) Olson R.E., Gursev D. y Vester J.W. "New England", - J, Med. 1969, pág. 263.

(7) Rosenfled, G., Quart K. "Stud Alcohol" 1960, pág. -- 584.

(8) Musons; Ginesta, "Estupefacientes: Marihuana." Medicamenta, tomo XVII, nº 14, pág. 91.

EL MUNDO DE LO NO HUMANO.-

Havelock Ellis descubrió la experiencia psicodélica del peyote como "una saturnal de las sensaciones específicas y, por encima de todo, una orgía de la visión. Este énfasis en la visión resulta especialmente apropiado cuando se trata de arranque del estado drogado y los fenómenos del plano sensorial.(1)

Más tarde, el sujeto puede experimentar ciertas -- sensaciones táctiles igualmente excitantes, y a ninguno de los sentidos le debe ser negada una parte del nuevo estímulo.

La conciencia, a veces, surge como una orquesta--- ción hipersensible y espectacular. Al momento, todos -- los colores se abrillantan y resplandecen, las siluetas de los objetos quedan más definidas que nunca, las relaciones espaciales se alteran drásticamente, varios o -- todos los sentidos se ven sumamente fortalecidos; al momento, el mundo pierde su vieja y desagradable fachada, revolandose como una tierra maravillosa. (2)

Cuando se interpone es esta modificación un gra--- dual período de transición, el sujeto puede observar -- ante todo una exaltación vibrátil en la atmósfera y ver pequeñas y centellantes partículas de luz que avanzan y retroceden, danzando brevemente en el espacio, para finalmente desaparecer. Este fenómeno de la luz centellante y la excitación atmosférica es igual a la que se observa en las obras de los pintores impresionistas.(3)

Entonces cuando los fenómenos se multiplican rápidamente y ganan en riqueza, surgen los colores más fluidos y se mezclan en las aristas de las cosas y objetos coloreados (4) revelando en toda su intensidad la viveza característica del estado drogado.

Cuando se acumulan progresivamente los fenómenos, -- en lugar de aparecer simultáneamente, estas percepciones de colores e ir seguidas con rapidez de una serie --

de fenómenos diversos entre los que se incluyen la contracción y la expansión de los objetos; se despliegan o limitan en su atrevida delineación la agudeza de los ángulos, se disuelven en vibrantes partículas, se mezclan se expansionan o se contraen. El intento de apartar de la conciencia este nuevo mundo de estímulos ocasiona solo miedo y confusión; el mismo resultado se obtiene cuando se efectúa un esfuerzo desesperado para imponer al instante un orden rígido. Si, a pesar de todo, el sujeto desea dejar a un lado sus presunciones y categorías anteriores, el ambiente de la sesión se convierte en estable, aunque no es más que su propia manifestación psicodélica (5). Se intuye una especie de orden y el bombardeo de los estímulos decae, presentándose las cosas por sí mismas, de manera que el sujeto pueda percibir las plenamente, meditando en ellas, e incluso subrayar su atención con respecto de un objeto particular.

Quando la experiencia psicodélica tiene lugar en el exterior, las percepciones distorsionadas y enaltecidas pueden ser diferentes a las descritas. Respuestas típicas al mundo exterior son las contenidas en la siguiente experiencia-peyote de una joven. La sujeto S.L. recién graduada en la Universidad, escribió: (6)

"Anduve a la luz de la luna llena por un vasto prado... Me di cuenta del ambiente casi eléctrico... y también sentí los procesos bioquímicos de mi cuerpo, zumbando rítmicamente... Mis sentidos se tornaron extremadamente agudos. Podía divisar una hormiga sobre un árbol, a una gran distancia. Podía oír el susurro de mi compañero, con quien había compartido el peyote y estaba muy separado de mí. Sentí la superficie granular del árbol intensamente resaltada. No podía cerrar los ojos debido a mi fascinación por los estímulos externos, por lo que seguramente me perdí de buen número de visiones.

Al amanecer, mi desmesurada habilidad para organizar hizo que cada nube adoptara una forma reconocible.

Sentí una hermosa paz. El cielo había adquirido un tinte rojizo. Una miríada de cables telefónicos multicolores zumbaban al mismo tiempo que se ondulaban como serpientes.... Cuando cerré mis ojos, divisé una interminable danza de formas geométricas con las combinaciones de colores más inenarrables. Calculé la fortuna que podría ganar un técnico en publicidad, si pudiera disponer de aquella gama de colores vivos....

Mientras contemplaba una zona boscosa, me sorprendió descubrir que las ramas de los árboles se agitaban del mismo modo que los pájaros, pero con un movimiento lento y armonioso. El distante paisaje se balanceaba -- gentilmente, como un tapiz ondulante. Me fascinó contemplar los muros de ladrillos de una casa, los cuales --- también ondulaban infatigablemente. Fascinada me acerqué a los árboles cuyos troncos se movían y cuya corteza palpitaba, sugiriendo un crecimiento orgánico. La -- lenta observación de la corteza resultó asombrosa. Me -- acordé de los pacientes mentales que se ven en el cine. Allí estaba yo, recostada entre un edificio de ladri--- llos, inmersa por concentración en el crecimiento ma--- croscópico de las partículas. Un diente de león llegó a crecer dos pies. Todo era desmesurado. Al dar un paso, -- mi atención se vió retenida por una mínima gota de rocío sobre el césped. Fue muy cautivadora."

De esta apreciación estética, S.L., como es común en los sujetos psicodélicos, paso a unas reflexiones -- filosóficas, en este caso concreto, a un tipo de ideas -- popularizado por los autores orientalistas, cuyas obras han influido poderosamente entre los estudiantes y el -- movimiento psicodélico. S.L. añadió a su escrito:

"Emocionalmente, sentí una profunda sensación de -- singularidad.... Me sentía muy gozosa al comprender el -- concepto: "todas las cosas están animadas". Esto es cierto para quien es testigo de la respiración y ondulación de las fibras supuestamente inanimadas de la ropa....

La teoría que representa la materia como la interacción de la luz y la energía es algo que creí poder confirmar. Consideré el "UNO y los "MUCHOS" subrayados en la filosofía oriental. Todo me pareció cierto: el árbol, mi compañero y yo...; todos éramos los mismos, naciendo y muriendo. El estado y la clasificación se me aparecieron como diferenciaciones meramente superficiales, a la luz de la armonía en que yo veía inmersas todas las cosas y los seres".

En la anterior descripción, hallamos datos relacionados con los principales dos tipos de cambios perceptivos de la experiencia psicodélica: la ampliación de la percepción y la distorsión de la misma. También suele presentarse una disminución pero normalmente es leve y tiene muy poca significación en el conjunto del presente experimento.

Estas percepciones sensoriales aumentadas han sido negadas por algunos experimentadores (7) que, al administrar pruebas muy socorridas, no han hallado tal aumento o ampliación; Pero éste sería un hallazgo muy difícil de vender a la mayoría de los sujetos psicodélicos, y aún más, ciertamente, a la joven cuya experiencia acaba de ser descrita.

Estamos completamente convencidos de que la conciencia, en ella, se produce una sublimación del sentido de la percepción, pero resulta imposible medirla con las pruebas al uso. Dudamos que el ojo, efectivamente, vea más (exceptuados ciertos posibles efectos de la dilatación de la pupila), o que la nariz olfatee más. Parte de este más, indudablemente, es el resultado de la atención más, prolongada que el sujeto presta a los estímulos, aunque también pueden hallarse envueltos en esto los factores antiinhibitorios. Lo que es indudable es que el sujeto cree firmemente que sus percepciones y sentidos son más agudos.

A menudo puede explicarse esta sublimación percep-

tiva por el hecho de que el objeto, en tales casos, es percibido como una función, como un símbolo.

En la mayoría de los casos, el plano sensorial la clasificación y reconocimiento de un objeto como: caja, jarra, o lo que sea, descarta al mismo tiempo como poco probable e importante, lo que produce poco o ningún efecto sobre los sentidos.

Ocasionalmente, sin embargo, un sujeto puede reconocer la cualidad del objeto en cuestión y sublimarlo al mismo tiempo. Entonces, por ejemplo, un fragmento de papel de las paredes puede ser percibido con plena conciencia del detalle, obligando al sujeto a preguntar -- qué es lo que está observando. Si tal pregunta no tiene respuesta, no tardará en hallarla por sí mismo, pero -- puede tardar más de un minuto en reconocer o clasificar el objeto, si no es que lo ha hecho desde el principio.

La distorsión de la percepción produce una gama mucho más amplia de fenómenos y, psicológicamente, es mucho más significativa que la sublimación de la misma, -- que es únicamente una conciencia de ver, oír, gustar, -- oler y tocar "mejor" que antes.

Las distorsiones pueden servir para imponer un simbolismo al ambiente; pueden ser un componente esencial de las experiencias "empáticas" y místicas, y un aspecto extraordinariamente importante de la participación -- del sujeto en los dramas transformadores y simbólicos -- que se producen en los planos más profundos de la experiencia.

Pocos aspectos de la experiencia psicodélica re---sultan tan impresionistas para el sujeto normal, y son también recordados después de la sesión, como las imágenes eidéticas, o imágenes previamente grabadas en el cerebro o, en algunos casos, posiblemente parte de la herencia filogénica (o racial), que emergen de la conciencia durante la sesión. Estas imágenes, normalmente se ven con los ojos cerrados (8), aunque también se pueden ver contemplando un cristal o una superficie muy pulimentada, como una pantalla de un cine.

Algunas de las experiencias más importantes e interesantes en el plano sensorial son las que se refieren

a los fenómenos táctiles y la percepción alterada del -
cuerpo (9). La más grata de todas las experiencias sue-
le ocurrir en un ambiente a propósito, preferentemente-
en plena naturaleza, ya que los sujetos casi siempre se
inclinan por un ambiente natural al aire libre, donde -
pueden gozar de un más alto grado de sensibilidad, con-
lo cual son más sinceros.

Notas bibliográficas de: El mundo de lo no humano.

(1) Scharappe, O. "Toxicomanías". Landarzat, 43, 1003.-1967.

(2) Tafallero, A. "Mescalina y LSD 25". Buenos Aires, 12-1956.

(3) Fue teorizada por Seurat, quien creía que los objetos eran precisamente una fusión de todas las partículas.

(4) Tafallero, A. ob. cit.

(5) Zellweger, H. "Alteraciones estructurales cromosómicas por LSD" The Lancet. II 1967, pág 1066.

(6) May, A. R., Kahn, J. H. "La salud mental de los jóvenes". Ginebra. O.M.S. 1971, pág 84.

(7) Zellweger, H. ob. cit. pág 1084.

(8) May, A. R., Kahn, J.H., ob. cit. pág 114

(9) Walsh, E. O'F ob. cit. pág. 512.

LAS DROGAS, UN PROBLEMA DEL MUNDO.-

El consumo de drogas es uno de los problemas que más preocupan a sanitarios, sociólogos y políticos. Su magnitud podemos determinarla bien por la cantidad, por la frecuencia, por el número de consumidores de drogas; o bien por la calidad de las mismas, pues no es lo mismo ser heroínomano que un adicto al LSD 25 o que un consumidor de pastillas tranquilizantes, las famosas "pildoras de la felicidad".

El consumo legal de drogas estupefacientes sólo se permite en la actualidad en la mayoría de los países -- que forman parte de las Naciones Unidas, a aquellas personas en las que está indicado terapéuticamente (1). El caso más concreto es el de un dolor incoercible, producido, por ejemplo, por un tumor maligno (2). En este caso, el paciente posee una cartilla y está registrado pudiendo recibir las dosis oportunas. También está registrado el toxicómano declarado, que necesita la droga para evitar los angustiosos fenómenos de la abstinencia. Se trata de toxicómanos perfectamente controlados y en tratamiento, si es posible de deshabitación.

En los últimos años, al extenderse el consumo de drogas más o menos estupefacientes, que pueden crear estados de dependencia física y psíquica, o uno solo de estos estados, se han intentado otros medios más objetivos, más científicos, más exactos, para medir el alcance, la profundidad y la extensión del problema entre la población, y en especial entre la población adolescente y juvenil, que es, según todos los informes, la más propicia y más afectada por el auge de las drogas. Estos estudios son, básicamente, la encuesta, en la que se garantiza a los individuos dispuestos a decir la verdad, el más riguroso secreto.

Brau ha afirmado que uno de cada cuatro hombres es toxicómano. (3)

Esto quiere decir, que si la población mundial llega en la actualidad a los 4,000 millones de personas, - la cuarta parte, mil millones, serían drogadictos. Esta afirmación no puede ser más que exagerada.

En 1971 se daba como procedente una frecuencia de un 10 por 100 de toxicómanos en la población mundial, lo que siempre bajo el cálculo de 4,000 millones, significarían 400 millones de drogadictos, de los cuales 200 millones lo serían de la mariguana y 100 del opio, el resto a diferentes drogas. E. Marcovecchio declaró que de los 107 países y territorios de los cuales se han podido hacer cálculos de la sanción de la toxicomanía, 30 cuentan con uno o más toxicómanos por cada 1.000 habitantes; 21 países o territorios cuentan de uno a cinco toxicómanos por 5,000 habitantes. Con estos datos considera que el número de toxicómanos en el mundo es de cinco o seis millones (4).

Pero Marcovecchio no cuenta, para hacer este cálculo, a los fumadores y comedores de opio, a los masticadores de hojas de coca y a los habituales del hachís y de la mariguana, productos ambos de la cannabis sativa, lo que elevaría la cifra de toxicómanos a varios cientos de millones.

Pero esto fue hace 14 años, antes de que se produjese el apojeeo de las drogas. Mucho más modesto Sollman estima la tasa mundial de drogadictos en uno por cada 10,000, lo que elevaría el número de toxicómanos a 400,000. Esta cifra se adopta más a la facilitada en 1966 (5), según en la cual, en la India había en 1964, 150,000 adictos al opio y 200,000 a la cannabis, en Irán, entre 100,000, también heroinómanos en su mayoría como en Hong Kong con 10,900. En 1964 había en Japón 9,400 toxicómanos adictos al opio, morfina y heroína. En Alemania, 1964, existían 4,350 adictos a las drogas sintéticas, estimulantes, como las anfetaminas y derivados del opio, como la morfina. En Canada, 1965, se cen-

saron 3, 600 toxicómanos, casi todos heroínómanos; y en Gran Bretaña, en 1964, 750 y en 1966, 1300, también --- principalmente heroínómanos; y en el boletín de narcóticos del mismo año se calculaban los toxicómanos en ---- 2,400 y además menciona a otros drogadictos 1.000 cocaínómanos, 24,000 adictos a la cannabis; 160,000 a las - anfetaminas; 600,000 a los barbitúricos y 300,000 al--- ceholicos. Además, cita, refiriéndose a 1965, 500 perso nas que usan ilícitamente LSD 25, calculando que en +-- 1967, estos nuevos drogadictos sumarían 2500. Creemos - que con suma facilidad llegaron a esa cifra.

Citamos en el último al LSD 25, el más potente alu cinógeno hasta ahora conocido, de origen sintético. Es- tamos asistiendo a una auténtica explosión de consumo - de sustancias, nos dice el psiquiatra español Santo Do- mingo (6) fundamentalmente del tipo estimulante y aluci nógeno.

Esta explosión de consumo se está viviendo en los- últimos años en forma creciente en escala mundial. Para ce manifiesto que el consumo de este tipo de sustancias se extiende sobre todo entre personas jóvenes, si bien es frecuente que se prolongue hasta la edad adulta. Con datos elocuentes demostramos, que es erróneo consi- derar el consumo de alucinógenos y sustancias afines -- simplemente como una efervescencia del alma juvenil.

Tal vez sea puro sensacionalismo el pronóstico de- que en este año, habrá 120 millones de jóvenes drogadic tos (7)

Pero esta exageración tiene mucho de verdad. La Or ganización Mundial de la Salud ha iniciado un estudio - especial sobre estos métodos de medición del consumo de farmaco-psicotropos(alucinógenos, estimulantes, sedan- tes y tranquilizantes) Hay muchos indicios de que las - cifras de toxicómanos estimadas sólo denuncian la parte visible de un inmenso témpano, que flota a la deriva de la sociedad contemporánea, este témpano es el de las --

drogas. Basta que se investigue un poco, Basta, por --- ejemplo, que se dupliquen las brigadas de expertos en toxicomanías, bien de tipo sanitario, bien de tipo criminológico, para que inmediatamente se descubra que se ha duplicado o triplicado el número de personas adictas a las drogas. Por ejemplo, en Copenhague se duplicó el número de usuarios de cannabis detenidos después de haberse triplicado el número de policías asignados a esta labor (8).

Cuántos toxicómanos, cuántos drogadictos, hay en Estados Unidos de Norteamérica ahora? En 1953, en un cálculo conservador, daban una frecuencia de un drogadicto por cada 3,000 habitantes y al mismo tiempo se denunciaba una tendencia ascendente entre los jóvenes de las ciudades, contradicción con lo que opinaba dos años antes Asinliger, quien dijo en 1951 que había pocos --- toxicómanos entre la juventud, debido al costo elevado de los estupefacientes, de cinco a veinticinco dólares por día, por lo que consideraba que la mayoría de los delincuentes por las drogas son criminales mucho antes de ser toxicómanos, y que por su propia naturaleza de criminales no retroceden ante nada con tal de buscarse el modo de conseguir la droga. (9)

Diez años más tarde, en 1960, había en Estados Unidos de Norteamérica 45,000 consumidores de drogas blancas, morfina, y heroína (10), cifra que coincide con el informe de la Comisión de Narcóticos de 1966. Pero el informe Informe de la Comisión Presidencial sobre el abuso de los Narcóticos y los Estupefacientes, presidida por el magistrado Barret Prettyman, establecía un margen de 50,000 drogadictos sobre la cifra anterior, lo que en realidad, no hacía otra cosa que doblarla.

Este informe que es de 1964, señala a New York como la ciudad que tiene más toxicómanos: de 22,000 a --- 50,000, seguida en segundo término por Chicago y en tercero por Los Angeles. El magistrado terminaba su infor-

me confesando que a pesar de los esfuerzos que se hicieron, "su eliminación total parece imposible". No solo es imposible, sino que el incendio de la manía por las drogas prende en toda la población, principalmente entre los jóvenes. En 1968 se dice que el 15% de los universitarios de los Estados Unidos de Norteamérica han usado al menos una vez la mariguana. (11)

En California fueron detenidos por cometer faltas bajo la influencia de la mariguana 3.386 adultos en --- 1961; 6.323, en 1964; 14,209, en 1966, y 11.587 tan solo en el primer semestre de 1967. Pero además fueron detenidos por esta misma causa los siguientes adolescentes 310, en 1962, 1.237, en 1964; 4034, en 1966, y 4, 526 - en los primeros meses de 1967.(12)

Por otra parte se observan grandes modificaciones en los últimos cincuenta años en cuanto a las clases de personas consumidoras de drogas derivadas del opio.

Hasta la I Guerra Mundial (1915), las drogas blancas eran consumidas preferentemente por la clase media, perteneciente a la raza blanca destacada en las profesiones libres, equilibrándose ambos sexos en cuanto al hábito. En cambio en 1965 hay cinco veces más drogadictos varones que hembras, y la raza blanca de la clase media ha dejado paso a los grupos minoritarios negros y puertorriqueños(13). Sin embargo esto huele a partidismo porque según en el informe dan la cifra de 70,000 -- drogadictos habituales en EEUU, y afirma que los ricos son adictos a la heroína y los pobres se conforman con la mariguana, por la sencilla razón de que ésta es mucho más barata que aquella.

Este mismo informe afirma que de cada 2,500 norteamericanos uno es toxicómano. En el supuesto de que la población de Estados Unidos alcance la cifra redonda de 250 millones de habitantes, habría en ese país 100,000 drogadictos. Esta cifra es inferior al cálculo que se hizo en 1969, en Estados Unidos hay 65,000 heroínómanos

125,000 adictos a los narcóticos y 200,000 aficionados a la mariguana. También se dice que el 20 por 100 de los escolares se drogó por lo menos una vez.

Sea esto escandalosamente cierto o no, tenemos siempre la dramática denuncia de Time de que en 1969 fallecieron 900 colegiales, de ellos 224 adolescentes, casi todos por una dosis excesiva de drogas. Y la costumbre que se adquiere en el colegio se mantiene en la Universidad, si bien se habla de un uso más esporádico que continuo. De cada 100 univertarios drogadictos, 25 son de anfetaminas (14) 21 de la mariguana y 5,6 a los alucinógenos. El resto son adictos a diferentes drogas.

La afición iguala a todos los jóvenes. No se trata de un vicio exclusivo de negros y puertorriqueños. El hecho es grave, (15) porque las penas previstas por la ley federal de los Estados Unidos para castigar la posesión de mariguana son mayores que las que se aplican -- en caso de homicidio o de sabotaje. Un primer delito de simple posesión de mariguana implica una sentencia inapelable de un mínimo de dos años, pero ya se ha dado el caso de un joven texano de veintún años de edad que ha sido condenado a cincuenta años de cárcel por haber -- vendido dos cigarrillos de mariguana. Si la ley se mantiene tan severa y se aplica, mal la han de pasar los -- hijos de negros y puertorriqueños, pero aún debería ser más con los hijos de familias directamente vinculadas -- con el gobierno, que fuman mariguana en los colegios -- secundarios (el hijo de Robert F. Kennedy), en las Uni-- versidades, en los cuarteles y en las mismas avanzasi-- llas de Vietnam (16).

Estas son las razones, de bastante fuerza, que pesan en el Director de la Oficina de Narcóticos y Drogas Peligrosas, Ingersoll, quien ha propuesto, ante el subcomite senatorial (17) que la mera posesión de la mariguana ya no sea considerada como un delito mayor, que -- justifique las drásticas medidas de la ley vigente, si-

no que una simple fechoría. En resumen, la propuesta de Ingersoll pretende establecer ante la ley una clara diferencia entre el mero adicto a la droga, que solo fuera mariguana, y el que trafica con ella. Para los primeros, los castigos serían leves. Sobre los segundos, el peso de la ley sería duro e inexorable.

Pero esta propuesta gubernamental está en franca contraposición con el proyecto de ley en materia de narcóticos presentada por la administración de Nixon quien reconocía (18) que el consumo de drogas, así como su tráfico había alcanzado dimensiones de "emergencia nacional". Si el entonces presidente de los Estados Unidos proclamaba esto, podemos dar por válidas las siguientes cifras: 13 millones de toxicómanos; de ellos, 8 millones adictos a la mariguana y 100,000 a la heroína. Además otros 35 millones de norteamericanos han probado la droga alguna vez en su vida. Se extiende como un fuego devastador el consumo de alucinógenos, que tienen sus sumos pontífices, sus sacerdotes y sus poetas (19) y aumenta el consumo de la heroína, más de 25,000 jóvenes toxicómanos solo en New York. (20)

Exluyendo el alcohol y los derivados del opio (morfina, heroína, etc,) en los Estados Unidos se producen las suficientes drogas psicotrópicas para proporcionar 600 dosis anuales a cada habitante (21),

Este exceso de producción, unido a la falta de control, al cohecho entre la policía y a la excelente red de distribución de la droga por los traficantes, hacen que aumente en un 10 por 100 anual el consumo de sustancias narcóticas y estupefacientes.

En su mensaje el expresidente Nixon explicó: "Los drogadictos son los mayores contribuyentes al crimen en las ciudades norteamericanas. El costo del mantenimiento del vicio es de 30 a 100 dólares diarios; es decir, más de 35,000 dólares al año. Como la mayoría no tienen ese dinero, las formas de obtenerlo es el robo y el cri

men".

En resumen, Nixon se opuso a la legalización de la marihuana y de otros alucinógenos de menor efecto que la heroína y la cocaína.

Para acabar con ese abuso de drogas, la pesadilla nacional norteamericana, el senador demócrata por Iowa, Harold Hughes (22) ha propuesto un programa de tres años de duración y casi 400 millones de dólares de costo, que abarcaría a todos los niveles de la sociedad norteamericana. Esta cantidad se distribuiría de la siguiente manera: concesión de 100 millones de dólares a los estados para fondos de emergencia destinados a programas contra drogas, 150 millones para ayudar a los acusados o convictos de delitos relacionados con las drogas.

Antes de este proyecto el gobierno norteamericano gastó algo más de 250 millones de dólares en programas contra las toxicomanías: 66,5 millones en 1969, 105,8 millones en 1970 y 135,6 millones en 1971.

Todas estas cifras son relativamente pequeñas, en comparación con los 20,000 millones de dólares que roban los toxicómanos para costear su toxicomanía,

La situación es particularmente grave con la aglomeración urbana de New York, en la que se calcula que viven casi la mitad de los toxicómanos del país, en 1970 los usuarios de estupefacientes en tratamiento en la ciudad pasaban de 13,000, de los cuales 4,006 estaban internados en correccionales o en clínicas; 2181 seguían el tratamiento en dispensarios, sin hospitalarse, y alrededor de 6,000 estaban a cargo de sanatorios y otras instituciones privadas. (23).

Estimaciones de 1971, al parecer válidas, calculan sólo en el Estado de New York, la existencia de unos 100,000 politoxicómanos jóvenes (24).

Notas bibliográficas de: Las drogas, un problema del -- mundo.

(1) Convención Unica sobre Estupefacientes, art, 49 in. C. Solo se permitirá el uso a las personas que estén -- inscritas el 1º de enero de 1964.

(2) Betley, W.H. "El alivio del dolor y la búsqueda del analgésico ideal". Monitor de la Farmacia. año LXX, 20- de oct. 1964. núm 1833.

(3) Cit, en "Narcotic Drug Addictions". U.S. Public --- Health Service Publication, pág. 1021.

(4) Marcovecchio, E. Dir. General de Farmacia del Minis- terio de Sanidad de Italia, Epoca, 1971.

(5) Comisión de Drogas Narcóticas de las Naciones Uni-- das, 1965.

(6) Cit. por Octavio Aparicio,,ob. cit.

(7) Estimated World Requirements of Narcotic Drugs 1965 New York.

(8) Lindesmith, Alfred R. "The addict and the Law, Bloo- mington, Indiana University Press, 1970, pág 30

(9) Middendorff, Wolf: "New Forms Juvenile Delinquency, - New York, Naciones Unidas Departamento de Econímia. --- 1960

(10) Volkman, R. y Cresse, D.R. "Differential Association- and the Rehabilitation of Drug Addicts". American Jour- - nal of Sociology, 1961, pág 69.

(11) Informe de la Comisión Presidencial Consultiva sobre el uso y abuso de los Narcóticos y los Estupefacientes, 1964.

(12) Mismo informe anterior.

(13) Anónimo. Informe O.N.U. 1970.

(14) Frazier, T. "Treating Young Drug Users", A. Casework Approach. Society Work. 1970.

(15) Anónimo. Gaceta Ilustrad. 16 de agosto 1970

(16) Sterra, J. P. "Un medio de evasión contra la guerra Tele-Express, 1971.

(17) Lindesmith, Alfred R. Ob cit. pág. 68.

(18) Mensaje en Herald, 17 de junio de 1971.

(19) Leary, Timothy; Metzner, R. y Alpert, R. "The psychedelic Experience" New York. University Books, 1964.

(20) Informe de la Comisión Presidencial Consultiva sobre el uso y el abuso de los Narcóticos y los Estupefacientes. 1970.

(21) Frazier, T. Ob. cit. pág. 114.

(22) Dunster, Troy, "The Legislation of Morality: Law -- Drugs and Moral Judgment". New York, Prensa Libre 1971.

(23) Anónimo. Salud Mundial abril 1971.

(24) Anónimo. Le Concours Medical. 16 de oct. 1971.

LA JUVENTUD ANTE LAS DROGAS.-

Las drogas, en su amplio y multiforme sentido de - estupefacientes, alucinantes, narcóticos y excitantes, - se han utilizado siempre. Psicólogos, psiquiatras y sociólogos reconocen que el hombre usa y abusa de unas ayudas, las drogas, que faciliten y hagan más emocionante su vida. Siempre el hombre ha soñado con una sustancia mágica que le permita obtener lo que desea, aunque sea ilusoriamente, por medio de las acciones bioquímicas que ciertas sustancias ejercen en su organismo en general, pero esencialmente en su cerebro. En suma, si la persona no logra cambiar el mundo, a lo que lo rodea puede intentar cambiarse a él, modificar su personalidad, su psiquismo, su manera de pensar y de enfrentarse con las cosas, con los problemas, con las personas. Es una especie de evasión, de huida, de lámpara de Aladino química, cuyas consecuencias se esperan felices, pero pueden ser trágicas. Por lo que antecede, se ha podido comprobar que en este siglo y, aún más, en el último decenio, estamos viviendo la gran escalada, el tremendo boom de las drogas. Este incremento, a lo largo de la historia ha tenido alzas y bajas, asistimos a un fenómeno nuevo: la apertura al jardín prohibido de las drogas, a la inmensa multitud de adolescentes y jóvenes, aunque la adicción de los jóvenes a las drogas no es fenómeno tan nuevo, como ya dijimos, que parece. Fray Bernardino de Sahagún (1) refiriéndose a los jóvenes aztecas de malas costumbres, dice en 1565 que bebían vino - erudo con drogas y que se iban de juerga tomando hongos alucinógenos que los volvían locos. Resumiendo los datos estadísticos ya citados, podemos decir que de cada 100 adolescentes o jóvenes, cuatro son, en algún momento drogadictos.

Este porcentaje, en una población de veintidós millones de habitantes significaría la existencia de 26,000 menores toxicómanos, refiriéndonos a países muy receptivos,

muy propicios como los Estados Unidos de Norteamérica.

La droga que se creía exclusiva, en la pasada centuria, de ciertos medios adultos decadentes, se ha extendido entre la juventud universitaria y trabajadora. Millares de adolescentes menores de quince años la han experimentado. El grupo más vulnerable es el comprendido entre los dieciséis años y los veintidós.

Es la toxicomanía *Ye, Ye* (2), que penetra en el cuerpo y en la mente de seres todavía inconscientes del alcance de muchos de sus actos, entre ellos, el que puede ser decisivo, de tener la experiencia de las drogas.

Thibau ha dicho (3) "La droga se ha convertido en algunos países en una enfermedad típica de la juventud". Thibeau ha comprobado que el porcentaje máximo de toxicomanía, 28%, se observa entre adolescentes de quince a dieciocho años. Luego decrece hasta anularse a los veintitres, nosotros no estamos muy de acuerdo con éste último concepto.

El proceso de la toxicomanía o, más exactamente, de la aproximación o de captación de la droga, se inicia por una experiencia ocasional, fortuita, o premeditada por un tercero, o como consecuencia del ambiente. Después de una primera experiencia, saciada la curiosidad, el individuo sano se libera y la rechaza. El predispuesto, por una serie de factores, que luego se examinarán, insiste en la experiencia, aunque le desagrade llega a la fase del enviciamiento, pasa por otra fase de deshabituación, incluso se beneficia de la terapéutica rehabilitadora, pero vuelve a reincidir la mayoría de las veces. Entonces cae y cae atrapado por un círculo vicioso, en el que presionan otros elementos que nada tienen que ver con las propiedades psicotropas de las drogas.

La pregunta que inmediatamente se formula ante este creciente enfrentamiento de la juventud de hoy, con la droga es: *porqué?*

La respuesta, por desgracia, no puede ser tan simple ni tan breve. Al contrario, es demasiado compleja. Intervienen muchísimos problemas de largo alcance, antropológicos, sociológicos, políticos (4). Situémonos en el medio más próximo a el lugar a donde ahora nos encontramos, Madrid, o sea, Europa Occidental.

Pués bien, el profesor Ehrhardt (5) de la Universidad de Marburgo, ha denunciado un fenómeno biogeográfico manifiesto: su avance, su progresión descendente, de norte hacia el sur. Todavía es demasiado pronto para establecer un diagnóstico y un pronóstico del problema de la droga en la Europa Juvenil y reciente de 1975, pero ya está claro que la epidemia se inició en Europa. Sus primeros síntomas brotaron en Suecia e Inglaterra. Luego fue extendiéndose hacia el centro : Alemania, Austria, Suiza, Holanda, Francia. Por último, esta bajando al Mediterraneo y ya aparecen los focos crecientes en Italia y España (6).

Situada en un marco geográfico conocido, nada exótico, volvemos a preguntarnos él porqué. La respuesta es múltiple. Depende del compromiso o de la independencia del interrogado en cuanto a las drogas. También depende de la formación y del espíritu conservador o snob. Quiero decir, que estará matizada por la subjetividad emocional, cultural, yótica de la personalidad que responda a éste porqué.

Vamos a enumerar aquí una serie de opiniones que pueden tener realidad y consistencia en países como Estados Unidos de Norteamérica. La primera respuesta que salta a la mente, que aflora a los labios, es de que la iniciación de las drogas se realiza por un fenómeno de imitación y curiosidad. Por un exceso de difusión visual y auditiva, cine, radio, televisión, prensa, en donde es elaborada y fantasmada en la mente del muchacho, donde produce una reacción que puede espolear la curiosidad si la reacción es propicia. Si se trata de jóvenes psíquicamente normales, que lo hacen por probar, igual que

los otros, es posible que pasen de largo ante la llamada equívoca de las drogas. Pueden detenerse un poco sí, siendo normales se inician en las drogas como un acto social, como un lazo de identificación con un grupo, -- las llamadas malas compañías, sin pensar que la verdadera mala compañía va dentro del jóven y está estrechamente ligada a problemas que conciernen más a la propia familia que al ejemplo de las malas compañías.

En Los Estados Unidos de Norteamérica se han dado otras respuestas: (7)

- 1.- Consecuencia de las denuncias filosóficas y literarias de la sociedad por la generación colérica o perdida.
- 2.- Consecuencia del proselitismo realizado por la filosofía y las religiones orientales.
- 3.- Síndrome de carencia de autoridad.
- 4.- Descubrimiento de nuevas drogas que no producen hábito físico y son aparentemente inocuas.
- 5.- Reacción de protesta.
- 6.- Por apatía, por miedo, por evadirse de un mundo al que toman.

Hay que confesar que al hombre de hoy le falta algo que la civilización técnica imperante no le ofrece. Se acentúa un vacío en las formas y contenido de muchas vidas, a la vez que se aprecia un hambre de sensaciones fuertes.

Esto facilita la aceptación apresurada y superficial de esa filosofía y esas religiones orientales poco conocidas, pero que permiten prácticas inaceptables en otros ambientes. En Estados Unidos de Norteamérica hay grupos pseudomísticos que toman LSD 25 fabricada por --- ellos mismos, con un alarde de psicodélicas y estrambóticas ceremonias llenas de ritualismo. (8)

Carencia de autoridad, que es la tercera respuesta

En efecto, puede decirse que la mayoría de estos seres-constituyen una juventud sin padres, no sólo en el sentido físico y malicioso de la palabra, sino en el sentido verdadero, en la fuerza moral de la cabeza del cabeza de familia. Todas las generaciones han puesto en tela de juicio los valores de la generación precedente, - pero no tanto con la virulencia, con la intensidad y extensión de ahora, tal vez debido al debilitamiento de la familia como institución social y al hacinamiento urbano, lacra de la megalópolis donde los niños crecen carentes de afectos maternos, en una cadena continúa de tentaciones. Pero tan malo es esto en la formación psicoafectiva del adolescente como la actitud protectora o excesivamente rígida de algunos padres, sobrecargados de trabajo, autoritarios, violentos, indiferentes, que creen que su misión está cumplida aportando riquezas materiales, pero sin tiempo ni capacidad para una verdadera relación afectiva entre padre e hijo. El problema se acentúa si la madre se ve obligada a trabajar, máxime - si lo hace de una manera desordenada y discontinua, sin disciplina ni método. Y el problema ha de empeorar las cosas por la ansiedad de los padres y las instituciones educativas, al darse cuenta de pronto del conflicto en que se encuentran metidos los menores.

Ahora tenemos innumerables variantes de hippies (9) que vegetan al margen de la sociedad, mezclándose a veces con ella, algunos cuyos grupos consumen marihuana. Su protesta es pacífica: es la indiferencia absoluta, - el rechazo más o menos sincero, de todos los bienes que pueda proporcionarles la civilización y la situación - más o menos acomodada de sus progenitores. Pero además - están los Junkers, los duros, también con frecuencia - drogadictos, cuya respuesta contestataria sí es agresiva.

La iniciación en el mundo de las drogas es como el recurso más comodo o fácil de todos aquellos que tienen

apatía, miedo y desean evadirse y protegerse de los problemas del mundo que los asedia. Es la más compulsiva razón que empuja a un cierto número de adolescentes y de jóvenes a intentar la experiencia liberadora de las drogas.

La edad crítica es la comprendida entre los quince y los dieciocho años de edad. Más concretamente aún, -- los diecisiete años. Que es justamente el momento, cuando el individuo ya no es un adolescente y todavía no es un hombre. Es en esta época cuando el individuo, todavía inexperto, tiene que enfrentarse a una triple elección que determinará su futuro destino. Son los meses -- en que se elige la profesión o el oficio, en que surge el primer amor o las primeras experiencias sexuales y también cuando descubre que los viejos ideales están -- carcomidos y que ha de buscarse un nuevo ideal.

Son demasiadas pruebas para superarlas, para afrontarlas, en unos meses, en unos breves años. Por supuesto, todo adolescente sano en cuerpo y alma, que se ha desarrollado y cultivado en un ambiente normal, afrontará y superará cualquiera de estas pruebas, bien por separado o a la vez. Pero un porcentaje de menores, se sienten asustados ante el problema trabajo, ante el problema amor-sexualidad y ante el problema ideal, y huyen, -- evadiéndose, refugiándose en las drogas, en la creencia y aquí es donde juega su papel la propaganda nefasta, -- que poseen el mágico poder de cambiarlos, ya que ellos no pueden cambiar el mundo según sus deseos, según sus fuerzas. Y lo único que consiguen cambiar es su personalidad y ver así el mundo de una manera distinta a como lo es en la dura realidad de la vida.

Que tienen de común entre sí estos jóvenes que han intentado refugiarse o evadirse en el mundo eufórico, -- excitante de las drogas. -- En cuanto al primero de sus conflictos: al problema trabajo, nos encontramos con -- que se trata de jóvenes mal preparados para la vida, --

con estudios mediocres, inutilizables en el mercado del trabajo, a pesar de que se creen unos superhombres. En cuanto al segundo: al binomio amor-sexualidad, los expertos de la O.M.S. denuncian el fenómeno vigente de la explotación comercial del erotismo, facilitando la comunicación de masas y el uso continuo de anticonceptivos orales (10). El adolescente se encuentra sin saber que hacer en unas situaciones y en unos ambientes en donde la sexualidad ha dejado de regirse por el código que antes se respetaba. Muchos jóvenes no sintiéndose seguros no creyéndose fuertes o expertos ante estas invitaciones al ejercicio de su sexualidad, acuden a las drogas, que tienen fama de excitantes, de potenciadores sexuales. En cuanto al tercer conflicto: el problema de lo ideal, el joven se encuentra ante una aparente declinación de las religiones y ante la incapacidad de los gobernantes espirituales para ponerse de acuerdo sobre una serie de factores ante lo divino y ante lo humano. También observa la incapacidad de los poderes terrenales para resolver los problemas urgentes de la política y la economía internacional. Se dan perfecta cuenta que el bienestar social, que preconizan las más altas instituciones y organismos, no satisface con un abundante consumo de electrodomésticos, de automóviles, de ingenios técnicos, pero al fin mecanismos fríos, sin alma.

Planteados a un individuo psicópata, a un ser sociolabil, a una personalidad esquizoide, infantil, inmadura, impulsiva, que se retrae temerosa o que se lanza movida por los impulsos anómalos en un histórico afán de notoriedad. De que forma se espera que reaccione, no ya ante los tres conflictos, sino ante cualquiera de ellos planteados por separado? Nada tiene de extraño que dé la espantada. Un modo de evadirse, de huir, es entregarse a las drogas, con tanta mayor vehemencia si su personalidad es más anormal y sus conflictos más intensos.

Pero conviene insistir que esta personalidad ya la presentaba, ya estaba, al menos latente, en el individuo drogadicto, toxicómano, antes de entregarse de lleno al consumo de tales productos, de la sociedad actual

En suma, puede llegarse al consumo de la droga como válvula de escape de tensión producida por uno o varios de estos conflictos, que el joven no sabe, no acierta, no se atreve a resolver; sencillamente porque no tiene confianza, o tiene demasiada, en sí mismo. Entonces se crea un círculo vicioso de comportamiento perturbado: la inseguridad conduce a la ansiedad, la ansiedad a la agresión o a la huida; primer contacto con la droga, experiencias sexuales anormales, pseudosmismatismos

Y la situación de remordimiento o de rebeldía a -- una autoagresión, da un aumento de ansiedad y de inseguridad. A este respecto, en triple conflicto, se asocian factores subconcientes relacionados con el medio ambiente y con las necesidades, agresivas o masocuistas de cada individuo.

Pero lo que antes se reducía a grupitos snob, que presumían de perversos, hoy se ha convertido, por la masificación de todo, en un vasto movimiento sociológico, al que acuden los adolescentes y las juventudes como un medio de identificarse con grupos y su cultura, que se marginan voluntariamente y desarrollan sus credos anti-conformistas, unas veces violentos y otras veces abúlicos.

La evasión de la sociedad se realiza, si es posible, al precio de un doble viaje; uno físico, emprendiendo el camino hacia otros lugares, como Katmandú, -- capital de Nepal, o hacia el estado de Oaxaca en México aunque los gobiernos de estos respectivos países ya no les permiten la entrada a este tipo de turistas; otro bioquímico, consumiendo un producto alucinógeno fantástico.

Notas bibliográficas de: La juventud ante las drogas.

(1) Guerra F. Ob. cit. pág 20

(2) Anónimo. "La toxicomanía YeYe", "Ya" julio de 1966.
pág. 12

(3) Thibau, A. Jornada del Médico. Roma, nov. 1971.

(4) Anónimo. "La Mayor fábrica de heroína en poder de los comunistas", Monitor Farm y Terap. núm. 1,469 --- 1969.

(5) Ehrdarht, H.E. "El abuso de la droga en Europa".- Aspectos legales y psiquiátricos de la salud mental.- 1973, pág 208.

(6) Graciño, J.A. "En España existen 30,000 drogadic-
tos, según la O.M.S. Digame. 1970 pág 42.

(7) May, A. R. ob.cit. pág 113

(8) Llopis, Martín, J. "El problema filosófico de las drogas". Noticias Médicas. 1971.

(9) Guimon Uguartechea, J. "Snobismo, hippismo y droga"
Ins. Med. Psicolog. Bol. Inf. Año XII, núm 143, 1971 --
pág 9.

(10) Cit por Schur, Edwin M. Deviant Behavior and Pu---
blic Policy, Abortion, Homosexuality, Drug Addition. --
Prentice Hall, Inc. 1965.

Comedores y Fumadores de opio.-

En el transcurso de la Historia, el opio fue comido antes que fumado. La opiofagia reinó aún en Egipto y Asia Menor, donde se les llama thériakis o affiodjis a quienes se dedican a este vicio. (1)

En Europa hubo opiofagos en el siglo XIX, sobre todo en Inglaterra; pero lo que prevaleció fue la ingestión del láudano líquido, hasta que el inventor de la jeringuilla, permitió así que la morfina fuera inyectada. La dosis cotidiana de láudano era de unos 50 g, pero algunos toxicómanos tomaban 300 g. cada veinticuatro horas, (2)

También se ha practicado a veces la inyección intravenosa o subcutánea de láudano. Es peligrosa porque puede causar infección tetánica. Los fumadores de opio, privados de su droga durante la última guerra, se dedicaron al láudano.

El opio tiene muchos partidarios, las pildoras de esta droga muy a menudo llevan agregadas heces, lo que aumenta considerablemente su contenido de morfina, 1 o 2 mg. Los opiofagos empedernidos pueden ingerir cotidianamente hasta 250 pildoras, lo que equivale a 500 mg. de morfina.

Si los chinos, como se ha visto, no han aceptado sino con prudencia el uso del opio, ellos son los que han pensado en fumarlo, dando a éste rango el valor de un ritual propio de su genio ancestral.

Los utensilios del fumador: La pipa, naturalmente es el elemento indispensable. La cazolota de barro cocido pardo o rojo, semiesférica, en forma de cono truncado o en figura de prisma hexagonal; está provista de un cañon que se adapta a la pipa propiamente dicha, tubo de unos cuarenta centímetros de largo y un diámetro de tres centímetros. Abundan las de madera o bambú, pero también las hay de cuerno, marfil, concha, caña de azúcar, esta

ño, oro, plata, hueso de búfalo o labradas en raspa de tiburón. La cazoleta ha de estar provista interiormente de un recio casquillo como en las pipas para fumar tabaco. Cuando es neva, da al humo sabor acre.

Los utensilios del fumador constan, además, de una lámpara de aceite con mecha de mariposa; una aguja de acero, fina, de veinte centímetros de largo y un cuchillo roedor que sirve para quitar los restos pegados a la pared de la cazoleta (2).

El opio produce efectos psico-fisiopatológicos indiscutibles. Primariamente, la tiránica costumbre que obliga al fumador a una servidumbre de la que ya es muy difícil que se libere. Luego vienen las enfermedades fisiológicas: mala asimilación de los alimentos, trastornos digestivos, insuficiencia hepática que da a la tez ese color amarillo, típico del toxicómano del opio. En los casos graves, el intoxicado tiene palpitaciones, -- los síncope son frecuentes y se convierte en presa fácil de la efisema, la congestión pulmonar, el asma y la angina de pecho (3).

Notas bibliográficas de Comedores y fumadores de opio.

(1) Sanzo, D. "La heroína, un paraíso prohibido". El Español. 28 de Agosto de 1965.

(2) Scott, L.K. "Los chinos, su historia y su cultura - moderna". Buenos Aires, 1948, pág 197.

(3) Meerloo, J.A.M. "El síndrome de abstinencia y de privación". Medicina e Higiene, 5 de marzo de 1967, pág 5.

LOS ALCALOIDES DEL OPIO.-

El opio tiene unos treinta alcaloides, algunos derivados de la bencilisoquinoleína como la papaverina, - la laudanina, la narcotina y la narceína; otros, del ignantreno de 3 núcleos bencénicos, como la morfina, la - codeína, la tebaína, etc. Cada alcaloide no produce los mismos efectos: soporífico, excitante o tóxico. Se les clasifica de la manera siguiente:

Efecto soporífico: morfina-codeína-narceína.

Efecto excitante: tebaína- papaverina-narcotina.

Efecto tóxico: tebaína- codeína- papaverina.

Casi todos los alcaloides se utilizan para fines - médicos, sin embargo, sólo la tebaína, la codeína y la - morfina han dado origen a un número apreciable de toxicomanías y son objeto de control riguroso (1).

La tebaína, contenida en el opio en un porcentaje - de 0,2 a 1,1 %, es aislada en el éter y en la lechada - de cal, pero no es utilizable así; hay que hacerla hervir varias veces en alcohol, que se deja evaporar. La - codeína, puede obtenerse por metilación de la morfina - en yoduro de metilo y en potasa, se transforma en co- - deína el 85% de la producción de la morfina, o, desde - hace algunos años, directamente a partir de la tebaína.

La morfina es el alcaloide principal del opio(2), - por sus propiedades farmacodinámicas y porque está pre- - sente en un porcentaje elevado en la cabeza y en la pa- - ja de la adormidera. Por otra parte, su solución en clo- - roformo, 2,500 partes a 25°, y en benceno, 1600 partes - a 10°, permite a un químico más o menos experto aislar - la fácilmente, lo que es la providencia de los traficantes. El procedimiento de extracción más sencillo fue -- idea del químico alemán Flückinger: el opio bruto seco - do , reducido a polvo, es consumido en cloroformo; se -

diluye el residuo en agua o alcohol. Se hace la precipitación por amoníaco, y la morfina se forma en poso cristalino.

El porcentaje de morfina en el opio varía según el lugar de cultivo de la adormidera. El opio de Esmira -- contiene un 10%; el de Benarés, del 7 al 9,8 % y el de China del 3 al 7%.

Médicos alemanes y franceses se atribuyen el descubrimiento de la morfina(3). Ludwig, desde 1688, la señalaba con el nombre de "magisterio de opio"; Louis Charles Derose la aisló en 1803 con el nombre de sal de --- opio, pero creyó, que se trataba de la narcotina hecha -- alcalina por el carbonato de potasa empleado en la preparación. En 1804, los miembros de la Academia de Ciencias oyeron la lectura de una memoria presentada por un químico de los ejércitos de Napoleón, Séguin, describió la morfina aislada en forma de cristales incoloros. Desgraciadamente, Séguin, no publicó el resultado de sus -- investigaciones hasta 1814, y, entretanto, un químico -- alemán, Friedrich Sertürner, hizo público su descubrimiento del ácido mecónico, del que había extraído la -- morfina identificada como alcali vegetal.

En un primer tratamiento, el opio se transforma en "base técnica", de color moreno, determinando poco más o menos 60% de morfina. Una segunda operación eleva el porcentaje a 93 y 94% y permite obtener la "morfina base" de color blanco. Una clorhidratación aumenta el peso de 10 a 15%, dando el clorhidrato de morfina, polvo --- blanco muy fino, inodoro, de dabor amargo, soluble en -- 100 partes de agua fría o 40 partes de alcohol (4).

Pero, al principio, los toxicómanos no sabían como servirse de la morfina. En 1635, Wren había logrado inyecciones intravenosas de solución líquida de opio; pero fue un experimento sin éxito. Lo mismo sucedió con -- el experimento de Lafargue que en 1836, administró por -- inoculación la morfina. Pero para que se propagase el --

uno de la morfina fue momentáneo que Carlos Pravaz inventase la jeringuilla, la puesta a punto del procedimiento hiodérmico por Alejandro Wood, médico de Edimburgo, - Durante la guerra de 1870-1871, los cirujanos militares franceses pronto imitaron a sus colegas alemanes, administrando morfina en grandes cantidades a los heridos - que habrían de sufrir amputaciones (5).

Pero no paró en esto la cosa, sino que a la menor fátiga, al menor dolor de cabeza, los médicos recetaban la morfina. Las consecuencias no tardaron en dejarse sentir entre los excombatientes.

Pese a las primeras experiencias, el éxito de la morfina fue enorme. Las mujeres de la alta sociedad se reunían para inyectarse, "la morfina era el ajeno de las mujeres". Se fundaron clubs de morfínomans, hasta los joyeros ofrecían a sus clientes toxicómanos jeringuillas chapadas en oro o estuches de metales preciosos. El momento cumbre de la morfina se sitúa entre 1875 y 1900. Fue sustituida enseguida por la heroína o la cocaína; más, después de la guerra de 1914-1918 se presentó un nuevo período de popularidad que durará hasta los años locos de 1925 (6).

Los círculos teatrales y cinematográficos fueron los más atacados. Pocos eran los camarinos de teatros en que no pudiera verse un infiernillo más o menos improvisado sobre el que había un cacharro para hervir el agua de la jeringuilla y las agujas.

La primera inyección da náuseas y vértigo. Pero la costumbre se adquiere pronto. "un pinchazo ligero, total nada, ni apenas encuece. Y el encanto se obra de repente: como en voladas" (7).

La dosis media es de 1 g. por veinticuatro horas. Muchas estadísticas demuestran que el 30% de los morfínomanso toman 0,05 g. por día; el 60%, 1.5 g., y otros pueden llegar a inyectarse hasta 3 y 10 g., si bien el umbral tóxico para los no toxicómanos, sea habitualmen

te muy inferior a esta cantidad.

El Doctor Chambard (8) hubo de tratar a una mujer-joven de 26 años de edad, morfinómana desde la edad de 12, que se inyectaba 10 g. por día. A su muerte, la autopsia reveló que sus vísceras y centros nerviosos estaban literalmente impregnados de morfina.

Los médicos son, a veces, responsables de la intoxicación de sus pacientes. De un estudio que comprende 142 casos, resulta que 66 de éstos, o sea, el 46%, se han habituado a la morfina después de haberles sido recetada por los médicos. Además, sea por inconciencia o facilidad para procurársela, los miembros de las profesiones médicas, representan, según diferentes observaciones, casi el 30% de los morfinómanos. (9)

La morfina es uno de los estupefacientes más violentos. Perturba el funcionamiento de las glándulas de la secreción interna, la tiroides y el páncreas en particular; se realiza mal el metabolismo del azúcar; quedan afectados del sistema nervioso, y del sistema respiratorio, manifiestan hiperexcitabilidad. Síntomas menos graves, aunque por ellos se conoce al morfinómano: las glándulas sebáceas se atrofian y dan una piel seca y agrietada.

El doctor Nelly Baud ha observado que si se priva de la droga a una morfinómana en estado gravítico, el feto manifiesta, con sus movimientos desordenados, los síntomas por supresión de los toxicómanos. Por largo tiempo esos niños de pecho morían pocos días después de su nacimiento presas de convulsiones espantosas, hasta que se dieron cuenta un día, que bastaba darles una droga opiada para calmarlos. No son raros los casos semejantes: en 1960 y 1961, los médicos del Hospital Bellevue, en New York, observaron 100 casos, de los cuales 60 tuvieron un final fatal. (10).

Así es que, a finales del siglo XIX, la morfinomanía hacía estragos en Europa cuando Dreser, químico ale

mán, aisló un cuerpo nuevo por acelitación del clorhidrato de morfina (11).

Los primeros experimentos de ese producto se realizaron en 1898, en la clínica de la Universidad de Berlín y en la Policlínica Bayer, a la que estaba agregado Dreser. Su acción sobre las vías respiratorias era tal, que se creyó que había sido vencida definitivamente la tuberculosis, por lo que se le dió el nombre de heroína.

Dreser vio muy pronto que los morfinómanos tratados por la heroína dejaban casi enseguida ese vicio. La definió en estos términos muy elogiosos: "Sustancia carente de propiedades habitoformantes, de muy fácil uso, y, sobre todo, la única que puede curar en poco tiempo a los morfinómanos" (12).

Sólo que, en Francia Morellavallée dió a conocer los peligros, Sollier la combatió en 1905, y hubo de desilusionarse más que aprisa. Si era cierto que los intoxicados dejaban de inyectarse morfina, no era sino para entregarse a la heroína, droga de acción más directa, más energética, más prolongada, más tóxica también y a la que costaba poco acostumbrarse.

Su éxito eclipsó pronto el de la morfina. La cuenca mediterránea y Asia, en donde apenas había penetrado la morfina, fueron conquistados por el vicio nuevo. En Egipto, hacia 1925, los empresarios pagaban cada semana a sus peones en dosis de heroína. Entre 1920 y 1940, los traficantes ofrecieron "píldoras encarnadas", en la que para acreditarlas pusieron marcas tan atractivas como "Tigre feroz" o "Caballo loco". Estas píldoras, verdaderas bombas paquílicas, mezcla de heroína, cafeína, estriquina, quinina, lactosa, almidón y tragacanto, producían efectos desastrosos en el organismo. En Túnez, desde 1935 a 1937, de 200 enfermos que ingresaron en el hospital psiquiátrico de Manouba, se contaron 52 heroínomanos. En Argel, en 1937, los traficantes habían hallado un medio infalible de ganar drogados: durante cin-

co o seis días repartían gratuitamente entre la gente - joven saquitos de heroína y aguardaban a que la costumbre los convirtiese en clientes fieles. (13)

En Turquía, antes de la Segunda Guerra Mundial, la heroïnomanía había suplantado a las demás toxicomanías.

El doctor Uzam, de Estambul, observaba 626 casos, - 398 intoxicaciones producidas por la acción de la heroína, 218 por el hachís, 8 por el de la morfina y 2 por la de la cocaína. (14)

Hoy en día se calcula que en el occidente son aficionados a la heroína cerca del 80% de los toxicómanos. Hasta sucede que la heroína reemplaza a otras drogas en sus bastiones tradicionales. Por eso, en Harlem, los negros desperdician la habitual marihuana desde la edad de los trece años y se dan a la heroína.

La falta de honradez de los traficantes puede dar resultados beneficiosos. La heroína del comercio clandestino, mezclado con bórax, lactosa, azúcar o quinina, apenas si contiene el 5 o 10% de droga pura. La heroína entregada en polvo, puede tomarse tal como está, o disuelta en agua destilada, en inyecciones subcutáneas, -- intramusculares o intravenosas. El estado de necesidad viene rápidamente al principio de una angustiosa necesidad que obliga a los heroínómanos a drogarse cada dos o tres horas. Casi todos, aunque antes de rendirse a la droga fumen poco, se vuelven grandes fumadores, sin duda para calmar su nerviosismo.

La heroína no produce efectos hipnóticos. Desencadena, por el contrario, impulsos violentos: de ahí su éxito entre los delincuentes juveniles. Su uso es peligroso; tiene una acción convulsionante que causa accidentes bulbares que producen cianosis y sofocos. La autopsia de animales tras la administración de una carga de heroína, muestra además congestionados a las víceras

Hace algunos años, la Organización Mundial de la Salud, propuso excluir de las diferentes farmacopeas na

cionales la heroína, cuyas virtudes terapéuticas son pocas, cuando no inexistentes. Veinticuatro países se han adherido a este deseo (15).

Notas bibliográficas de: Los alcaloides del opio.

- (1) Wilson, C.W.M. "Medicamentos generadores de hábito" The Praatitioner.
- (2) Wedel, J W. "Opiología".
- (3) Schoeider, T.: Etude de L'intoxication par les alcaloides de l'opium, Paris, 1938, pág 532.
- (4) Schoeider, T, ob. cit. pág 445.
- (5) Sterra, J. P. Ob. cit.
- (6) Tallmeyer, M. "Poseído de la morfina".
- (7) Cit. por Wedel, en Opiología.
- (8) Soehring, Klaus: "Progresos en el tratamiento del dolor desde la obtención de la morfina". Rev. Inf. Med. - Terapéutica, año XXVIII, 1953, núm 6, pág 241.
- (9) Modlin, Hebert C. "El Médico Toxicómano" Documenta-- Geigy, 1969,
- (10) Morales: "La morfinomanía" Rev. Med Legal. numeros- 27-28 VI-VII-1964, pág 29.
- (11) Tallmeyer, ob. cit.
- (12) Cit. en la misma obra, pág 98.
- (13) Miller, J.M. "Aumenta el Consumo de heroína" Correo 27-III-1971.
- (14) Miller, ob. cit.
- (15) Wedel, ob. cit. pág. 253.

LAS SUSTANCIAS SINTETICAS.-

Hacia los años 30, los médicos enterados al fin de los riesgos de la morfina y de la heroína, deseaban disponer de productos analgésicos y soporíferos equivalentes, pero que no presentasen los mismos poderes toxicomanógenos.

Los químicos les proporcionaron entonces sustancias sintéticas de Efectos morfinicos"(se cuentan ahora varios centenares de ellos). Pero se iba a ver, una vez más, lo nocivo de tales drogas.

Las sustancias sintéticas se dividen, químicamente en cinco grupos: derivados de la petidina(Dolantina, Dolosal, Demeros), más antiguos que los otros, de la metadona, del racemorfanol, del tiambuteno y de la heptacina

Los derivados de la petidina son los más conocidos. En 1944, el profesor Delay publicó sus observaciones sobre una toxicómana que se inyectaba de 40 a 50 ampollitas de clorhidrato de petidina (1) por día (la petidina es diez veces más activa que la morfina). La enferma -- presentaba un estado confusional y gran ansiedad, seguida de períodos de somnolencia. En otros casos, la euforia del principio da paso a una excitación interna.

La intoxicación producida por la petidina estaba -- llamada a alcanzar gran desarrollo cuando su inscripción en la tabla B en 1948 frenó su difusión. En 1959, -- expertos reunidos en comité en Ginebra (2), recomendaron la puesta bajo control internacional de la alilprodina, benzetidina, furetina, levofonacilmorfano, metaxona, norlevorfanol, fanazocina y piminodina. Desde entonces, todas las sustancias sintéticas de efectos -- morfinicos son consideradas como estupefacientes, y no se autoriza ningún nuevo producto si no presentan un -- nuevo progreso médico manifiesto sobre los productos ya existentes.

Una de esas sustancias, el Palfium se administró --

frecuentemente hasta la observación de numerosos casos de intoxicación en Portugal (1958) y en Bélgica (1959). Es un pirrolamidol (difenilmetilmorfinolinobutirilpiperolidino), comercializado con el nombre de R. 875. Produce agitación, movimientos desordenados, contracciones musculares, náuseas e hipotensión. Su acción sobre el dolor es espectacular.

La habituación es rápida, quitarse del vicio es difícil, pues ello trae consigo una gran astenia.

Notas bibliográficas:

(1) Anónimo "Petidina". Panorama. 1961. pág 11.

(2) Winick, C. O.M.S. Bulletin on Narcotics. enero 1962 pág. 63.

LA COCA.-

La coca es un arbusto de hojas caducas, de la familia de las eritroxiliaceas, *Erythroxylon coca*, que crece en estado silvestre en América del Sur, en las regiones andinas. Cuando se cultiva la coca, se planta en semillero, en el mes de diciembre, antes del tiempo de las lluvias. Al cabo de dieciocho meses, las plantas, que habrán alcanzado la altura de unos cincuenta centímetros, se trasplantan a campos, llamados cocales.

Desde que el árbol tiene tres o cuatro años, se puede proceder a las tres recogidas anuales, en marzo, junio y octubre.

La coca, sobre todo las variedades *E. Carthagenese* y *E. Truxillense*, han podido aclimatarse en Guayana Inglesa, Jamaica, Ceilán e Indias Holandesas; pero solamente en América del Sur se mascan las hojas del arbusto (1).

Las hojas de coca contienen muchos alcaloides, entre ellos la cinamilcocaina, la benzoilecgonina, la trococaína, la higrina y, el más importante, la cocaína, cuya fórmula es $C_{17}H_{21}NO_4$. (2)

Recogida la cosecha, las hojas son amontonadas en un campo de tierra trillada, la matupampa, en donde se secan conservando su color verde. A veces son ligeramente tostadas y fermentadas como las hojas de tabaco, y puestas en sacos, los tercios o en fardos multicolores, los bayetos.

Para chacar el acullico "mascar la bolita", el coquero, como se llama al mascarador de coca, toma de una bolsa de tapicería en color, la chapusa (o huallqui) una hoja, o de una petaca de cuero curtido, la pisca. El coquero, después de haberle quitado la nervadura central, hace de la hoja una bola que se la mete en la boca. Cuando está humedecida de saliva, moja un junquillo en una cantimplora de cuello largo con cal, que tiene -

la propiedad de aumentar la solubilidad de los alcaloides de la coca en la saliva. (3)

En Bolivia, en el centro del Perú y cerca del lago Titicaca, la cal es remplazada por llipas (o llutjas) tarta de cenizas de quinoa, cereal andino. En algunas regiones se emplean también la ceniza de la mazorca de maíz desgranada o de raíces de cactus.

Los testimonios más antiguos, de Pedro de Cieza de León y de Nicolás Monrad en el siglo XVI, tenían ya en cuenta la creencia de las virtudes benéficas de la coca fuente de energía y vigor. El historiador americano --- William Prescott observaba en 1843: "Con un puñado de esa coca en el bolsillo, un puñado de maíz asado, el indio peruano hace, día tras día, sus cansados viajes sin fatiga o, al menos sin quejarse. La nutrición misma, -- aún la más tonificante, le es menos agradable que su -- narcótico predilecto. (4)

En realidad, aunque la coca juega un papel efectivamente importante de excitante y puede permitir a los montañeses de los Andes hacer largos recorridos sin sentir cansancio, obra como todas las drogas menores, y a dosis fuertes, produce efectos desastrosos en el organismo. Se conoce al coquero por su aire de embrutecido, su andar vacilante, la flacidez de su piel. Sobrevienen frecuentemente trastornos digestivos y nerviosos.

El naturista suizo J.J. Von Tschudi, en su Croquis de viajes, hace de los coqueros una descripción sombría. Dice: se les conoce por su andar incierto y vacilante, su carne fofa de un gris amarillento, sus ojos hundidos y sin brillo, sus profundas ojeras azuladas, sus labios trémulos, sus discursos incoherentes, su indolencia y su apatía... Apenas tienen la fuerza de la edad y tienen el aspecto de viejos y si llegan a la vejez, la imbecilidad es la consecuencia de su pasión desenfrenada. (5)

La cocainomanía plantea para los gobiernos de los-

países andinos un problema social y económico, porque - está ligado a la subalimentación y el analfabetismo, mo neda corriente en las regiones subdesarrolladas. Hasta 1950 se calculaban el número de mascadores de coca en - más de 4 millones, (1,5 en Perú; 2 en Bolivia; 0,4 en - Colombia; 0,2 en Chile y Argentina. (6)

Estas cifras no parecen haber disminuido sensible- mente, pese a las intervenciones de la ONU y la reunión celebrada en Lima en 1962 de un grupo de consulta para- el estudio de los problemas de la hoja de coca.

(1) Zevallos Quequezana "Coca y cocainismo" Facultad de Medicina. Tomo XII núm 5, pág. 291, 1964.

(2) Zevallos, ob. cit. pág 310

(3) Willard, N. "De todo hay en New York", Salud Mundial IV, 1971 pág. 16.

(4) Cit. por Vigarini en "A través de los siglos" Riv.-- It. Ess. Prof. 527, 1954.

(5) Walsh, E O'F, ob. cit.

(6) "Extractos Médicos Mundiales" Vol XIX, 1955, PÁg 201

LA COCAINA.-

Freud estuvo a punto de descubrir las propiedades anestésicas y terapéuticas de la cocaína. El inventor del psicoanálisis conocía el efecto de la cocaína en los centros nerviosos. Empezó por experimentar sus efectos anestésicos al mismo tiempo que su acción posible en la cura de la desintoxicación de los morfinómanos. Tuvo que hacer un viaje a Hamburgo y encargó su trabajo a su colega, el Doctor Königstein para que continuara, pero éste se los encargó al Doctor Koller quien terminó los experimentos (1).

Koller logró utilizar la cocaína como anestésico local y resumió su descubrimiento en una comunicación a la Sociedad Oftalmológica de Alemania el 15 de septiembre de 1884. La cocaína al suprimir los movimientos incontrolados bajo el bisturí, produjo adelantos notables en la cirugía ocular. No se paró en esto; los otorrinolaringólogos, dentistas, cirujanos, experimentaron la anestesia como cocaína en toda suerte de intervenciones locales. Empero, algunos accidentes vinieron a enfriar el entusiasmo. Así, un cirujano ruso, el Doctor Kolomine, practicó la ablancación de un tumor intestinal bajo el efecto de la cocaína, pero, por haber sido mal calculada la dosis, falleció el paciente, y Kolomine, juzgándose culpable, se dió un tiro en la cabeza.

La preparación de la cocaína es sencilla. Infusión de hojas secas de coca precipitada en carbonato sódico y purificada. El alcaloide se presenta en forma de polvo blanco cristalino con ligero sabor de éter, soluble en agua y en alcohol. La cocaína extraída de las cocas de Indonesia se obtiene primeramente en forma de cinamilcocaína que se lleva a ebullición en presencia de un ácido diluido para obtener ácido cinámico, alcohol metílico y ecgomina. Este último alcaloide debe ser luego transformado en cocaína por una opreción química que le

añade dos agrupaciones de átomos. (2)

Cuando comenzaron a conocerse sus efectos, se generalizó la cocaína con éxito comparable al que habían conocido la heroína y la morfina. La facilidad de la toma nasal (no hay necesidad de pipa como el opio ni de jeringuilla como la morfina) y la moda contribuyeron a difundir esta forma de toxicomanía.

En Francia, la cocainomanía comenzó a hacer estragos a partir de 1912. En vísperas a la declaración de guerra, el gramo de cocaína valía 1,50 francos durante el día, y por la noche el precio era el doble. Durante la gran guerra, se hizo más raro el suministro de la droga, aunque se pudo ver a los pilotos de caza llenarse la nariz antes de ir a combatir al cielo.

Después de la guerra, la moda de la cocainomanía se impuso más que nunca, extendiéndose por el mundo entero. En Argentina apreciaron clubs de cocainómanos llamados Chichingas. En Brasil, pandillas de jóvenes descarriados, los Patotas, ávidos de sensaciones raras, asaltaban de noche a los transeúntes de altas horas, amenazándolos con hacerles tomar cocaína. En Estados Unidos de Norteamérica los toxicómanos agravaron su vicio tomando speed-balls, mezcla de cocaína con heroína. (3)

La cantidad media ingerida es de 5 a 10 g. por día en varias tomas, pues una dosis de 0,5 g. puede ser mortal. La inyección es más tóxica que la toma, lo que explica los accidentes ocurridos con ocasión de las primeras anestias con clorhidrato de cocaína. Fabre y Régnier y Chéramy expusieron sobre esta cuestión las observaciones siguientes: un hombre de 29 años, con muy buena salud, recibe en la uretra 4 cm. cúbicos de una solución al 2%, o sea, 0,08 g. de clorhidrato de cocaína; muere en veinte minutos. Otro fallece tras una inyección uretral de 1 cm. cúbico de una solución al 4%, o sea, 0,04 g. Una inyección en la vejiga de 60 cms. cúbicos de una solución al 1%, o sea, 0,6, causa la muerte

del paciente en doce minutos. La instalación de 0,25 g. de clorhidrato de cocaína en el ángulo interno del ojo, ha causado la muerte en cinco minutos; La untura de un-nevo de la cara con una solución al 2% ha producido accidentes mortales en dos horas(4).

Estos diferentes ejemplos muestran la gran toxicidad de la cocaína, que ha incitado a médicos y cirujanos a remplazarla en la mayoría de los casos por la estovaina o novocaína, menos peligrosas.

Es muy evidente que en manos de personas ajenas al cuerpo médico, la cocaína, por ser de uso fácil, es un alcaloide muy nocivo. Los síntomas de envenenamiento se presentan con trastornos cardíacos o circulatorios que pueden acabar en coma o muerte.

La toma de cocaína produce inmediatamente una sensación de frío en el rostro. El sujeto siente una ligera embriaguez comparable a la del alcohol, con un terrible sentimiento de énergía, un deseo de hablar, de actuar. Al cabo de treinta a cuarenta y cinco minutos, -- una inmensa lasiitud sustituye a la exaltación del principio. El cocainómano tiene la respiración anhelosa, la mirada fija, las pupilas dilatadas. La angustia le ahoga, un miedo pánico que no desaparecerá sino hasta la próxima toma (5).

A medida que va entregándose a su toxicomanía, su rostro se vuelve pálido, terroso; se le hunden las mejillas, las comisuras de los labios quédanse yertas en -- una crispadura sintomática. Viene luego el parpadeo y -- la febrilidad de los gestos. La boca parece estar seca, produciendo un incobante movimiento de deglución.

A estos trastornos motores que pueden acabar en -- crisis epilépticas se añaden alteraciones somáticas que causan trastornos circulatorios y caquexia. Se conoce a veces al viejo cocainómano por su tabique nasal perforado a la altura del cartilago cuadrangular. La irritación de la mucosa nasal hace que se esté resoplando --

perpetuamente y haya flujo de sangre por la nariz.

El cocaínómano tiene alucinaciones propias de su toxicomanía. Padece desdoblamiento de la personalidad. Puede también proyectar sus fantasmas y estarse horas delante de un espejo como un espectador de la televisión ante la pantalla chica. A veces hay visiones megascópicas o microscópicas; por eso, a comienzos del siglo, un médico drogado por medio de la cocaína afirmaba gravemente que esta droga permitía observar a simple vista la división celular.

Una de las características de la intoxicación por medio de la cocaína es lo que podría llamarse el "síntoma de los bichos". El enfermo ve que se mueven puntos negros por sus vestidos o su piel, que él toma por insectos, pulgas, hormigas y hasta ratones. Muchos cocaínómanos llegan hasta el extremo de clavarse alfileres en la piel para buscar la miseria entre cuerpo y carne.

Esta particularidad jugó una mala pasada a un dermatólogo alemán, cuya historia ha contado el profesor Hans Maier. Este dermatólogo, morfinómano él, sometióse a la cocaína desde su descubrimiento. Viendo bichos por todas partes, creyó que la blenorragia la producían larvas ocultas bajo la epidermis.

Cortaba a sus pacientes largas tiras de piel y se entregaba a incesantes cacerías de insectos (6).

Las perturbaciones psíquicas, manía persecutoria, depresión, estado confusional, sobrevienen rápidamente y son el principio de un debilamiento intelectual y de una decadencia moral que pueden ser definitivas si al toxicómano no se le quita el vicio a tiempo.

Notas bibliográficas de: La cocaína.-

- (1) Suffit, C., et Giroux: "La cocaína", Etude d'hygiène S. et. M. Légale, 1918, pág. 232.
- (2) Zevallos Quequezana, ob. cit., pág. 255.
- (3) Willaet, N. ob. cit. pág 22
- (4) Velásquez B. L. "Terapéutica y sus fundamentos de -- Farmacología". Madrid, 1953. 6ª ed.
- (5) Velásquez B.L. ob. cit. pág. 56.
- (6) Zevallos Quequezana, ob. cit. pág 273.

LOS TRANQUILIZANTES.-

Los tranquilizantes son de origen relativamente reciente. Se diferencian esencialmente de los otros psicó-lépticos en que no son, o son poco hipnóticos o neuró-lépticos, los cuales pueden ser considerados, en la clasificación de Lewin, como Hypnotica.

Los principales tipos son derivados de hipnóticos-no barbituricos (N-Oblivon, Equilibrium, Placidyl, Statran derivados de los medicamentos del simpático (Benacticina); derivados de los antihistamínicos (Altrax, Phénergan, Téralene), de los derivados de los neurolépticos y de los antiepilépticos (Bipradon, Dominal). Los meprobamatos (Décontractyl, Equanil, Procalmidiol) derivados de los curarizantes, serían los más inofensivos de los tranquilizantes e incluso tendrían, según algunos autores, una acción benéfica en el tratamiento de urgencia del delirium tremens. (1)

Todos estos productos tienen particularidades comunes de la que la más notable es la inhibición de los reflejos que pasan por el encéfalo sin obrar en los reflejos medulares. Poco tiempo después de la ingestión, desaparece la irritabilidad; la ansiedad se atenúa, dejando lugar a cierta euforia que ha constituido el éxito de estas drogas; en 1959, en Estados Unidos de Norteamérica, el dinero gastado en medicamentos, el 7,4%, que se supone son 430 toneladas de píldoras, han sido destinados a los tranquilizantes. (2)

El reverso de la medalla es precisamente esta euforia producida artificialmente. El hábito de estas drogas engendra un verdadero estado de dependencia psíquica, por no hablar de hábito.

El peligro no se le ha escapado a la Organización Mundial de la Salud, que ha señalado en sus informes la aparición de síndromos de privación en los que abusan de los tranquilizantes.

"Su uso continuo, concluyen los expertos, debiera ser observado muy de cerca, al fin de que se pueda determinar si presenta o no peligro para la salud pública" (3).

ib

Notas bibliográficas de: Los tranquilizantes.-

(1) Sarro, R. "Fármacos y Psiquiatría" "Med. Clín", tomo XXVI, núm 3 pág. 184, 1956.

(2) Sampelayo, C. "Una generación gastada por las drogas", Tele-Express, 21 de abril de 1971, pág. 14

(3) Sampelayo, ob. cit. pág. 21.

DENOMINACION COMERCIAL Y FORMAS FARMACEUTICAS DE LOS --
PRINCIPALES TRANQUILIZANTES.-

Denominación común	Denominación Comercial	Forma Farmacéutica
I.- Derivados de hipnóticos no barbitúricos		
Metil pentinol carbonato	N-Oblivon	grageas de 0, 10 g. solución de 20% (gotas)
Fenilettilcarbinol carbamato	Equilium	comp. de 30 g
Etchlorvinol	Placidyl	comp. de 100 y 200 mg.
Emilcamato	Statran	comp. grageados de 200 mg

II.- Derivados de los medicamento del simpático:

Benacticina	Sénactyzine	comp. de 1 mg
-------------	-------------	---------------

III Derivados de los antihistaminicos:

Hidroxicina	Atarax	comp. de 25 y 100 mg. jarabe de 2% amp. de 100 mg.
-------------	--------	--

Derivados de los neurolépticos y antiépilépticos:

Fluresona	Bripadon	comp. de 100m
Protipendil	Dominal	comp. de 10 mg

V.-Derivados de los psicotónicos:

Captodiamina	Covatine	grageas de 50 mg.
--------------	----------	-------------------

VI.-Derivados de los curarizantes:

Cresoxidíol(Mefensina) Décontractyl grageas de 0,5g

Meprobamato Equanil comp. de 400 mg

Procalmadiol amp. de 400-
mg. sup. de-
400 y 200 mg

ASOCIACIONES.-

DENOMINACION COMUN	DENOMINACION COMERCIAL	FORMA FARMACEUTICA
Meprobamato-aspirina	Equanil-aspirina	comp. de 12-mg meprobamato.
Meprobamato-pentonitrita	Equanil-nitropentrite	comp. de 200 mg. meprobamato.
Meprobamato-teofilina	Méprophylline	sup. de 0, 1 g. meprobamato.
Meprobamato-fenobarbital	Hynopax	comp. de 200 mg. meprobamato.
Meprobamato-N-difenil metilatropina	Parasanol	comp. de 150 mg. meprobamato.
Meprobamatoacepromacina	Mépronizine	comp. de 400 mg. meprobamato.
Hidroxicina-histameticina Dilatil	Agyrax	comp. de 10-mg. hidroxicina.
Hidroxicina-brallobarbita secobarbita	Vouporax	comp. de 33g hidroxicina.
Clordiasepóxido-clidino (bromuro)	Librax	comp. de 5 mg clordiasepóxido.
Clordiasepóxido-clidino propifenazano Bromhidrato de piperacina	Dolibrax	suporiferos
aminopromacia metopromacia	Quiétal	comprimidos

EL CAÑAMO.-

El cáñamo, según reciente estimación del Doctor Tigani el Mahi, experto de la Organizacióm Mundial de la Salud, está extendido por los cinco continentes. Es también, lo hemos visto, la droga más antigua. Su uso por los músicos de jazz o por los beatniks, hace de él, con el ácido lisérgico, la droga más moderna, la más en boga. (1)

Grifa, cáñamo indio, hachis, marihuana o kif, sea el nombre que sea con el que se le designe, esta droga se extrae de las plantas hembras de una variedad de cáñamo, CANNABIS INDICA, del grupo de las urticáceas.

El cáñamo indio, más pequeño que el cáñamo común, - CANNABIS SATIVA, crece en todas las regiones. Es una -- planta muy resistente; se le ha visto florecer en New - York, cultivada en tiestos beatniks; en París, en los balcones de la Saint-Louis; en Berlín, sembrada clandestinamente por los entregados al hachis en los cuadros de césped del Tiergarten.

Los primeros estudios de la marihuana fueron hechos por los sabios que en 1798 acompañaban a Bonaparte en Egipto. Silvestre de Sacy, Rouyer, Desgenettes se entregaron sobre el terreno a fructuosas observaciones y se llevaron muestras que Lamarck analizó en París. (2)

En 1857, H. y T. Smith lograron concentrar el primer elemento activo de la marihuana con la ayuda de un alcañ. Comprobaron que el residuo estaba desprovisto de nitrógeno, contrariamente a la memoria de los alcaloides conocidos. Más tarde, Cahn obtuvo ese elemento activo, al que, en estado puro, se le dió el nombre de canabinol. Todd y Adams continuaron sus trabajos y aislaron otro alcaloide, el canabidiol.

El canabidiol no produce ninguno de los efectos fisiológicos de la marihuana. Hay que añadir cuatro áto-

mos de hidrogeno lo que da tetrahidrocanabinol, para hallar de nuevo las propiedades activas. Este problema -- planteado a los quimicos, la dificultad de dominar un alcaloide puro ha hecho arrojar la mariguana de la psicofarmacologia moderna, tras los ensayos intentados por el Doctor Moreau de Tours en 1845 para tratar las alucinaciones por medio del hachis. Empero, no hay que olvidar que un descubrimiento ulterior pueda permitir el dominio sobre las sustancias alucinógenas de la más antigua de las drogas del mundo (3).

Según los gustos y los países, se utilizan la resina, que contiene cerca del 40% de elemento activo o las flores y las hojas, cuyo porcentaje raramente excede -- del 10%. En general, se extrae la resina frotando las partes superiores floridas sobre recias telas de yute. La resina que en ella se deposita, se despega luego con la raedera. En algunas regiones, Nepal, por ejemplo, se contentan con frotar las cabezas del cáñamo entre las manos, las cuales caen sobre el borde de un tonel metálico. Las flores y las hojas destinadas a ser fumadas -- se secan simplemente a la sombra, frotándolas entre las manos y fragmentándolas en pedazos muy finos.

La mariguana que se fuma, come o bebe, puede ser -- objeto de mil preparaciones. En la India se preparan diferentes bebidas con el BLANG, al que se le añade pimienta, aromáticas y azúcar, el POUST con agua, el LOU-TKI con alcohol, la MOURRA con tintura de opio. En el Tibet, los DUCPAS, beben en copas labradas en cráneos -- humanos, MOMEA, mezcla de grasa humana fundida y de resina de la mariguana. En Irán se profiere la mariguana en tortas, preparadas con mantequilla y esencia de rosas. En todo el Oriente Próximo y Medio se toma MADJOUN (mezcla fulgurante de hachis, opio, nuez vómica y datura o DAWAMESK, mermelada semejante al rahat loukoum, hecha de hachis, amizcle, canela pistacho y azúcar. Algunos -- entregados al hachis occidentales han adquirido la costumbre de servirse de la droga como condimento y espol-

vorean viandas y salsas con polvos de mariguana.(4)

Egipto conoce el CHASTRI o CHASTRAKI, bebida hecha de hachís, azúcar, raki (aguardiente de arroz) y aromáticas; pero en Africa se fuma, sobre todo la mariguana. En Túnez, con el nombre de TAKROURI, y en Marruecos con el de KIF era vendido lícitamente aún, hace algunos años, por la Compañía Arrendataria de Tabacos. Mezclado con tabaco (1/3 por 2/3 de cáñamo) no contenía más que un 4 o 5% de elemento activo.

En Argelia, la mariguana, cáñamo del atlas, se mezcla corrientemente, con tabaco soufi, cultivado en el Sur. Durante la colonización francesa, el cultivo del cáñamo, prohibido, se hacía clandestinamente en las regiones en las regiones Relizane y de Tiaret, al sur de Ouarsenis, en los Montes de Ouled Nail y, sobre todo, en el Sur del departamento de Constantina, entre Tébessa y Batna. Poco antes de la guerra de Independencia, existía en Argel, en la meseta intermedia de la escalera que lleva al puerto a la Plaza del Gobierno, un café moro, conocido con el nombre de "café de los fumadores". Se podía ver allí cabileños y árabes que fumaban cigarrillos o pipas de Kif al propio tiempo que bebían tranquilamente café o té, sin que la policía local pareciera darse cuenta. (5)

En el Sahara, en las mezquitas de los gennuin (musulmanes cismáticos), miembros de la cofradía fundada contra los europeos en 1846 por Mohamed ibn Alí Al Sensi, la sibsi, pipa de arcilla en que se fuma el Kif, corría de mano en mano, las noches de fiesta hasta el éxtasis religioso.

El papel religioso que hace la mariguana puede ser observado en varias regiones del Africa Negra. A finales del siglo pasado enardeció a las muchedumbres con sus encendidos sermones Kalamba Mukenge, jefe de una tribu baluba situada en el sudeste del Congo hasta el lago Tanganika. Destruyó los ídolos e instauró el culto

de la marihuana. Los días festivos, en la plaza de la aldea estaba instalada una pipa gigante, a la que los habitantes uno tras otro, vienen a dar una larga chupada de hachís hasta el devanicimiento y la fusión espiritual con el "gran todo".(6)

En otras partes del Congo y lo mismo en Liberia, se fuma el cáñamo en calabazas vacías. En Bechuanalandia y en el sudeste africano, los cafres observan hábitos raros. Meten en hoyos abiertos en la tierra una mezcla de marihuana y de estiércol que tapan con una especie de casquete semiesférico de arcilla. El calor de la fermentación produce una combustión lenta del cáñamo, cuyo humo aspiran ellos a través de conductos de ventilación.

En la República Sudafricana, el gegga, marihuana local, es de uso antiguo, si bien la costumbre de fumar lo comienza a propagarse por la población blanca, pese a los esfuerzos del gobierno de Pretoria. En las antiguas colonias inglesas del Africa occidental, donde el cáñamo era antaño desconocido, el cannabismo ha sido introducido, tras la Segunda Guerra Mundial, por los soldados del ejército de Oriente.

En Europa, el uso de la marihuana se limita a los países mediterráneos y adriáticos: Turquía europea, Grecia, país productor, Albania, Yugoslavia y Sicilia. En otras partes, el cannabismo es el hábito de minorías étnicas.

Según ciertos autores, Wolff, Porot, la marihuana la introdujeron en América Latina los esclavos negros. Está sólidamente implantada en Cuba, Jamaica y México. En algunas tribus indias de este país se fuma en grupo como entre los senusis y los balubas. Los fumadores se sientan haciendo corro, en torno a una iguana grande, y cuando el aurio, ebrio de droga, se desvanece, es que ha llegado la hora de dejar de fumar. (7)

El cáñamo se exporta clandestinamente de México a-

Estados Unidos de Norteamérica, donde su éxito es grande, pese al auge de la heroína y del ácido lisérgico. En California, y sobre todo en el Estado de New York, - las reuniones para fumar mariguana se componen de gran número de artistas y estudiantes. Hace algunos años, el fiscal del Gobierno ante el Tribunal Supremo que actúa en New York, afirmaba que, de cada dos estudiantes, uno se daba a la mariguana (8).

Los efectos de la mariguana varían según los individuos. En algunas partes estos pueden mover a la comisión de actos de violencia, de los que el amok, enfermedad caracterizada por alucinaciones visuales que determinan impulsos homicidas, es el más conocido.

En las Indias Orientales se dan mucho estos casos. La mariguana, aún siendo una de las drogas mayores menos peligrosas para un hombre sano, puede convertirse en plaga social en los países en que reina la subalimentación y las enfermedades endémicas.

Entre los principales efectos fisiológicos, los más peligrosos son los trastornos respiratorios, circulatorios y neuromusculares. El entregado al hachís empedernido se conoce por sus mejillas pálidas, su cutis terroso. Los cabellos pierden brillo, las uñas se tornan quebradizas. Las caries dentales y la caída de los dientes hacen difícil la alimentación normal.

Psíquicamente, el cannabismo produce, según las cantidades ingeridas, diferentes estados. A la euforia del principio sucede una exaltación sensorial, luego el éxtasis que los orientales llaman el Kief, el reposo beato.

El cáñamo ejerce acción a nivel de córtex, superficie del cerebro con curiosas circunvoluciones, que dirige, en gran parte, la movilidad de los miembros y de los órganos sensoriales. El sujeto es presa de alucinaciones auditivas y visuales. Vienen luego los arrebatos delirantes, la ilusión del espacio y de tiempo, la su-

gestibilidad, la hipermotivilidad a ratos eufórica y a ratos melancólica, que es la característica del cannabis. Si el entregado a la marihuana no deja el vicio, las perturbaciones psíquicas se agravan con apariencias de disociación esquizofrénica que hacen pensar en una demencia precoz.

Afortunadamente, si el sujeto está sano, esos trastornos desaparecen algunas semanas después de haberse quitado del vicio.

Notas bibliográficas:

(1) Soria, J.M. Ob. cit.

(2) Sachsel, R.J. "Pequeño estudio sobre un gran problema, las drogas". Noticias Médicas, 1970 pág 88.

(3) Ruiz Ogara, J. "Las drogas". Doctor. 1971, pág 80.

(4) Acosta, C. "Tratado de las drogas y medicina de las Indias Orientales", Burgos, pág.412.

(5) Acosta, ob. cit.

(6) Anónimo. "Cigarrillos contra la salud pública", 1956, pág 30.

(7) Anónimo "El uso de la cannabis", Crónica de la OMS. 1972, pág 22.

(8) Joyce, C.R., "Cannabis" British J. Hosp. Medic. 1970, pág 60.

LAS PRINCIPALES PLANTAS ALUCINOGENAS.-

El yagé es una planta mágica originaria del Alto - Amazonas. Trátase de un bejuco que puede alcanzar 1,5 m de hojas pecioladas, ovaladas, de 20 cm. de largo y de 7 a 8 cm. de ancho, terminadas en un pequeño aguijón de 2 cm.

El yagé fue descubierto en 1905 por el Doctor Zerda Bayon que exploraba por cuenta del Gobierno Colombiano el Caquetá y el Putumayo. Fue el primero en llamar la atención sobre las propiedades metagnómicas de esta planta. Extrajo de ella, con medios improvisados, un alcaloide que llamó la telepatina. Unos veinte años después, el Doctor Guillermo Fischer hizo el primer estudio médico del yagé y el Doctor Barriaga Villalba, de Bogotá, aisló un alcaloide activo, la yagéina (1)

El yagé produce, a pequeñas dosis, un bienestar -- comparable al que se logra con la cafeína. A dosis mayores, hace dormir y produce sueños de una precisión y -- claridad sorprendentes.

Los indios hacen uso del yagé para encontrar un objeto perdido, una guarida de ladrones o un tesoro escondido.

La experimentación de las propiedades del yagé en laboratorio no ha demostrado "decepcionante, sus efectos metagnómicos los atestiguan numerosos testimonios, entre ellos el de los misioneros pocos sospechosos de complacencia:" En lo tocante a la adivinación del porvenir se citan infinidad de hechos, de los que, a primera vista, no es fácil hallar la explicación... Por personas razonables y hasta de alguna virtud han tomado yagé por curiosidad, con la intension de encontrar objetos perdidos. Se han quedado asombradas del resultado sorprendente -- que han obtenido. Parece, pues, que se trate de una --- planta de propiedades muy activas que excita el sistema nervioso y sume en una especie de hipnosis, de lo que -

algunos se valen para malos fines"(2).

El yoco, como el yagé, lo descubrió también el -- Doctor Zerda Bayon en 1905. Son desconocidos aún su ori-- gen botánico y sus propiedades.

Según algunos relatos, los indios conocen cuatro -- variedades que cultivan cerca de las aldeas.

La ayahuasca, bejuco de los espíritus, en quichua, está de uso en el Alto Amazonas, al este del Ecuador, -- en Colombia, al sur de Venezuela. Sprude, que lo estu-- dió en 1853, lo identificó con Banisteria Caapi. Es un-- bejuco sarmentoso de la familia de las Malpigiáceas, -- del tamaño del pulgar, del que los indios hacen una de-- cocción pardo oscura, acre, de sabor amargo. Sus propie-- dades alucinógenas han sido objeto de varios relatos. Uno de los más antiguos es el del Doctor Villavicendo, -- que tomó ayahuasca varias veces: " Cada vez que he toma-- do esta bebida, he experimentado vértigos; a veces un -- viaje aéreo en el que recuerdo haber visto los panora-- mas más amenos, grandes ciudades, torres muy altas, par-- ques hermosos y otras cosas magníficas; otras veces, he imaginado que estaba solo en el bosque y acometido por-- fieras contra las que me he defendido. Experimentaba -- luego una sensación muy fuerte de sueño, del que me des-- pertaba con dolor y pesadez de cabeza y, a veces, con -- malestar general "(3)

En abril de 1913, el bótanico Pierre Reinbrug expe-- rimentó en sí los efectos del ayahuasca en San Antonio-- del Curaray, entre, los indios zaparos. Estos lo prepara-- ban machacando en un mortero con agua el tallo inferior del bejuco. La masa, a la que se añade a veces raíz de-- Caapi pinina, se pasa por el cedazo y se la cubre con -- agua a lo largo. Reinburg notó disminución de su pulso, adormecimiento progresivo y clara tetanización de sus -- musculos maxilares, hasta tal punto, que sus dientes -- choceban unos con otros.

Los indios jíbaros tienen costumbre de tomar aya--

huasca antes de toda acción importante, expedición de guerra o de caza. Entonces les parece ver en sueños qué enemigos los acechan. Las mujeres hacen uso también de la misma para comunicar con Nungui, diosa madre, y de ella recibir consejos.

Ch. Tyler, que exploró el curso del río Napo, llamó la atención sobre el papel mágico del bejuco de los espíritus. Según él, el el hechicero, quien en nombre de la tribu, toma la droga adivinadora para conocer sus destinos y recibir las órdenes del Espíritu de la Vida.

Los soldados españoles que guerrearon en México en el siglo XVI refirieron a su regreso que los indios ingerían una decocción de una planta llamada serpiente -- verde, que daba visiones espantosas. Empero, se creyó -- por largo tiempo que se trataba de una variedad de hongos de propiedades alucinógenas conocidas por el nombre de nanacatl. (4)

Con Sahagún, que vuelve a darle su nombre azteca -- de Coatlxoxouhqui, aprendemos un poco más. "Hay una -- planta, describe Sahagún, que llaman Coatlxoxouhqui. Da un grano que lleva el nombre de ololiuqui. Embriaga y -- vuelve loco. Se da en bebida a personas a quienes se -- quiere hacer mal. Los que las toman tienen alucinagiones que les hacen ver cosas que dan miedo. Los brujos -- la hacen beber o comer a los que odian, para hacerles -- daño. Esta planta es medicinal cuando se usa exteriormente en polvo, aplicándola al dolor, en caso de gota"

(5)

Son, sobre todo, los indios mazatecos los que la -- utilizan el ololiuqui para fines mágicos. A veces criminales también, como los antiguos píuleros, saltadores de caminos, que forzaban a los hacendados a confesar -- dónde tenían el dinero haciéndoles tomar píule, bebida a base de ololiuqui. Hay ciertos autores, según los cuales la Princesa Carlota de Bélgica, que perdió el juicio después de la ejecución de su esposo Maximiliano en México, habría podido ser envenenada, sin ella saberlo -- con ololiuqui.

Otras volubles, tales como las variedades azul celeste y abanico de nácar, cultivadas como plantas de adorno, tienen propiedades alucinógenas poco conocidas -- aún. Ocurre a veces que tras la ingestión de esos granos, las alucinaciones vuelven de improviso dos o tres semanas después. Una moda súbita de esta toxicomanía -- causaría un peligro social cierto y plantaría un problema legal a los responsables de la salud pública. Pues -- sería imposible prohibir a los comerciantes vender libremente granos de enredadera.

El Cohoba, Piptadena peregrina que los indios del Caribe y de la Cordillera de los Andes consumen por medio de tomas nasales, contiene bufotenina. De 5 a 20 mg bastan para producir visiones no coloreadas y perturbaciones de la noción de la noción de espacio. La apreciación del tiempo está también perturbada, sea porque parezca acelerada, sea, por lo contrario, suspendido.

El Pariaca, usado como rapé por los otomacos del Alto Orinoco, los paravilhanos, los guajiros y ciertas tribus de la cuenca del Amazonas, es el grano de una leguminosa de la familia de las Mimosas. Produce embriaguez y estados alucinatorios.

El Sinnicuichi, que perturba las funciones de la memoria; el Coztic-zapote, mezclado a veces con agurdiante, deben ser citados a título de información, pues sus propiedades reales son desconocidas.

El Mincapatli, hierba de la muerte, da granos en que pululan larvas. Estas los hacen materialmente brincar, de donde el nombre de frijoles saltarines que se da a estos granos en California, Texas y México. Los aztecas habían hecho de ello un juego: ponían los granos al sol, y las larvas despabiladas por el calor, se ponían a brincar. Ganaba aquel cuyo brincador llegaba más lejos.

Esos granos, reducidos a harina y cocidos en forma

de torta pequeña, producen un efecto excitante y onirógeno. Paradójicamente se hallan en todo el mundo en muchas tiendas de juguetes.

El Huanto o Huantuc de los indios quijos es una bebida fabricada a partir del *Datura arborea*, o sea, el Floripondio. No se toma en grupo, como el ayahuasca, sino en soledad. Contiene un alcaloide semejante a la atropina, como todas las solanáceas. Después de las alucinaciones, el delirio y a veces erección el Huanto -- trae consigo un estado comatoso que puede durar dos o tres días. Entre los indios del Chaco, servía en otro tiempo para provocar en los niños un delirio profético.

El Epena, polvo de la corteza de un bejuco brasileño que algunos indios se soplan mutuamente en la nariz por medio de pequeñas cerbetanas. Esta droga sería mucho más activa que las otras drogas naturales y produciría embriaguez alucinatorias dionísticas (6)

Notas bibliográficas:

(1) Brown, J.L. "Historia de las Drogas" Tchou, 1968, - pág. 201.

(2) Brown, J.L. ob. cit. pág. 89.

(3) Anónimo "El mundo mágico de los indios Huicholes" - Image. 1973.

(4) Anónimo "Ololiuqui, tercera droga azteca" Panorama-1962, pág. 33.

(5) Blas, L. "Ensayo de prehistoria químico-farmacéutica de la Península Iberica" El Monitor de la Farm. y -- Terap, año LVIII, núm 1526, 1952, pág. 1-5.

EL ÉTER.-

En la clasificación moderna de la psicofarmacología, los Inebriantia de Lewin podrían ser considerados como psicodislépticos, con igual razón que los Euphorica y los Phantastica, puesto que terminan en actividad mental.

El mérito de la clasificación de Lewin es el de ser retrictiva. El alcohol, el éter, el cloroformo, el tetracloruro de carbono, la bencina y el petróleo componen la categoría de los Inebriantia, así como la cordita y el agua car, por sorprendente que ello parezca, son dos productos a veces empleados como estunefacientes (1

Los embriagantes, tras pasajera fase de excitación, suelen traer consigo una depresión de la excitabilidad que puede llegar hasta el coma étílico. Los toxicómanos se aficionan a ellos buscando uno y otro estado. En el primer estudio todo parece hermoso, magno, fácil. Brilla la mirada, la mente es clara y hay facilidad de palabra. Se han quebrado los tabú, se hace tabla rasa de los prejuicios, la audacia se permite el más timorato, el mundo se reconstruye entre dos juegos de palabras. Es la ebriedad de los antiguos cultos báucicos. También es la alcolomanía triste y estéril.

Viene luego la experiencia fundamental, es una forma inferior de la mística: la coagulación del pensamiento que ha abolido la dualidad sujeto-objeto, un entrecruce del círculo de que habló Pascal; en cierto modo, el estado que los adeptos al yoga llaman samadhi. A ello permiten llegar, igual que el alcohol, el éter, el protóxido de nitrógeno y el tetracloruro de carbono.

A la excitación del comienzo, el éxtasis y la difusión espiritual sucede un último estadio de ebriedad, una anestesia pasajera, que la sabiduría popular resume diciendo "beber para olvidar". (?)

Es la cuesta de los finales de mes difíciles, de -

las carreras fracasadas, de los maridos engañados. A veces es la política del avestruz, el negarse a guardar los mandamientos de la conciencia, la evasión imperfecta, como si el ser humano fuese ciudadela ceñida de -- múltiples murallas.

Notas bibliográficas

(1) Vaille, Ch. "Nueva toxicomanía: inhalación de éter" O Médico, Lisboa, 1969, pág. 77

(2) Vibert, C. H. "Manual de Medicina Legal y Toxicología clínica médico-legal".

EL ALCOHOL.-

Se ha hablado muchas veces acerca del alcohol; tanto, que es casi inútil volver a ello si no es para insistir en que pertenece al arsenal de las drogas. El alcohol es el opio del occidente, esto hace sonreír pero es cierto.

Algunas cifras revelan la importancia de la toxicomanía. En el mundo hay unos veinte millones de alcohólicos, cuatro de ellos en los Estados Unidos de Norteamérica. En Francia cada año mueren 4.000 personas de delirium tremens y más de 10.000 de cirrosis debidas al alcohol; existen 600.000 establecimientos de bebidas(1)

Los médicos disponen actualmente de una extensa gama de productos que permiten terapia de aversión. Causan malestares leves a la primera gota de alcohol ingerida. Tienen sus partidarios de apomorfina y la cianamida, si bien tiende a generalizarse el uso del antabús.

El antabús es un bisulfato de tetratiltiuran que, después de la ingestión de alcohol, produce fuertes sensaciones de calor en el rostro, cuello y brazos; cefaleas, vértigos, zumbidos de oídos y náuseas. La desintoxicación empieza por inyecciones de vitaminas, extractos hepáticos y estriquina. Luego el paciente toma 1 g. de Antabús cada veinticuatro horas durante tres días; - el cuarto día, 0,5 g. Se le fuerza a tomar alcohol; la reacción nauseabunda sucede unos veinte minutos después. Este ciclo se reanuda con dosis de 0,25 a 0,50 g, hasta la adquisición de reflejos condicionados. Se observa el 60% al 80% de resultados positivos, aunque desafortunadamente la curación nunca es definitiva, ya que la recaída sigue invariablemente a la suspensión del tratamiento (2).

Será acaso porque el alcoholismo más sea competencia del psicoanálisis o de los reveladores de la personalidad, como el LSD 25, que de la psicofarmacología or

dinaria.

El alcoholismo es muy antiguo. Se cita el patrocinio de Noé o de Baco. Se sabe menos que Alejandro Magno era heredoalcohólico, muerto de dipsomanía; que el emperador Tiberio bebía tanto, que le apoderaron Biberius; - que la tribu de Efraín fue tildada de intemperencia por Jesús. Si bien Jeremías, Amós, Oseas, Salomón y Esaú insultaron a los bebedores de vino, más cerca de nosotros no se cuenta a los reyes y generales, sacerdotes y papas alcohólicos; Alejandro V, Sixto V, Nicolás V y León X eran alcohólicos (3).

La sed una concepción dionisiaca, orgiaca del placer, no basta para explicar la propensión a la bebida, - generadora de la toxicomanía alcohólica. La insatisfacción, la necesidad de otra vida, la incapacidad de las ideologías para definir una noción de felicidad, las guerras, el malestar social, son otros elementos psicológicos que mueven a buscar en el alcohol el olvido de los males.

En Estados Unidos, hacia 1830, el éter había estado en gran boga. La buena sociedad de New York, de Boston y de Filadelfia organizaba aether parties.

El Padre Mattew, para luchar contra el alcoholismo emprendió en 1840 una gran campaña prohibicionista en todo el sur de Irlanda. Los taberneros se pusieron a vender, en lugar de whisky éter a dosis de 8 a 15 gramos, acompañadas de un vaso de agua para atenuar la sensación de frío en el estómago y facilitar el eructo.

Pede a la manía del éter, había almas dispuestas a defenderla, y Lewin observa que, en opinión de algunos, los sacerdotes irlandeses hicieron un gran favor a sus feligreses apartándolos del vicio del alcohol, "lo que llevó a hacer uso del éter más inocente". El auge del éter creció a finales del siglo XIX en Alemania y Noruega. Pese a los esfuerzos de las autoridades oficiales - la difusión del vicio, la eteromanía reinó en Alemania-

hasta 1945. Los excombatientes de la Primera Guerra Mundial habían adquirido la costumbre de beberlo cuando era repartido antes de emprender un ataque (4).

Como el éter era difícil de encontrar, los aficionados se conformaban con Las Gotas de Hoffmann, mezclada en partes iguales de éter y alcohol, usada para reanimar a las personas desmayadas.

Los antiguos alquimistas conocían la preparación del éter que el monje Basilio Valentín, autor de las Doce llaves de la filosofía obtenía al principio del siglo XIV por destilación del alcohol y del ácido sulfúrico, y que Valerio Cordus, en el siglo XVI llamaba aceite de vitriolo ducificado. Empero concientes acaso de sus efectos tóxicos, guardaron el secreto de su preparación, que Grosse y Duhamel hicieron pública en 1734. Gay Lussac estableció después su composición en C_2H_5O , lo que lo ha hecho considerar como alcohol ($C_4H_6O_2$) menos una proporción de energía (5).

El éter puede inhalarse, lo que produce un ligero acné rosáceo en la nariz y el labio superior, o ser bebido. Los bebedores sufren generalmente a la larga pérdida del apetito, anorexia, y dolores de estómago intolerables.

El eterismo crónico trae consigo una inestabilidad psicomotora, impulsos agresivos, y en casos menos graves, zumbidos de oídos y alucinaciones. Los eterómanos experimentan una sensación de fuerza debida a la excitabilidad muscular, que con frecuencia produce crisis convulsivas y, a veces, la muerte.

El éter exagera el instinto sexual y puede conducir a las mujeres a comportamientos ninfomaníacos de los que no está excluida la perversidad.

Notas bibliográficas de: El alcohol.

(1) Bogani, E. "Alcoholismo: Enfermedad Social", Pulso, ed. 1971

(2) Seminario: Alcoholismo y Toxicomanía, Sabadel, 1971

(3) Anónimo "Drug Dependence and Alcoholism, Butter Worths, ed. Dr. nº 51.

(4) Estudio de 65 casos de toxicomanía alcohólicismo. F - Freixa. Rev. Psiq. psico. Medica, Tomo XI nº 2 1973 pág 103.

(5) Rosenfeld, G. Quart J. Stud Alcohol, Nº 584, 1966.

NARCOTICOS.-

Horacio Wells dentista de New York descubrió la noche del uno de diciembre de 1844, por casualidad, la anestesia.

Se hallaba presenciando una representación del Circo Barnum. Terminó el espectáculo, hizo cola en una caseta para pasar por delante del insuflador de gas hilarante, cuya respiración produce rictus que pueden tomarse como manifestaciones de risa jocosa. Wells, satisfecha su curiosidad, medita sobre la inutilidad de ese gas, el óxido nitroso (N_2O), descubierto hacía ya 175 años sin que se hubiese producido el encontrar uso alguno. De pronto el hombre que estaba delante de él dá un tropezón y cae pesadamente luego se levanta, sin al parecer sentir dolor alguno. El dentista piensa enseguida que existe una relación de causa a efecto entre la ausencia de dolor y el óxido nitroso, y, en la primera ocasión, lo ensaya con éxito en un cliente: había nacido la anestesia (1).

Desde la antigüedad, se había pensado en utilizar las propiedades narcóticas de ciertas plantas, como el beleño; pero este empleo había caído en desuso, remplazado por la compresión de la arteria carótida, método ya conocido por los asirios, y que fue empleado hasta comienzos del siglo XX en los medios israelitas para la circuncisión de los recién nacidos. Triata época en que el paciente corría el gran riesgo de perecer de resultados de la operación.

El descubrimiento de Wells llamó poderosamente la atención de los químicos sobre las anestésicas narcóticas, cuyo conocimiento dio un salto prodigioso. El cloroformo que descubrió Soubeiran, destilando espíritu de vino con cloruro de cal, será utilizado como anestésico en 1847.

En 1860 se observan numerosos casos de intoxica---

ciones por medio del óxido nitroso, el cloroformo y el cloruro de étilo. Algunos años después se drogan con el tetracloruro de carbono, químicamente próximo al cloroformo, si bien más tóxico, y todo el grupo de éteres -- clorofórmicos, entre ellos la bencina, carburo de hidrógeno cíclico (2).

Se puede igualmente clasificar entre los inebriantes productos que se imaginan mal como estupefacientes. Así el petróleo, que produce intoxicaciones que traen consigo la habituación.

Hace algunos años, los pedagogos americanos se admiraron del número de jóvenes escolares que se inscribían en los clubs de modelismo. Tras una encuesta, vieron con estupor que los alumnos habían adquirido la costumbre de embriagarse respirando el disolvente volátil de la cola que se emplea para juntar las maquetas (3).

Notas bibliográficas:

(1) Prosper, William L. "The Narcotic Problem" UCLA Law Review. 1954.

(2) Narcotic Drug Addictions, U.S. Public Health Service Publication 1,021.

(3) Laskowitz, David "Personality Characteristics of Adolescent Addicts", 1963,

LAS DROGAS DE LAS MAYORIAS.-

Dominan esta categoría las drogas extraídas de las plantas de cafeína, entre las que se cuenta el café, y también el té, el mate, la cola, la pastagurana, el ilxasina y el cacao.

Están clasificadas también como excitantes el tabaco, el betel e igualmente drogas más raramente empleadas, el alcanfor, el arsénico y el mercurio, causa de gran número de toxicomanías. En fin, las últimas cronológicamente, pero no las menos importantes, las aminas de despertar, o psicoanalépticos, vienen a completar la gama de excitantes.

El Cafeto, *Coffea arabica*, es un arbusto de la familia de las rubiáceas que alcanza en su madurez de 8 a 10 metros de altura. Sus brillantes hojas son de color verde oscuro. Da frutos rojos, semejantes a cerezas, -- contienen dos semillas, que son los granos de café.

El café, consumido tal como es, resulta amargo, casi imbebible. La torrefacción, al producir una esencia, el cafeol, o cafeona, desarrolla un aroma y le da su sabor característico.

El cafeto es originario de Abisinia, donde se le halla aún en estado silvestre, creciendo sobre pendientes montañosas, entre 1,000 y 2,000 metros de altura. -- Además de la arabica, existen otras especies como la liberica, la canephora y la excelsa. De Abisinia, el cafeto fue aclimatado en Arabia hacia el siglo IX, luego en Africa Oriental y Occidental, en las antillas, Brasil y Extremo Oriente(1)..

El café contiene, en el porcentaje de 0,75 a 1,50 por ciento, un alcaloide muy conocido, la cafeína. Ella es la que produce un verdadero estado de toxicomanía -- con habituación cuando se consume demasiado café. La intoxicación de café trae consigo trastornos nerviosos -- con cefaleas y temblores de las extremidades, así como-

también perturbaciones psíquicas que pueden conducir a verdaderos estados alucinatorios.

Estos síntomas hacen del café un verdadero estupefaciente, menor, sin duda, aunque el abuso del mismo es traga el organismo. Las mujeres son las más sensibles a ello, hasta el extremo de que el café se llama frecuentemente: alcoholismo de la mujer.

EL TÉ.-

Bodhi-Dhanna, Daruma en japonés, fundador del Zen, pasaba las más de las noches en ayunas y en oración. -- Una noche no pudiendo resistir el sueño se quedó dormido. Al día siguiente, al despertar, tan furioso le puso su abandono, que se arrancó los párpados y los arrojó violentamente al suelo. Inmediatamente, brotó del suelo un arbusto, el té, cuyas hojas permiten desde entonces a los monjes conservar el espíritu libre para la meditación(1)

Esta leyenda, perpetuada en el Japón, ha dado origen al Chano-yu, ceremonia del té ejecutada por los adeptos al Zen.

El té, *Thea sinensis*, alcanza hasta medidas de 10-metros de altura en estado silvestre. Si lo cultivan, se detiene su desarrollo a 2 o 3 metros. Hállasele en países de monzones, pero está igualmente aclimatado en Rusia y América del Sur. El té negro contiene cerca de 2% de cafeína. Las hojas de té fermentan al sol, luego se secan en planchas metálicas calentadas. El té verde, más cargado de cafeína, 5%, sufre una fermentación menos larga, sin exposición al sol. Los rusos y los árabes lo prefieren, mientras que los orientales y los europeos son fieles al té negro (2)

El té fue considerado durante largo tiempo, en Europa, como producto medicinal. Su uso corriente no se remota más allá del siglo XIX. El abuso del té produce-

toxicomanía, el teísmo, semejante al cafeísmo, y con los mismos síntomas. En Túnez, el teísmo es una verdadera plaga social.

EL CACAO.-

El cacao, *Theobroma cacao*, originario de la América tropical es un bello arbusto, parecido al cerezo, que alcanza de 8 a 10 metros en estado silvestre. Su fruto, la mazorca, se parece al cohombro y contiene de 20 a 40 gramos de cacao. Una pequeña fermentación detenida al sol o en horno, suprime la aspereza de esos granos y libera sus alcaloides. Descortezados y ligeramente tostados están dispuestos a ser consumidos.

La cola que pertenece, como el cacao, a la familia de las esterculiáceas, es menos conocida, aunque cerca de veinte millones de hombres mascan las nueces que produce (4)

La cola, *Kola acuminata*, que crece en las regiones del litoral del Africa Occidental, de unos veinte metros de altura, se parece mucho al castaño. Las flores producen folículos que contienen cada uno de 3 a 16 nueces pequeñas, indiferentemente rojas o blancas. Contienen cerca del 3 o 4% de cafeína y el 1 ó 2% de tebromina.

La nuez de cola tiene un gusto amargo al principio de la masticación; pero, al cabo de un rato, sus materias amiláceas se transforman en azúcar. Obra como tónico cardíaco, calma el hambre y permite estar despierto. El abuso produce trastornos análogos a los del cafeísmo y el teísmo.

El Mate, excelente para los niños, convalecientes y ancianos, suprime la fatiga y entona. Entre los años 30 y 40, había eslóganes de propaganda que lo anunciaban. Esta hierba que también se llama té de los jesuitas, té de las misiones, té del Paraguay, acobo de San Bartolomé, que los quichuas denominan *caa*, y los guaraníes *ma-*

te, pese a su apariencia anodina, es un excitante rico en alcaloides, cuyo abuso puede causar accidentes funestos.

El *Ilex Mate Brasiliensis*, herva mate, es un árbol de tres a seis metros de altura, con hojas que tiran -- de verde amarillento al verde oscuro, existen tres va-- riedades: el *latifolia*, de hojas anchas; el *largifolia*, de hojas largas, el *angustifolia*, de hojas pequeñas, -- que dá el mate más buscado.

El mate contiene de 0,5 a 16,75 g. de un alcaloide principal, la mateína, de propiedades análogas a las de la morfina, que se diferencia muy poco de la cafeína.

El consumo de mate, a dosis fuertes, produce un es tado de necesidad y, después de una excitación pasajera se observa un embrutecimiento que impide todo trabajo. A la larga actúa sobre los nervios del cerebro que pro duce una degeneración de la corteza del cerebro. Como - los otros excitantes, en cantidad pequeñas, hace olvi-- dar la fatiga y juega a veces un papel benéfico.

Notas bibliográficas:

- (1) Cit, por Antoine Porot en *Toxicomanías*, París 1960
- (2) Valmont de Bomare "Diccionario de Historia Natural, París, 1965.
- (3) Brand "Drogas y toxicomanías", París, 1962, pág 306
- (4) Valmot de Bomare, ob. cit.

EL TABACO.-

Aunque centenares de millones de personas hagan -- uso de él, sea fumándolo, mascándolo o tomándolo por la nariz, aunque los Gobiernos que tienen su monopolio le -- hagan una publicidad oficial, no por eso deja de ser -- una droga que trae consigo una toxicomanía, el nicotismo, con habituación por igual causa, aunque no en el -- mismo grado que el opio.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, de tallo recto y hojas anchas. Existen diversas variedades obtenidas por hidratación a partir del *Nicotiana Tabacum*, tabaco macho común, de flores rojizas y del *Nicotiana Rustica*, tabaco rústico, de flores amarilloverducas,

Se hace la cosecha cuando las hojas comienzan a -- amarillar y a despedir su olor característico. Las hojas son sometidas entonces a una desecación que les hace perder el 60% de su humedad. Con las hojas secadas se hacen manojos de veinticinco y estos farditos se envían a un centro de fermentación, donde el tabaco adquiere su aroma (1).

El elemento activo del tabaco es un alcaloide, la nicotina. El tabaco según las variedades, contiene del 0,5 al 16% de nicotina. Es venenoso de fuerte toxicidad la dosis letal varía de 1 a 15 cg, de efectos parecidos a los del ácido cianhídrico.

En los fumadores, la nicotina inhalada con el humo produce náuseas, vértigos y cefaleas. Las funciones de memorización están perturbadas. Si el fumador no deja de fumar, está amenazado de trastornos respiratorios -- que traen consigo tos pertinaz y catarros bronquiales. Sobrevienen luego accidentes circulatorios que van desde la hipertensión hasta el infarto de miocardio. Numerosos dictámenes médicos están de acuerdo en sostener -- como cancerígeno el humo del tabaco; más parece ser que

no es la nicotina, sino los residuos de combustión, la causa de los cánceres de garganta o de pulmón (2).

La costumbre es tiránica. Quitársela, cosa difícil, le cuesta al fumador mil torturas morales. La desintoxicación debe ser brutal e inmediata, pues en la mayoría de los casos, el hacerlo paulatinamente acaba en el fracaso.

El Doctor Bernard This se ha entregado a la observación psicoanalítica del fumador. Llega a la conclusión de que el primer cigarrillo "aparece, con el dominio del fuego, en el contexto de las curiosidades prohibidas"

" El fumador, sabiendo que después de consumir su -- primer cigarrillo puede sacar otro del paquete, sublima así su complejo de castración. Encender cigarrillos, -- uno tras otro, se convierte en una erección inextinguible, mientras que la brasa ardiente del resplandor rojo símbolo del pezón del pecho materno, tranquiliza al fumador y le vuelve a sumir en el dulce bienestar de su vida intrauterina. Hasta el ademán de tirar la colilla, evoca la lactancia" (3)

Notas bibliográficas:

(1) Bernard This "Drogas y Tranquilizantes", París 1962

(2) Laurie, Peter "Las drogas,, aspectos médicos" Madrid Alianza 2da ed, 1970.

(3) Bernard This, ob. cit.

LAS AMINAS DE DESPERTAR.-

Lo más notable en el universo de las toxicomanías es la larga variedad de las drogas. Las aminas de despertar, designadas con el nombre de psicoanalépticos. Su gama es extensa, más todas tienen las mismas características: acción sobre el diencéfalo, excitación neuromuscular, aumento de la presión arterial y del ritmo respiratorio, suspensión del sueño y de la impresión de fatiga.

La más antigua es la benzedrina, preparada por primera vez en 1910 por Barger y Dale, estudiada en Estados Unidos de Norteamérica a partir de 1931 (1).

Durante la guerra fueron usadas por los pilotos para evitar la fatiga. Tras la vuelta a la paz, las anfetaminas hallaron otra salida: deportistas en busca de proezas, estudiantes en tiempo de exámenes, miembros de profesiones libres agotados por el cansancio, profesionales sujetos a un trabajo extenuante, como los maquinistas y los conductores de camiones.

Pero se observó aquí y allá una habituación a las anfetaminas que llevaron a delirios alucinatorios acompañados de excitación psicomotriz y de anorexia. El uso de las anfetaminas aumenta la agresividad y ejerce acaso influencia sobre la criminalidad. El Doctor T. Maski de la Universidad de Hokkaido, observaba que, de 60 homicidas detenidos en Tokio en mayo de 1954, 31 hacían uso comunmente de excitantes (2)

Las toxicomanías por medio de las anfetaminas, sin ser raras, eran, hace algunos años, las más involuntarias, y se podía considerarlas como simples farmacomanías involuntarias. En cambio, desde un tiempo a esta parte se asiste a un incremento de las intoxicaciones voluntarias por medio de anfetaminas y sustancias similares.

En el plano internacional, la lucha contra las in-

toxicaciones por medio de excitantes plantea problemas de derecho más complejos. Un comité de expertos, encargado de la cuestión en 1957, aconsejó a los diferentes Gobiernos adoptar "Medidas de control convenientes para impedir el abuso de estas sustancias". Este deseo quedó sin efecto y hubo de ser renovado en 1966 por una nueva comisión reunida en Ginebra.

Al ser abierta la vigésima primera sesión de la -- O.N.U., el Secretario General, señor U Thant, propuso a la comisión de estupefacientes recomendar la creación de comités nacionales de estupefacientes. Estos se encargarían de aconsejar a sus Gobiernos sobre el problema de las toxicomanías producidas por las drogas que no están puestas bajo control internacional, como los barbitúricos y las anfetaminas.

Notas bibliográficas:

(1) Ventin Hernández, M. "Determinación de barbitúricos en criminología" Circ. Farm.

(2) Maski, T. Salud Mundial, 1956.

EL DESCUBRIMIENTO DE HOFMANN.-

El mal era pérfido y lento en reclamar a sus víctimas. Primero, era una sensación de comezón en las extremidades, luego en los dedos de las manos y de los pies. Luego, tanto unos como otros se quedaban helados y nada lograba hacerlos reaccionar, ni el masaje ni las piedras previamente calentadas en el hogar. Entonces fue cuando comenzaron las oraciones a San Antonio para librar a los enfermos de ese "fuego sagrado" que consumía, primero los dedos, luego las manos y los pies, convirtiéndolos en negros e inertes, y tan frágiles que se desprendían del cuerpo como las hojas secas caen del árbol. La muerte era lenta, dolorosa, terrible.

Era la ira de Dios por los pecados desconocidos. Los raros supervivientes daban gracias, expresaban su reconocimiento a San Antonio por haber intercedido en su favor y, pese a sus cuerpos mutilados, proseguían su camino eternamente agradecidos. Era una de las numerosas plagas de la Edad Media; la curación era tan misteriosa como su origen, y el "fuego sagrado" continuaría acechando a sus víctimas aún durante seiscientos años, antes que la oración a San Antonio fuese remplazada por una inspección minuciosa del centeno y de otras gramíneas empleadas en la elaboración del pan.

El fuego de San Antonio, como fue llamado, lo causaba una sustancia de un oscuro color púrpura que se formaba en principio en los granos del centeno enfermo. Dicha sustancia era un hongo llamado *Claviceps Púrpura*, más conocido por el nombre de cornezuelo. El fuego de San Antonio, o, más corrientemente, el ergotismo, consistía en un encogimiento de los capilares de las extremidades del cuerpo causado por las propiedades vasoconstrictoras del cornezuelo.

Privados del riego de sangre, los dedos de ambas extremidades, e incluso las manos y los pies, ennegreci-

dos y secos, adquirían la apariencia carbonizada y frágil de algo quemado por el fuego. Hoy se conoce dicha enfermedad con el nombre de gangrena seca. (1)

El fuego de San Antonio fue temido en Europa hasta fecha relativamente reciente, los años 1800. De vez en cuando, aún hoy día se declaran epidemias aisladas en aquellos países atrasados en lo que el control de las gramíneas está abandonado. Pero el cornezuelo, aún cuando fuera el responsable del fuego de San Antonio, poseía también otras propiedades benéficas que, a veces, comprendieron mejor los antepasados que nuestros contemporáneos.

Durante siglos, las comadronas europeas han administrado el cornezuelo de centeno a las mujeres embarazadas para ayudarlas a calmar los dolores. Habrían de transcurrir centenares de años antes de que la ciencia moderna reconociera el hecho y, sin embargo, esas comadronas sabían que el cornezuelo generaba contracciones activas del útero, lo que ayudaba considerablemente a las mujeres a traer a su hijo al mundo. Mal empleado o administrado en un momento inadecuado, el cornezuelo podía matar al bebé, a la madre o a ambos. Pero la dosis correcta administrada en el momento adecuado era una ayuda excelente para la futura madre. Además resultaba de inapreciables valores para la mujer embarazada que no quería ser madre. Mientras que el cornezuelo no produce prácticamente ningún efecto sobre el útero de la mujer normal, actúa sobre el de la mujer grávida desde los primeros momentos que siguen a la concepción y provoca poderosas contracciones. Todavía no utilizan derivados de esta droga para provocar abortos en los casos de embarazos incipientes, aún cuando son peligrosos y, por lo general, los culpables son los amigos, las comadronas, y los farmacéuticos officiosos. (2)

La idea de que el cornezuelo podía actuar sobre el cerebro se desarrolló relativamente pronto al observar-

se que una dosis de la droga, bastante fuerte pero insuficiente para producir efectos tóxicos, provocaba una considerable excitación nerviosa, confusión mental, distracciones de naturaleza general y vaga, así como dolores en un solo lado de la cabeza.

No obstante ningún otro indicio permitía suponer que el cornezuelo fuese capaz de producir la droga más poderosa y activa sobre el espíritu que jamás se haya conocido. Incluso cuando se extrajo el corzuelo, el componente de base del LSD, no se tenía la menor idea de lo que iba a ocurrir.

El ácido lisérgico es otro de los numerosos componentes del cornezuelo, al parecer presente en la mayoría de los alcaloides ergóticos. Se aisló el ácido lisérgico. Y entro a formar parte de los experimentos mundiales con los alcaloides ergóticos. Y el 2 de mayo de 1938 algo ocurrió. El Doctor Albert Hofmann, químico director adjunto del laboratorio de investigación de la "Sandoz Chemical Works", de Basilea, Suiza, añadió un grupo químico dietilamida al ácido lisérgico y obtuvo el ácido lisérgico dietilmida. (3)

En alemán, Hofmann lo denominó Lyserg Saure Diethylamid, que resultó finalmente en la abreviatura LSD. Y eso fué todo durante los cinco años siguientes. Ni Hofmann ni ninguno de sus colegas tenían la menor idea de lo que habían fabricado. Trabajos ulteriores sobre la nueva droga le darían la forma definitiva: tartrato 25-dietilamida del ácido dextro-lisérgico. Esas condiciones a la combinación química de base eran otras tantas abreviaturas de laboratorio para indicar a los químicos que la droga a la luz se desviaba hacia la derecha, era soluble en agua y era la vigesima quinta de una serie de observaciones experimentales.

Pero en 1938 no existían indicios todavía sobre la potencialidad de la droga. Tampoco se conocían sus propiedades específicas. La razón era sencilla: Hofmann no lo sabía. La droga más dramática y poderosa de todos --

los tiempos permaneció todavía otros cinco años en los laboratorios "Sandoz" antes de que alguien tuviese la menor idea de lo que se había sintetizado en aquel laboratorio tranquilo a las orillas del Rin. Y ese alguien resultó ser el propio Doctor Albert Hofmann.

En un cálido día de primavera, el 16 de abril de 1943, Hofmann trabajaba con diversos alcaloides ergóticos, incluida la dietilamida del ácido lisérgico. Durante el experimento, Hofmann absorbió accidentalmente una dosis mínima de dietilamida del ácido lisérgico. En su diario sólo hace constar que empezó a sentir los efectos de algo. Más tarde supuso que pudo haber aspirado algo de droga. Hofmann describió su reacción inicial en su diario: "El viernes último, 16 de abril, a media tarde hube de interrumpir mis trabajos en el laboratorio y regresar a casa, porque me sentí dominado por una sensación de intensa agitación y un ligero aturdimiento. Ya en casa, deje de dominarme y me hundí en un desagradable estado de delirio, caracterizado por una enorme sobreexcitación y visiones fantásticas. En un estado de semiinconciencia, con los ojos cerrados, la luz diurna me producía un molesto deslumbramiento, me asaltaron imágenes fantásticas de extraordinario realismo y con un intenso juego calidoscópico de intensos colores. Al cabo de dos horas, aquel estado se disipó." (4)

Ante una experiencia semejante, cualquiera otro hubiera considerado lo más oportuno llamar al doctor más cercano o llegado el caso, a un psiquiatra. Pero Hofmann, un científico, reaccionó como tal. "Trató de explicarme lo que había sucedido. Su razonamiento fue el siguiente:

"La única sustancia fuera de lo común que, aquel viernes emplee en el laboratorio fue el ácido lisérgico o dietilamida del ácido isolisérgico. Había realizado experimentos empleando distintos métodos para purificar ambos isómeros por condensación y reducirlos a sus com-

ponentes. Se había realizado un experimento preliminar con algunos miligramos de materia y logré incluso producir el dietilamida del ácido lisérgico como tratato -- neutro, cristalino, fácilmente soluble en agua. Quería tener la certeza. Estaba muy intrigado ante el hecho de haber podido tomar una dosis de aquella sustancia lo -- bastante fuerte para que produjese el efecto descrito -- más arriba. Tanto más cuanto que he dicho efecto no parecía que pudiese asimilarse a los síntomas producidos por los grupos ergotamina, ergotoxina o ergonovina. No obstante, quería encontrar la clave del misterio y decidí experimentar en mí mismo con la dietilamida del ácido lisérgico cristalino. Si el origen de aquel malestar radicaba en aquella sustancia, ésta podía resultar potente en dosis muy escasas y empecé por la más pequeña que, comparativamente a las proporciones de ergotamina o ergonovina, debía producir un efecto definido"

Sin darse cuenta todavía de la potencia de la droga, Hofmann tomó docientos cincuenta microgramos de LSD una dosis muy pequeñas comparada con otras proporciones pero sin embargo, una dosis dos veces y media más fuertes que la que sería la dosis corriente y diez veces -- más alta que la dosis que en la actualidad se sabe capaz de producir alucinaciones. Durante unos treinta minutos Hofmann no sintió nada; luego, empezó a sentirse presa de un ligero vértigo, de inquietud, incapacidad de concentración y distorsiones visuales. Experimentaba igualmente, un deseo incontrolable de reír. Escribió:

"Aquí terminan las notas del Diario de laboratorio Las últimas palabras fueron escritas con gran dificultad. Pedí a mi amigo y ayudante que me acompañase a casa, que creía que los acontecimientos tomarían el mismo giro que el incidente del viernes. Pero camino a casa, donde nos dirigíamos en bicicleta, hizo evidente que -- los síntomas eran más intensos que la primera vez. Ya entonces tenía gran dificultad para hablar claramente y mi campo de visión ondulaba, distorsionado como una imn

gen de un espejo cóncavo. Experimentaba también la impresión de que no avanzábamos un paso, aún cuando mi ayudante me explicó que llevábamos una marcha rápida".

Llegando Hofmann a su casa, llamaron a un doctor; pero a Hofmann le resultó sumamente difícil establecer comunicación con él. Era víctima de una gran agitación con alternancia de sensaciones de parálisis y ahogo.

"Hasta donde puedo recordar, los síntomas inmediatos fueron muy marcados cuando la crisis alcanzó su punto culminante, ya superado cuando el doctor llegó: vértigo y dificultades visuales; los rostros de las personas presentes me parecían máscaras coloreadas. Una fuerte perturbación cinética alternaba con la parálisis; mi cabeza, todo mi cuerpo y mis miembros los notaba cada vez más pesados, como si estuviesen llenos de plomo; tenía calambres en las piernas, las manos a veces entumecidas y frías, un sabor metal en la boca, la garganta seca y contraída, una sensación de ahogo. Tan pronto me encontraba sumergido en la confusión como en plena posesión de mis facultades y dándome perfecta cuenta de la situación; de manera que a veces me sentía fuera de mí mismo como un observador neutral, mientras que gritaba como si estuviera loco, o balbucía tonterías ininteligibles".

Stoll observó que el doctor tenía a veces el pulso débil, pero que, en general, su circulación era normal. Seis horas después de ingerir el LSD, su estado mejoró notablemente.

"Todavía eran acusadas las distorsiones visuales. Todo parecía desproporcionado y oscilaba, como el reflejo sobre una superficie de agua agitada. Además, todo se encontraba sumergido en matices cambiantes de verde y azul, desagradables, malsanos. Con los ojos cerrados, imágenes fantásticas de vivos colores e incesantemente cambiantes invadían continuamente mi mente.

Algo en extremo notable era el hecho de que todos-

los sonidos , por ejemplo, el ruido del auto que pasaba se convertían en sensaciones visuales, de forma tal que para cada ruido se producía una imagen correspondiente, cambiando de forma y color como un calidoscopio."

Después de dormir toda una noche, Hofmann, dice -- que se sentía "Completamente bien, pero fatigado".

Había llegado el LSD. Con la reacción tipo del Doctor Hofmann a la droga, el LSD acababa de hacer su aparición en escena de manera espectacular. Durante veinte años se informó sobre sus reacciones semejantes y "viajes", en la literatura médica, y la imagen de ella, mucho antes de que el juguete de laboratorio se transformara en una amenaza pública. La controversia definitiva se fundaría, en parte, en el eco de que durante esos -- veinte años la ciencia médica no encontró utilización -- positiva para una de las drogas más asombrosas que jamás fuera descubierta y, desde luego, no fue por falta de ensayos.

El descubrimiento del LSD en su calidad de droga -- generadora de aberraciones mentales no tenía en sí gran importancia. Como hemos visto, los hombres de ciencia -- conocían ya centenares de sustancias similares. Algunas en particular la mescalina, había sido empleada en la -- investigación científica, en relación con el papel desempeñado por los factores químicos en la psicosis, y -- más especialmente en la esquizofrenia. Pero el LSD atraería la atención inmediata de los hombres de ciencia a causa del poderoso efecto con dosis mínimas. Se pensaba que LSD sería, tal vez, la clave que abriría al mundo -- misterioso y en extremo incomprendido de la locura.

W.A. Stoll fue el primero en advertir que el LSD -- debía ser manipulado con cuidado (5).

Stoll es bien conocido por haber informado de manera oficiosa sobre un caso de suicidio a raíz de una tentativa experimental.

Los informes más conocidos mencionan un sujeto psicológico de sexo femenino que, al parece, se suicidó dos-

semanas después de la administración de la droga. O según otra versión, el sujeto se suicidó después de que la droga le fue administrada sin su consentimiento. En cualquier caso, aún cuando jamás fuera publicada, esta historia aparece, de una manera u otra, en casi todos los primeros trabajos sobre LSD y, al parecer, ha influido en la actitud de los experimentadores durante cierto número de años.

Auténtica o falsa, la historia la citan hoy día todos aquellos que combaten el LSD, tanto como advertencia como para reforzar afirmaciones posteriores según las cuales algunos suicidios fueron consecuencia directa de experiencias con LSD. La verdad es que tales suicidios son sumamente raros, incluso en casos fuera de la medicina; Pero desde el principio ha sido siempre evidente que el LSD, al actuar sobre ciertos sujetos y en circunstancias determinadas, puede tener un efecto delirante, esté o no presente el doctor.

Uno de los primeros usos del LSD consistió en producir una "psicosis tipo" que podía ser estudiada y controlada (6). Ya se había intentado antes con la mescalina, sin gran éxito. El entusiasmo suscitado por el LSD se debió al hecho de que podía actuar con dosis muy pequeñas con los mismos resultados satisfactorios que la toxina X que, de acuerdo con ciertas teorías, era la causa de la esquizofrenia. Algunos de los primeros informes no médicos fueron tan lejos como para sugerir que el LSD originaba la esquizofrenia en los voluntarios. Pero no se demostró que fuera así. El LSD producía, evidentemente, un estado semejante a la psicosis, pero ahí terminaba toda semejanza.

El Doctor Manzini, establecía una comparación entre el LSD y la psicosis auténtica:

"Existen considerables diferencias entre los fenómenos del LSD y los síntomas esquizofrénicos. El autismo, inversión mental, característico de la disociación-

de la esquizofrenia están ausentes en el LSD. Las perturbaciones en la percepción causadas por LSD difieren de las originarias por la esquizofrenia y, por regla general, no se trata de auténticas alucinaciones.

Por último, las perturbaciones de la conciencia -- consecutivas al LSD no tienen la menor semejanza con la esquizofrenia.

El Doctor Sindy Cohen (7) hace estas comparaciones: "Algunos estados provocados por LSD son similares a ciertas reacciones esquizofrénicas agudas, pero también existen diferencias importantes. El sujeto del LSD conserva casi totalmente el sano conocimiento de que todo lo que sucede se debe a la droga y es temporal, mientras que el enfermo atacado de esquizofrenia aguda no logra comprender la razón de que, súbitamente, todo haya cambiado. Si se administra al sujeto LSD sin su conocimiento, la respuesta sería mucho más convincente y se manifiesta la ansiedad. La estructura del carácter del esquizofrénico es notablemente inferior a la del sujeto sometido al LSD, de forma que es mucho menos apto para enfrentarse con el mundo desorganizado. Su desamparo es probablemente mayor que el de su contrapartida, que se ha convertido en psicótico bajo la influencia del LSD, y como resulta técnicamente imposible mantener durante semanas el estado engendrado por la droga a causa del rápido límite de tolerancia, nunca se ha logrado saber si un estado crónico provocado por LSD podría tener semejanza mayor con la esquizofrenia".

El LSD fue introducida en los Estados Unidos de Norteamérica en 1949 por el Doctor Max Rinkel y sus colegas del Massachusetts Mental Health Center, en Boston. También allí se esperaba que la droga resultaría beneficiosa para un eficaz tratamiento de los esquizofrénicos.

En aquella época, el Doctor Rinkel se mostraba muy interesado en la nueva droga, éste recordaba:

"Quedó ya establecido que los efectos del LSD necesari-

ria para causar reacciones mentales anormales, eran relativamente inofensivas y de corta duración. Posteriormente se ha sabido, por medio de la literatura, que un buen número de manifestaciones mentales consecutivas a la administración del LSD mostraban semejanza con las de la psicosis endógenas". Así pues, parecía existir una oportunidad de emplear el LSD en psiquiatría como instrumento para producir experimentalmente fenómenos mentales observados con frecuencia en los estados agudos de las enfermedades mentales importantes.

El que no fuera así no disuadió al Doctor Rinkel y sus asociados de preservar en sus experimentos, que hicieron avanzar los trabajos de los investigadores europeos en un momento en que el LSD parecía en peligro de convertirse en una simple curiosidad de laboratorio.

La posibilidad de que el LSD pudiera ser la clave de la esquizofrenia fue azorosa, pero acabó por morir. No obstante, pese a las evidencias diferenciales entre los efectos del LSD y los de la psicosis de origen natural, existen bastantes similitudes entre los dos casos que justifican investigaciones ulteriores.

A la cabeza de las interrogantes que siguen sin respuesta, se encuentra precisamente la de saber en que forma el LSD y los demás alucinógenos actúan realmente sobre el cuerpo humano. Si pudiera aclararse ese extremo, se hubiese avanzado un paso que facilitaría la curación de la psicosis. Pero por el momento los hombres de ciencia permanecen a la expectativa: tienen teorías, pero nada concreto.

Lo que sí poseen los científicos es la pequeña certeza de que el LSD no se precipita al cerebro como cabría imaginar y permanece en él. En los tests en los que se utilizó el LSD radioactivo, realizados en la Universidad de Rochester, New York, quedó demostrado que el LSD no se encontraba en el cerebro, donde sus efectos parecen ser más importantes, sino en el estómago (8), el

higado y los riñones. Tal descubrimiento paradójico dió lugar a importantes especulaciones. Se deben los efectos más notables de la droga a las minúsculas cantidades de LSD que alcanzan el cerebro indirectamente por medio de cualquier otra sustancia que ella misma produce en colaboración con otro órgano. Un investigador, el Doctor Humphry Osmond (9), un canadiense que en la actualidad trabaja en los Estados Unidos, ha llegado tan lejos como para sugerir que acaso los antiguos babilonios tenían razón al conectar el hígado con el funcionamiento del cerebro. Una vez más la Antigüedad ha enseñado algo a la ciencia moderna.

Había cuenta de la escasa información que se posee sobre la acción del LSD una vez introducido en el cuerpo, los científicos se han visto limitados a meras suposiciones.

Algunos creen que el LSD puede perturbar el equilibrio de las enzimas en el ser humano. Otra teoría sugiere que el LSD y otros alucinógenos actúan como resorte, liberando el cuerpo algunas sustancias desconocidas que a su vez provoca las diferentes aberraciones mentales asociadas a los diferentes alucinógenos. Dicha teoría ha encontrado cierto crédito gracias a los estudios que han demostrado que quedaba muy poco LSD, si es que quedaba, en el cerebro al iniciarse los llamados "viajes". Algunos opinan que el LSD inhibe la transmisión de los impulsos nerviosos mediante la neutralización temporal de la sustancia química, neurohumor, que se transmite a los influjos de una extremidad nerviosa a la otra. Ello abreviaría, en efecto, prototipos normales de los nervios y del pensamiento y podría justificar la gimnasia mental atribuidos a las drogas del tipo LSD. En fin, otra teoría se refiere al índice del metabolismo interno del cuerpo humano, y sugiere que el LSD y otras drogas similares actúan bien directa o indirectamente sobre la serotonina bioquímica contenida en el cerebro, la

cual, como es sabido, desempeña un papel en la estabilidad mental. En tal caso, los alucinógenos podrían actuar como antiserotoninos, o bien, combinandose de alguna forma con la serotonina, producirían alucinógenos -- "naturales" en el interior del cuerpo humano que, a su vez, provocarían la sobrecogedora transformación del -- pensamiento. Y así se suceden las teorías. Pero sin una investigación extensiva ulterior, investigación que ha quedado entorpecida por las reacciones negativas del público ante el LSD, acaso no llegue a conocerse jamás la respuesta a estos interrogantes perturbantes y de suma importancia (10).

No obstante, cualquiera que sea el definitivo juicio que merezca el LSD, la droga ha alentado a quienes -- dentro de la profesión médica creen que la psicosis son debidas a algún desequilibrio químico en el cuerpo humano o a un proceso químico desconocido provocado por un mal funcionamiento corporal. Como se ha descubierto semejante sustancia química, ni en los individuos normales ni en los psicóticos, existiendo grandes dudas sobre su existencia podría tratarse de una sustancia, designada a veces como sustancia Toxina X otras como sustancia M, tan sutil que resultara casi imposible localizarla.

Era difícil creer que una sustancia microscópica -- de algo fuese capaz de producir estragos en la mente -- hasta el punto de dar lugar a diversas psicosis, pero -- con el descubrimiento del LSD se tenía, por fin, la -- prueba dramática de que una sustancia química, en dosis medidas en microgramos, podía causar una perturbación -- mental importante. Cabe dentro de los límites de la posibilidad que existan otras propiedades semejantes o -- más importantes. Hasta el momento no se ha descubierto -- semejante sustancia química, aún cuando continúa la búsqueda. El propio Albert Hofmann, que dio al mundo el -- LSD, continuó sintetizando otro alucinógeno poderoso: --

la psilocibina (11). Aún cuando ésta solo posea la ducentésima parte de la potencia del LSD, se ha convertido, junto con éste último y la mescalina, en una de las más importantes drogas alucinógenas empleadas en la investigación clínica sobre las enfermedades mentales.

Hofmann desarrolló con éxito la psilocibina a mediados de 1950, después de recibir de México un cargamento de hongos teonanacatl. Para comprobar la potencia de los hongos, el intrépido investigador comió treinta y dos y se sintió transformado al mundo interior del espíritu - que ya descubriera con el LSD. Sobre dicha experiencia ha escrito:

"Treinta minutos después de la ingestión de los hongos, el mundo exterior comenzó una transformación extraña. Todo adquiría un aspecto mexicano. Como me sentía perfectamente conciente de que el hecho de conocer el origen mexicano de los hongos me incitaría a imaginar escenas exclusivamente mexicanas, intenté deliberadamente contemplar como me rodeaba como sabía que era habitualmente. Pero todos mis esfuerzos voluntarios para tratar de ver las cosas bajo su forma y sus colores habituales resultaron ineficaces. Tanto con los ojos abiertos como cerrados, sólo veía colores y motivos mexicanos.

Cuando el doctor que seguía la experiencia se inclinó hacia mí para comprobar la tensión quedó transformado en un sacerdote azteca y no me hubiese causado el menor asombro verlo sacar un cuchillo de obsidiana. Pese a la gravedad de la situación, me divertía observando hasta que punto el rostro germánico de mi colega había adquirido una expresión genuinamente india.

Cuando la crisis llegó a su punto culminante, alrededor de una hora u hora y media de la ingestión de los hongos, el torrente de imágenes interiores, en su mayoría motivos abstractos cuyas líneas y sus colores se modifican rápidamente, alcanzó un grado tan alarmante que empecé a temer que aquella vorágine de formas y colores

me absorviera llegando a disolverme. Transcurridas unas diez horas, aproximadamente, el sueño tocó a su fin. Subjetivamente, no tenía la menor idea de su duración.- Mi retorno a la realidad cotidiana se me apareció como un feliz regreso a un viejo y querido mundo familiar,-- de otro extraño, fantástico, pero sentido con toda realidad".

El Doctor Hofmann continuó trabajando en la sintetización de la psicolocibina en su carácter de alucinógeno activo del hongo mágico, facilitando así un arma suplementaria a los investigadores científicos en su guerra concertada contra las enfermedades mentales.

Fue también el Doctor Hofmann quien, en 1960, dejó establecido que el ololiucui, las semillas del volubilis silvestre, contenía derivados del ácido lisérgico - de propiedades alucinógenas, aún cuando solo poseía una vigésima parte de la potencia del LSD.

Fue sin duda, un descubrimiento de suma importancia por el hecho de tratarse de la primera documentación sobre un ácido lisérgico natural que poseía propiedades de estimulante mental.

A partir de 1960, otros investigadores han sintetizado en los laboratorios, centenares de sustancias alucinógenas, muchas de ellas semejantes al LSD, pero sin -- llegar a poseer su notable potencia. Continúa la búsqueda de la evasiva toxina X y, paralelamente a ella, se realizan numerosas investigaciones sobre la aplicación del LSD en otras ramas de la medicina, habiendo logrado como primer resultado la indicación de que el LSD es algo más que una simple droga capaz de imitar la psicosis ha sido utilizada con éxito en diferentes campos, pero hasta el momento la evidencia clínica es insuficiente - para saber si la droga es específica en ciertos casos - dados. Sin embargo, los últimos informes son alentadores. Después de una larga carrera como curiosidad de laboratorio y otra corta, pero turbulenta, de novedad en-

la larga lista de las drogas sensacionales, la LSD puede emerger como una de las drogas más importantes jamás descubiertas.

Notas bibliográficas:

- (1) Dinaldi, F., y Himwich, H.E. "Ciencia", 1955, pág. - 198.
- (2) Cohen, S. "Drogas y Alucinaciones". Secker y Warburg ed. Londres, 1965.
- (3) Cohen, S. "American Journal of Psichiatty", 1964, - pág. 1025.
- (4) Hofmann, A. "Journal of Experimental Medical Science, 5, núm 2, 1961, pág 31.
- (5) Stoll, W.A. y Hoffmann A. "Helv. Chim. Acta", 1943, 26, 944.
- (6) Rosenthal, S. H. "American Journal of Psychiatry, - 121, 1964-1965, pág 238.
- (7) Cohen, S. ob. cit.
- (8) Ditman, K. S. "Journal of Nervous and Mental Disease", 114, 1962, pág 340.
- (9) Humrhry "British Journal of addiction, 53, 1957, pá 93.
- (10) Osmond H. "Journal of Mental Science", 98, 1952, - pág. 309.
- (11) Hofmann, A. ob. cit.

EL LSD AL SERVICIO DE LA PSICOTERAPIA.-

Se ha dicho que la falta de información no ha impedido jamás a nadie adoptar una posición firme sobre -- cualquier cosa. La controversia sobre la LSD es un ejemplo de ello. La mayoría de la gente maldice el LSD como si se tratara de un brebaje diabólico. Por otra parte, -- una minoría reducida pero ruidosa, ensalza al LSD como si se tratase de un nuevo elixir de sabiduría. Por el momento, aún no se dispone de una información suficiente y válida para mantener una u otra posición, pero --- ello no parece mucho importar a las fuerzas oponentes. -- Pero si molesta a los científicos, que no desearían otra cosa que dejar morir tranquila y públicamente al LSD, -- para reintegrarla seguidamente a los laboratorios de investigación. A los científicos, por definición, no les gusta tomar posiciones sobre nada sin poseer antes toda la información posible. Como LSD es todavía una droga relativamente desconocida, retroceden ante el debate -- que opone a los faltos de información y a los mal informados.

Entretanto, la investigación científica sobre el -- LSD progresa a ritmo lento, pero preciso, impuesto por la gran fuerza y potencia de la droga. La "Sandoz Ltd", en cuyos laboratorios fuera descubierta, ha invertido -- ya más de tres millones de dólares en experiencias, o investigaciones sobre la droga.

En todo el mundo, centenares de investigadores tratan de aplicar el LSD a un determinado número de casos clínicos. Hay indicios que tienden a demostrar que el -- LSD podría ser útil en distintos campos., pero a diferencia de los que indiscriminadamente maldicen o alaban una droga, el investigador serio ha de esperar a que -- sus exposiciones sean ensayadas y probadas una y otra vez antes de emitir un juicio definitivo. En la profusa literatura de divulgación médica se encuentran numero--

sos informes sobre aparentes éxitos del LSD, aplicado a determinados casos clínicos. Por ejemplo, existen esperanzas de que el LSD, pueda ser la clave química largo-tiempo buscada para la esquizofrenia, demuestre su eficacia en el tratamiento de ciertas esquizofrenias, en particular la que se refiere a los niños (1). También se ha ensayado ampliamente la droga como complemento de la psicoterapia con resultados alentadores.

Se ha registrado una impresionante evidencia sobre la eficacia del LSD en el tratamiento de los alcohólicos, los homosexuales y las mujeres frías, y asimismo se hace cada vez más evidente que el LSD es un excelente analgésico, que puede ser empleado para calmar el temor a la muerte de los enfermos incurables. Otro posible uso del LSD podría constituirlo la formación de quienes estudian las especialidades de psiquiatría y psicología, sobre todo ayudándoles a comprender el extraño trabajo del pensamiento y tal vez ofreciéndoles una percepción interior de los problemas mentales del alineado. Existe incluso el caso de que el LSD fue administrado clínicamente a un arquitecto para hacerle comprender mejor la mente psicótica, cuando hubo de proyectar los planos de un nuevo hospital psiquiátrico (2).

Como consecuencia de ello, creó cuatro de dichas instituciones.

Considerando que la magia y los demonios no tienen cabida en la investigación médica, el LSD, al igual que cualquier otra droga experimental, jamás ha sido asimilada al bien o al mal. Para el investigador, el LSD es simplemente otro posible instrumento de la lucha contra la enfermedad. Ello no implica que algunos de los que toman la droga bajo control médico no pueda sufrir también reacciones negativas. Ello ocurre. Pero esas mismas reacciones desempeñan un papel importante en la investigación médica y se registran con igual objetividad que los resultados absolutamente positivos. Sin exagerarlas, se les incluye en las descripciones generales de la droga. Los resultados negativos son los generadores de los grandes titulares, en tanto los progresos, -

de no ser extraordinarios, resultan por lo general minimizados, cuando no relegados al olvido. Con el LSD se han producido reacciones negativas, tanto en los círculos médicos como en el mundo exterior que se dedica al consumo ilegal de el LSD, existen diferentes casos de reacciones negativas registradas por determinados investigadores médicos.

El Doctor Arthur L. Chandler y el Doctor Mortimer-A. Hartman informan que de los ciento diez pacientes -- que trataron con LSD, sólo uno había atentado contra su vida. Indicaban en su informe: (3)

"Se trataba de una enferma de un prolongado historial de intoxicación alcohólica y uso de estupefacientes. Era depresiva y poseía en su activo tres auténticas tentativas de suicidio a raíz de las cuales hubo de ser hospitalizada en establecimientos psiquiátricos del Estado. Ni los primeros psiquiatras, como tampoco los Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos lograron ayudarla. Durante la primera y única sesión se atenuaron sus sentimientos de culpabilidad y hostilidad, manifestándose al propio tiempo un gran alivio y un aparente cambio de actitud que la semana siguiente debían de conducir a sesiones normales de psicoterapia. Pero durante el fin de semana se mostró deprimida e insistió en que su marido le procurase meperidina (Demerol), con lo que se había drogado durante un tiempo. Pese a las advertencias e instrucciones dadas al marido, no se ocupó de llamar al terapeuta como en un principio se acordara o a los miembros de la AA o NA, que se habían ofrecido voluntariamente a vigilarla durante las veinticuatro horas del día cuando su marido no pudiera hacerlo. Este montó en cólera y se fue, dejándola sola toda la noche. Cuando regresó al día siguiente, la mujer había ingerido una dosis mortal de veneno contra caracoles".

Pese al suicidio de esa mujer, los Doctores Chandler y Hartman concluyen:

"Con la terapéutica LSD, la mayoría de los pacientes han mostrado mejor tolerancia a la cura, que asimismo ha sido más corta de lo que pudiese serlo con la antigua psicoterapia sin droga. Muchos enfermos a los que no hubiese sido posible someter al análisis o a cualquier otro tipo de psicoterapia a fondo se han beneficiado del tratamiento con LSD".

Otro psiquiatra, el Doctor E.F. W. Baker, de Toronto Canada, que se ocupaba hace años de ciento cincuenta pacientes, informa que las dos terceras partes de los enfermos sintieron alivio, pero en un informe subsiguiente se declara que uno de los enfermos se suicidó dos semanas después de haber tomado LSD, mientras que otros cuatro sufrieron esquizofrenia temporal. (4)

Aún así, el índice de suicidios en todos los casos sometidos a tratamiento clínico con LSD representa un escaso uno por ciento.

Existen también otros informes de reacciones negativas, psicosis temporales, disociaciones y reacciones pos-LSD que requirieron la hospitalización. Pero en todos ellos existía historial anterior de perturbaciones psíquicas, hecho que la mayoría de los investigadores subrayan para demostrar que cualquier riesgo por el uso de LSD debe ser atribuido a los efectos psicológicos y no a los farmacológicos. Es una distinción bastante sutil, pero importante por el hecho que demuestra la importancia de examinar los antecedentes del enfermo antes del tratamiento con LSD. Asimismo pone de manifiesto uno de los más grandes peligros del uso clandestino de el LSD, en el que no hay examen, doctor ni vigilancia. Baste decir, llegando a éste punto, que existe peligro, por pequeño que sea, en el uso de LSD, incluso cuando la administración sea hecha por especialistas experimentados. De todos modos, se sabe que el LSD puede ser un instrumento importante en psicoterapia. El Doctor G. R. Schmiege ha aducido las siguientes razones - en junio de 1963. (5)

"quienes emplean el LSD en dosis múltiples como -- complemento a la psicoterapia, comprenden que resulta - útil, por su capacidad, para dar los resultados siguientes:

- 1.- Ayuda al paciente a recordar y superar las experiencias traumáticas, tanto recientes como en la infancia.
- 2.- Activa los procesos de reacción de transferencia, - al tiempo que permite discutirlos con más facilidad.
- 3.- Estimula el inconsciente del enfermo de forma que -- provoca fenómenos fantásticos y emocionales que pueden ser tratados por el médico como si se tratase de sueños
- 4.- Intensifica la afectividad del paciente con lo que se disminuye el riesgo de intelectualización excesiva.
- 5.- Permite al paciente distinguir mejor sus defensas - habituales y a veces le permite modificarlas."

A causa de tales efectos, los terapeutas observan-- que la psicoterapia progresa a un ritmo más rápido. Algunos resultados espectaculares y casi increíbles se -- han obtenido empleando una dosis de esta droga.

Uno de los casos más conocidos relativo al empleo del LSD en psicoterapia es el del actor Cary Grant. En 1960, Cary Grant estuvo sometido a más de sesenta sesiones de tratamiento terapéutico intensivo, con LSD, emergiendo, según su propia frase, como un "nuevo" Cary --- Grant. En el curso de entrevistas ampliamente difundidas, Grant dijo que había "nacido de nuevo" gracias al uso de LSD. Por aquella época, el LSD era poco conocida del público y muy lejos de ser el espantapájaros en que se convirtiera durante los últimos años. Los énfasis y hermosos discursos de Grant sobre las virtudes de el LSD fueron el punto de partida de un pequeño alud en el mercado. Muchos actores, intrínsecamente egógrafos, to maban por asalto las puertas de los psiquiatras para -- ser transportados por el LSD a los repliegues de su propio espíritu. Algunos quedaron decepcionados. A otros - no les gustó lo que vieron bajo la influencia del LSD -

y renunciaron a raíz de la primera experiencia. Otros, - por último, como Cary, se mostraron incansables en su - apología de LSD. El entusiasmo de Grant no tenía lími-- tes, como lo expusieron Jane y Kurt Singer en un exce-- lente artículo periodístico en 1961:

"En una palabra, el LSD libera la mente hasta un - grado fantástico. Se sueña completamente despierto y a- veces se tienen alucinaciones extrañas y maravillosas.- Pero lo más importante es que reduce el análisis a un - tiempo muy corto. Para todo aquel que, como yo, abrigue un deseo profundo de comprensión y de paz, casi resulta un milagro. Yo siento que ahora me siento, me comprendo realmente a mí mismo, ¿ cómo esperar comprender a los - demás? Sencillamente, he vuelto a nacer. Acabo de pasar por una experiencia psiquiátrica que me ha cambiado por completo. Era horrendo. Hube de enfrentarme con cosas - sobre mí mismo, que jamás admití y cuya existencia ni - siquiera conocía. Ahora sé que he hecho sufrir a todas- las mujeres que he amado. Era un auténtico impostor, un zafio vanidoso, un sábelotodo que nada sabía.

Me parapetaba detrás de toda clase de defensas, hi pocresías y vanidades. Tenía que desprenderme de ellas- capa a capa. El instante en que la conciencia se enfren- ta con el subconciente es un desgarré infernal. Se sien- te que la cabeza estalla....Me despojaban de mi ego.... Ahora siento que ya no soy un hombre solitario y soy un hombre feliz. Me dicen que la felicidad será cada vez - mayor. Ahora ya me siento demasiado feliz para soportar más felicidad. Cuando terminé mi tratamiento psiquiátri- co, me aguilieron al instante dos pensamientos. El primo- ro era: ¡Cuantos años despilfarrados! Porqué no haría - esto años antes? Ahora todos los días son maravillosos. Desearía poder vivir aún otros cuatrocientos años. Es- toy convencido de que viviré con buena salud hasta edad muy avanzada, pero si llegara a morir durante los diez- años próximos, habré sido más feliz durante esta última

decada de mi vida que mucha gente podrá serlo jamás."

Después de un testimonio tan apasionado, resulta realmente sorprendente que las existencias de el LSD no quedaron completamente agotadas. No existe ningún informe sobre la reacción de los psiquiatras ante esta exhibición pública de entusiasmo desbocado de parte de un actor célebre y respetable, pero es de suponer que muchos psiquiatras se habrán escondido bajo sus divanes - en espera de que toda esta historia se extinguiera felizmente. La actitud de Cary Grant frente al LSD no respondía del todo a las aspiraciones de los investigadores al tratar de obtener adhesiones a favor de la utilización clínica y experimental de la droga. Aún así era evidente que Grant había obtenido una gran ayuda de el LSD y era cuestión de tiempo para que esto se propagara. Al menos los titulares de los periódicos eran alentadores en contraste con lo que estaba por venir. Entretanto, los investigadores clínicos celebraban consejo entre ellos, y en el ambiente tranquilo de sus despachos y laboratorios continuaban sus experiencias con LSD en calidad de tratamiento terapéutico.

El Doctor Harol A. Abramson, de New York, uno de los pioneros del uso de LSD en terapia, sitúa la dosis terapéutica de LSD entre veinticinco y cincuenta microgramos(6). "El paciente, dice, reacciona con el LSD 25 en colaboración con el terapeuta, pero no solo con el LSD 25. Es verdad que esto puede aplicarse igualmente a toda terapia farmacológica, pero tiene importancia particular en el caso de el LSD 25. Así, pues, es el terapeuta y no el LSD 25 quien desempeña la función principal durante la reacción de el LSD 25 enfocada terapéuticamente".

Otros psicoterapeutas emplean una dosis superior, cien microgramos, a veces, incluso más según el tratamiento específico. El Doctor Dietrich W. Heyder, informaba, por ejemplo, en octubre de 1963, que había trata-

do a un individuo que perdió el uso de su brazo derecho a raíz de una experiencia traumática, administrándole dosis de trescientos microgramos de LSD, tres veces durante un período de ocho días. El hombre recobró por completo el uso del brazo. (7)

En el tratamiento de los alcohólicos la dosis es también, a veces, muy elevada (hasta trescientos microgramos), con objeto de provocar un choque que aparte al paciente de una línea de conducta destructiva, ayudándole a adoptar un comportamiento social más aceptable. Los resultados han sido prometedores, aunque no exentos de algunas reacciones negativas. El tratamiento de los alcohólicos con el LSD, que les torna sobrios durante largos períodos han dado hasta ahora un porcentaje mucho mayor de éxitos que los demás tratamientos a base de droga, psicoterapia y agrupaciones de ayuda, tales como Alcohólicos Anónimos. Un estudio reciente sobre el tratamiento con LSD en seiscientos alcohólicos en el University Hospital de Saskatoon Canada, ha puesto de manifiesto que alrededor de doscientos sujetos lograron la abstinencia completa, mientras que otros ciento cincuenta acusaban una notable mejoría. En claro contraste, el Doctor J. Ross MacLean, director médico del Hollywood Hospital de New Westminster en Columbia Británica, otro investigador que emplea el LSD 25 en casos de alcohólicos, afirma que con las drogas o los métodos psicoterápicos sólo se obtuvo un porcentaje que no excedía del 5 al 10%, y que los Alcohólicos Anónimos solo tuvieron éxito con un 15 a 20% de sus miembros.

Existen informes sobre alcohólicos tratados un viernes por la noche con LSD y que volvían a trabajar el lunes, curados sin tomar una copa durante varios días.

La Doctora Ruth Fox, dió en New York, en 1965, una conferencia internacional sobre el uso de LSD, en el curso del cual informó que once de veinte alcohólicos

empedernidos abandonaban la bebida bajo la influencia - del tratamiento con LSD, pero subrayó que el tratamiento con el LSD debe emplearse completado con otros métodos terapéuticos. Un año después, la Doctora Fox declaró, durante una sesión de la Governor's Conference on Crime, en New York, que si bien el tratamiento con LSD resultaba alentador, no era panacea. Manifestó que conoció a dos alcohólicos que se habían vuelto paranoicos a raíz del tratamiento con LSD, y varios otros que hubieron de ser hospitalizados con diversas reacciones psicóticas. Aún así, abogaba para que se prosiguieran las investigaciones sobre el uso de el LSD para tratar el alcoholismo (8).

Algunas indicaciones sobre los efectos traumatizantes de el LSD sobre una personalidad alcohólica, pueden obtenerse de la siguiente experiencia bajo la droga, hecha por un alcohólico de treinta y siete años:

"Al principio no sentí absolutamente nada. Pensé - que se burlaban de mí. Luego, todo enloqueció y me veía a mí mismo perseguido a través de un campo inmenso, por una cosa negra que no podía identificar. Recuerdo que - corría al lado de mí mismo, chillando de que no podía - correr más aprisa. Ahora comprendo que había dos "yos" - que corrían, pero en aquel momento yo no lo encontraba - extraño. Había un inmenso cuenco de goma, o de alguna - materia parecida, y yo rodé por él durante algún tiempo - antes de comprender que me estaba muriendo. Sé que grité y que vi una luz brillante abajo, en el fondo del - cuenco, y no sé como supe que si me dejaba caer en la - luz moriría.... Caí en la luz que, de hecho era una - enorme abertura...Supe que acababa de nacer de nuevo... Empecé a reír como un histérico.... Bueno eso es todo.- Me refiero a lo de morir. Es lo que he tratado de hacer todos estos años. Ahora ya lo hice".

El novelista, Alan Harrington escribía en Playboy, en 1963, sobre su "viaje" con el LSD, sobre la muerte, - sobre su nuevo nacimiento y las incursiones al ego

¿Porqué fue tan beneficiosa esa experiencia? Por una parte, la gira a través del infierno del ego fue como un rápido psicoanálisis. La ascensión subsecuente ofreció a un ateo lo que podría describirse como una penetración religiosa o, en cualquier caso, metafísica, y esta no ha quedado empañada. Para quien prácticamente jamás ha pensado en términos de lotos, reencarnaciones, fases de la existencia, etc. y que al filo de los años se ha irritado siempre con los entusiastas de la filosofía oriental, el viaje con LSD le ofreció la evidencia de experiencias personales de la muerte y nuevo nacimiento. Hizo posible una versión de eternidad..."

Varios psiquiatras han explorado también otros campos, con algunos resultados prometedores. Son los de la homosexualidad y la frigidez en la mujer. El Doctor MacLean, trabajando con homosexuales en Columbia Británica ha comunicado los resultados de sus ensayos, según los cuales merecería la pena emprender una investigación ulterior en el terreno particular. Además, dos conocidos-americanos, uno actor, el otro poeta, declararon con toda franqueza que el LSD les había proporcionado la libertad de adquirir, por primera vez en su vida, un comportamiento heterosexual. El empleo de el LSD en el tratamiento de la mujer frígida ha sido propuesto en un estudio de los Doctores Thoman M. Ling y John Buckman, médico psiquiatra y encargado de las investigaciones, respectivamente en Marlborough Day Hospital de Londres(9). Ling y Buckman escriben:

Existiendo un buen motivo, una inteligencia superior, una personalidad relativamente estable y un marido potente y con deseos de cooperar, la psicoterapia -- con la LSD puede ayudar a la mujer frígida, mediante la recuperación de fantasías sexuales prematuras o de experiencias traumatizantes responsables de la formación de la anormalidad. Dieciséis casos han sido tratados de esta forma con éxito".

Un caso citado por los Doctores Ling y Buckman se refería a una mujer de treinta y tres años, casada y madre de dos hijos. Se quejaba de ausencia de deseo sexual, aún cuando afirmaba amar a su marido.

Con seis sesiones, durante las cuales se le administró de cincuenta a ochenta microgramos de LSD asociados a un tranquilizante; la mujer evocó recuerdos reprimidos del desinterés que le mostró su padre y la agresión sexual de que la hizo objeto su joven tío. Después de la última sesión, declaró a los médicos:

"Bajo los efectos de las drogas, sentí que perseguía una especie de ideal....La primera vez que experimenté una excitación sexual la provocó un hombre que para mí era como un Dios. Y entonces las cosas se enturbiaron....Recordaba con absoluta claridad lo agradable que me resultaba que mi tío se divirtiera de aquella manera...El goce quedó brutalmente interrumpido cuando trató de violarme. Recuerdo una sensación de golpe en la región de la vagina y una sensación de violencia, pero en realidad no pudo penetrarme...Ahí se terminaban mis recuerdos. No puedo recordar el resultado de todo aquello..."

Sóis semanas después añadiría:

"Después de la última sesión he tenido mi primera relación sexual con un orgasmo interno completo. Fue una experiencia maravillosa. Ahora, mi vida sexual es completamente diferente y obtengo casi siempre sensaciones magníficas. El matrimonio me parece ahora mucho mejor, pero creo que todavía es posible perfeccionarlo, permitiéndome alcanzar un éxtasis absoluto en todas las ocasiones".

Serán necesarias investigaciones suplementarias antes de poder considerar el LSD como una ayuda posible en el tratamiento de la mujer frígida, pero ante estas primeras informaciones son importantes, especialmente en este terreno particular en el que el tratamiento se ha resuelto hasta el momento alentador. Este descubri-

miento podrá ser tanto más importante cuanto que médicos calificados calculan en un 40% el número de mujeres americanas que sufren de frigidez en distintos grados.

Otra rama importante de la investigación clínica es el empleo de el LSD en las enfermedades mentales del niño; mientras que el LSD no ha demostrado tener gran valor para los enfermos adultos, cada vez resulta evidente que el caso es distinto con respecto de los niños psicóticos.

En una serie de estudios efectuados en Creedmore State Hospital de Long Island New York, las Doctoras -- Laretta Bender y Gloria Faretta observaron que el LSD producía una mejora en el comportamiento de los niños atacados de esquizofrenia autística, es decir, aquellos que se aíslan más o menos de cuanto les rodea, y en un grupo de niños esquizofrénicos. Hace dos años, en un informe de la American Psychiatric Association, las doctoras Faretta y Bender decían que los niños demostraban un interés distinto por lo que les rodeaba, que tenían expresiones faciales más inteligentes y algunos trataban de entrar en relaciones con otros (10) Los movimientos desordenados de la cabeza eran menos frecuentes, al decir de las doctoras, se producían mayor número de intentos de comunicación, mejoraron las costumbres del reposo y las comidas. Expresaban la esperanza de que el uso del LSD y otros alucinógenos abriría el camino a una penetración específica del mecanismo de las enfermedades mentales en los niños y su tratamiento.

Uno de los más extraordinarios descubrimientos en el campo de la investigación clínica sobre el LSD, es el posible uso de la droga como analgésico y para aliviar el miedo a la muerte en los enfermos desahuciados. Los estudios dirigidos por el Doctor Eric Kast en Cook-Country Hospital de Illinois, han demostrado que el LSD podría ser eficaz más que los analgésicos habitualmente empleados para suprimir el dolor en los casos de cáncer

incurable (11).

Con cien microgramos de LSD, observa el Doctor --- Kast, los pacientes notaban un alivio mucho mayor que - con los demás analgésicos, tanto en duración como en in-
tensidad.

El alivio podía prolongarse hasta trece días con - el LSD, mientras que con los calmantes habían de ser su ministradas cada dos o tres horas. El Doctor Kast afir-
ma que bajo la influencia de el LSD los pacientes ha-
cían prueba de un desinterés desacostumbrado frente a - su condición física.

"Muchos, afirmaba, cuando se les preguntaba si su-
frían, contestaban que sí, pero que ello carecía de im-
portancia". Aún cuando todavía no se ha llegado a una -
conclusión en las investigaciones el efecto de el LSD -
parece tener sobre los moribundos conscientes de su es-
tado es aún más asombroso. En septiembre de 1965, el --
Doctor Sindney Cohen, en su escrito publicado en Har---
per's , observaba con las oportunas reservas, que "el -
LSD podría ofrecer un día una técnica para modificar la
experiencia de la muerte". (12)

Para apoyar su afirmación, Sindy Cohen citaba el-
caso de Irene, una mujer de cuarenta y cinco años, que-
moría lentamente de un cáncer en el recto. Escribía: --
"Se había superado la fase de esperanza quirúrgica. Tan-
to el hígado como los huesos estaban atacados. No se po-
día hacer nada, tan solo atenuar el dolor. Sin embargo,
pese a las fuertes dosis de narcóticos y de sedantes, -
continuaba inquietándose y sollozando cuando estaba des-
pierta, y gimiendo y agitándose durante el sueños provo-
cado por las drogas".

"Con cierta vacilación, se sugirió el LSD, porque -
había sido administrado a una sola mujer en una situa-
ción similar...En el caso de Irene, se esperaba que un-
poco de esta misteriosa droga la animara a aceptar su -
sufrimiento y la ya próxima muerte.

"Se le administró el LSD y entonces dijo Irene: -- "Ahora ya puedo morir tranquila y sin quejarme... como en aquellos primeros cristianos que en la arena debieron de mirar como los leones les devoraban las entrañas ¿Recordaré todo esto? ¿Qué es el dolor? Creo que sobre ese punto me convertiré de nuevo en un crío. Ahora todo está bien: ya no es el mismo dolor. Sé producía un dolor, al apretarme en este lugar, ni siquiera podía aguantar el peso de una manta. Ahora aprieto con fuerza, hace daño, hace mucho daño, pero no resulta aterrador como antes. Habitualmente me retorcía de dolor y su plicaba que me pusieran otra inyección".

El Doctor Cohen concluye: Durante las últimas semanas se mostraba notablemente más tranquila. Se observan en ella una especie de calma. De vez en cuando necesitaba narcóticos. Por último murió".

Se han realizado también experimentos con animales empleando el LSD, pero dado que las reacciones subjetivas son de gran importancia en las investigaciones sobre el LSD, la experimentación extensiva animal, que habitualmente acompañan a todo descubrimiento de nuevas drogas, ha sido en esta ocasión muy limitada.

No obstante, se han intentado algunos experimentos en menor grado con animales. En el curso de los mismos se han comprobado cambios en las arañas que tejen la tela con mayor rapidez y limpieza, de los peces siameses-combativos, luchan menos, y de las carpas, que nadan -- por la superficie del agua en lugar de permanecer en el fondo.

Pero el sujeto principal de la investigación sobre el LSD es el hombre. Los animales no pueden hablar, y esa es la única forma de que los investigadores averiguen lo que ocurre en la mente bajo la influencia de el LSD.

Notas bibliográficas de: El LSD al servicio de la Psicoterapia.

- (1) Ditman, K. S.; Hayaman.; Whittlesey, J. R. B. "Journal of Nervous and Mental Diseases, 134, 1962, pág, 346
- (2) Blum, R. "Utopiates", Tavistock, Londres, 1965.
- (3) Archivos Generales de Psiquiatría, Beverly Hills California, 1959.
- (4) Terrill, J. "Journal of Nervous and Mental Diseases 135, 1962, pág 425.
- (5) Schmiede, G. R. "Journal of the Medical society of New Jersey, junio 1963.
- (6) Cit. por Terril, J. ob cit.
- (7) Heyder W. Dietrich "The American Journal of Psychiatry". Norfolk Mental Health Center. Virginia. 1963.
- (8) Editorial "British Medical Journal", 5,502, junio -- 1966. pág. 1533.
- (9) Ling, M, Thomas y Buckman, John "Psychelic Review" - Marlborough Day Hospital, Londres.
- (10) Sender Lauretta y Gloria Pareta "American Psychiatric Association" Creedmore State Hospital.
- (11) Cit por Rof Carballo, J. y Gonzales Morado A. "Experiencia clínica con la dietilamida del ácido lisérgico" Boletín Inst. de Pat. Med. volXIII.
- (12) Cohen, S. Ditman, K S. "Journal of the American Medical Association", 181, núm 2, 1962, pág 161.

LOS EFECTOS DE LA DROGA.-

Cada droga posee su propia fantasía para crearse - su paraíso artificial, para reducir a la esclavitud a - quien la adopta, para atacar y disgregar el cuerpo y el alma de quien se le entrega. Estos son, los principales efectos psíquicos y físicos de las drogas principales:- el modo de comportarse de la morfina, la heroína, la co caína, el éter, la mariguana, la mescalina.

El último de los tres períodos, inicial, eufórico, y tóxico, a través de los que pasa sucesivamente el mor finómano, es el de la verdadera morfinomanía habitual,- que lleva consigo el triste acompañamiento de las alte raciones mentales y físicas.

La morfina desanima. El primer período, ciertamente, no invita a repetir la absorción de las drogas: produce un sentido de ebriedad penosa que revuelve el estómago y - cansa el pensamiento, produce vértigos, somnolencia agi tada, mal de cabeza, sequedad de garganta, entorpeci- - mientos y picazones molestos. Este cuadro es poco ale- - gre y no es constante, y es muy variado en intensidad:- dura pocas horas, y tiene a su activo el apaciguamiento del dolor. Los que son candidatos a no llegar a morfinó manos conservan vivo el recuerdo de la náusea, del mal- de cabeza, del aturdimiento, y no vuelven a intentar la prueba, sino forzados por la necesidad. Los demás, o -- por la persistencia del dolor, o por satisfacer comple- tamente la propia curiosidad, o porque desconocen los - peligros que se derivan del abuso de la morfina, o por- que están seducidos ya por la euforia que provoca, con- tinúan usándola, y caen pronto bajo su dominio. Progre- sivamente perderán la voluntad, la defensa moral, el e- quilibrio psíquico y aún la vida (1).

El segundo período puede ser larguísimo, en espe- cial si el sujeto sabe limitarse a las dosis y goza de una resistencia orgánica notable. El veneno le concede-

todo lo que posee de bueno en formas, las más agrada---bles y seducientes, escondiendo el peligro bajo apariencias de una acción casi inocua.

En la acción estimulante de la imaginación, en la excitación intelectual y en la euforia del opio y sus derivados les procura, el sujeto encuentra un estímulo a su actividad mayor en el trabajo, a una producción mayor de la inteligencia, a una potencialidad creativa -- más ardiente, a un tono de humor siempre elevado, a todas las expresiones más alegres de la vida. Y no tienen miedo al cansancio que superará con una pequeña dosis de la droga. Pero lo insidioso está escondida en la misma naturaleza de este veneno solapado y en la de sus efectos fisiológicos: el hábito. Muchos de los que usan la morfina no lo ignoran, he intentan luchar contra él con una táctica de avances y de retrocesos, pero acaban casi siempre por sufrir sus desastrosos efectos. Al no poder renunciar a la necesidad de la droga, padecen la imperiosa necesidad de aumentar la dosis de manera indefinida, y de hecho, todo titubeo saltán más allá de la barrera del límite.

En el tercer período, la morfínomanía se convierte en una psicopatía. La morfina no es ya un placer, sino una necesidad irrefrenable. Se trata de un placer negativo, es decir, del cese de un sufrimiento intolerable. El hambre de la droga es insaciable; el cuerpo y el alma son sus esclavos. En esta fase aparece la verdadera "psicosis morfínica": el enfermo, en este punto ya es un verdadero enfermo, no tiene más que un pensamiento, un deseo, una preocupación: morfínarse, donde sea, como sea, sin freno, sin vergüenza, sin pesar. Está dispuesto a no comer, a reducirse a un maloliente, a prostituirse, a robar, con tal de poder procurarse la droga. El precio no importa.

Los síntomas psíquicos se manifiestan, en general, con extrema lentitud, a tal grado que permite al morfi-

nómano cumplir, incluso por muchos años, con su trabajo habitual y conservar su oficio, incluso si se trata de uno de los más latos de la vida social. Sin embargo, no escapa a un observador atento que también en estos casos de estos intoxicados "privilegiados", por su inteligencia superior, por su excepcional resistencia al trabajo o por sus particulares dotes de expresión del pensamiento, se va desarrollando un cierto decaimiento de la potencia, de la originalidad, del valor de su producción intelectual. Invadidos poco a poco por un gran sentido de cansancio, se desinteresan de todo, se aíslan.

Al grave defecto de la voluntad se asocia pronto, el de la memoria, que se hace cada vez más frágil, especialmente por las nociones recientemente adquiridas. -- Son precocísimas las modificaciones del tono afectivo y del carácter: el enfermo pierde su natural alegría; está triste, preocupado, inquieto, irasible, intratable, en contraste con todos los que lo rodean. Se ha contradicho, especialmente respecto de su vicio y de sus consecuencias, está preso por crisis de cólera, a veces violentísimas. Bajo la acción de una buena dosis de morfina, hasta que el estado de intoxicación no está muy avanzado, puede sin embargo encontrar, por un espacio cada vez más pequeño, su alegría y volver a ser afectivo, jovial y respetuoso.

La obsesión de procurarse la droga de cualquier manera, influye grandemente en sus sentimientos éticos; todo rastro de sentido moral desaparece, se deshace la más elemental conciencia de los deberes familiares, profesionales, sociales. El morfinómano crónico se siente costreñido a ocultar de lo mejor que puede su deplorable hábito, y al mismo tiempo debe encontrar mil expedientes para procurarse el veneno. Sistemáticamente se convierte en mentiroso, falsifica las recetas, roba. -- Llega a un grado tal de inmoralidad que puede llegar a ser un verdadero criminal, en especial si se encuentra-

bajo el dominio del ansia por la necesidad insatisfecha y no tardan en manifestarse en él síntomas de alteración de las facultades psíquicas superiores, de los poderes creativos, de la asociación de ideas, del juicio. En las fases más avanzadas de la intoxicación, el paciente puede presentar un tardo estado de confusión, -- que tiene a veces todas las características de la locura.

La heroína es más tóxica. La heroína es menos hipnótica y cinco veces más tóxica que la morfina. Posee una acción mucho más violenta y no dá la euforia y la ligereza de espíritu que procura el opio; pero los que la han probado han quedado esclavos suyos y no han podido volver al opio. Las horas de tregua concedidas por la heroína son muy reducidas: cada dos o tres horas hay que repetir la absorción, el opio por lo contrario, continúa su acción por un período de unas diez horas (2).

La heroína provoca disturbios extremadamente graves sobre la médula alargada y sobre las funciones que ella preside: disturbios en la respiración, cianosis, coloración violácea de la piel, dispnea; parece que tenga acción convulsionante. El estado de necesidad que -- provoca va acompañado de angustia.

El polvo de la heroína se olfatea fácilmente, y entre los occidentales ha destronado rápidamente a la cocaína: el morfinómano, sujeto a la jeringuilla, siempre en busca de recetas, encontró en aquella arenilla una gran comodidad y una feliz simplificación en la satisfacción del deseo de droga. La heroína se asocia mal -- con otros tóxicos; en contraposición, aumenta en sus -- víctimas su dependencia por el tabaco.

La heroína tiene efectos psico-fisiológicos iguales a los de la morfina, pero más violentos y en el momento del deshábito provoca una particular impulsividad y una mayor angustia respiratoria. El ciclo de la caída es igual y recorre las mismas etapas, pero con paso más rápido.

La codeína. La codeína preparada en la mayoría de los casos a partir de la morfina, es una medicina de uso común en la terapia de las afecciones en las vías respiratorias; es un buen calmante de la tos y de las afecciones espasmódicas, como el asma. De ordinario, se usa en forma de polvo o de jarabe, pero también como una solución inyectable.

La toxicomanía que provoca es menos violenta que el de la morfina y la de la heroína, pero, sin embargo, es muy tiránica. Los casos señalados de codeinomanía -- son muy numerosos (3).

La cocaína. Los efectos del cocainomanismo de olfato, -- ya agudo, ya crónico, varían grandemente según los individuos, su edad, su constitución, su resistencia. Las primeras pruebas de la droga, para que el jamás la usado, determinan molestias sensaciones locales sobre la mucosa-faríngea: sensación de frío, primero, después, de calor, de hinchazón y, por lo tanto, de sequedad y de insensibilidad. La saliva cae por ambos lados de la boca y se experimenta un desagradable sabor amargo (4).

Siguen los fenómenos de ebriedad, acompañados por el aumento de las pulsaciones, por el enrojecimiento de la cara y del cuello. El cocainómano se encuentra inmerso en un estado casi de estupor, que le abstrae de la vida exterior y del sentido de la realidad. Sin embargo no aparecen verdaderos disturbios en su esfera psicosocial, que simplemente está exaltada en sus reacciones y estímulos, incluso mínimos. La exaltación sexual generalmente aumenta.

Si la dosis de cocaína tomada es excesiva, se tiene, primero, una abundante salivación, una completa supresión de la saliva y una pensosa aridez en la boca y la garganta. Los disturbios de la esfera psíquica se -- toman formas delirantes, o alcanzan un estado de grave confusión con una vivacísima agitación y una violenta impulsividad. Sigue un estado de sueño profundo y de -- completa inconsciencia, casi comatoso; a veces sobrevie

ne un colapso, y después la muerte, por parálisis cardiaca y respiratoria.

Estos síntomas, impresionantes y peligrosos, que se encuentran en las intoxicaciones agudas y, también en los cocaínómanos habituales después de una dosis exagerada, son solamente frecuentes en los inexpertos y en los que se inician en el vicio, en el aislamiento de su curiosidad o de su desconsuelo.

A la primera dosis, sigue, casi siempre, la segunda, aún cuando el recuerdo de sus efectos no sea demasiado agradable; después de la tercera, en un tiempo brevísimo se crea el perfecto cocainista, que bajo el dominio cada vez más imperioso de la necesidad, angustiado por el surgimiento rápido de los molestos fenómenos de la abstinencia, cae rápidamente en el embrutecimiento del cocainismo crónico.

El Éter. Los toxicómanos, casi por instinto, han recurrido al éter como un coadyugante de la morfina y de la cocaína; pero no faltan aquellos que se valen únicamente del éter., aspirando a través de la nariz, para encontrar en él un fugaz medio de excitación y de ebriedad, o la calma de un dolor físico atormentador e insistente, o un camino para el sueño que rehusa su acción benéfica al cerebro fatigado y, de varias maneras, intoxicado por venenos físicos o morales (5).

Recordemos entre varios tipos de cocaínómanos la neuropática, que se procura con la inhalación de la gasolina; la distensión de sus nervios exaltados y rebeldes, y, por un error en la dosis, encuentra un despertar penosísimo e incluso la muerte.

Los síntomas de la borrachera de éter van desde una tranquila beatitud, de una euforia sin fin, que se acompaña por una excitación psíquica, a menudo erótica, hasta la excitación de tipo hipomaniaco. Se notó también un fenómeno, retenido por algunos como característico, que consiste en una extraña sensación de ligereza física, como si el cuerpo se hiciese vaporoso.

El cáñamo indio. En Oriente, el hachís era usado ya algunos siglos antes de Cristo. Está muy difundido en los países de origen y poco a poco va envolviendo a los demás.

El hachís determina un estado característico de -- ebriedad, durante el cual los objetos adquieren contornos luminosos y de varios colores, se proyectan en el ambiente figuras extrañas y maravillosas, y se arremolinan en el pensamiento imágenes fantásticas y agradabilísimas, de lo que se da cuenta el sujeto y de los que se complace como si estuviera en condiciones de normal euforia (6).

El drogado pierde completamente el control del --- tiempo de su ebriedad, que le parece larguísimo, y al despertarse no recuerda nada o casi nada. No se admite por todos una acción afrodisíaca.

En la intoxicación crónica se crea, como en el caso del opio, el estado irrefrenable de necesidad y se engendran verdaderas psicosis. En los países orientales son frequentísimas, mientras que entre nosotros son menos frecuentes; revisten un carácter amencial o conducen a estados de depresión o de exaltación con crisis de furor maniaco.

Lo mismo que todos los toxicómanos, también los apasionados del hachís se desinteresan de sus ocupaciones y de su familia; se entregan al vagabundeo, se convierten en irasibles y buscableitos y, no raramente, desembocan en la criminalidad.

La mescalina. Para mantener en alto el prestigio de las toxicomanías exóticas, ha aparecido desde hace un tiempo, sobre el horizonte de los decadentes, el mescalismo, debido al uso voluptuoso del mescal o peyotl, planta corpulenta de México (7).

La mescalina, se saca de ella, provoca fenómenos de euforia y de exaltación psíquica que van acompañados de alucinaciones visivas de forma geométrica y policromáticas, extraordinariamente pintorescas y fantásticas.

Nada puede cambiar el curso del complejo visionario-alucinatorio; en esto, incluso la propia voluntad se muestra impotente del todo.

LSD. Leary, el profeta del LSD, ha declarado: "Solamente llegando a la locura seremos sabios". Esta declaración incuieta a todos los que sostienen que la salud mental del hombre constituye su posesión más hermosa, y que no debe ponerse nunca en peligro (8).

Se ha notado también, y se ha criticado, el que los sujetos de el LSD tienden a desvalorizar la razón y la inteligencia, para total beneficio de la sensación, lo que dejaría la puerta abierta a todos los abusos.

El fin que buscan todos los que utilizan el LSD es el de adormecer la razón y liberar las miríadas de sensaciones que las convenciones sociales mantienen encadenadas desde la infancia. Se puede llegar así al umbral de la locura, y Leary lo reconoce, pero él sostiene que éste es, quizás, el único medio de alcanzar el mejor orden universal.

Aunque el LSD no debe desarrollar el sublime papel que le reserva Leary, actualmente, como ya dijimos, se estudian sus posibles aplicaciones legítimas.

El psicoanálisis ha descubierto en esta droga un nuevo medio para explorar el inconsciente.

Notas bibliográficas de: Los efectos de la droga.

- (1) Tallmeyer, M. "Poseído de la Morfina".
- (2) Sanzo, D. "La heroína: un paraíso prohibido". El Español. Agosto 28 1965, pág 18.
- (3) Rumler, W y Veigel, W. "Intoxicación por Codeína".-
Machr Kinderheiltk, III, 1963, pág 241.
- (4) Zevallos Quequezana. "Coca y Cocainismo". Arch. Fac
Med. Tomo XII Núm. 3-5-61, 1964, pág 310.
- (5) Sharappe, O. "Toxicomanías". Landarzt 43, 1003 1967
- (6) Téllez Carrasco, P. "Amok y latah". Ac. I, Esp., Neu
rol y Psiquit, 1952, pág. 275.
- (7) Tafallero, A. "Mescalina y LSD 25" Buenos Aires 1956
- (8) Leary, T. "The Psychedelic Experience", University--
Books, New. York. 1964.

PORQUE SE DROGAN.-

Cada uno de nosotros necesita, para vivir, conquistar, junto a la realidad tangible y consistente, quizá-cruel, de la vida de todos los días, también un poco de evasión de la irracionalidad.

Una especie como de coloración de la vida y una como evasión de la realidad son un postulado de la existencia de todos nosotros: son los paraísos artificiales que nos hacen posible el vivir.

La expresión "paraísos artificiales de la toxicomanía, por el contrario, representan una desviación extrema y patológica de la manera de ser del hombre.

De hecho, en la civilización occidental, el uso de los estupefacientes es muy reciente, si se le compara con lo que ha sucedido en otros pueblos de la tierra, desde la más remota antigüedad sumaria hasta la proto-historia china y la de los indios de América. Además en Europa, se limita a un uso restringido de la población: intelectualoides, pseudo-artistas, sujetos anormales.

En 1961 se encontraban fichados en Italia solamente 280 toxicómanos, en especial morfómomanos (1). Los casos efectivos eran ciertamente un múltiplo de los fichados, pero no alcanzaban, y siguen sin alcanzar, las dimensiones de un hecho social preocupante como sucede en Estados Unidos de Norteamérica.

Se trata, por lo general, de toxicomanías terapéuticas, de las contraídas por snobismo en ambientes depravados o por la búsqueda de una afirmación cualquiera de sí mismos por individuos con débil personalidad, que acaban de esa manera por autodestruirse.

Antiguamente, las intoxicaciones voluptuosas se afirmaron, por el contrario, sobre un mayor sedimento social, a veces incluso sobre una motivación religiosa, como sucedía con la mescalina en los rituales precolombinos del antiguo México. La cocaína y el opio libera--

ban poblaciones deprimidas por el hormiguillo del hambre y de la fatiga y las ayudaban a evadirse de una realidad miserable.

En general, ésta evasión conduce a los individuos a liberarse de los esquemas de la organización social en que viven, hacia una especie de visión ficticia de la realidad, de la que parecen que todos tienen necesidad.

Esta necesidad de lo irracional y del trascendente ha conducido a veces al hombre, a descubrir aquellas -- técnicas de la ascesis religiosa, que consisten en los ayunos, en el canto del coro, en las danzas rítmicas, - las cuales, si son practicadas en un estado de acreencia de alimentación, llevan a efectos fisiológicos semejantes a los producidos por la mescalina.

Aldo Huxley presentaba observaciones agudísimas a este propósito. Observa que el hombre puede procurarse el acceso al mundo trascendente con la religión, pero - también, en cierto modo, con ciertos tóxicos (2).

En los rituales religiosos paganos del mundo mediterráneo antiguo se bebía hasta la ebriedad para comunicar así colectivamente con la divinidad.

Notas bibliográficas de: Porque se drogan.

(1) Anónimo "Escandalo y Drogas en Italia" El Español.- núm 397, abril 14 de 1952.

(2) Huxley, A. y Salomón, D. LSD "The consciousness-Expanding Drug" New York G. P. Putnam's Sons, 1964.

QUIEN ES NORMAL NO SE DRUGA.-

Los estupefacientes son sustancias tóxicas que, -- por su peculiar acción, alteran profundamente la personalidad psíquica y física del sujeto y desorientan el equilibrio fisiológico individual y también el equilibrio que existe entre individuo y la sociedad.

No han faltado interpretaciones interesantes de la incontestable e incluso irresistible inclinación del hombre hacia sustancias semejantes, tendencia común a multitudes, de todas las épocas, de todas las razas, de todos los estratos sociales. Se ha invocado, de vez en cuando, la defensa fisiológica del dolor físico y del moral, la necesidad de ciertos individuos o de ciertas razas de liberarse de ideas opresivas de mediocridad, de inferioridad y de responsabilidad; o la necesidad de evadirse y de trascenderse a sí mismos.

Puede darse, quizá, que algunos efectos fisiológicos propios de algunas de estas sustancias lleguen a -- satisfacer exigencias fisiológicas y que algunos efectos psíquicos respondan inicialmente a particulares inclinaciones casi patológicas del sujeto, quizá congénitas, pero, en tal caso, se trata de taras constitucionales y no de necesidades del hombre normal.

Los estupefacientes no sirven para proveer del material necesario para la conservación y el aumento del individuo, ni para reparar el fin de pérdidas ni para -- el de proveer de energía química necesaria al trabajo de los tejidos.

No satisfacen, pues, una necesidad fisiológica orgánica y el individuo puede bien pasarse sin ellos.

Decisivo para el carácter de estupefaciente es la connotación de daño social que produce, de tal modo que De Mattei llama a la droga "un veneno del hombre y de la sociedad" (1)

El daño social nace de la tendencia al proselitismo

mo en los toxicómanos. Se puede dar incluso, a veces, - un morfinismo familiar, por ejemplo, a causa de la incapacidad para el trabajo; por la posibilidad de delitos - bajo el efecto de la droga, que quita el sentido durante el estado de necesidad; por el desarrollo de una verdadera actividad delincriminal con la venta provechosa - de las sustancias incriminadas.

La gravedad de las primeras absorciones de la droga estupefaciente es el primer motivo de la toxicomanía y caracteriza un estupefaciente.

El intoxicado experimenta agradables estados de -- conciencia, sean puramente intelectuales (morfinas), sean sensoriales (hachís y cocaína), de los que saca una satisfacción profunda que, probablemente, se adhiere a -- sus orientaciones y a sus tendencias de orden psíquico- y sensorial.

Junto a los paraísos artificiales mayores, concedi- dos por la droga propia y verdadera, existen también pa- raísos artificiales menores, por ejemplo el del etilismo, los mínimos y caseros del tabaco, del café, de los tranquilizantes o de un poco de simpatina.

Evidentemente, aquí nos encontramos fuera de las - auténticas toxicomanías: se entiende, de hecho, por --- toxicomanía la situación de quien, para sentirse normal y a gusto, debe recurrir al uso de medicamentos.

Ahora bien, para la mayoría de nosotros el recurso al café, a la copita, al cigarrillo, no está motivado - por la necesidad de sentirnos normales, sino solamente por el deseo de obtener una especie como de expansión - de nuestra personalidad, de alcanzar una mayor espontaneidad en la comunicación con los demás, o simplemente por la necesidad de imitar a la compañía. Quizá eso sea un pequeño rito que nos permite comunicar más libremente con la sociedad que nos rodea.

Dado que el treinta por ciento de los que están en los hospitales psiquiátricos está representado por suje

tos etílicos Trentini y Carli estudian este problema:

Ellos han investigado el campo del sujeto normal - que bebe, es decir, el del alcoholismo en pequeñas dosis, y han presentado sus resultados en 1966, en Milán, con motivo de la relación sobre intoxicaciones voluptuosas en la sociedad italiana. (2)

Estos autores, con un estudio minucioso sobre la base de experimentos fisiológicos (tiempo de reacción), han llegado a la conclusión de que el uso del alcohol - en pequeñas dosis no se puede censurar con un simplificado juicio de condenación; que por lo contrario, el alcohol en pequeñas dosis tiene una afortunada acción antidepresiva, causa una disminución de la incertidumbre y un aumento del grado de decisión. Es decir, en pequeñas dosis, el hombre normal, es un elemento útil, para él, con efectos positivos.

Y esto sucede a pesar de que la búsqueda repetida de los efectos positivos del alcohol pueden llevar directamente y a menudo lo hace, a la intoxicación y al alcoholismo, en todas sus consecuencias deterioradas.

El hecho de que los científicos hayan descubierto con sus investigaciones psicológicas y fisiológicas que un medio sensual como el alcohol tiene efectos positivos, nos parece importante, porque no es ya solamente un dictamen del banal, buen sentido, que a menudo puede también equivocarse.

Lo que se ha dicho del alcohol en pequeñas dosis - vale para el tabaco, para el café, quizá para la simpática y para los tranquilizantes.

El aburrimiento. Es una cosa de todos los días observar numerosas categorías de hombres que han perdido el muelle de la afectividad, que se sienten como fuentes disecadas, que no sienten atracción hacia los familiares, - hacia los hijos, que no gozan del calor de las amistades y que, analizando el haber y el debe de sus relaciones sociales y familiares, descubren, a veces, que el pasivo domina y se cierran en un aislamiento.

Encontramos también hombres que valoran el porcentaje de peligros que se ciernen sobre su salud sobre -- las noticias de la crónica ciudadana, que está llena de infartos, accidentes de carretera, fracasos.

Muchos, con un escrúpulo, que es de alabar, valoran las posibilidades de su supervivencia en relación -- con las estadísticas de muertos calculados por las instituciones de seguros para los seguros de vida, y tienen miedo de morir a cada momento.

Calculan mucho más exactamente las auténticas posibilidades de vida; pero con el aumento de este escrúpulo llegan a no salir de casa por miedo probado estadísticamente para cada uno de nosotros, de tener un malestar imprevisto, de acabar debajo de un automóvil, de tocar la manilla de una puerta y cargarse de microbios patógenos que, seguramente, se encuentran allí pegados en un número enorme.

Otros vienen a caer en esto porque no rinden ya en el trabajo, ya no son capaces de vender su mercancía.

Está, después, la gran masa de pseudo-agotados nerviosos, en los que se ha quebrado la cuerda interna de la fuerza vital, de la capacidad agresiva, de la seguridad en sí mismos, de la confianza en el porvenir.

Evidentemente, se trata de un montaje de optimismo de hecho nada racional y demostrado, pero que, si se pierde, nos pone enfermos con la necesidad de un neurólogo.

El estudio bioquímico de las sintomatologías depresivas, es decir, de estos infiernos relativos frente a situaciones de bienestar y de paraíso, está ahora en principios, pero presenta ya buenos resultados.

La farmacia ha presentado en estos últimos años -- sustancias químicas, capaces de combatir el desorden bioquímico central que se encuentra en la base de la actitud psíquica depresiva, desconfianza y melancolía. -- Otra sustancias como la Benzodiazepina pueden, por el contrario, combatir los escrúpulos obsesivos de los fó-

bicos. (3)

En cierto sentido, pues, nuestro humor depende de las sustancias químicas que tenemos dentro de nosotros mismos y que podemos introducir con la alimentación. La enoradrenalina se encuentra en las células nerviosas del simpático y que se encuentra más o menos en todas las células nerviosas del cerebro, es parecidísima a la Simpatina usada para drogarse.

Cada una de nuestras células sanas contiene sustancias activas capaces de crear en sí mismas y en lo infinitamente pequeño, una orientación energética positiva, optimista y, quizá, incluso un poco irracional; es decir, en el fondo, un pequenísimo paraíso artificial.

Los neurólogos, pueden decir qué excepcional reconocimiento les muestran los enfermos deprimidos, melancólicos, negativistas, con propósitos suicidas, pero -- siempre muy lúcidos cuando han superado el colapso con la oportuna administración de esos productos capaces de dar, a su quimismo central la orientación justa y correcta para querer vivir.

Este montaje buiquímico da al hombre la convicción en parte irracional, de ser fuerte, feliz, afortunado y por eso, el hombre vive y vence los obstáculos.

El posee ya en sí mismo un pequeño paraíso que busca a veces alimentar con sustancias voluptuosas menores si está sano, y con aquellas tóxicas, estupefacientes, si es patológico.

De todas maneras, en parte, es la misma naturaleza quien le conduce por ese camino, rehabilitando el significado social de las pequeñas intoxicaciones y también el móvil humano de las grandes intoxicaciones con estupefacientes.

No se puede degradar a todos los estupefacientes a un proceso patológico y degenerativo; se vuelven a colocar en un plano de comprensión humana, especialmente para los antiguos usos de intoxicación con alucinógenos,-

con ocasión de las iniciaciones religiosas.

Además, nos parece que todo el jugo bioquímico central cerebral demuestra que el hombre tiene necesidad - además de la razón, su conquista suprema, también de un poco de irracionalidad, de azar y de pasión.

Si la modernísima sociedad lo aplasta con el racionalismo demasiado matemático de sus satélites, con la alimentación en pastillas y con la planificación de su futuro, el hombre será infeliz.

Notas bibliográficas:

(1) Cit. por May, A. R. "La salud mental de los adolescentes y los jóvenes" Cinebra. O.M.S. 1971.

(2) Serico, A. Eyres. "Alcoholismo y Toxicomanías" Pana Madrid.

(3) Trompiz, G. "El problema de la droga y su difícil solución" Folia Clínica Internacional. tomo XXn núm 4 - 1970.

LA PSICOLOGIA DEL TOXICOMANO.-

Winick suministró una útil definición del individuo que llega a depender de las drogas:

"El toxicómano es un sujeto con ciertas características psicológicas determinadas que ha elegido este modo de enfrentarse con sus problemas por razones diversas que normalmente ignora. Una de estas razones, y no la menos importante, es su incorporación a un grupo social en el que el uso de la droga es práctica y se valora" (1).

Esta definición explica perfectamente el caso del médico, del terapeuta y del beatnik toxicómanos. Sin embargo, ¿qué tipo de personalidad es propenso a convertirse en toxicómano? ¿Porqué una persona persevera después de tomar la primera inyección de droga mientras -- que se amigó no? ¿Porqué un determinado paciente al -- que se le ha suministrado heroína desarrolla ansia de droga, mientras que el que se halla en la cama de a lado no lo hace? La clave del problema parece radicar, -- una vez más, en el poder de los opiáceos para aliviar -- preocupaciones.

La ansiedad es el mecanismo mental que impulsa a la acción para satisfacer las exigencias primarias de encontrar alimento, hogar, compañía; es el dolor el que vence la desidia de la carne. Es posible que haya gentes que, a causa de su estructura mental o de su educación, o mejor aún, de ambas cosas, se encuentran perfectamente predisuestas a las drogas; nunca están tranquilas y su vida es una constante aflicción. Cualquier palabra les hiere a estas personas, cualquier dificultad parece insuperable y cualquier éxito lo consideran insignificante. La mayoría de las historias clínicas de toxicómanos se insiste en el mal concepto que éstos tienen de sí mismos y de sus capacidades. El toxicómano no tiene la explosión ocasional de autoestima que nos impulsa a los demás a luchar en la vida. La mayoría de no

nosotros luchamos contra la ansiedad modificando la situación que la motiva. Un hombre joven, por ejemplo, domina su incertidumbre acerca del lugar que ocupará en la sociedad comenzando una carrera, aún cuando esta situación le produzca molestias inmediatas.

En cualquier caso es lo bastante estable como para hacer planes a largo plazo; retroceder equivaldría a renunciar a futuros triunfos. Pero el toxicómano no puede concebir que algo que no le produzca placer ahora puede producirle placer en un momento posterior. Puesto que pocas situaciones en la vida se presentan a cambios inmediatos, prefiere, o se ve obligado, a eliminar la ansiedad misma. Para la mayoría de nosotros tal ansiedad es un estímulo útil; para él es un infierno sin salida. Puesto que cuando una situación llega a hacerse dolorosa toma heroína para evitar tener que afrontarla hasta el final, no se sorprende que sólo rara vez tenga trabajo, esposa, hogar. He aquí una importante razón para -- que se produzca la dependencia de los opiáceos; la toxicomanía luego se autoperpetuará, porque cuanto más se evite la ansiedad menos fácil será enfrentarse con ella alguna vez a solas y sin paliativos.

Podría añadirse que el toxicómano pierde el placer más intenso, el que se logra en el proceso de satisfacer estos impulsos; debe contentarse simplemente con -- las sensaciones de saciedad que después experimenta (?)

Resulta interesante considerar otro problema. Aceptado que estos individuos necesitan algo que modifique sus personalidades para salirse fuera de sí mismos, ¿ porqué buscan la heroína que es difícil de conseguir y acarrea la censura de la sociedad, en vez del alcohol, -- que puede obtenerse sin problemas? Encontramos la parte farmacológica de la respuesta en los efectos diametralmente opuestos de las dos drogas. Ambas hacen frente a la ansiedad derivada de la sexualidad y del mismo impul

so agresivo: el alcohol, eliminando la inhibición, permite actuar libremente, pero la heroína, suprime los impulsos, hace innecesaria la acción (3).

Parece que los individuos eligen la droga que refuerza su manera específica de controlar dichos impulsos. En Estados Unidos de Norteamérica, y en menor medida en Inglaterra, donde se espera que los hombres sean agresivos y adecuadamente sexuados, la mayoría usa el alcohol. Es curioso hacer notar que en algunas regiones de Oriente, donde se prefiere la pasividad, la droga tolerada sea la cannabis, cuyo efecto es pacificador, --- mientras que el alcohol es considerado con el mismo horror con que nosotros consideramos la heroína (4).

En Occidente, una minoría usa la heroína para facilitar sus reacciones naturalmente pasivas; es posible que la represión contra la heroína tenga como motivo el que constituya una amenaza contra la fuente básica de poder de la organización social occidental: el impulso egocéntrico del macho.

Las indagaciones hechas sobre la personalidad del toxicómano tienden a confirmar esta teoría. Desgraciadamente los trabajos no abarcan a todo el mundo.

Chein descubrió que el toxicómano adolescente en New York es un muchacho de color, más bien guapo y bien proporcionado, un dandy que podría llevar perilla e intentar comportarse como un caballero británico; en definitiva, un tipo de individuo completamente ajeno al ideal americano del hombre (5). Al principio de sus indagaciones, los psiquiatras descubrieron que estaban a punto de llegar a las manos de causa de sus descripciones contradictorias de las personalidades de los muchachos. Cada toxicómano le parecía a cada investigador -- una persona diferente, de manera que llegaron a la conclusión de que la figura del toxicómano es típicamente fluida y plástica y que oculta una serie de características negativas internas: incapacidad para mantener re-

laciones amistosas, dificultad para ajustarse a las --- exigencias de la masculinidad, sentimientos de inutilidad, depresión, predisposición para sentirse fácilmente frustrados y ansiosos e incapacidad para soportar estos sentimientos.

Generalmente, los toxicómanos de Chein provenían de hogares en los que el padre no existía o descuidaba sus funciones y la madre era extraordinariamente dominante. Otro estudio sobre toxicómanos maduros descubrió que más de la tercera parte de ellos vivían todavía con parientes de sexo femenino a la edad de treinta años, lo que implica una cifra superior en más del doble a la media de población de reclusos, sensiblemente igual, -- sin embargo, en todos los demás aspectos a la media de toxicómanos. A menudo, las casas de los toxicómanos parecen estar mejor amuebladas y cuidadas que el término medio; por lo que el visitante no podría en el recuerdo de una niñez transcurrida con la sensación de ser un -- mueble más de la casa, un objeto para sus padres y no -- una persona por propio derecho (6).

El estudio de Chein descubrió que los problemas de personalidad del toxicómano adolescente eran los mismos que el del toxicómano adulto, lo que representó un nuevo golpe para la idea de la inocencia corrompida por el inductor. Tres cosas aparecieron como decisivas para -- formar un toxicómano: 1) una insuficiencia psicológica que predispone a las drogas; 2) una crisis; 3) una proposición para tomar drogas hecha en el momento adecuado. La crisis puede no ser nada en términos objetivos, quizá solamente un pequeño problema, pero es suficiente -- cuando se encuentra con una personalidad atrapada por -- las inquietudes de la adolescencia.

Los jóvenes que empiezan en las drogas, sigue e--- Chein, saben que lo que están haciendo es ilícito y peligroso, pero tienen una idea delictiva ante la vida. Muchachos de bachillerato que tienen una opinión favora

ble sobre el uso de las drogas, ven la vida con pesimismo, desesperación y son una sensación de inutilidad y - desconfían de la autoridad.

Las posibilidades de que un chico esté expuesto al peligro de las drogas depende en gran medida de su unión con grupos delictivos. Al chico que finalmente toma drogas carece de un estímulo lo bastante fuerte como para suprimir su impulso y desarrollar una disciplina; puesto que su padre falta, o es frío y se muestra hostil, el muchacho tiene relativamente pocas oportunidades de formarse de acuerdo con la imagen de un símbolo varonil; la mayoría de los padres abrigan, sin fundamentos, escasas ambiciones para sus hijos, reflejando así sus propias actitudes pesimistas ante la vida y su desconfianza hacia los profesores y otros representantes de la sociedad.

Con diferentes palabras, las mismas afirmaciones resultan injuriosas:

Los toxicómanos son asociables, inadaptados, inmaduros e inestables. Son egoístas y se concentran en sí mismos, sin interés alguno por el bienestar de los demás, porque solo les importan sus propios problemas.

Su mayor preocupación consiste en seguir obteniendo drogas o en la gratificación inmediata de su deseo de las mismas. Pueden usar cualquier procedimiento, por irracional o peligroso que sea, para satisfacer ese instante, esa ansia. Han dejado de mantener relaciones humanas normales y apenas les preocupan el dolor que causan a sus parientes. Carecen de autodisciplina, de fuerza de voluntad, de ambición y eluden todo tipo de responsabilidades. Tienen un umbral muy bajo para el dolor o cualquier tipo de incomodidad y son incapaces de tolerar críticas o frustraciones. Sus relaciones personales tienden a hacerse más restringidas, limitándose a otros miembros del mundo de los toxicómanos, por lo cual llegan a convertirse en proscritos de la sociedad y en gente extremadamente solitaria.

La función psicológica de la habituación de las drogas.

Hemos examinado algunas características de la personalidad que parecen proporcionar el que una persona - llegue a convertirse en toxicómano si se le ofrece la - oportunidad para ello, también es interesante identificar los mecanismos psicológicos que coadyuvan a la continuidad del hábito. La cuestión decisiva es que para el toxicómano " la vida se inserta en un sistema autosuficiente y cerrado donde puede obtener su propio placer. Se aísla de la necesidad de ayuda humana o de satisfacción. No depende de ninguna otra persona"(7) Sus periodos regulares de euforia están seguidos por otros igualmente fuertes de depresión; parece que el autocastigo - de encontrar las drogas, así como una incipiente abstinencia, es tan importante en el universo personal del toxicómano como el disfrute de sus paraísos.

Prefiriendo siempre una gratificación a corto plazo que la satisfacción a la larga, su continua victoria sobre las crisis de abstinencia, hace que su modo de vida esté constantemente autojustificado. Y al mismo tiempo esto le inhabilita para buscar cualquier otro modo de vida, porque se siente muy enfermo o porque está muy ocupado buscando las drogas; otro modo de vida que podría proporcionarle satisfacciones más profundas, pero que le expondría también a la crítica y a la competencia. Toma este camino porque tiene una miserable opinión de sí mismo; sabe que no puede competir en términos de igualdad y considera que está destinado a ser inferior y despreciado. Sólo las drogas ofrecen una salida para esta situación. Se cita el caso de un chico que se escapó de la escuela y comenzó una vida de toxicómano y delincuente porque el profesor se había reído de su ortografía. Las drogas le daban las satisfacciones - del agresor, la plenitud sexual, etc., sin necesidad de abandonar su pasividad (8).

Este continuo apaciguamiento de la ansiedad, pro--

porcionado por la heroína, condiciona muy poderosamente el uso de la droga en circunstancias difíciles.

Wikler sugiere que esto justifica o explica el hecho de que un hombre puede curar su toxicomanía y vivir aparentemente feliz durante quince años y, sin embargo, recaer en la droga una vez que sus negocios empeoran o sea abandonado por su mujer. Todavía más curioso es que después de un intervalo de abstinencia, aún cuando farmacológicamente imposible. Parece que el modelo químico de la acción de las drogas se ve reforzado por el aprendizaje. (9).

No es fácil diagnosticar un hábito de heroína establecido desde hace tiempo sin hacer un análisis de orina o sin provocar la crisis abstinencial. Excluyendo la necesidad de inyectarse la droga, puede no haber ningún signo exterior de dependencia si la dosis ha sido bien calculada para la tolerancia del toxicómano. Siendo así se comporta con perfecta normalidad, aunque si pudiéramos con su propia personalidad previa a la dependencia notaríamos que nuestra menos tensión nerviosa. Antes de que la toxicomanía en sí misma se pusiera de manifiesto y llegase a ser inaceptable política y moralmente, el opio se usaba a fines del siglo pasado para calmar a los criminales violentos sin oscurecer sus mentes (10). El verdadero inconveniente del uso continuado de los opiáceos es que para el toxicómano se convierte en una necesidad primaria que remplace a las del sexo y la comida, y cuya satisfacción sirve propósitos sociales inútiles.

Wikler escribe un experimento interesantísimo, aunque algo inhumano, el cual se permitió a un extoxicómano que volviera a tomar drogas, advirtiéndole de antemano que al cabo de cierto tiempo se le cortarían el suministro de heroína: el sujeto estuvo bajo observación psiquiátrica durante el experimento, él mismo eligió la dosis y la frecuencia con entera libertad. Este individuo había tenido una vida espectacular como conductor -

de una lancha rápida durante la Ley Seca; cuando tenía veintidós años era capaz de conducir su bote toda la noche, llegar a la casa de madrugada, dormir dos o tres horas y fumarse entonces una pipa de opio. Salía entonces a comer algo y pasaba largas horas fumando su pipa con algunos amigos.

El sujeto consideraba la privación de heroína como algo desagradable, pero no imposible de superar, y de buena gana aceptó el experimento. Normalmente era más bien cauteloso con el personal del hospital; pero cuando comenzó su rehabilitación se mostró más hostil y estaba lleno de fantasías acerca de sus vigilantes y de su injusticia para con los otros individuos pacientes. A finales del quinto mes había aumentado su dosis a doce inyecciones de un gramo al día, o sea, un total de doce granos diarios, aunque todavía le quedaba mucho para llegar a la dosis más alta que se conoce: treinta y siete gramos. Mientras tenía lugar el experimento, recibía con alegría su incrementada tolerancia y apetencia. "Es agradable estar enganchado, porque cuando no lo estás es como si un buen amigo se fuera", esto quería decir que deseaba gozar a menudo la acción de la inyección, "Un buen filete siempre sabe bien, pero todavía mejor si uno está hambriento", decía refiriéndose a las inyecciones. Trabajaba un par de horas al día llevando ficheros y el resto lo empleaba en tumbarse en la cama, oír la radio, dormir y decir que no quería ser enganchado. Un mes antes que se cortaran sus suministros se le advirtió de ello y se le aconsejó acerca de la manera de prescindir poco a poco de la droga y pasarse a la metadona. Lo hizo durante tres semanas, pero dos días antes del final aumentó su dosis otra vez y sufrió un espectacular síndrome de abstinencia.

Aunque durante el experimento el sujeto se había sentido culpable por estar atrapado de nuevo en contra de sus deseos y por estar gozando del lujo de tener dro

gas, mientras sus compañeros de prisión carecían de --- ellas, el sufrir el síndrome de abstinencia sintió que había expiado todas sus culpas. Aunque había consumido el equivalente a una fortuna en drogas con muy escasos resultados, puesto que la proyectada investigación acerca de su persona bajo los efectos de la heroína había sido casi un fracaso, todavía pidió que le pagaran en opiáceos para colaborar en experimentos posteriores. Evidentemente, pensaba que la crisis abstinencial había -- compensado todas sus deudas y que no debía favores a nadie. Wikler sugiere que esta necesidad y esta facultad de descargar interiormente la culpa nos revelan la razón por, la que los adictos buscan con tanta frecuencia la heroína, que es la droga que engancha con más fuerza y de la que se presinde con más dificultad, y no la morfina, la meperidina o la metadona, que producen igual euforia. Para el toxicómano, la crisis abstinencial, o su amenaza, constituye el contrapeso necesario del placer obtenido; de este modo, a pesar del desprecio que siente de sí mismo, y que convierte toda satisfacción en culpa, es capaz de obtener placer y de vivir libre de dolor.

Los análisis efectuados sobre la personalidad global del toxicómano suelen limitarse a enumerar características externas aparentes. Se han hecho pocos intentos para entender por qué se conduce en la forma que lo hace, quizá porque tal investigación de modos tan diferentes de conducta es difícil incluso para un psiquiatra competente, o quizá porque entenderíamos realmente al toxicómano, nos veríamos en dificultades a la hora de condenarlo. Cuanto más cerca estamos del núcleo del problema, tanto más cerca nos encontraremos del dilema fundamental: Son las personas quienes utilizan las drogas o son las drogas las que utilizan a las personas? Nos gusta decir que lo primero es verdad; pero actuamos como si la verdad estuviera en lo segundo.

En el núcleo del toxicómano está la respuesta, pero quizá sea mejor para nuestra tranquilidad de espíritu no inquirir con demasiado empeño.

El típico toxicómano joven descrito en varias publicaciones americanas se parece mucho al esquizofrénico joven, cuyo trance ha descrito muy brillantemente Laing en su libro *The Divided Self*. Amos eran buenos niños, caracterizados por una relación fuerte, pero equivoca con sus madres, y aparentemente bien cuidados, aunque en realidad fueran tratados más bien como cosas. El esquizofrénico nunca llegó a desarrollar una verdadera confianza en su realidad interior, porque nadie lo consideró jamás un ser humano valioso. Intenta luchar contra lo inseguro de su propia realidad contruyendo una personalidad falsa, detrás de la cual se agazapa el Yo solitario, omnipotente en el vacío. Maneja la falsa realidad para acoplarse al ambiente, con la desesperada pretensión de evitar todo roce y con la ansiedad de ser una totalidad cerrada en un mundo hostil. Al final sus defensas se rompen y el mundo invade el hueco por el centro: llega a ser manifestamente esquizofrénico. No es imposible que los opiáceos, al acabar con la ansiedad que todas estas maniobras crean, salven al toxicómano de la esquizofrenia y le ayuden a superar los años de disociación interior. Hasta es posible que el psicótico incipiente que escoge las drogas se encuentre en mejor situación que aquel que intenta arreglárselas solo, ya que está comprobado que la habituación a la heroína es una fase de vida de la que el toxicómano se ve desligado lentamente. Aunque se dice a menudo, y probablemente con razón, que el uso de la droga en ningún caso incrementa la adaptación social inmediata o la eficiencia del toxicómano, se omite el hecho de que éste podría sufrir un lento e inevitable colapso de la personalidad si la droga no congelara sus problemas hasta el momento en que resulte capaz de asumirlos.

Notas bibliográficas de: La psicología del toxicómano.

- (1) Winick, C. "Law and Contemporary Problems", 22, 1957, -
pág. 9
- (2) Nyswander, Marie, "The Drug Addict as a Patient", -
Grune & Stratton, New York, 1956.
- (3) Carstairs, G. M. "Quarterly Journal of Studies on -
Alcohol, 15, 1954, pág. 220
- (4) Veillant, G. E. "American Journal of Psychiatry", 122
núm 7, 1966, pág. 727.
- (5) Chein, I. "Narcotics, Delinquency and Social Policy
Tavistock, Londres, 1964.
- (6) Chein, I. Ob. cit.
- (7) Lyle, D. "Esquire", 65, núm 3, marzo 1966.
- (8) Hoffman, M. "Comprehensive Psychology", 1964, pág.-
272.
- (9) Wikler, A. "Psychiatric Quarterly", 1952, pág. 270.

EL FIN DE LA TOXICOMANIA.-

La cura del toxicómano implica dos problemas, físico el uno u social y psicológico el otro. El primero -- surge con las drogas que realmente producen toxicomanía como los opiáceos y los barbitúricos, que dan lugar a alteraciones y dependencias somáticas. Aunque se ha hablado mucho acerca del aspecto somático en la cura de la toxicomanía, la cuestión es, en realidad, relativamente poco importante. Tratándose de la heroína y de los demás opiáceos, el problema de reducir las dosis de el toxicómano hasta cero se puede resolver de diferentes maneras. Una de ellas es simplemente cortar a rajatabla los suministros y dejar que el drogado luche con el síndrome de la abstinencia lo mejor que pueda. Aunque este método es rápido y tiene la ventaja de que el toxicómano se encuentra demasiado débil para poder escapar antes de haber superado casi totalmente su dependencia física, se le considera hoy una práctica médica demasiado brutal. Los sistemas de privación gradual de la droga varían de acuerdo con la institución y el médico que los administre, y se subdividen según se emplee o no otra droga sustitutiva. Se ha formado mucho ruido en torno a las curas de heroína, consistentes en drogas -- que pueden sustituir a la heroína sin producir una nueva toxicomanía, del mismo modo que en un principio se utilizó la heroína para sustituir la morfina, pero parece que no son más que un cómodo expediente; si se usan efectivamente o no, es cosa que carece de importancia en el resultado final. En los hospitales públicos americanos de Fort Worth y Lexington se aplica por vía oral la metadona, opiáceo sintético y poco activo, en dosis cada vez menores; en otros centros, lo que se hace es ir reduciendo progresivamente la cantidad de la misma droga productora de la toxicomanía (1). Al mismo tiempo suelen administrarse vitaminas, tranquilizantes y oído

ras para dormir por las noches; esto último puede resultar necesario durante algunos meses para combatir el insomnio del extoxicómano. Sea lo que fuere, durante el moderno tratamiento de la crisis abstinencial no hay necesidad de que el toxicómano sienta más molestias que una gripe aguda.. En las prisiones inglesas el tratamiento a seguir se abandona a la iniciativa del oficial médico, pero lo habitualmente es ajustarse a los principios generales esbozados anteriormente. De vez en cuando se producen suicidios entre reclusos que han sufrido en prisión el síndrome de la abstinencia sin tratamiento médico; los consumidores de drogas propagan mucho este tipo de historias, pero cuando se lleva a cabo una investigación, lo cierto es que suelen ser infundadas.

Cualquier toxicómano que quiera o pueda ser privado de la droga, bajo vigilancia, durante diez días, conseguirá recuperar su estado metabólico normal. Devolverle unas condiciones físicas razonables puede suponer -- tres meses más de descanso, buena comida y ejercicio. Sin embargo, la ciencia médica ha llegado aquí a su límite, porque no ha empezado siquiera a atacar el verdadero problema de las drogas (2).

El que una persona llegue a depender de las drogas sean estas o no habituadoras físicamente y productoras de toxicomanía, es el resultado final de muchos años de presiones prejudiciales. Este individuo viene seguramente de un hogar frío y hostil, carece de importancia para sí mismo, no cree en su propia identidad, no ha vivido una vida normal ni ha gozado de las satisfacciones comunes, y sí, en cambio, de las modernas impresiones de placer que le pueden dar las drogas. El primer problema que sigue a la privación de la droga consiste en que no tiene nada que hacer en todo el día y no encuentra a nadie con quien charlar.

Cuando un hábito se apodera de una persona, ésta deja de interesarse por las demás cosas. La vida se dirige hacia la droga, hacia la toma inmediata y hacia la

próxima. A menudo el toxicómano considera que lleva una vida normal y que la droga es accesorio; no comprende - que cuando se ocupa de la droga se limita a actuar mecánicamente.

Que el sujeto, después de pasar por el síndrome de abstinencia, se mantenga apartado de las drogas es algo que depende sobre todo de su moral y personalidad, que depende a su vez en forma terminante de su relación con el médico. La persona que se dedica con éxito a curar toxicómanos debe combinar las cualidades de carcelero - con la pericia de un cazador de animales salvajes; debe ser amable y, al tiempo, más firme aún que los monomaniacos con los que tiene que tratar. Uno de los doce médicos londinenses que se ocupan de los toxicómanos informa que sigue una elaborada rutina preparatoria antes de embarcarse en la reducción de la dosis. Al principio el toxicómano dispone de una cantidad ilimitada de drogas, con el fin de que su confianza en el médico se afiance y de que se creen vínculos afectivos con él. Se le acostumbra entonces a una dosis fija y luego a una dosis más reducida. Al mismo tiempo que se le estimula y ayuda, prestándole incluso dinero si es necesario, a conseguir una casa, a encontrar trabajo y, en general, a que empiece a aprender lo que es la vida normal. Comienza el tratamiento psiquiátrico:(3)

La meta es corregir al máximo los problemas de personalidad, proporcionar al paciente una sensación de firmeza, de confianza y de seguridad en sí mismo y un sentido de responsabilidad en relación con su persona, con su familia, con sus amigos, y también hacia la comunidad, así como remplazar la sensación de ansiedad e inseguridad por otra de bienestar.

Los toxicómanos toleran mal la ansiedad. Con frecuencia observan una conducta autodestructiva, de cuyo carácter prejudicial no son conscientes. Los individuos con tales defensas no suelen experimentar un fuerte deseo consciente de cambio.

La psicoterapia se encamina casi siempre al alivio o corrección de conductas no gratificadoras que provienen de comportamientos excesivos o equivocados. Sin embargo, el toxicómano delincuente ha sido frecuentemente objeto no de una preocupación excesiva por parte de la autoridad. Puede que la tolerancia profesional del psiquiatra perjudique los esfuerzos unmaduros del toxicómano por controlar sus impulsos. Tanto en Lexington como en el Riverside Hospital de New York, los pacientes piden frecuentemente mayor control y no menor vigilancia (4). Al mismo tiempo, no existe prácticamente nada que sugiera que el castigo perjudique o beneficie al toxicómano. Este necesita alguien que se preocupe por su sinceridad e independencia.

Los toxicómanos se resisten notoriamente a la psicoterapia ordinaria. Una manera de comprobar la veracidad de esta afirmación es observar que el psicoanálisis depende de la comunicación, de la aceptación por parte del paciente del terapeuta como ser humano capaz de influirle verdaderamente. Pero toda la vida del toxicómano está organizada para eliminar cualquier dependencia de los demás hombres; cuando toma la droga es una persona autosuficiente, capaz de crearse sus propias satisfacciones y culpas y de vivir una existencia independiente del mundo exterior y emocionalmente rica. Por tanto, cuando las cosas le van bien, no tiene motivos para comunicarse; cuando él mismo pide un tratamiento, lo normal es que no sea porque quiere librarse del hábito, sino porque este no funciona como debiera. Es un hombre que ha sido perdedor dos veces y que quiere volver a ser perdedor una sola vez; no desea dar el paso, mucho más expuesto y peligroso, de dejar de perder totalmente. El paciente psiquiátrico ordinario es en cierto modo como una protuberancia que ofrece muchos gan- chos al mundo y al terapeuta, a menudo demasiados, la mejor estrategia del terapeuta consiste en esperar y dejar que su paciente conecte con él como quiera; sin em-

bargo, el toxicómano es como una nuez lisa y con caparazón macizo. El único gancho que presenta es su necesidad de drogas, y esta necesidad puede satisfacerse de muchas maneras. Para llegar al toxicómano es imprescindible romper su coraza. Podríamos suponer que lo necesario sería sustituir la coerción de los opiáceos por la coerción de la terapia; en este sentido debe destacarse que los psiquiatras médicos una personalidad fuerte.

Las técnicas usadas para apartar a una persona de los barbitúricos son más o menos las mismas, excepto en la reducción diaria, la cual, a causa del riesgo de las convulsiones y de una posible muerte, debe ser más paulatina y prolongarse durante tres o más semanas. (5)

Nunca se permitirá al paciente andar solo, y el médico deberá estar siempre preparado para administrarle una dosis de mantenimiento que evite el síndrome de abstinencia. Los demás problemas son básicamente idénticos.

Si un toxicómano no es curado, y pocos lo son, puede asegurarse que tarde o temprano morirá o abandonará las drogas. Pero el daño físico producido por las drogas no es fácil de determinar; las estadísticas son demasiado escasas para poder calcular exactamente la proporción de muertes y suicidios, aún cuando se conociera el número de ciudadanos que están en peligro.

Notas bibliográficas:

(1) Glatt, M. L. "British Medical Journal", 1964, pág. -- 1.116.

(2) Tu, T. U. N. "Bolletín on Narcotics, núm 2, 1951, - pág. 9.

(3) Villant, G. E. "American Journal of Psychiatry", núm 7, 1966, pág. 732.

(4) Burroughs, W. "Junkie", Ace Books, New York, 1953, - pág 43.

(5) Winick, C.U. N. "Bulletin on Narcotics", núm 2, 1962 enero marzo 1964.

RECUPERACION DE LOS TOXICOMANOS.-

Recuperar a un drogado es muy difícil. La desintoxicación verdadera y propia del organismo no presenta muchas dificultades, pero preservar al drogado en sucesivas caídas es una empresa ardua y a menudo imposible. He aquí como se recuperan los drogados:

Deshabituar a un toxicómano es uno de los problemas más difíciles que se le presentan a los psiquiatras. Se deben superar dos dificultades, es decir, la desintoxicación verdadera y propia del organismo de la droga y la corrección del fondo psíquico sobre el que la toxicomanía se ha instaurado. El primer obstáculo se presenta erizado y duro de pensar; el segundo muy a menudo, se convierte, por sus raíces profundamente ligadas al substrato neurótico y no raramente psicopático, en fatiga, incluso ímproba y, a menudo insuperable: la recaída. Los casos casi parece inevitable.

Si por curación definitiva se entiende el abandono completo y permanente del uso de la droga, el número de curaciones definitivas es bastante exiguo.

La complicación de una estadística, completa y verdadera, sobre los datos complexivos de los enfermos tratados y curados, no es posible porque el control choca a menudo contra la mentira y la simulación, dos defectos que nunca faltan en el toxicómano, y que él sabe habilmente camuflar. Por pura curiosidad quiero dar un dato aproximadamente indicativo; el valor de un tanto por ciento sacado de la casuística que comprende un centenar de enfermos tratados y dados de alta desintoxicados de los sujetos que se presentaron a un control establecido a distancia de un año y que todavía estaban inermes de una recaída. Este tanto por ciento ha sido del 3,5 por ciento. Hay que notar que solamente el 45 por ciento de los dados de alta se habían presentado a control; es de suponer que, con toda facilidad, el restan-

te 55 por ciento está constituido por individuos nuevamente intoxicados. (1)

El pesimismo aumenta si se considera que todos los enfermos de la estadística han entrado en la clínica, - sostenidos por un deseo, al menos aparente, de escapar del mordisco del vicio. Es justo, sin embargo, notar sobre el otro plato de la balanza que, los institutos privados llega, ordinariamente, un material humano particular que proviene de clases sociales elevadas, en las -- que el bienestar mantiene espléndidamente el costo del vicio y permite el ocio sin molestia del mañana o gente que viene de órdenes profesionales, médicos, farmacéuticos, para los cuales procurarse la droga es fácil e irrisorio. Para éstos, la dosis diaria sube en comparación con las dosis comunes a valores hiperbólicos, y su toxicomanía resulta así de extrema gravedad.

Estas concisas observaciones, frecuentemente des-- consoladoras sobre el mantenimiento a distancia, no debe sin embargo, renunciar a la lucha. Al contrario, deben de servir de espuela para la búsqueda de nuevos medios adaptados a ayudar a estos ENFERMOS.

El primer resultado que hay que conseguir es la -- desintoxicación del sujeto, de cuyo buen éxito y del modo en que ha sido soportada derivan las premisas para el éxito final. Los variados procedimientos en uso para para la desintoxicación se reducen a dos categorías: el método drástico, en el que se le quita la droga inmediatamente, el método lento o gradual. Los métodos del doctor francés Salem y de Ottonello, los dos drásticos, de donde se ha sacado el mayor éxito en el tratamiento de los toxicómanos (2).

El método Salem.- La cura, según el médico parisiense Salem, sostenedor de la teoría de que "mientras el enfermo tome dosis periódica de droga, por mínima -- que sea, no es posible ninguna desintoxicación", consiste en la deshabitación rápida, basada en la evacuación repetida del tubo digestivo por medio de abundantes pur

gas salinas, sulfato de sodio, en la autohematoterapia-
alargada durante veinte días, dos veces al día para los
primeros doce días; una vez al día en los ocho días si-
guientes, y en la simultánea administración perenteral-
del Alcanfor-sulfado de dietilen-diamina (3).

La autohematoterapia no obraría solamente como tó-
nico general y reconstituyente por medio de una acción-
se "shock", sino que sobre todo, serviría para volver a
dar, bajo acción modificada y atóxica, su droga al pa-
ciente. La sangre sacada de las venas para muestra mani-
festaría una cantidad ínfima de tóxico, que por otra --
parte no se ha podido constatar, ella, vuelta a inyec-
tar en el músculo, sustituiría en el enfermo su dosis-
cotidiana de droga, tendiendo a alimentar inactivamente
las células, a suprimir la sensación de necesidad y de-
angustia, y a procurarle una sensación de calor.

Además, el Médico Salem, sirviéndose de la consta-
tación de que los enfermos deshabitados brutalmente a-
causa de encarcelamiento o interinato sin tratamiento -
especial mantienen el tóxico en su cuerpo por mucho --
tiempo, y que, solamente después de su cura encuentran-
el equilibrio, empuja su interpretación hasta el punto-
de mantener a la autohematoterapia como responsable de-
la eliminación del tóxico.

El método Ottonello. La cura de Ottonello consiste-
en la interrupción inmediata de la administración de la
droga sea la que sea; y en la administración endovenosa
dos veces al día en los primeros cinco o seis días, una
solamente para otros tantos días, de 10 cc. de solución
de Glicosio al 33 por ciento, conteniendo 25 mg. de Ane-
urina, 10 cg. de ácido nicotínico y el 10 cg. de Amida-
nicotínica.

En lo concerniente al mecanismo de acción del méto-
do curativo él justifica (4)

"El uso de la vitamina B uno, con la propiedad re-
conocida a la Aneurina de facilitar el proceso oxidati-
vo del ácido pirúvico, y por lo tanto en función de la-

probable analogía existente entre los narcóticos, constatados como factores inhibentes de la glicolisis la morfina o sus productos similares; la administración de la Amida y del ácido nicotínico porque son sustancias hepaprotectoras de gran eficacia en el tratamiento de toda enfermedad en la que el sufrimiento de la célula hepática es manifiesto; la inoculación de la solución glucosada porque sostiene que, además de una acción tonificante, ejercida sobre el aparato circulatorio, debe atribuirse a ella una tarea más específica, ligada al metabolismo de los mismos glúcidos".

Esta interpretación doctrinal hay que aceptarla con alguna reserva, y es susceptible de eventuales correcciones. Es, sin embargo, inegable el hecho de que el mecanismo de acción parece recalcar bastante bien ciertas suposiciones de orden bioquímico, que es costumbre poner a la base de cualquiera de las reacciones orgánicas del síndrome de la abstinencia. Efectivamente, en el lado práctico, las crisis del período de abstinencia observadas en los enfermos después de las anotaciones en la metódica y derivados de tal método disminuyen en su intensidad.

Y he aquí la técnica exacta de la marcha de la cura.-

Las siguientes son observaciones dictadas por la experiencia del Doctor Bruno Bisio y de Bolzani, de la clínica especializada Viarnetto de Lugano (5).

En primer lugar, el paciente debe someterse voluntariamente al tratamiento, y debe estar convencido de su eficacia y de su máxima soportabilidad. Este es un deber no fácil, y que se presenta inmediatamente al médico, que con sagacidad y paciencia debe vencer las inevitables desconfianzas y conquistar la confianza del paciente. Toda cura que actúe en régimen autoritario, sostenida por la desconfianza y llevada contra la voluntad del paciente, está destinada al naufragio inmediato y aún en el caso, pero muy raro, de que se llegase a buen término, a pesar de la aversión del sujeto permane

rán las premisas para una casi inmediata recaída en el vicio.

En segundo lugar, es absolutamente necesario el internamiento en un ambiente especializado. En esto, la opinión del Doctor Bisio diverge netamente de la del Doctor Salem, el cual sostiene que la cura puede hacerse con libertad, en el domicilio del enfermo, sin una vigilancia particular.

El toxicómano es, por excelencia, un ser débil, -- presto a ceder a toda pequeña dificultad, es un mentiroso de los que hay que desconfiar, siempre pronto para aprovecharse en su ventaja de las distracciones más pequeñas. Por lo tanto, es mejor alejarlo de su ambiente habitual que él domina bien, y donde sabe encontrar numerosos pretextos; debe ser separado de sus parientes -- que han sido siempre tiranizados por él y fáciles a su vez para la compasión y para ceder. Solamente en el ambiente clínico, el toxicómano podrá estar completamente dominado por el médico y atendido con mano dura en los momentos escabrosos, controlado en sus acciones y limitado en sus relaciones con el mundo externo.

No olvidar después que la llamada crisis de la abstención, está en relación la mayor parte de las veces -- con el temperamento psíquico neurótico del enfermo, y -- en tal modo, por lo menos, influenciabile por la psicoterapia. El buen resultado de la intervención psicoterápica en estas circunstancias está ligado, en gran -- parte, a la presencia inmediata del especialista, sobre todo, en las horas nocturnas; por obias razones no podría intervenir si el paciente se encontrase en liber--tad. Hay que precisar todavía la utilidad de tener a -- disposición un personal auxiliar competente, que pueda ser constantemente una ayuda válida para el paciente, e indirectamente para el médico.

Una ulterior preocupación es la de hacer saber al paciente, antes del comienzo de la cura, todos los sín-

tomas que se presentarán y los eventuales sufrimientos a los que ha de enfrentarse durante los primeros días del tratamiento.

Después es fundamental, al momento de entrar al Instituto, el examen objetivo general del toxicómano, con atención especial para los aparatos cardiocirculatorios y urinarios, el examen sistemático neurológico y el examen psíquico. Constatadas las condiciones del sujeto si no existen graves deficiencias cardíacas son en el fondo la única contradicción, se puede dar comienzo al procedimiento de la desintoxicación.

Ordinariamente se acostumbra a comenzar el tratamiento al día siguiente al que el enfermo ha sido visitado, que en general es el mismo día de la admisión, si su entrada en la clínica se efectúa por la mañana. Se deja al paciente hasta el momento del comienzo de la cura la libertad de hacerse inyectar, bajo control de la enfermera, la cantidad de estupefaciente deseada. Esta doble sagacidad se ha revelado útil porque evita que el paciente se lamente por el cansancio provocado por los exámenes variados pasados y asuma, de tal manera una actitud negativa; quita también al sujeto el ansia de espera y los dañosos estados de irritación nerviosa que le podría provocar una administración de la droga poco a poco. Y he aquí como se procede a la cura:

Por la mañana del día establecido se quita definitivamente la droga y se administran al paciente 40 gr. de sulfato de sodio. Después de cerca de una hora se procede a la extracción de 10 cc de sangre venosa por medio de una jeringa con anticuagulante; después se deja la aguja en la vena, se quita la jeringa cargada de sangre mezclada substituyéndola con otra cargada con 20 cc. de solución glucosada concentrada. Después se inoculan al paciente los 10 cc de sangre venosa. Se procede separadamente a otra inyección intramucular de 20 cc de alcanfor-sulfonado de dietilen-diamina pura. Tal-

operación con idénticas modalidades, se repite una segunda vez hacia las 18 horas. Durante el transcurso del día se administran, además, por vía endomuscular en una única solución de 200 mg. de vitamina B uno y 1.000 gamma de vitamina B doce, esta última para los efectos antineurálgicos y antianémicos. En sujetos particularmente desconfiados, o en otros particularmente tranquilos o dóciles, se inyectan por flebotomía de 250 a 500 cc. de solución glucosada al 5 por ciento, con toda la serie vitamínica.

Las técnicas descritas aquí serán repetidas exactamente durante doce días consecutivos, con la advertencia de que se debe disminuir diariamente y gradualmente la cantidad de sangre sacada, de modo de que en el decimo día, la cantidad total sea de 10 cc. repartida en partes iguales entre la mañana y la tarde.

DIETA.- durante las primeras treinta y seis horas, el enfermo debe estar obligado a una dieta hídrica absoluta, se concede a voluntad, únicamente agua mineral y té azucarado y eventualmente un café. Por la tarde del segundo día, después de treinta y seis horas de dieta hídrica absoluta, se permite al enfermo una comida sustanciosa pero fácilmente digerible, eso es correspondencia en general de la aparición de los primeros signos de apetito. A partir de este momento no será ya necesario mantener la dieta especial. Naturalmente están prohibidas las bebidas alcohólicas.

Al comienzo del segundo día de cura, si las condiciones del paciente se mantienen buenas, se prevee nuevamente a evacuar el intestino con 20 gr. de sulfato de sodio; en caso contrario, la ración purgante será dada al comienzo del tercer día. A continuación, cada tres o cuatro días, hasta el final de la cura, se continuará purgando al paciente con 20 gr. de sulfato de sodio.

A partir del día 13 y hasta el final del tratamiento, es decir, hasta el día 20, se practican una sola vez por la mañana, la autohematoterapia y la inyección-

de Glucosio de Nicotinamida; el alcanfor-sulfonado de dietilendiamina se reduce a la mitad de su dosaje.

Según el Doctor Bisio en la práctica no se ha notado ninguna contradicción a la cura a la que son sometidos sus enfermos; el procedimiento es independiente del tipo de tóxico tomado por el enfermo: morfina, heroína, barbitúricos, dolantínicos, opio en solución, etc.; y es independiente de su dosis, aunque sea notablemente alta. (6)

La cura transcurre, en general, con notable regularidad. Los fenómenos que intervienen para caracterizar la crisis de la abstinencia, bien tolerados siempre por el organismo y no alarmantes para el neuropsiquiatra, se repiten constantemente, recalcando en las generalidades el cuadro ya descrito por Salem.

El período se instaura, de ordinario, durante la hora deudécima y no tiene una duración fija; pasando este término, sigue la más de las veces sobre carriles de regularidad sin demasiado obstáculos.

Los fenómenos que constituyen la crisis consisten, esencialmente, en transpiraciones, estornudos, moqueos, aparecen con mayor frecuencia hacia la hora deudécima. Sensaciones imprevistas y alternas de calor y de frío, con escalofríos, mialgias, contracciones musculares dolorosas que golpean un poco todos los varios fragmentos corpóreos y que aparecen con mayor frecuencia hacia la hora veinticuatro. Cuando se verifican estas contracciones musculares dolorosas, pueden incluso durar algunas horas, el paciente debe encontrar alivio, únicamente, en aplicaciones calientes, en el masaje hecho por una mano experta, y a lo más en inyecciones de alcanfor.

El insomnio se mantiene a menudo irreductible por varios días. Este es el mayor obstáculo que se presenta al médico que cuida al paciente. Es absolutamente necesario no administrar ningún somnífero: la más pequeña partícula de ello serviría de reclamo para una nueva e-

inevitable recaída, y por otra parte, dada la costumbre del organismo de las dosis masivas, la posología ordinaria resultaría absolutamente ineficaz.

Para superar estos momentos escabrosos, dos medios muestran valiosos resultados y han dado el éxito en la mayoría de los casos: primero la acción psicoterapéutica, que naturalmente a menudo debe alargarse durante horas, y que naturalmente es llevada con firmeza y autoridad; y segundo, la administración prudente de fenotiacínicos.

Pasada la hora treinta y seis, el sujeto presenta difícilmente disturbios carenciales, y su organismo -- vuelve a tomar gradualmente altura. Se despiertan, como llamadas a una nueva vida, todas sus actividades fisiológicas, con excepción del sueño, que solamente con cierto retardo y perezosamente, acabará con hacer su aparición.

Desde el punto de vista psíquico, la desintoxicación alcanzada revela en sus primeros días cuadros distintos según los enfermos. Algunos sujetos recuperan la completa integridad de sus poderes psíquicos; otros, -- más encallecidos en el vicio, experimentan un vacío impresionante o están sujetos a fenómenos de plus; solamente con el tiempo irán retrocediendo estos fenómenos hasta desaparecer.

Terminada la fase de desintoxicación en el día veinte de tratamiento, el enfermo tiene necesidad de un período de consolación, de una duración de semanas o meses. El enfermo tendría necesidad de prolongar su estancia en la clínica, pero, por desgracia es bastante difícil convencerlo. Si se quedase largamente en un ambiente controlado, sería menos probable su recaída y serían menos pesimistas las consideraciones que se han referido al principio.

Renunciar a una costumbre tóxica es una cuestión de voluntad, pero tomar una decisión y, sobre todo man-

tenerla, está por encima de las posibilidades de un --- toxicómano, y es contrario a su temperamento, hecho de vileza , de pusilaminidad y de mentira.

Es necesario, pues imponerle una deshabituación, - cosa que no siempre es fácil, faltando una legislación- apropiada.

La cura de los toxicómanos de opio, en general, en gaña mucho; ella comporta muchas recaídas. Hay que te-- ner presente un principio sufragado por las experien--- cias; la curación es imposible en una cura en libertad; tal imposibilidad está avalada, también, por las moles-- tias tan dolorosas de la deshabituación. No se puede -- deshabituarse a un morfínmano, si no es mediante un ais-- lamiento riguroso, absoluto, prolongado, en una clínica especializada y en posesión de personal perfectamente - adaptado a este género de tratamiento.

El cocainómano soporta la deshabituación infinita-- mente mejor que el opiómano. Fuertes molestias, debidas a la abstención, molestias cardíacas, se verifican rara-- mente. No se debe por eso, dudar en poner en práctica - la deshabituación brusca; conviene además tener por lar-- go tiempo a los sujetos en el hospital o en casa de cu-- ra, aislándolos rigurosamente, porque el deseo de la -- droga subsiste por largo tiempo y las recaídas no son - menos frecuentes que las que encuentran los morfínoma-- nos. Mejor sería tenerlos lejos de su ambiente al menos por un año. Para los toxicómanos no hay peores enemigos que sus antiguos compañeros de vida viciosa, de los que se conoce bien el proselitismo, y frente a los que --- ellos están en defensa.

En el cannabismo, la deshabituación prolongada de-- la hospitalización es el único recurso que se posee des-- de el punto de vista terapéutico. No se verifican nunca molestias agudas de deshabituación; pero las recaídas - después de la deshabituación son bastante frecuentes.

En realidad, la convalecencia de los toxicómanos es-

el período más delicado de la cura. Al cabo de tres semanas, en general, el sujeto ha dejado de sufrir de manera muy penosa, ha vuelto a adquirir, en parte, su propio peso, pero a menudo todavía tiene su sueño incompleto y queda en él un ansia latente.

El aspira abiertamente a la libertad, y secretamente a la droga. Hay, sin embargo, que resistirse: fisiológicamente, el estado de necesidad no ha desaparecido todavía; los metabolismos orgánicos y humorales no han tenido el tiempo de rehacer un equilibrio nuevo y estable.

Psicológicamente, es todavía frágil, expuesto a toda sugestión de sus taras mentales constitucionales o adquiridas.

El médico tiene el deber de oponerse a una salida anticipada: hospitalización debe durar de seis meses a un año.

Hay que obtener por lo menos dos o tres meses de convalecencia, durante los cuales se intentará una reducción psicoterapéutica. Es éste momento de someter al enfermo, cuando sea posible, y si es todavía joven, a exámenes y a una cura psicoanalítica que permitan el liquidar los conflictos latentes que tal vez has estado en el origen de la misma toxicomanía. A continuación -- hay que preocuparse por introducir al enfermo en su ambiente y que no favorezca una recaída. Hay que reforzar su orgullo y su sentido de responsabilidad.

Para lograr con plena satisfacción el objetivo -- principal del reintegrar al toxicómano al seno de la sociedad, de forma que pueda cumplir las funciones de acuerdo a su "status", se hace preciso conocer el trasfondo de su personalidad, así como averiguar las motivaciones que lo han impulsado a su adecuación.

Actualmente se realiza una clasificación básica -- del toxicómano en tres categorías, atendiendo a su carácter:

1.- EL PSICOPATA. la droga solamente es una de sus ex--

presiones de su desequilibrio, de su inadaptación al me dio social. Conserva una conciencia crítica de la realidad y se da en él un cierto hedonismo o búsqueda del -- placer.

2.- EL PSICOTICO. permanece ausente de la realidad, indiferente. Se encierra en sí mismo y acentúa con el auxilio de la droga los signos paranoicos y esquizofrenicos latentes en su estructura caracterológica.

3.- EL NEUROTICO. pretende neutralizar o sublimar las - ansiedades que le singularizan a través de sustancias - tóxicas, generalmente de tipo tranquilizante. Esto explica la extensión de la heroína en las capas burocráticas, que juzgan la tarea que desempeñan monótona y poco gratificante. (7)

Notas bibliográficas de: Recuperación de los toxicómanos.

(1) Vibert, C. H. "Manual de Medicina Legal y Toxicología clínica y médico-legal."

(2) Rehabilitation of Narcotic Addicts, Report of the Mayor's Committee of the City of Detroit, 1953.

(3) Cit. por Trompiz, G. "El problema de las drogas y su difícil solución" Folia Clínica Internacional. tomo XX, núm 4, 1970.

(4) Trompiz, G. Ob. cit.

(5) Bisio Bruno "El paraíso de las drogas", 2ª ed. Bilbao. 1968.

(6) Bisio, Ob. cit.

(7) Sandison, R. A. "Psychological aspects of the Drugs treatment of the neurosis" Journ Ment Sci. vol 100, pág 511, 1954.

ORGANIZACION DE LA LUCHA CONTRA LAS INTOXICACIONES EN -
EL MUNDO.-

Si bien han existido en todo tiempo, y especialmente después de que la medicina dejó de ser un arte para tratar de convertirse en ciencia, a principios del siglo XIX, esfuerzos esporádicos e individuales encaminados a tratar las intoxicaciones, en general este tipo de esfuerzos eran ineficaces o escasamente eficaces.

Es sorprendente comprobar que el comienzo de los resultados positivos en el tratamiento de las intoxicaciones es evidentemente contemporánea de la organización de los primeros centros especializados, sin que pueda afirmarse formalmente la existencia de una relación de causa a efecto entre ambos dos hechos, que pueden que constituyan, uno y otro, la expresión de gran interés que la medicina ha prestado en los últimos 20 años al fenómeno "intoxicación".

Con una forma semejante desde su comienzo a la que tiene en la actualidad, el centro especializado fue debido en su origen, por una parte, al aumento del número de las intoxicaciones de todo tipo, señalado por los médicos y los poderes públicos en la mayoría de los países desarrollados; por otra parte, a la necesidad de concentrar unos medios de tratamientos complejos y difíciles de hacer funcionar que exigen un personal altamente especializado.

Una vez que este personal estuvo preparado y que se le hubo colocado en su puesto de trabajo, era lógico pedirle que intruyese, atendiendo peticiones y refiriéndose, a puntos concretos, a los médicos no especializados; debido a ello se produjo muy rápidamente la necesidad de que existiese una relación entre el centro y los médicos, e incluso entre el centro y el público, al objeto de asegurar al intoxicado el máximo de garantías antes de comenzar un tratamiento dirigido por el centro

En esta forma quedaron definidas por sí mismas las dos misiones de los centros antitóxicos: informar y tratar.

HISTORIA DE LOS CENTROS DE CONTROL ANTITOXICO.

En 1949 apareció en Holanda el primer centro de información bajo de la K.N.M.P., Sociedad Real Holandesa para progreso de la Farmacia. Entonces se trataba únicamente de poner a disposición de los farmacéuticos, y solamente de ellos, un fichero muy completo que trataba principalmente de los medicamentos y las plantas medicinales, indicando las toxicidades, las contraindicaciones y lo que se debía hacer en caso de intoxicación (1)

El mismo año se inauguró en Dinamarca, en el Bispebjerg Hospital de Copenhague, un centro especializado en reanimación para tratar los intentos de suicidios por ingestión de medicamentos.

Fue en 1950 cuando, por primera vez, un organismo hospitalario especializado en el tratamiento de las intoxicaciones agudas, se hizo responsable, además de la misión informativa, de los medios de ejercerla; de esta forma nació por una iniciativa privada, en el Hospital de Leeds de Inglaterra, el primer centro antitóxico completo, con la doble orientación de tratamiento e información. (2)

También en 1950, la Academia Americana de Pediatría realizó una amplia encuesta acerca de los casos de urgencia infantiles. Dos años más tarde, cuando se terminó y analizó la encuesta, quedó comprobado que un porcentaje considerable, el 51%, de estos casos urgentes tenían como origen una intoxicación aguda. En 1953 la sección de Illinois de la citada academia inauguró en Chicago un centro de información; el mismo año se abrió el centro de información de Cleveland debido al impulso del Doctor Sunshine (3).

Tres años más tarde, en 1956, había en los Estados Unidos de Norteamérica 23 centros; más que en el resto-

del mundo. En 1965, el número de centros antitóxicos en los Estados Unidos había sobrepasado los 554. Esta enorme proliferación, hecha posible gracias a los poderosos medios americanos, muy pronto precisó la creación de un organismo central encargado de coordinar la actividad de estos centros, de facilitar la circulación de información entre ellos y de promover campañas para prevenir contra el peligro de los tóxicos a escala nacional; se trata de la National Clearing House for Poison Control-Centers, que depende del departamento de Sanidad Pública de Washington y que fue creado en 1959.

El Canada abrió cuatro centros en 1957. En 1963, a semejanza de su poderoso vecino, el país había alcanzado el número de 222.

Fue en 1959 cuando abrió en París el primer centro francés, que desde su nacimiento tuvo la doble orientación de tratamiento e información. Francia no se ha esforzado por dispersar con exeso sus medios de lucha contra las intoxicaciones, contentándose con poseer cincocentros en 1968. (4)

Sería cansado enumerar todas las fechas de fundación de los centros antitóxicos de todos los países; si sobre un mapa del mundo se representara cada uno de ellos con un punto, se enegrecerían zonas que, con algunas excepciones (Australia y Japón), coincidirían de modo sorprendente con el mapa de los países desarrollados de gran potencia industrial.

Dos hechos constiyuyen el origen de esta desigualdad en la distribución geográfica de los centros antitóxicos: por una parte, los países subdesarrollados conocen menos las intoxicaciones, los suicidios son raros en ellos, los medicamentos constituyen una especie rara y preciosa que no se deja descuidadamente al alcance de los niños y los productos industriales, caseros o agrícolas están poco difundidos, por otra parte, y sobre todo, el coste elevado de instalación y funcionamiento de

Los centros antitóxicos no se halla todavía al alcance de los limitados presupuestos de la Sanidad Pública de estos países, que, con un sentido realista, se conforman a la erradicación de las enfermedades endémicas desconocidas o desaparecidas ya hace mucho tiempo en los países desarrollados.

COOPERACION INTERNACIONAL.-

A partir de 1960, los responsables de los diversos centros antitóxicos europeos, con ocasión de sus reuniones regulares, habían llegado al convencimiento de la necesidad de una coordinación supranacional de sus esfuerzos.

Fue en 1964 cuando de estos contactos nació la Asociación Europea de los Centros de Lucha contra los Tóxicos, presidida por el Profesor Gautier de París (5). -- Las funciones de este organismo son coordinar la acción de los diversos centros de Europa, públicos o privados, y los sistemas nacionales, facilitando la circulación de la documentación toxicológica entre ellos, y representarlos en las Instituciones Internacionales, como, por ejemplo, La Organización Mundial de la Salud.

Los objetivos. Como hemos visto, el objetivo principal de los centros antitóxicos es doble: informar y tratar. En lo que a la información se refiere, ésta puede concebirse dirigida solamente a los médicos, o al personal sanitario, o incluso al conjunto de la población. Existen además otros dos objetivos secundarios a pesar de su extrema importancia: se trata de la prevención del peligro tóxico, por medio de una información sistemática a los médicos y al público en ausencia de toda intoxicación, y la enseñanza de la toxicología clínica. Por último, es lógico añadir a todo este conjunto la lucha contra las intoxicaciones crónicas, a la cabeza de las cuales se hallan las enfermedades profesionales.

Notas bibliográficas de: Organización de la lucha contra las intoxicaciones en el mundo.

(1) Toxicología clínica de la Universidad de París

(2) Fournier "Elementos de Medicina Legal" Flammarion, - París, 1957.

(3) Duster, Troy, "The Legislation of Morality: Law, -- Drugs and Moral Judgment, New York, The Free Press, --- 1970.

(4) Toxicología Clínica de la Universidad de París.

(5) "Chronicle of the World Health Organization: Drug - Addiction or Drug Habituation, pág 165.

LA LUCHA INTERNACIONAL CONTRA LOS ESTUPEFACIENTES.

La resolución, firmada en la Haya en 1912, por sesenta Estados, que postulaba una lucha internacional -- contra el opio, era de muy relativa eficacia. En 1919, los dirigentes de la "Sociedad para la supresión comercial del opio" y de la Asociación internacional para la lucha contra el opio" dirigieron a Clemenceau, a Lloyd-George y al Presidente Wilson, reunidos en Versalles para la redacción del tratado de paz, telegramas reclamando imperiosamente la ratificación del Convenio de la Haya. El artículo 295 del Tratado de Versalles respondió a su deseo; La Sociedad de las Naciones, encargada de su aplicación, constituyó a este efecto una "Comisión consultiva del opio y otras drogas nocivas", que permitió a la Convención de la Haya entrar efectivamente en vigor el 1º de enero de 1921. Otros acuerdos firmados en 1925 y 1936, permitieron incrementar la lucha contra el tráfico de estupefacientes cuando sobrevino la Segunda Guerra Mundial

El 11 de diciembre de 1946, en Lake Success, la Organización de las Naciones Unidas hereda las cargas de la difunta SDN y crea una "Comisión de los Estupefacientes", que recibe el concurso médico y técnico de la Organización Mundial de la Salud.

En 1953, un nuevo protocolo limita la producción de opio y prevee que su uso no médico será eliminado antes de 1968. Sin embargo, la legislación internacional es demasiado compleja. El 30 de marzo de 1961, un "Convenio Unico" de cincuenta y un artículos reglamenta el control de "toda droga nociva para la salud mental", y decide la creación de un "Organismo de control de los estupefacientes".

Este organismo coordina la lucha internacional contra la droga, evalúa cada año las necesidades de estupefacientes que tiene el mundo y hace el balance de la -- producción mundial de opio.

Según los convenios de 1912, 1931 y el protocolo de ---
1948, unas noventa sustancias naturales o sintéticas se
hallaban puestas fuera de la ley. Lo que daba a las di-
ferentes legislaciones nacionales un medio efectivo de-
represión.}

Notas bibliográficas:

(1) Sociedad de Estudios Internacionales "Organismos Es-
pecializados de las Naciones Unidas. Sus instrumentos --
Constitucionales. Madrid. 1968

DISPOSICIONES LEGALES.- EN MEXICO

{ Son diversos los ordenamientos, en México, que con-
 tienen normas acerca de las drogas, el propio artículo-
 73 de la Constitución Federal hace referencia, en la ba-
 se cuarta de la fracción XVI, a las "sustancias que en-
 venenan al individuo y degeneran la raza". En el plano-
 secundario contienen prescripciones importantes sobre -
 este tema, contemplando desde dos ángulos fundamentales
 tanto el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexica-
 nos como el Código Penal para el Distrito y Territorios
 Federales, también aplicables en lo federal en estos de-
 litos } (1)

Por lo que respecta al Código Sanitario de 1954, -
 ha quedado incluida entre las actividades concernientes
 a la salubridad general del país la campaña contra " la
 producción, venta y consumo de sustancias que envenenan
 al individuo y degeneran la especie humana". Y determi-
 na que la Secretaría de Salubridad y Asistencia es la -
 única autoridad facultada en la República para conceder
 los permisos para actos relacionados con aquellas, artí-
 culo 223. En síntesis, el empleo de psicofármacos se --
 reserva a fines médicos, odontológicos, obstétricos y -
 veterinarios, artículos 224-227, su despacho farmacéu-
 tico está sujeto a rígidos controles destinados a evi-
 tar malos manejos, artículos 225, 226, 228 y 229, y su-
 importación o exportación, artículos 232, 233 y 235 a -
 242, y tráfico en el interior de la República, artículo
 243, se someten a severa disciplina.

{ En cuanto a la materia penal, el código ~~respectivo~~
~~ya mencionado~~, ofrece un capítulo en torno a la produc-
 ción, tenencia, tráfico y proselitismo en materia de --
 drogas. Son numerosos los tipos o figuras penales conte-
 nidos en este capítulo. Tal vez ^{que} ~~cabría~~ aportar una defi-
 nición general sobre ellos en los siguientes términos:-
 Constituyen delitos contra la salud, para los efectos -
 que ahora nos interesan, la producción, la posesión, la

adquisición, el suministro, la transportación y el tráfico de drogas, con la infracción de las normas sanitarias respectivas.

Ahora bien: las penas aplicables varían apreciablemente de una hipótesis a otra; la pena más benigna es de dos años de prisión, en tanto que la más severa es de quince años de privación de libertad, todo ello además de otras sanciones, asimismo aplicables en diversos casos, como lo son la multa, la clausura de establecimiento, la inhabilitación profesional y el decomiso.

Nos hemos venido refiriendo a los psicofármacos según lo hacen el Código Sanitario como el Penal. Para determinar el elenco de éstos es preciso acudir a dos fuentes: el artículo 217 del mismo Código Sanitario, -- por una parte, y la Convención Unica sobre Estupefacientes por otra. En ambos supuestos se establecen los catálogos correspondientes a la materia. También es oportuno traer a ^{colocar} ~~cuenta~~ el decreto por el que diversas sustancias psicotrópicas se declararon de naturaleza análoga a los estupefacientes y quedaron sujetas de modo expreso, a las disposiciones legales aplicables a éstos. El decreto mencionado, cuyo artículo 1º expone la lista de las sustancias y productos aludidos, fue publicado en el Diario Oficial del 14 de enero de 1972.

La conducta de los médicos puede quedar encuadrada en cualquiera de las hipótesis penales previstas en el artículo 194 y siguientes del Código en materia, que ~~según arriba dijimos~~, implican diversos actos conectados con estupefacientes y con infracción de las normas sanitarias respectivas.

Ahora bien: el artículo 196 del mismo Código Penal contiene disposiciones dignas de atención, aplicable específicamente a farmacéuticos, boticarios, droguistas y personas que ejerzan la Medicina en cualquiera de las ramas. Cuando alguno de ellos ejecute directamente o valiéndose de otras personas cualquiera de estos actos de

terminados por el artículo 195, se hace aceptor a una penalidad agravada, que consistirá en prisión de cuatro a doce años, multa de tres mil a veinticinco mil pesos, inhabilitación para el ejercicio profesional o mercantil, en su caso, por no menos de dos años ni más de cinco, clausura del establecimiento de su propiedad, cuando los actos punibles hubiesen sido ejecutados dentro de ésta, durante un período no menor de un año ni mayor de tres.

Conviene advertir que el artículo 195, al que reenvía al citado artículo 196, se refiere a muy diversos actos de elaboración, siembra, cultivo, cosecha, comercio, transporte, posesión, compra, venta, enajenación, suministro, provocación, instigación, inducción o auxilio.)

LA DENUNCIA.- es como bien se sabe, la comunicación a la autoridad del conocimiento que el denunciante tiene acerca de la comisión de un delito. Es preciso advertir que no incurre en delito alguno quien se limita a consumir drogas, sin realizar, además, actos diversos en relación con dichas sustancias. Al respecto son suficientemente claras tanto la Ley Penal como la Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia. Obviamente, esto no significa, de modo alguno, que la ley vea con indiferencia, ni mucho menos con simpatía, el consumo de psicofármacos por parte de los adictos a ellos. En realidad, se previene el tratamiento médico de los mismos, sujeto al régimen especial que regula el Código Federal de Procedimientos Penales.

Durante mucho tiempo se ha pugnado por concertar a la comunidad internacional en la lucha contra la drogadicción. De ahí que a partir de 1912, particularmente, se hayan suscrito diversos tratados sobre la materia. En este ámbito, el documento que mayor interés ofrece para nosotros es la Convención Unica sobre Estupefacientes, elaborada por una conferencia especializada de las Naciones Unidas y suscrita en New York, el 30 de marzo-

de 1961. Dicha convención entró en vigor, en el plano internacional, el 13 de diciembre de 1964. México firmó tal convenio, que a su hora fue aprobado por la Cámara de Senadores y ratificado por el Ejecutivo. Finalmente, se publicó en el Diario Oficial el 31 de mayo de 1967, con lo cual quedó incorporado, formalmente, en el Derecho Mexicano y, por ende, sus normas pasaron a tener carácter imperativo en nuestro país. De modo expreso se señala en el preámbulo de la Convención que "la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad", -- por lo que se hace necesaria una "acción concertada universal", cosa que requiere "cooperación internacional orientada por los principios idénticos y objetivos comunes (2).

Por lo que hace a iniciativas internacionales, es decir, a instrumentos que aún no posean eficacia preceptiva en México, ha de citarse el Convenio sobre sustancias Psicotrópicas, debido a otra conferencia especializada de las Naciones Unidas y suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971 (3).

En el preámbulo del Convenio al que ahora nos referimos se considera que "es necesario tomar medidas rigurosas para restringir el uso de tales sustancias a fines lícitos" y se reconoce, además, que es indispensable el empleo de aquellas para fines médicos y científicos. Se adopta en este documento un mecanismo para la fiscalización de las sustancias psicotrópicas, cuyo catálogo queda establecido en sendas listas.

A mi modo de ver, tanto en éste problema como en otros que implican conductas delictivas o antisociales, o comportamientos lesivos en general, para el individuo y para la sociedad, cobra importancia fundamental la tarea preventiva.

Esto plantea, si interpretamos debidamente la coyuntura actual una necesidad perentoria de trabajar en-

esta materia, particularmente entre niños, los adolescentes y los jóvenes, que constituyen el vasto mundo de -- los candidatos al empleo de estupefacientes y sustan---cias análogas. Es claro que a todo ciudadano debe interesar subrayadamente, el conocimiento sobre las causas-- que en cada caso pudiera inducir a un sujeto al uso de-- las drogas, a fin de atacar la raíz del problema en su-- doble dimensión individual y social. No podemos ni debe-- mos soslayar el hecho de que detrás de cada consumidor-- drogas suele haber un problema humano, a menudo intenso y grave, que su portador no ha sabido o podido resol---ver satisfactoriamente.

Nadie ignora ya que el empleo de drogas es frecuen-- temente la solución quimérica, ilusoria, falsa, a cues-- tiones que el individuo no acierta a enfrentarse en for-- ma racional y constructiva. Tal vez el médico esté insu-- perablemente dotado, tanto por las circunstancias en -- que realiza su ejercicio profesional como por los cono-- cimientos específicos que posee, para advertir oportuna-- mente las raíces del problema y prevenir, de tal suerte su posterior aparición.

Es claro que en esta tarea han de cumplir una fun-- ción descollante, junto con los padres, los maestros y-- el médico.

En la actualidad el Estado Mexicano realiza una em-- peñosa tarea para afrontar el problema de la Fármaco-de-- pendencia. Por acuerdo del Lic. D. Luis Echeverría, Pre-- sidente de la República, funciona ya, el Consejo Nacio-- nal de Problemas de la Fármaco-dependencia, que preside el Secretario de Salubridad y Asistencia en el que con-- curren los representantes de diversas instituciones.

Por su parte, la Procuraduría General de la Repú-- blica ha venido realizando una eficaz labor, amplia-- mente reconocida y aplaudida tanto en nuestro país como en el extranjero, en la persecución de los delitos contra-- la salud, que tienen carácter federal. Esta acción re--

suelta y bien orientada, ha sido constante y arroja ya, hoy día, resultados estimables. (4)

Deseo hacer hincapié en que algunas estructuras institucionales han sido modificadas para luchar con mayor fortuna contra los problemas que presenta la fármaco-dependencia. Es éste, por ejemplo, el caso de la Procuraduría General de Justicia del Distrito y Territorios Federales. Habiendo advertido la incidencia del mal entre la adolescencia y los jóvenes, se resolvió crear en dicha procuraduría, que hasta principio de 1971 limitaba sus funciones de carácter procesal, una oficina de Orientación Juvenil. En esta nueva dependencia, gemela de la también nueva y útil Oficina de Orientación Social de la Procuraduría del Distrito, se han estado brindando atención sociológica a adolescentes y jóvenes que presentan diversos problemas de conducta y, en especial, a quienes son afectos al uso de las denominadas drogas. Con ello la Procuraduría del Distrito replantea su actitud y amplía su misión institucional, hoy enriquecida con tareas sociales, asistenciales, de orientación, etc, llamadas a coincidir en la tarea de la prevención del delito (5).

Notas bibliográficas de: Disposiciones legales en México.-

- 1.- Gonzalez de la Vega, Francisco. "Código Penal Comentado". Editorial Porrúa, S. A. México, D.F. 1974.
- 2.- Convención Unica Sobre Estupefacientes. Diario Oficial de la Federación. 31 de Mayo de 1967.
- 3.- Convenio Sobre Sustancias Psicotrópicas. Boletín de las Naciones Unidas. Viena 21 de Febrero de 1971.
- 4.- Por Acuerdo del Sr. Lic. Luis Echeverría Alvarez, - Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, se formó el Consejo Nacional de Problemas de la -- Fármaco-dependencia. Presidida por el Secretario de Salubridad Y Asistencia. 1969.

LEYES EN MEXICO CONTRA LA ADICION.-

(La drogadicción no es, por cierto, un fenómeno exclusivamente médico contra el que se puede luchar con armas estrictamente médicas.)

Inclusive, para la práctica de una buena medicina ante el problema del paciente fármaco-dependiente, el conocimiento de la ley puede resultar de utilidad, puesto que proporciona un punto de vista que difiere levemente del criterio del médico, a la vez que aporta estadísticas e informaciones que pueden complementar el aspecto médico e, inclusive, ayudarlo a agregar algunos datos valiosos a sus historias clínicas.

Por otra parte, aunque la medicina participa en primera fila en la campaña contra la drogadicción, es la ley la que cuenta con las armas y los dispositivos represivos que se hacen cargo de la lucha cuando ésta excede las posibilidades del facultativo.

Conviene aclarar que, en materia de fármaco-dependencia, la Ley no le impone grandes exigencias.

El subprocurador general de Justicia de la Nación, Lic. David Franco Rodriguez, lo resume de la siguiente manera (1):

"¿Qué espera la ley del médico en esta materia? -- Pues algo muy simple de enunciar, pero difícil de realizar: que cure a los adictos y denuncie a aquellos que hayan dado pruebas suficientes de que son traficantes. -- Pues los primeros son víctimas relativamente inocentes de los segundos, que pueden clasificarse como auténticos delincuentes".

Varios códigos mexicanos se ocupan de las diferentes drogas de la mente bajo muy diversos puntos de vista.

1.- LA CONSTITUCION.-

~~Remontándonos~~ a la Carta Magna de la República, en
Se remon^{ta}

contratos en la base cuarta de la fracción XVI del artículo 73, que el Congreso tiene facultades para dictar - leyes preventivas "contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza" *han*

2.- EL CODIGO SANITARIO MEXICANO.-

(Este tema es tomado nuevamente en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que en su artículo tercero, fracción III, declara que son actividades en - materia de salubridad general del país, las relaciona-- das con "la campaña general contra el alcoholismo y la producción, venta y consumo de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza" *(3)*).

Más adelante, ~~el Capítulo XII del Libro Segundo -- del mismo Código, en los artículos 216 al 247,~~ se dedica a detallar las instancias legales que pueden produ-- cirse alrededor de las drogas.

En cuanto a los usos y manejos médicos que pueden realizarse con estos productos, se hallan detallados en los artículos 223 al 229 *del mismo Código* *}*

EL CODIGO PENAL MEXICANO.-

(El Código Penal se refiere al tema en el Capítulo I del Título Séptimo del Libro Segundo, en sus artículos 193 a 199.) *(4)*

Puntos salientes de estas leyes.-

El Código Sanitario establece con claridad qué sus tancias no tienen ningún valor terapéutico y cuáles --- otras pueden ser administradas por el médico.

(El opio, la heroína, la marihuana, por ejemplo, es tán explícitamente proscritas por el artículo 219, que les niega todo valor terapéutico.) *}*

Los restantes productos podrán ser proscritos por los siguientes profesionales:

A.- Médicos.

- b.- Veterinarios.
- c.- Odontólogos.
- d.- Médicos homeópatas.
- e.- Parteras.
- f.- Pasantes de Medicina, con algunas limitaciones.

Sin embargo, para poder recetar estos fármacos, se debiera llenar la prescripción "en recetarios o permisos especiales, editados, autorizados y suministrados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia".

LOS DELITOS QUE SE TIPIFICAN.-

Tanto el Código Civil como el Código Penal tratan de definir cuáles son los delitos punibles que pueden cometerse respecto a las drogas. En resumidas cuentas, se definen como delitos los actos siguientes: 1.- La producción, 2.- La posesión; 3.- La adquisición; 4.- El suministro; 5.- El transporte; 6.- El tráfico de sustancias definidas como estupefacientes en cualquiera de los códigos.

Cabe señalar que no constituye delito alguno que un drogadicto posea la cantidad de fármacos indispensables para su propio consumo. El inciso IV del artículo 195 del Código Penal es claro a este respecto, aunque prevé que el sujeto que sea sorprendido consumiendo drogas puede ser internado para su tratamiento, de acuerdo con lo mencionado en el artículo 24 Título III del mismo Código (5).

Las penas y medidas de seguridad son (inciso III): Reclusión de locos, sordomudos, degenerados o toxicómanos.

Si la persona sorprendida consumiendo drogas, o con drogas en su poder, es menor de 18 años, entonces sí se forma causa judicial, puesto que la ley lo considera incapacitado para tomar decisiones. Es en este tipo de causas que se ha producido un aumento espectacular en los últimos años.

El hecho de que se pruebe que un menor de edad ha-

ya sido inducido a tomar drogas, o que haya recibido alguna forma de incitación, cosa que siempre ocurre, de otra persona intermediaria, aumenta considerablemente las penalidades en esta otra persona.

Por último, merecen especial atención los artículos 195 y 196, que establecen cuáles son los delitos y las penas correspondientes.

LAS PENAS QUE SE IMPONEN.-

(De acuerdo con los artículos del Código Penal ya señalados con anterioridad, las condenas pueden ser como sigue:

- a.- Por siembra, cultivo, cosecha o posesión de plantas de cannabis, marihuana, u otras resinosas descritas como estupefacientes: de 2 a 9 años de prisión, de 1.000 a 10.000 pesos de multa y decomiso.
- b.- Por adquisición, suministro, transporte o tráfico de plantas de cannabis, resinosas o con la resina separada, en bruto o purificada: de 3 a 12 años de prisión, de 2.000 a 20.000 pesos de multa y decomiso.
- c.- Por elaboración, comercio, transporte, posesión, compra, enajenación, suministro, y en general todo acto de adquisición, suministro, transporte o tráfico de estupefacientes con infracción de las prescripciones sanitarias: de 3 a 12 años de prisión, 2.000 a 20.000 pesos de multa y decomiso.
- d.- Por siembra, cultivo, cosecha, comercio, transporte posesión, compra, venta, enajenación, suministro, y en general, cualquier acto de adquisición, suministro, transporte o tráfico de semillas o plantas que tengan carácter de estupefacientes, con infracción de las prescripciones sanitarias: de 3 a 12 años de prisión, de 2.000 a 20.000 pesos de multa y decomiso.
- e.- Por cualquiera de los actos mencionados en los párrafos anteriores realizados con opio crudo, cocinado, o preparado para fumar, o con sustancias preparadas para vicios venados por los Códigos Penal o Sanitario: de 3 a 12 años de prisión, de 2.000 a 20.000 pesos de multa-

y decomiso.

g.- Por inducción o auxilio a un menor de 18 años al uso de estupefacientes o por aprovechar una autoridad moral o ascendiente para inducir al menor a cualquiera de los actos descritos en párrafos anteriores: de 4 a 12 años de prisión, de 2.000 a 20.000 pesos de multa y decomiso.

f.- Cualquiera de los actos arriba mencionados, ejecutados directamente o valiéndose de otras personas por farmacéuticos, boticarios, droguistas o personas que ejerzan la medicina, cuando el agente los lleva a cabo valiéndose de su actividad profesional: de 4 a 12 años de prisión, de 3.000 a 25.000 pesos de multa, de 2 a 5 años de inhabilitación profesional, de 1 a 3 años de clausura del establecimiento en el cual se llevó a cabo el acto delictivo, y decomiso.

ORGANISMOS JURIDICO-POLICIALES REPRESIVOS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA
REPUBLICA

I

-----I-----

I

I

I

I

I

I

DIRECCION GENERAL
DE AVERIGUACIONES
PREVIAS

AGENCIAS DEL-
MINISTERIO PUBLICO
FEDERAL FORANEAS.

I

I

I

I

I

POLICIA JUDICIAL FEDERAL

I

I

I

I

AUXILIARES

I

I

-----I-----

I

I

I

I

I

I

I

I

TODAS LAS CORPORACIONES
POLICIAICAS FEDE-
RALES.

TODAS LAS CORPORACIONES
POLICIAICAS DE LOS ESTA-
DOS.

Notas bibliográficas de: Leyes en México contra la adición.

1.- Franco Rodríguez, David. "Contenido" México D.F. -- marzo de 1970. pág 15.

2.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Unión Gráfica, S. A. México 13, D.F. 1973.

3.- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. - Unión Gráfica, S.A. México 13, D.F. 1970.

4.- González de la Vega, Francisco. "Código Penal Comentado. Editorial Porrúa, S.A. México, D.F. 1974.

CUANDO ES Y CUANDO NO ES DELITO.-

A continuación, se reproducen diez extractos de -- sentencias dictadas en el pasado por los tribunales mexicanos. De estas sentencias se han extraído las partes más sustanciales. (1)

DROGAS ENERVANTES. "CANNABIS SATIVAE"

Por su naturaleza narcótica y sus propiedades estupefacientes a la Cannabis Indica, vulgarmente conocida con el nombre de marihuana, y atendiendo a lo establecido por las fracciones XII y XV del artículo 217 del Código Sanitario de la República Mexicana, la sustancia - Cannabis Sativae debe considerarse penalmente como droga enervante.

Quinta Epoca:

Suplemento de 1956, Pág. 210 A.D.

4903/53- José Ruiz Medina- 4 votos

Sexta Epoca, Segunda Parte.

Vol. LIII, Pág. 42 A.D. 3730/61

Manuel Laorra Guinel- 5 votos

Vol LVII Pág. 25 A.D. 8793/61

Manuel Villa Sánchez- Unanimidad de 4 votos.

Vol LVII, Pág 26 A.D. 7349/61

Severo García Solorio- 5 votos

Vol. LXVII, Pág. 14 A.D. 712/61

Teodoro Torres Pichardo- Unanimidad de 4 votos

DROGAS ENERVANTES, COMPRA Y POSESION DE. INEXISTENCIA - DEL DELITO. TOXICOMANOS.

Si conforme a lo dispuesto a los artículos 524 y - 525 del Código Federal de Procedimientos Penales, el Ministerio Público no debe consignar o, de haberlo hecho ya, deberá desistirse de la acción penal en contra de - toxicómano que compre o posea drogas enervantes sólo en

la cantidad racionalmente necesaria para su consumo; debe concluirse que en tal caso no existe delito y que el drogadicto sólo debe quedar sujeto al tratamiento médico que le apliquen las autoridades administrativas de Salubridad y Asistencia; en tal concepto, aunque el representante social dejare de cumplir con las obligaciones que las citadas disposiciones legales le imponen, el juez natural deberá hacer efectiva la esencia fundamental de estos preceptos; independientemente de que, desde el punto de vista técnico, pudiera ser más correcta la reglamentación de esa situación en la ley sustantiva, es indiscutible que la adjetiva es también de orden público, y que si no la acata el órgano de acusación, compete al juzgador decretar, en tales casos, la absolución conducente.

Sexta Epoca, Segunda Parte:

Vol. XXVII Pág 47 A.D. 2316/59

José Hernández Romero- Unanimidad de 4 votos.

Vol. XXXII Pág, 50 A.D. 6898/59

Antonio Valencia Chávez - 5 votos.

Vol. XXXIV Pág. 14 A.D. 7685/59

Manuel González Muñoz- Unanimidad de 4 votos.

Vol. XXXIX Pág 52 A.D. 2287/60

Víctor Bobadilla Maldonado - 5 votos.

Vol. XL Pág 33 A.D. 1445/60

Luis Flores Herrera- Unanimidad de 4 votos.

DROGAS ENERVANTES. TOXICOMANOS.-

La simple posesión de drogas enervantes, tratándose de un drogadicto, no constituye delito, si la cantidad de droga recogida se estima necesaria para satisfacer su vicio, pues si bien es cierto que doctrinalmente el delito contra la salud, en cualquiera de sus modalidades, constituye un delito de peligro, también lo es que las disposiciones contenidas en el Código Federal -

de Procedimientos Penales son de orden público y no se ha dictado solamente para ser objetadas por el Ministerio Público Federal, sino por todas las autoridades judiciales del mismo fuero.

Sexta Epoca: Segunda Parte.

Vol. XXXVI, Pág. 59 A.D. 311/60

Gerardo Aguilar Galindo- Unanimidad de 4 votos.

TOXICOMANOS.-

El procedimiento previsto en el artículo 523 y siguientes del Código Federal de Procedimientos Penales, lo señala la ley excepcionalmente para aquellos casos - en que teniendo conocimiento el Ministerio Público de que una persona ha hecho uso de drogas, sustancias o semillas enervantes, lejos de suspender su averiguación, debe ponerse en contacto con las autoridades sanitarias para determinar la intervención que deban tener éstas y la judiciales, y si como dice el artículo 524 citado se llega a precisar "Acuciosamente" que la compra o posesión tiene por finalidad exclusiva el uso personal que de ella haga el inculpado, con el diagnóstico que haga la autoridad sanitaria y que precise que el inculpado es toxicómano, no se hará la consignación a los Tribunales y aquel deberá ser puesto a disposición del Departamento de Salubridad o del Delegado que corresponde, para que lo interne y sujete a tratamiento médico especial por el tiempo necesario

Sexta Epoca, Segunda Parte:

Vol. XLV. Pág. 72 A.D. 6007/60

María Santillán Barrón- Unanimidad de 4 votos.

DROGAS ENERVANTES. TOXICOMANOS.-

Si aparece del informe médico correspondiente que el reo es toxicómano y que la cantidad de droga que se le encontró es la habitual en su vicio, es indudable que la posesión de la droga de referencia no le resulta responsabilidad.

Quinta Epoca
 Tomo CXXIII, Pág. 573
 A.D. 327/54

DROGAS ENERVANTES, POSESION DE.-

Para que la posesión de enervantes constituya elemento configurativo del delito contra la salud, no es necesario que el agente lleve precisamente la droga consigo; basta que el estupefaciente se encuentre bajo su control personal y dentro del radio de acción de su responsabilidad.

Sexta Epoca, Segunda Parte:

Vol. X Pág. 61 A.D. 950/60

Soffa Arias Rodríguez- 5 votos.

Vol. XLVI, Pág. 15 A.D. 4676/60

Francisco Quijada Ruiz- Unanimidad de 4 votos.

Vol. XLVIII, Pág. 36 A.D. 1991/61

Bryce Stemples Wilson- 5 votos.

Vol. LI Pág. 48 A.D. 1316/61

Felipe Morán Luan- Unanimidad de 4 votos.

Vol. LXXII, Pág. 20 A.D. 881/61

Refugio Ortega Trejo- Unanimidad de 4 votos.

DROGAS ENERVANTES. VENTA.-

La simple venta de drogas enervantes sin llenar los requisitos que al efecto establecen las disposiciones legales vigentes, integran la modalidad del tráfico catalogado concretamente como delito contra la salud -- por el artículo 194 del Código Penal Federal.

Quinta Epoca:

Tomo CXXVII, Pág. 430 A.D. 760/54

5 votos

Sexta Epoca, Segunda Parte:

Vol. VIII, Pág 28 A.D. 6729/57

Margarito Campos Garza- 5 votos

Vol. XVI, Pág. 110 A.D. 1350/58

Pedro Valencia López y Coag.

Unanimidad de 4 votos.

Vol. XXXII, Pág. 51 A.D. 5614/59

J. Marcos Hernández Escobedo- 5 votos

Vol. LXXIX, Pág. 19 A.D. 1028/63

Félix Serrano Castillo- 5 votos

DROGAS ENERVANTES, TRAFICO DE.-

El hecho de comprar un objeto, no significa que se trate de un traficante, y con esta sola prueba, el traficante lo sería el que la vendió.

Sexta Epoca, Segunda Parte:

Vol. VII. Pág. 123 A.D. 4784/55

María Alvarado Velázquez

Unanimidad de 4 votos.

DELITO CONTRA LA SALUD.-

El simple hecho de que alguien invite a otro a fumar mariguana no configura el delito contra la salud, - en sus modalidades de adquisición y posesión de la misma, pues si bien es cierto que en términos gramaticales adquirir significa allegarse alguna cosa y posesión significa tenerla en su poder, jurídicamente por lo que -- respecta al delito contra la salud, tales términos de-- ben implicar una finalidad antisocial y el legislador - no considera antisocial la conducta desplegada por a--- aquellos que hacen uso habitual de una droga, pues a --- unos los considera enfermos y a éstos los excluye de su reglamentación, indicando con ello que el acto primitivo por el que se llega a hacer uso del enervante o sea- su adquisición o posesión, en estos casos concretos tam- poco son delictivos, ya que en la especie se trata ex-- clusivamente de la posesión de un cigarrillo para el -- uso personal, pues lo que trató el legislador fue casti

gar no la simple adquisición y posesión, sino la intención ulterior de introducir al comercio, al tráfico o al suministro, el enervante adquirido y como en la especie las constancias procesales no conducen a tal convicción, es incuestionable que la conducta del quejoso no es reprochable a título de delito.

Amparo Directo 5717/66

Rubén Rivera Martínez

9 de mayo de 1969

5 votos-Ponente: Mario G. Robolledo.

DELITOS CONTRA LA SALUD. MODALIDAD DE POSESION DE PLANTAS "CANNABIS" RESINOSAS.-

Debe distinguirse la posesión de plantas de cannabis resinosas a la que se refiere el artículo 194 del Código Penal Federal, en relación con la modalidad de posesión de estupefacientes que prevee el artículo 195 del mismo ordenamiento, en razón a que el legislador -- consideró adecuado imponer una penalidad menor en los casos previstos en el primero de los preceptos citados, dado que la secuela para la obtención de las plantas de "cannabis" resinosas, implica las modalidades previstas en el citado numeral, que son; siembra, cultivo, cosecha y posesión de plantas "cannabis", proceso que se realiza en el campo, generalmente por campesinos en condiciones económicas precarias.

De manera que la posesión de las plantas cosechadas del producto mencionado que se encuentren en tal estado(plantas) en posesión de dichos campesinos en su ámbito de control personal, es la modalidad que se sanciona con la penalidad a que se refiere el artículo 194.

Diversa situación reviste la posesión del mismo vegetal, cuando se posee en condiciones de producto para el consumo en forma ya refinada y empacada, esto es, -- sin tallos, semillas y residuos, y en manos de personas que se dedican a la gama de modalidad previstas en el -

artículo 195 de dicho Código Penal, incluyendo su posesión, que por estar dedicados dichos sujetos a las modalidades en cuestión, revisten una peligrosidad mayor.

Por tanto, la posesión de mariguana en las condiciones apuntadas en la segunda parte del análisis anterior, cae para su sanción en lo preceptuado por el artículo 195 multicitado.

A.D. 2286/70.- Lowel Thompson Green.

25 de septiembre de 1970- 5 votos.

Ponente: Abel Huitrón y A.

Srio. Alberto Moreno Méndez.

Notas bibliográficas:

(1) Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. México. Segunda Parte. Primera Sala. Imprenta Murguía, S. A. México 1965, pág 112 y siguientes.

CIFRAS SOBRE LA DESTRUCCION Y DECOMISO DE DROGAS EN MEXICO.-

El Dr. Luis Rodriguez Manzanera, ha reunido una colección de estadísticas que revelan la marcha de la lucha oficial contra las plantaciones y redes distribuidoras de drogas. (1).

Al respecto, conviene anotar que estas cifras corresponden al sexenio 1964-70, que mostró un aumento de más del quíntuplo en algunos rubros sobre estadísticas similares en sexenios pasados.

Este es un elemento más que viene a confirmar el auge reciente del comercio de drogas. Igualmente de qué manera y en que magnitud México es productor de estas sustancias.

PLANTACIONES QUEMADAS.-

1.- PAPER SOMNIFERUM (AMAPOLA)

58,728,975 METROS CUADRADOS.

2.- CANNABIS (MARIGUANA)

20,832,536 METROS CUADRADOS.

DROGA DECOMISADA.-

Mariguana.....486.013 Kilos

Heroína..... 76.416 Kilos

Opio..... 71.850 Kilos

Cocaína..... 17.122 Kilos

Morfina..... 12.224 Kilos

Las estadísticas del Dr. Rodríguez Manzanera demuestran que el total de destrucción de plantíos de amapola en la República Mexicana corresponde en importancia a los siguientes estados:

Sinaloa.....75.0%

Jalisco..... 7.0%

Coahuila..... 5.3%

Tamaulipas.....	5.3%
Durango.....	3.4%
Otros.....	4.0%

El total de destrucción de plantíos de marihuana - en la República Mexicana corresponde en importancia a los siguientes estados:

Sinaloa.....	75.0%
Coahuila.....	7.0%
Tamaulipas.....	7.0%

Superficies de plantíos quemados y kilogramos de droga decomisada.- Cannabis.-

Años.-	Plantíos	Superficie M2.	Nº de matas
1934-1946	No hay an		
1946-1947	tecedentes	25,000	
1947-1948			
1948-1949		1.059,380	
1949-1950		14,122	
1950-1951		504	
1951-1952			
1952-1953		7	
1953-1954		359	
1954-1955	3	900	
1955-1956		355520	
1956-1957		54,996	
1957-1958		27,469	
1958-1959		500,377	
1959-1960		57,362	
1960-1961		55,377	
1961-1962		44,000	
1962-1963		304,215	
1963-1964	38	26,980	
1964-1965		323,020	464,947
1965-1966		31,170	
1966-1967		5.975,031	
1967-1968	514	11.944,152	99.088,373
1968-1969	254	471,683	3.844,445
1969-1970	137	2.087,428	11.359,009 269

Años	Semillas, Kg.	Seca, kg
1934-1946		
1946-1947		194
1947-1948		1.630
1948-1949		2.096
1949-1950		700
1950-1951		702
1951-1952		
1952-1953		1.387
1953-1954		618
1954-1955		934
1955-1956		4.024
1956-1957	1.000	3.190
1957-1958		36.282
1958-1959		10.978
1959-1960		22.822
1960-1961		5.329
1961-1962		4.472
1962-1963	50	10.000
1963-1964	100	7.509
1964-1965	18	121.415
1965-1966	132	79.496
1966-1967	8.500	32.730
1967-1968	1.095	53.430
1968-1969	83	33.638
1969-1970	269	165.304

KILOGRAMOS DECOMISADOS DE OPIO, MORFINA, HEROINA Y COCAINA.

INA.	Opio	Morfina	Heroína	Cocaína.Kgs.
1934-1947				
1947-1948	109,116	1.120	0.089.380	
1948-1949	105,923	1.120	0.13	0.350
1949-1950	9,802	0.705	0.140.500	0.0
1950-1951	4,594	1.028		
1951-1952				
1952-1953	127,788	0.421	0.329	0.25
1953-1954	18,022	1.505	0.160	0.03
1954-1955	43,430	0.363	0.770	0.0
1955-1956	107,449	0.976	0.050.115	0.075
1956-1957	9,970	0.027	0.476.416	
1957-1958	7,540	1.784	0.277.552	0.103
1958-1959	31,623	0.147	2.668.579	0.075
1959-1960	18,350	1.550	4.958.017	
1960-1961	1,785	4.833	0.493.103	2.305
1961-1962	13,382	5.313	2.563	2.745
1962-1963	25,060	2.00	8.0	4.0
1963-1964	57,420	3.04	7.0	1.0
1964-1965	7,150	3.787	29.523	1.135
1965-1966	31,512	1.228	3.064	10.197
1966-1967	5,080	0.527	2.750	4.136
1967-1968	2,360	3.9	5.833	0.645
1968-1969	17,823	0.244	8.756	
1969-1970	17,925	2.840	26.500	2.035

ORGANISMOS DE CONTROL DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y-
ASISTENCIA.-

SECRETARIA		CONSEJO DE
DE SALUBRIDAD-----		SALUBRIDAD
Y ASISTENCIA		GENERAL
I	I	I
I	I	I
DIRECCION GENERAL	DIRECCION GENERAL	SERVICIOS
DE SALUD MENTAL	DE	COORDINA-
	ALIMENTOS, BEBIDAS	DOS DE SA
	Y MEDICAMENTOS	LUD PUBLI
	I	CA EN TE-
	I	RRITORIOS
	I	Y ESTADOS
	II	
	I	
	I	
	R	
	SUBDIRECCION	
	DE CONTROL DE	
	MEDICAMENTOS	
	I	
	I	
I	I	I
I	I	I
FARMACOPEA	ESTUPEFACIENTES	TECNICA
NACIONAL		CONSULTIVA

LA DROGADICCION EN MENORES

ENERO DE 1971.- VARONES

Ingresos	Por Robo	Por drogas
329	43.30%	26.10%

Drogas consumidas		
Cruce de cemento, thiner y mariguana.....		8.10%
Cruce de cemento y mariguana.....		4.20%
Mariguana.....		3.90%
Cemento.....		3.60%
Thiner.....		2.70%
Cruce de Cemento y Thiner.....		2.70%
Diferentes fármacos.....		0.90%
TOTAL.....		26.10%

ENERO DE 1971.- MUJERES

Ingresos	Por Robo	Por drogas
40	27.50%	15%

Drogas consumidas		
Cemento.....		7.5%
Mariguana.....		5%
Otros Fármacos.....		2.50%
TOTAL.....		15%

JULIO de 1971.- Varones.

Ingresos	Por Robo	Por drogas
337	43.74%	36.19%

Cemento.....		14.83%
Thiner.....		9.50%
Otros Fármacos.....		6.23%
Mariguana.....		4.45%
Gasolina.....		1.18%
TOTAL.....		36.19%

JULIO DE 1971.-MUJERES.

Ingresos	Por Robo	Por drogas
53	31.14%	-----

DICIEMBRE DE 1971.- VARONES

Ingresos	Por Robo	Por drogas
335	39.10%	37.71%

Drogas consumidas	
Cemento.....	11.91%
Mariguana.....	11.40%
Cruce de cemento y mariguana.....	6.60%
Cruce de mariguana, cemento y thiner.....	5.70%
Cruce de cemento y thiner.....	0.90%
Otros Fármacos.....	0.60%
Thiner.....	0.60%
TOTAL.....	37.71%

DICIEMBRE DE 1971.- MUJERES

Ingresos	Por robo	Por droga
36	38.18%	11.10%
Drogas consumidas		
Otros fármacos.....	5.55	
Mariguana.....	5.55%	
TOTAL.....	11.10%	

- 1.- El índice de detenidos por drogas ha ido aumentando paulatinamente en los últimos años hasta equipararse -- con el índice de robo, que tradicionalmente ha sido --- siempre el más alto.
- 2.- La clase social de casi todos los detenidos es baja o media-baja.
- 3.- La escolaridad de la mayoría de la mayoría de los - detenidos no pasa de sexto grado de primaria.
- 4.- La edad habitual oscila entre 15 y 17 años.
- 5.- Durante el año 1972 ha aumentado fuertemente la incidencia de la drogadicción en niños menores de 12 años
- 6.- La campaña contra las drogas que se viene realizando ha dado como resultado un alza considerable en el número de arrestos.
- 7.- Aumenta también el número de niñas drogadictas.
- 8.- Las combinaciones delictivas más frecuentes con la drogadicción son, en varones, robo-drogadicción; en niñas, la combinación es prostitución-drogadicción.
- 9.- A las niñas se les ha hallado mayor variedad de drogas que a los varones. Los únicos casos de cocaína han sido en mujeres.
- 10.- A mediados de 1971 se notó que aparecía mayor variedad de drogas, como los hongos y la mescalina. (2)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DE, Cifras sobre la destrucción y decomiso de drogas en México.

(1) Rodriguez Manzanera, Luis, "Estadísticas" Asuntos-Jurídicos Universidad Autónoma de México, 1971

(2) Tornero Díaz, Carlos, "Hospital Psiquiatrico Infantil Dr. Juan B. Navarro", México, D.F., 1972.

TRAFICO Y REPRESION.-

Contra el tráfico clandestino de estupefacientes - se desenvuelve una acción internacional conducida principalmente por los Estados Unidos de Norteamérica. Con Francia y Turquía firmaron acuerdos especiales para perseguir el comercio de heroína. Es Turquía el principal productor de opio; en laboratorios ilegales Francia --- transforma el opio en heroína. Algunos cálculos cifran en tres toneladas la heroína que anualmente entraba de contrabando en Estados Unidos de Norteamérica; el 80% - de esa cantidad procedía de Turquía y Francia (1).

El Departamento de Narcóticos y Drogas Peligrosas de los Estados Unidos de Norteamérica afirmó en una ocasión que sólo en New York hubo en un año más de 900 --- muertos por tomar morfina; de ellos, 224 eran adolescentes. El Presidente Nixon calculó en 8 millones el número de sus compatriotas que fuman marihuana; de ellos, - el 16% son estudiantes de bachillerato. (2)

Cada día más, los estupefacientes constituyen un terrible azote social. Los beneficios económicos que produce su tráfico resultan tan cuantiosos que permiten -- perfeccionar el creciente mercado marginal y organizarlo con la amplitud y los medios de una gran empresa mercantil, a través de los continentes, movilizando la más importantes redes de distribución. En los campos de cultivo la cosecha se compra a ínfimos precios, pero a partir de entonces y mientras se lleva a los centros consumidores, la cotización se multiplica por cifras increíbles.

Es peligroso el recorrido de las primeras etapas - porque la mercancía pesa demasiado -relativamente- y -- conserva su intenso y penetrante olor, que la delata. - Esta dificultad puede ser vencida en los mares del sur pero al enviarla a Europa hay que embalar herméticamente la peligrosa materia o someterla a una inicial opera

ción que elimine su aroma, operación doblemente ventajosa, porque cada diez kilos de opio se transforma en un kilo de morfina concentrada y los envíos resultan más fáciles y menos arriesgados. El puerto franco de Beirut era una escala fácil que permitía realizar aquella rudimentaria elaboración para que la droga siguiera su camino con mayores garantías de seguridad.

Al arribar a las costas de Europa, el kilo de morfina concentrada aumenta cuantiosamente de precio que su cotización equivale a unos 50.000 pesos; los principales puertos de llegada suelen situarse en Francia e Italia, según las circunstancias.

Procédase entonces a un nuevo tratamiento de laboratorio que requiere mucha especialización y buenas instalaciones. Convierten cada kilo de morfina en igual cantidad de heroína, que pasa a venderse en el equivalente de 100.000 pesos.

La heroína concentrada resulta mortal con la rapidez y para evitarlo se le añade un producto neutralizador. Una pequeña parte de droga se destina al consumo europeo y la demás se envía al Canadá y a los Estados Unidos de Norteamérica, que son los países que más cara la pagan. El estupefaciente concentrado se mezcla con un 90% de sustancias neutras. Cada ampollita de un gramo se vende en 50.00 pesos. Los toxicómanos pagan lo que les pidan, y cuando no tienen dinero lo roban para no privarse de la droga y también pueden llegar al crimen.

(1) Duster, Troy. "The Legislation of Morality: Law, -- Drugs and Moral Judgment, New, York, The free prees, -- 1970.

(2) Cohen, Albert K. "Delinquent Boys, the Culture of -- the Gang, New York, The Free Prees, 1971.

CONVENCION UNICA SOBRE ESTUPEFACIENTES FIRMADA POR MEXI
CO EN 1967.-

Preámbulo.-

Las partes,

Preocupadas por la salud física y moral de toda la humanidad. Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes -- con tal fin.

Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad.

Conscientes de su obligación de prevenir y de combatir ese mal.

Considerando que para ser eficaces las medidas contra el uso indebido de estupefacientes se hace necesaria una acción concertada y universal.

Estimando que esa acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes

Reconociendo que las Naciones Unidas tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los órganos internacionales competentes -- pertenezcan a esa Organización.

Deseando concertar una convención internacional -- que sea de adaptación general, en sustitución de los -- tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos.

Por lo presente acuerdan lo siguiente:

ARTICULO 1º.-

1.- Salvo indicación expresa en contrario o que el con-

texto exija una interpretación, se aplicarán al texto - de la presente convención las siguientes definiciones:

a.- Por "Junta" se entiende la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

b.- Por "Cannabis" se entiende las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina cualquiera -- que sea el nombre con que se designe.

c.- Por "planta de cannabis" se entiende toda planta -- del género cannabis.

d.- Por "resina de cannabis" se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de la cannabis.

e.- Por "arbusto de coca" se entiende la hoja del arbusto de coca, salvo las hojas de las que se ha extraído toda la ecgonina, la cocaína cualquiera otros alcaloides de ecgonina.

g.- Por "Comisión" se entiende la Comisión de Estupefacientes del Consejo.

h.- Por "Consejo" se entiende la el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

i.- Por "cultivo" se entiende el cultivo de la adormidera, del arbusto de coca o de la planta de cannabis.

j.- Por "estupefaciente" se entiende cualquiera de las sustancias de las Listas I y II, naturales o sintéticas.

k.- Por "Asamblea General" se entiende la Asamblea General de las Naciones Unidas.

l.- Por "tráfico ilícito" se entiende el cultivo o cualquier tráfico de estupefacientes, contrarios a las disposiciones de la presente Convención.

m.- Por "importación" y "exportación" se entiende en -- sus respectivos sentidos, el transporte material de estupefacientes de un Estado a otro o de un territorio a otro del mismo Estado.

n.- Por "fabricación" se entiende todos los procedimientos, distintos de la producción, que permitan obtener -

estupefacientes, incluidas la refinación y la transformación de unos estupefacientes en otros.

o.- Por "opio medicinal" se entiende el opio que se ha sometido a las operaciones necesarias para adaptarlo al uso médico.

p.- Por "opio" se entiende el jugo coagulado de la adormidera.

q.- Por "adormidera" se entiende todas las partes de la especie *Paver Somniferum L.*

r.- Por "paja de adormidera" se entiende todas las partes (excepto las semillas) de la planta de la adormidera, después de cortada.

s.- Por "preparado" se entiende una mezcla, sólida o líquida, que contenga un estupefaciente.

t.- Por "producción" se entiende la separación del opio de las hojas de coca, de la cannabis y de la resina de la cannabis, de las plantas que se obtienen.

u.- Por "lista I, lista II, listas III, lista IV", se entiende las listas de estupefacientes o preparados que con esa numeración, se anexan a la presente Convención con las modificaciones que se le introduzcan periódicamente en las mismas según lo dispuesto en el artículo 3

v.- Por "Secretario General" se entiende el Secretario General de las Naciones Unidas.

w.- Por "existencias especiales" se entiende las cantidades de un estupefaciente que se encuentra en un país o territorio en poder del gobierno de ese país o territorio para fines oficiales especiales y para hacer frente a circunstancias excepcionales; y la expresión "fines especiales" se entendera en consecuencia.

x.- Por "existencias" se entiende las cantidades de estupefacientes que se mantienen en un país o territorio y que se destinan:

I.- Al consumo al país o territorio para fines médicos y científicos.

II.- A la utilización en el país o territorio para la -
fabricación y preparación de estupefacientes y otras --
sustancias; o

III.- A la exportación. Pero no comprende cantidades de
estupefacientes que se encuentran en el país o territo-
rio:

IV.- En poder de los farmacéuticos u distribuidores al-
por menor autorizados y de las instituciones o personas
calificadas que ejerzan, con la debida autorización, --
funciones terapéuticas o científicas, o

V.- Como existencias especiales.

y.- Por "territorio" se entiende toda parte de un Esta-
do que se considere como entidad separada a los efectos
de la ampliación del sistema de certificados de importa-
ción y de autorización de exportación previsto en el ar-
tículo 31. Esta definición se aplica al vocablo "terri-
torio" en el sentido que se emplea en los artículos 42-
y 46.

2.- A los fines de esta Convención, se considerará que-
un estupefaciente ha sido "consumido" cuando haya sido-
entregado a una persona o empresa para su distribución-
al por menor, para uso médico o para la investigación -
científica; y la palabra "consumo" se entenderá en con-
secuencia.

ARTICULO 2º.-

SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACION.-

1.- Con la excepción de las medidas de fiscalización --
que se limiten a estupefacientes determinados, los estu-
pefacientes de la Lista I estarán sujetos a todas las -
medidas de fiscalización aplicables a los estupefacien-
tes en virtud de la presente Convención y, en particu-
lar a las previstas en los artículos: 4c) 19.20.21.29,-
30,31,32,33, 34 y 37.

2.- Los estupefacientes en la Lista II estarán sujetos-
a las medidas de fiscalización que los de la Lista I, -
salvo las medidas prescritas en el artículo 30, inciso-

2 y 5, respecto al comercio al por menor.

3.- Los preparados distintos de áquellos de la lista -- III estarán sujetos a las mismas medidas de fiscaliza-- ción que los estupefacientes que contengan, pero con -- respecto a dichos preparados, no se exigirá las previ-- siones(artículo 19) ni las estadísticas(artículo 20) -- que no correspondan a los referidos estupefacientes, ni será necesario aplicar lo dispuesto por los artículos - 29, inciso 2c y 30 inciso 1b) II.

4.- Los preparados de la lista III estarán sujetos a -- las mismas medidas de fiscalización que los que contengan estupefacientes de la Lista II, excepto que no será necesario aplicar en su caso las disposiciones del artí-- culo 31, inciso 1 b) y 3 a 15, y que, a los fines de -- las previsiones (artículo 19) y estadísticas (artículo- 20), sólo se exigirá la información relativa a las can-- tidades de estupefacientes que se empleen en la fabrica-- ción de dichos preparados.

5.- Los estupefacientes de la lista IV serán también in-- cluidos en la Lista I y estarán sujetos a todas las me-- didas de fiscalización aplicables a los estupefacientes que figuran en esta última lista y, además, a las si-- guientes:

a.- Las Partes adoptarán todas las medidas especiales - de fiscalización que juzguen necesarias en vista de las propiedades particularmente peligrosas de los estupefa-- cientes de que se trata.

b.- Las Partes prohibirán la producción, fabricación, - exportación e importación, comercio, posesión o uso de-- tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones - que prevalezcan en su país que hacen que sea éste el me-- dio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias -- únicamente para la investigación médica y científica, - incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefa-- cientes que se realicen bajo la vigilancia y la fiscali-- zación de la Parte o estén sujetos a su vigilancia y -- fiscalización directas.

6.- Además de las medidas de fiscalización aplicables a todos los estupefacientes de la Lista I, el opio estará sometido a las disposiciones de los artículos 23 y 24, - la hoja de coca a las de los artículos 26 y 27, y la cannabis a las del artículo 28.

7.- La adormidera, el arbusto de coca, la planta de cannabis, la paja de adormidera y las hojas de la cannabis estarán sujetos a las medidas de fiscalización prescritas en los artículos 22 a 24; 22 ,26 y 27; 22y 28; - 25 y 28, respectivamente.

8.- Las Partes harán todo lo posible para aplicar las - medidas de fiscalización que sean factibles a las sus--tancias no sujetas a las disposiciones de esta Conven--ción, pero que puedan ser utilizadas para la fabrica---ción ilícita de estupefacientes.

9.- Las Partes no estarán obligadas a aplicar las dispo--siciones de la presente Convención a los estupefacien--tes que se usan comúnmente en la industria para fines - que no sean médicos o científicos, siempre que:

a.- Por los procedimientos de desnaturalización apropia--dos o por otros medios, logren impedir que los estupefa--cientes utilizados puedan prestarse a uso indebido o --producir efectos nocivos (artículo 3º, inciso 3) y que--sea posible en la práctica recuperar las sustancias no--civas.

b.- Incluyan en los datos estadísticos (artículo 20) --que suministren las cifras correspondientes a la canti--dad de cada estupefaciente utilizado de esta forma.

ARTICULO 3º.-

MODIFICACION DE LA ESPERA DE APLICACION DE LA FISCALIZA--CION.-

1.- Siempre que alguna de las Partes o de la Organiza--ción Mundial de la Salud, posean datos que, a su pare--cer, puedan exigir una modificación de cualquiera de --

Las Listas, lo notificarán al Secretario General y le -
facilitarán los datos en que basen la notificación.

2.- El Secretario General comunicará la notificación y -
los datos que considere pertinentes a las Partes, a la
Comisión y, cuando la notificación proceda de alguna de
las Partes, a la OMS.

3.- Cuando una notificación se refiera a una sustancia -
que no esté ya incluida en las Listas I o II.

I.- Las Partes examinarán, teniendo en cuenta la infor-
mación de que se disponga, la posibilidad de aplicar --
provisionalmente a la sustancia de que se trate todas -
las medidas de fiscalización que rigen para los estupe-
facientes de la Lista I.

II.- Antes de tomar una decisión de conformidad con el -
apartado III de éste párrafo, la Comisión podrá decidir
que las Partes apliquen provisionalmente a dicha sustan-
cia todas las medidas de fiscalización aplicables a los
estupefacientes de la Lista I. Las Partes aplicarán ta-
les medidas a la referida sustancia con carácter provi-
sional.

III.- Si la Organización Mundial de la Salud comprueba -
que dicha sustancia se presta a uso indebido o puede --
producir efectos nocivos parecidos a los de los estupe-
facientes de las Listas I ó II, o que puede ser trans--
formada en un producto que se preste a un uso indebido-
similar o que pueda producir efectos nocivos semejantes
comunicará su dictamen a la Comisión, la cual podrá, de
conformidad con la recomendación de la Organización Mun-
dial de la Salud, decidir que se incluya dicha sustan--
cia en la Lista I ó en la Lista II.

4.- Si la Organización Mundial de la Salud comprueba --
que un estupefaciente de la Lista I es particularmente-
susceptible de uso indebido de producir efectos nocivos
(inciso 3), y que tal susceptibilidad no está compensada
por ventajas terapéuticas apreciables que no posean o--
tras sustancias sino los estupefacientes de la Lista IV

la Comisión podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, incluir este estupefaciente en la Lista IV.

6.- Cuando una notificación se refiera a un estupefaciente de las Listas I ó II o un preparado de la Lista III, la Comisión, sin perjuicio de las medidas previstas en el inciso 5, podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, modificar cualquiera de las Listas:

- a.- Transferiendo un estupefaciente de la Lista I a la Lista II o de la Lista II a la Lista I.
- b.- Retirando un estupefaciente o preparado, según el caso, de una de las Listas.

7.- Toda decisión que toma la Comisión al aplicar este artículo, será comunicada por el Secretario General a todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a los Estados no miembros que sean Parte de la Convención a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta. Dicha decisión entrará en vigor respecto a cada una de las Partes en la fecha en que reciba tal comunicación, y las Partes adoptarán entonces las medidas requeridas por esta Convención.

8.-a.- Las decisiones de la Comisión que modifiquen cualquiera de las listas estarán sujetas a revisión por el Consejo, previa solicitud de cualquiera de las Partes presentada dentro de un plazo de noventa días contados a partir de la fecha de recibo de la notificación de la decisión. La solicitud de revisión será presentada al Secretario General junto con toda información pertinente en que se base dicha solicitud de revisión.

b.- El Secretario General transmitirá copias de la solicitud de revisión y de la información pertinente a la Comisión, a la Organización Mundial de la Salud y a todas las Partes y las invitará a que formulen sus observaciones dentro de un plazo de noventa días. Todas las observaciones que se reciban serán sometidas al Consejo para que éste las examine.

c.- El Consejo podrá confirmar, modificar o revocar la decisión de la Comisión y la decisión del Consejo será-

definitiva. La notificación de la decisión del Consejo será transmitida a los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a los Estados no Miembros Partes de la Convención, a la Comisión, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta.

d.- Mientras se trasmite la revisión, seguirá vigente la decisión originaria de la Comisión.

9.- Las decisiones de la Comisión adaptadas de conformidad con este artículo no estarán sujetas al procedimiento de revisión previsto en el artículo 7º.

ARTICULO 4º.-

OBLIGACIONES GENERALES.-

Las Partes adaptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias.

a.- Para dar cumplimiento a las disposiciones de la presente Convención en sus respectivos territorios.

b.- Para cooperar con los demás Estados en la ejecución de la presente Convención, y

c.- Sin perjuicio de las disposiciones de la presente Convención, para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos.

ARTICULO 5º.-

Los órganos internacionales de fiscalización.-

Las Partes, reconociendo la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización internacional de estupefacientes, conviene recomendar a la Comisión de estupefacientes del Consejo Económico y Social y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes las respectivas funciones que la presente Convención les asigna.

ARTICULO 6º.-

Gastos de los órganos internacionales de fiscalización.

Los gastos de la Comisión y de la Junta serán sufragados por las Naciones Unidas en la forma decidida en la Asamblea General. Las Partes que no sean miembros de las Naciones Unidas contribuirán a dichos gastos en las cantidades que la Asamblea General considere equitativas y fije periódicamente, previa consulta con los gobiernos de aquellas Partes.

ARTICULO 7º.-

Revisión de las decisiones y recomendaciones de la Comisión.-

Excepto las decisiones formadas de acuerdo con el artículo 3º, las decisiones y recomendaciones aprobadas por la Comisión en cumplimiento de sus disposiciones estarán subordinadas a la aprobación o modificación del Consejo o de la Asamblea General, de la misma manera que otras decisiones y recomendaciones de la Comisión.

ARTICULO 8º.-

Funciones de la Comisión.-

La Comisión tendrá para estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos de esta Convención, y en particular;

- a.- Modificar las listas según lo dispuesto en el artículo 3º;
- b.- Señalar a la atención de la Junta cualquier cuestión que tenga relación con las funciones de la misma.
- c.- Hacer recomendaciones para la aplicación de las disposiciones de esta Convención y el logro de sus propósitos, y en particular recomendar programas de investigación científica e intercambio de información de carácter científico o técnico
- d.- Señalar a la atención de los Estados no Partes las decisiones y recomendaciones que adopte en cumplimiento de la Presente Convención a fin de que dichos Estados examinen la posibilidad de tomar medidas de acuerdo con tales decisiones y recomendaciones.

ARTICULO 9º.-

Composición de la Junta.-

1.- La Junta se compondrá de 11 miembros, que el Consejo designará de la forma siguiente:

a.- Tres miembros que posean experiencia médica, farmacológica o farmacéutica, elegidos de una lista de cinco personas, por lo menos, propuestas por la Organización Mundial de la Salud;

b.- Ocho miembros elegidos de una lista de personas propuestas por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y por las Partes que no sean miembros de las Naciones Unidas.

2.- Los miembros de la Junta habrán de ser personas que por su competencia, imparcialidad y desinterés, inspiren confianza general. Durante su mandato no podrán ocupar cargo alguno ni ejercer actividad que pueda redundar en detrimento de su imparcialidad en el desempeño de sus funciones. El Consejo, en consulta con la Junta, tomará todas las medidas necesarias para garantizar la total independencia técnica de la Junta en el desempeño de sus funciones.

3.- El Consejo, teniendo debidamente en cuenta el principio de la distribución equitativa, estudiará la conveniencia de que formen parte de la Junta, en proporción equitativa, personas que conozcan la situación en materia de estupefacientes, en los países productores, fabricantes y consumidores y que estén vinculados con esos países.

ARTICULO 10;-

Duración del mandato y remuneración de los miembros de la Junta.-

1.- Los miembros de la Junta ejercerán sus funciones durante tres años y podrán ser reelegidos.

2.- El mandato de cada miembro de la Junta expirará la víspera de la primera sesión de la Junta a la que tenga derecho de asistir su asesor.

- 3.- Cuando un miembro de la Junta deje de asistir a --- tres períodos de sesiones consecutivos se considerará - que ha renunciado.
- 4.- El Consejo, a recomendación de la Junta, podrá des- tituir a un miembro de la Junta que no reúna ya las con- diciones necesarias para formar parte de ella conforme- el párrafo 2 del artículo 9º. Dicha recomendación debe- rá contar con el voto afirmativo de ocho miembros de la Junta.
- 5.- Cuando durante el mandato de un miembro de la Junta, quede vacante su cargo, el Consejo cubrirá dicha vacan- te eligiendo otro miembro por el resto del mandato a la mayor brevedad y de conformidad con las disposiciones - aplicables del artículo 13.
- 6.- Los miembros de la Junta percibirán una remunera--- ción adecuada que fijará la Asamblea General.

ARTICULO 11.-

Reglamento de la Junta.-

- 1.- La Junta elegirá su presidente y las personas que - ocuparán los cargos directivos que considere necesarios y aprobará su reglamento.
- 2.- La Junta se reunirá con la frecuencia que crea nece- saria para el buen desempeño de sus funciones, pero ce- lebrará por lo menos dos reuniones anuales.
- 3.- En las sesiones de la Junta el quórum será de siete miembros.

ARTICULO 12.-

Funcionamiento del sistema de provisiones.-

- 1.- La Junta fijará la fecha o fechas y la manera en -- que habrá de facilitarse las provisiones, según lo dis- puesto en el artículo 19, y prescribirá el empleo de--- de formularios al efecto.
- 2.- La Junta pedirá a los gobiernos de los países y te- rritorios a los que no se aplica la presente Convención que faciliten sus provisiones de conformidad con lo dis- puesto en la presente Convención.

- 3.- Si un Estado no suministra las previsiones respecto de alguno de sus territorios en la fecha fijada, la Junta las establecerá en la medida de lo posible. La Junta establecerá dichas previsiones, en colaboración con el gobierno interesado, siempre que esto sea factible.
- 4.- La Junta examinará las previsiones, incluso las suplementarias y, salvo cuando se trate de necesidades para fines especiales, podrá pedir los datos que estime necesarios respecto de cualquier país o territorio en cuyo nombre se haya suministrado la previsión, para completarla o aclarar cualquier decalación que figure en ella.
- 5.- La Junta confirmará, tan pronto como sea posible, las previsiones incluso las suplementarias, o podrá modificarlas con el consentimiento del gobierno interesado.
- 6.- Además de los informes mencionados en el artículo 15. la Junta publicará, en las épocas que determine, pero por lo menos una vez al año, la información sobre las previsiones que pueda, a su parecer, facilitar la aplicación de la presente Convención.

ARTICULO 13º.-

Funcionamiento del sistema de información estadística.-

- 1.- La Junta determinará cómo ha de presentarse la información estadística según lo dispuesto en el artículo 20 y prescribirá el empleo de formularios a este efecto
- 2.- La Junta examinará la información que reciba, para determinar si las Partes o cualquier otro Estado ha cumplido las disposiciones de la presente Convención.
- 3.- La Junta podrá pedir los demás datos que estime necesarios para completar o explicar los que figuren en la información estadística.
- 4.- La Junta no tendrá competencia para formular objeciones ni expresar su opinión acerca de los datos estadísticos relativos a los estupefacientes necesarios para fines especiales.

ARTICULO 14º.-

Medidas de la Junta para asegurar el cumplimiento de -- las disposiciones de la presente Convención.-

1.- a.- Si basándose en el examen de la información presentada por los gobiernos a la Junta en virtud de las disposiciones de esta Convención, o en la información comunicada por los órganos de las Naciones Unidas y relacionada con cuestiones que se plantean en virtud de dichas disposiciones, la Junta tiene motivos para creer que las finalidades de la Convención corren grave peligro porque un país o territorio no ha cumplido las disposiciones de esta Convención, la Junta tendrá derecho a pedir explicaciones al gobierno del país o territorio de que se trate. Sin perjuicio del derecho de la Junta a señalar a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión las cuestiones que se enumeran en el apartado c), la solicitud de información o las explicaciones de un gobierno en virtud de este apartado se considerarán asuntos confidenciales.

b.- Después de actuar en virtud del apartado a), la Junta, si se ha comprobado que es necesario actuar así, podrá pedir al gobierno interesado que adopte las medidas correctivas que las circunstancias aconsejan para la ejecución de las disposiciones de esta Convención.

c.- Si la Junta considera que el gobierno interesado no ha dado explicaciones satisfactorias cuando se le pidieron en virtud del apartado a), o no ha tomado las medidas correctivas que debía en virtud del apartado b), podrá señalar la cuestión a la atención de las Partes, -- del Consejo y de la Comisión.

2.- La Junta, cuando señale un asunto a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión, en virtud del apartado c) del inciso I podrá, si ha comprobado que es necesario proceder así, recomendar a las Partes que cesen de importar drogas del país interesado, de exportar las a él, o de hacer ambas cosas durante un período determinado o hasta que la Junta quede satisfecha con la-

situación existente en este territorio o país. El Estado interesado podrá plantear la situación al Consejo.

3.- La Junta tendrá derecho a publicar un informe sobre cualquier cuestión relacionada con las disposiciones de este artículo y comunicarlo al Consejo, el cual lo remitirá a todos las Partes. Si la Junta publica en dicho informe una decisión tomada en virtud de este artículo o cualquier información relacionada con el mismo, también incluirá los puntos de vista del gobierno interesado, si éste lo solicitare.

4.- Si la decisión de la Junta que ha sido publicada de acuerdo con este artículo no es unánime, también se hará pública la opinión de la minoría.

5.- Cuando la Junta discuta una cuestión que en virtud de lo dispuesto en este artículo interese directamente a un país, éste será invitado a estar presente en la reunión de la Junta.

6.- Se necesitará una mayoría de dos tercios del total de los miembros de la Junta para adoptar decisiones en virtud de éste artículo.

ARTICULO 15º.-

Informe de la Junta.-

1.- La Junta redactará un informe anual sobre su labor y los informes complementarios que considere necesarios. Dichos informes contendrán además, un análisis de las previsiones y de las informaciones estadísticas de que disponga la Junta y, cuando proceda, una indicación de las aclaraciones hechas por los gobiernos o que les hayan pedido, si las hubiere, junto con las observaciones y recomendaciones que la Junta desee hacer. Estos informes serán sometidos al Consejo por intermedio de la Comunicación, que formulará las observaciones que estime oportunas.

ARTICULO 16º.-

Secretaría.-

Los servicios de la Secretaría de la Comisión y de la Junta serán suministrados por el Secretario General.

ARTICULO 17º.-

Administración especial.-

Las Partes mantendrán una administración especial que estará a cargo de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención.

ARTICULO 18º.-

Datos que suministrarán las Partes al Secretario General.-

1.- Las Partes facilitarán al Secretario General los datos que la Comisión pueda pedir por ser necesarios para el desempeño de sus funciones, y en particular:

a.- Un informe anual sobre la aplicación de la presente Convención en cada uno de sus territorios.

b.- Un texto de todas las leyes y reglamentos promulgados periódicamente para poner en práctica esta Convención.

c.- Los datos que pida la Comisión sobre los casos de tráfico ilícito, especialmente los datos de cada caso descubierto de tráfico ilícito que puede tener importancia, ya sea para arrojar luz sobre las fuentes de que provienen los estupefacientes para dicho tráfico, o bien por las cantidades de que se trate o el método empleado por los traficantes ilícitos; y

d.- Los nombres y direcciones de las autoridades facultadas para expedir permisos o certificados de exportación.

2.- Las Partes suministrarán los datos mencionados en el inciso anterior, de modo y en la fecha que fije la Comisión y utilizando los formularios que ella indique.

ARTICULO 19º.-

Previsiones de las necesidades de estupefacientes.-

1.- Las Partes facilitarán anualmente a la Junta, respecto de cada uno de sus territorios, de modo y en la

forma que ella establezca y en formularios proporcionados por ella, sus previsiones sobre las siguientes:

- a.- La cantidad de estupefacientes que será consumida con fines médicos y científicos;
- b.- La Cantidad de estupefacientes que será consumida para fabricar otros estupefacientes, preparados de la Lista III y sus sustancias a las que no se aplica esta Convención.
- c.- Las existencias de estupefacientes al 31 de diciembre del año al que se refieren las previsiones, y
- d.- Las cantidades de estupefacientes necesarias para agregar a las existencias especiales.

2.- Hechas las deducciones a que se refiere el inciso 3 del artículo 21, el total de las previsiones por cada territorio y cada estupefaciente será la suma de las cantidades indicadas en los apartados a), b) y d) del inciso I de este artículo, más la cantidad necesaria para que las existencias disponibles al 31 de diciembre del año anterior alcancen la cantidad prevista, como lo dispone el apartado c) del inciso 1.

3. Cualquier Estado podrá facilitar durante el año previsiones suplementarias exponiendo las previsiones que justifiquen dichas previsiones.

4.- Las Partes comunicarán a la Junta el método empleado para determinar las cantidades que figuren en las previsiones y cualquier modificación introducida en dicho método.

5.- Hechas las deducciones mencionadas en el inciso 3 del artículo 2 no deberán excederse las previsiones.

ARTICULO 20º.-

DATOS estadísticos que se suministrarán a la Junta.-

1.- Las Partes suministrarán a la Junta, respecto de cada uno de sus territorios, del modo y en la forma que en ella establezca y en los formularios proporcionados por ella, datos estadísticos sobre:

- a.- Producción y fabricación de estupefacientes.
 - b.- Uso de estupefacientes para la fabricación de otros estupefacientes, de los preparados de la Lista III y de sustancias a las que no se aplica esta Convención, así como de la paja de la adormidera para la fabricación de estupefacientes.
 - c.- Consumo de estupefacientes.
 - d.- Importaciones y exportaciones y el destino que se les da.
 - e.- Decomiso de estupefacientes y el destino que se les da.
 - f.- Existencias de estupefacientes al 31 de diciembre - del año a que se refieren las estadísticas.
- 2.- a.- Los datos estadísticos relativos a las cuestiones mencionadas en el apartado d), se establecerán anualmente y se presentarán a la Junta a más tardar el 30 de junio del año siguiente al año que se refieren.
- b.- Los datos estadísticos relativos a las cuestiones mencionadas en el apartado d) del inciso 1 se establecerán trimestralmente y se presentarán a la Junta dentro del mes siguiente al trimestre a que se refieren.
- 3.- Además de las cuestiones mencionadas en el párrafo 1 de éste artículo, las Partes podrán también facilitar a la Junta, dentro de lo posible, respecto de cada uno de sus territorios, información sobre la superficie (en hectáreas) dedicadas a la producción de opio.
- 4.- Las Partes no estarán obligadas a prestar datos estadísticos relativos a las existencias especiales, pero presentarán separadamente datos relativos a los estupefacientes importados u obtenidos en el país o territorio con fines especiales, así como sobre las cantidades de estupefacientes retiradas de las existencias especiales para satisfacer las necesidades de la población civil.

ARTICULO 21.-

Limitación de la fabricación y de la importación.-

- 1.- La cantidad total de cada estupefaciente fabricada o importada por cada país o territorio en un año no excederá de la suma de las siguientes cantidades:
 - a.- La cantidad consumida, dentro de los límites de las previsiones correspondientes, con fines médicos o científicos.
 - b.- La cantidad utilizada, dentro de los límites de las previsiones correspondientes para la fabricación de --- otros estupefacientes, de los preparados en la Lista -- III y de sustancias a las que no se aplica esta Convención
 - c.- La cantidad exportada.
 - d.- La cantidad añadida a las existencias con objeto de llevarlas a nivel fijado en las previsiones correspondientes.
 - e.- La cantidad adquirida, dentro de los límites de las previsiones correspondientes, con fines especiales.
- 2.- De la suma de las cantidades indicadas en el párrafo 1 se deducirán toda la cantidad que haya sido decomisada y entregada para usos lícitos, así como la cantidad retirada de las existencias especiales para las necesidades de la población civil.
- 3.- Si la Junta llega a la conclusión de que la cantidad fabricada o importada en un año determinado excede de las sumas de las cantidades indicadas en el párrafo 1, hechas las deducciones prescritas por el párrafo 2 de este artículo, todo excedente así determinado y que subsista al final del año se deducirá, el año siguiente de las cantidades que hayan de fabricarse o importarse y del total de las previsiones, determinado en el párrafo 2 del artículo 19.
- 4.-a.- Si las informaciones estadísticas sobre importaciones y exportaciones (artículo 20) indicaren que la cantidad exportada a cualquier país o territorio excede del total de las previsiones relativas a dicho país o territorio, según se determina en el párrafo 2 del artículo 19, más las cantidades que figuren como exportadas

y deducidos los excedentes según se determina en el inciso 3 de este artículo, la Junta podrá notificar este hecho a los Estados que, a su juicio de la Junta, deba comunicarse dicha información.

b.- Cuando reciban esta notificación, las Partes no autorizarán durante el año ninguna nueva exportación del estupefaciente en cuestión al país o territorio de que se trate, salvo:

I.- Si dicho país o territorio envía una nueva previsión que corresponda al aumento de sus importaciones y a la cantidad suplementaria que necesite.

II.- En casos excepcionales, cuando, a juicio del gobierno del país exportador, la exportación sea indispensable para el tratamiento de los enfermos.

ARTICULO 22.-

Disposición especial aplicable al cultivo.-

Cuando las condiciones existentes en el país o en un territorio de una Parte sean tales que, a su juicio, la prohibición del cultivo de la adormidera, del arbusto de la coca o de la planta de cannabis resulte de la medida más adecuada para proteger la salud pública y evitar que los estupefacientes sean objeto de tráfico ilícito, la Parte interesada prohibirá dicho cultivo.

ARTICULO 23.-

Organismos nacionales para la fiscalización del opio.-

1.- Las Partes que permitan el cultivo de la adormidera para la producción del opio deberán establecer, si no lo han hecho ya, y mantener, uno o más organismos oficiales (llamados en este artículo, de ahora en adelante, el Organismo) para desempeñar las funciones que se le asignan en el presente artículo.

2.- Dichas Partes aplicarán al cultivo de la adormidera para la producción de opio y al opio las siguientes disposiciones:

- a.- El Organismo designará las zonas y las parcelas de terreno en que se permitirá el cultivo de la adormidera para la producción de opio.
- b.- Sólo podrán dedicarse a dicho cultivo los cultivadores que posean una licencia expedida por el Organismo.
- c.- Cada licencia especificará la superficie en la que se autoriza el cultivo.
- d.- Todos los cultivadores de adormidera estarán obligados a entregar la totalidad de sus cosechas de opio al Organismo. El Organismo comprará y tomará posesión material de dichas cosechas, lo antes posible, a más tardar cuatro meses después de terminada la recolección.
- e.- El Organismo tendrá el derecho exclusivo de importar, exportar, dedicarse al comercio al por mayor y mantener las existencias de opio que no se hallen en poder de los fabricantes de alcaloides de opio, opio medicinal o preparados de opio. Las Partes no estarán obligadas a extender este derecho exclusivo al opio medicinal y a los preparados a base de opio.
- 3.- Las funciones administrativas a que se refiere el inciso 2 serán desempeñadas por un solo organismo público si la Parte interesada lo permite.

ARTICULO 24º.-

Limitación de la producción de opio para el comercio internacional.-

- 1.- Si una de las Partes proyecta iniciar la producción de opio o aumentar su producción anterior, tendrá presente las necesidades mundiales con arreglo a las previsiones públicas por la Junta, a fin de que su producción no ocasione superproducción de opio en el mundo.
- b.- Ninguna Parte permitirá la producción ni el aumento de la producción de opio si cree que tal producción o tal aumento en su territorio puede ocasionar tráfico ilícito de opio.
- 2.- a.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 1, si una Parte que al 1º de enero de 1961 no producía --

opio para la exportación y desee exportar el opio que produce en cantidades que no exceden de cinco toneladas anuales, lo notificará a la Junta y le proporcionará -- con dicha notificación información acerca de:

1 - La fiscalización que, de acuerdo con la presente -- Convención, se aplicará al opio que ha de ser producido y exportado.

II.- El nombre del país o los países a los que se espera exportar dicho opio; y la Junta podrá aprobar tal notificación o recomendar a la Parte que no produzca opio para la exportación.

b.- Cuando una Parte que no sea de las aludidas en el inciso 3 desee producir opio para la exportación en cantidades que excedan de cinco toneladas anuales, lo notificará al Consejo y proporcionará con dicha notificación información pertinente, que comprenda:

I.- Las cantidades que calcula producirá para la exportación.

II.- La fiscalización aplicable o propuesta respecto -- del opio que se ha de producir.

III.- El nombre del país o países a los que se espera -- ción podrá recomendar a la Parte que no produzca opio para la exportación.

1.- No obstante lo dispuesto en los apartados a) y b) -- del inciso 2, una Parte que durante los diez años inmediatamente anteriores al 1º de enero de 1961 exportaba el opio que producía, podrá continuar exportando el --- opio que produzca.

4.- a.- Las Partes no importarán opio de ningún país o territorio, salvo el opio producido en el territorio de

I.- Las Partes aludidas en el inciso 3.

II.- Las Partes que hayan notificado a la Junta, según lo dispuesto en el apartado a) del inciso 2.

III.- Las Partes que hayan recibido la aprobación del Consejo, según lo dispuesto en el apartado b) del inciso 2.

b.- No obstante lo dispuesto en el apartado a) de este inciso, las Partes podrán importar opio, producido por cualquier país que haya producido o exportado opio durante los 10 años anteriores al 1º de enero de 1961, -- siempre que dicho país haya establecido y mantenga un órgano u organismo de fiscalización nacional para los fines enumerados en el artículo 23 y aplique medios eficaces para asegurar que el opio que produce no se desvíe al tráfico ilícito.

5.- Las disposiciones de este artículo no impiden que las Partes:

a.- Produzcan opio suficiente para sus propias necesidades.

b.- Exporten a las Partes, de conformidad con las disposiciones de esta Convención, el opio que decomisen en el tráfico ilícito.

ARTICULO 25º.-

Fiscalización de la paja de adormidera.-

1.- Las Partes que permitan el cultivo de la adormidera con fines que no sean la producción de opio adoptarán todas las medidas necesarias para que:

a.- No produzcan opio de esa adormidera.

b.- Se fiscalise de modo adecuado la fabricación de estupefacientes a base de paja de adormidera.

2.- Las Partes aplicarán a la paja de adormidera el régimen de licencias de importación y de exportación que se prevee en los incisos 4 a 15 del artículo 31.

3.- Las Partes facilitarán acerca de la importación y exportación de paja de adormidera los mismos datos estadísticos que se exigen para los estupefacientes en el apartado d) del inciso 11 y en el apartado b) del inciso 2 del artículo 20.

ARTICULO 26º.-

El arbusto de coca y las hojas de coca.

1.- Las Partes que permitan el cultivo del arbusto de coca aplicarán al mismo y a las hojas de coca el siste-

ma de fiscalización de la adormidera; pero, respecto -- del inciso 2d) de este artículo, la obligación impuesta al Organismo allí aludido será solamente de tomar posesión material de la cosecha lo más pronto posible después del fin de la misma.

2.- En la medida de lo posible, las Partes se obligarán a arrancar todos los arbustos de coca que crezcan en estado silvestre y destruirán los que se cultiven ilícitamente.

ARTICULO 27º-

Disposiciones suplementarias referentes a las hojas de coca en general.-

1.-,Las Partes podrán autorizar el uso de coca para la preparación de un agente soporífero que no contenga ningún alcaloide y, en la medida necesaria para dicho uso, autorizar la producción, importación, exportación, el comercio y la posesión de dichas hojas.

2.- Las Partes suministrarán por separado previsiones - Artículo 19) e información estadística (artículo 20) -- respecto de las hojas de coca para la preparación del agente soporífero, excepto en la medida en que las mismas hojas de coca se utilicen para la exportación de alcaloides y del agente soporífero y así se expliquen en la información estadística y en, las previsiones.

ARTICULO 28º.-

Fiscalización de la cannabis.-

1.- Si una Parte permite el cultivo de la planta de la cannabis para producir cannabis o resina de cannabis, aplicará a ese cultivo el mismo sistema de fiscalización establecido en el artículo 23 para la fiscalización de la adormidera.

2.- La presente Convención no aplicará al cultivo de la planta de cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) y hortícolas.

3.- Las Partes adoptarán las medidas necesarias para impedir el uso indebido o tráfico ilícito de las hojas de

la planta de la cannabis.

ARTICULO 29º.-

Fabricación.-

1.- Las Partes exigirán que la fabricación de estupefacientes se realice bajo el régimen de licencias con --- excepción del caso en que éstos sean fabricados por empresas estables.

2.- Las Partes:

a.- Ejercerán una fiscalización sobre todas las personas y empresas que se dediquen a la fabricación de estupefacientes o participen en ella.

b.- Someterán a un régimen de licencias a los establecimientos y locales en que dicha fabricación pueda realizarse.

c.- Exigirán que los fabricantes de estupefacientes a quienes se haya otorgado licencia obtengan permisos periódicos en los que se especifique la clase y la cantidad de estupefacientes que estén autorizados a fabricar Sin embargo, no será necesario exigir este requisito para fabricar preparados.

3.- Las Partes impedirán que se acumulen, en poder de los fabricantes de estupefacientes, cantidades de estupefacientes o de paja de adormidera superiores a las necesarias para el funcionamiento normal de la empresa, - teniendo en cuenta las condiciones que prevalezcan en el mercado.

ARTICULO 30.-

Comercio y distribución.-

1.- a.- Las Partes exigirán que el comercio y la distribución de estupefacientes estén sometidos a licencia, - excepto cuando dicho comercio o distribución lo realice una empresa del Estado.

b.- Las Partes:

I.- Fiscalizarán a todas las personas y empresas que --

realicen o se dediquen al comercio o distribución de estupefacientes.

II.- Someterán a un régimen de licencia a los establecimientos y locales en que pueda realizarse dicho comer--cio o distribución. No será necesario exigir el requisito de licencia respecto de los preparados.

c.- Las disposiciones de los apartados a) y b) relati--vas a las licencias no se aplicarán necesariamente a -- las personas debidamente autorizadas para ejercer fun--ciones terapéuticas o científicas, y mientras las ejer--zan.

2.- Las Partes deberán también:

a.- Impedir que en poder de los comerciantes, los dis--tribuidores, las empresas del Estado o de las personas--debidamente autorizadas antes mencionadas, se acomulen--las cantidades de estupefacientes y paja de adormidera--que excedan de las necesarias para el ejercicio normal--de su comercio, habida cuenta de las condiciones que --prevalezcan en el mercado.

b.-I.- Exigir recetas médicas para el suministro o des--pacho de estupefacientes a particulares. Este requisito no se aplicará necesariamente a los estupefacientes que una persona pueda obtener, usar, entregar o administrar legalmente en el ejercicio de sus funciones terapéuti--cas debidamente autorizadas.

II.- Si las Partes estiman que estas medidas son necesarias o convenientes, exigirá que las recetas de los es--tupefacientes de la Lista I se extiendan en formularios--oficiales que las autoridades públicas competentes o --las ~~as~~ asociaciones profesionales autorizadas facilitarán en forma de talonarios.

3.- Es deseable que las Partes exijan que las ofertas --escritas o impresas de estupefacientes, la propaganda --de cualquier clase o los folletos descriptivos de estu--pefacientes, que se empleen con fines comerciales, las--envolturas interiores de los paquetes que contengan es--tupefacientes, y las etiquetas con que se presenten a --la venta los estupefacientes indiquen las denominacio--

nes comunes internacionales comunicadas por la Organización Mundial de la Salud.

4.- Si una Parte considera que tal medida es necesaria o deseable, exigirá que el paquete, o la envoltura interior del estupefaciente lleve una doble banda roja perfectamente visible. La envoltura exterior del paquete - que contenga ese estupefaciente no llevará la doble envoltura roja.

5.- Las Partes exigirán que en la etiqueta con que se presente a la venta cualquier estupefaciente se indique el contenido del estupefaciente exacto, con su peso o proporción. Este requisito del rotulado no se aplicará necesariamente a un estupefaciente que se entregue a una persona bajo receta médica.

6.- Las disposiciones de los incisos 2 y 5 no se aplicarán necesariamente al comercio al por menor ni a la distribución al por menor de los estupefacientes de la Lista II.

ARTICULO 31º.-

Disposiciones especiales referentes al comercio internacional.-

1.- Las Partes no permitirán a sabiendas la exportación de estupefacientes a ningún país o territorio, salvo:

a.- De conformidad con las leyes y reglamentos de dicho país o territorio.

b.- Dentro de los límites del total de las provisiones para ese país o territorio, según lo definen en el párrafo 2 del artículo 19, más las cantidades destinadas a la reexportación.

2.- Las Partes ejercerán en los puertos francos y en las zonas francas la misma inspección y fiscalización que en otras partes de su territorio, sin perjuicio de que se puedan aplicar medidas más severas.

3.- Las Partes:

a.- Ejercerán la fiscalización de las importaciones y exportaciones de estupefacientes, salvo que éstas sean-

efectuadas por una empresa o empresas del Estado.

b.- Ejercerán una fiscalización sobre toda persona y sobre toda empresa que se dedique a la importación o a la exportación de estupefacientes.

4.- a.- Las Partes que permitan la exportación o importación de estupefacientes exigirán que se obtengan una autorización diferente de la importación o de la exportación para cada importación o exportación, ya sea de uno o más estupefacientes.

b.- En dicha autorización se indicará el nombre del estupefaciente; la denominación común internacional, si la hubiere; la cantidad que ha de importarse o exportarse y el nombre y la dirección del importador o del exportador, y se especificará el período dentro del cual habrá de efectuarse la importación o la exportación.

c.- La autorización de exportación indicará, además, el número y la fecha del certificado de importación (inciso 5) y de la autoridad que la ha expedido.

d.- La autorización de importación podrá permitir que la importación se efectúe en más de una expedición.

5.- Antes de conceder un permiso de exportación, las Partes exigirán que la persona o establecimiento que lo solicite presente un certificado de importación expedido por las autoridades competentes del país o territorio importador, en el que conste que ha sido autorizado la importación del estupefaciente o de los estupefacientes que se mencionan en él. Las Partes se ajustarán en la medida de lo posible al modelo de certificado de importación autorizado por la Comisión.

6.- Cada expedición deberá ir acompañada de una copia del permiso de exportación, del que el gobierno que lo haya expedido enviará una copia al gobierno del país o territorio importador.

7.- a.- Una vez efectuada la importación, o una vez expirado el plazo fijado para ella, el gobierno del país o territorio importador devolverá el permiso de exportación, debidamente anotado, al gobierno del país o territorio exportador.

b.- En la anotación se indicará la cantidad efectivamente importada.

c.- Si se ha exportado en realidad una cantidad inferior a la especificada en el permiso de exportación, -- las autoridades competentes indicarán en dicho permiso y en las copias oficiales correspondientes la cantidad efectivamente exportada.

8.- Quedarán prohibidas las exportaciones dirigidas a un apartado postal o a un banco a la cuenta de una persona o entidad distinta de la designada en el permiso de exportación.

9.- Quedarán prohibidas las exportaciones dirigidas a un almacén de aduanas, a menos que el certificado de importación presentado por la persona o establecimiento que solicita el permiso de exportación, el gobierno del país importador declare que ha aprobado la importación para su depósito en un almacén de aduanas. En ese caso, el permiso de exportación deberá especificar que la importación se hace con ese destino. Para retirar una expedición consignada al almacén de aduanas será necesario un permiso de las autoridades en cuya jurisdicción esté comprendido el almacén, y si se detina al extranjero, se considerará como una nueva exportación en el sentido de la presente Convención.

10.- Las expediciones de estupefacientes que entren en el territorio de una Parte o salgan del mismo sin ir acompañadas de un permiso de exportación serán detenidas por las autoridades competentes.

11.- Ninguna Parte permitirá que pasen a través de su territorio estupefacientes expedidos a otro país aunque sean descargados del vehículo que los transporte, al menos que se presente a las autoridades competentes de esa Parte, una copia del permiso de exportación correspondiente a esa expedición.

12.- Las autoridades competentes de un país o territorio que hayan permitido el tránsito de una expedición de estupefacientes deberán adoptar todas las medidas ne

cesarias para impedir que se dé a la expedición un destino distinto del indicado en la copia del permiso de exportación que la acompaña, a menos que el gobierno -- del país o territorio por el que pase la expedición autorice el cambio de destino que se solicite como una exportación del país o territorio considerará todo cambio de destino que se solicite como una exportación del --- país o territorio del tránsito al país o territorio de nuevo destino. Si se autoriza el cambio de destino, las disposiciones de los apartados a) y B) del inciso 7 serán también aplicables entre el país o territorio de -- tránsito y el país o territorio del que se procedió originalmente el expedición.

13.- Ninguna expedición de estupefacientes, tanto si se halla en tránsito como depositadas en un almacén de --- aduanas, podrá ser sometida a cualquier manipulación -- que pueda modificar la naturaleza del estupefaciente. -- Tampoco podrá modificarse su embalaje sin permiso de -- las autoridades competentes.

14.- Las disposiciones de los incisos 11 a 13 relativas al paso de estupefacientes a través del territorio de -- una Parte no se aplicarán cuando la expedición de que -- se trate sea transportada por una aeronave que no aterrice en el país o territorio de tránsito.

Si la aeronave aterriza en tal país o territorio esas disposiciones serán aplicadas en las medidas que las -- circunstancias lo requieran.

15.- Las disposiciones de este artículo se aplicarán -- sin perjuicio de las disposiciones de cualquier acuerdo -- internacional que limite la fiscalización que pueda ser ejercitada por cualquiera de las Partes sobre los estupefacientes en tránsito.

16.- Con excepción de lo dispuesto en el apartado e) -- del inciso 1 y del inciso 2, ninguna disposición de este artículo se aplicará necesariamente en el caso de -- los preparados en la Lista III.

ARTICULO 32º.-

Disposiciones especiales relativas al transporte de drogas en los botiquines de primeros auxilios de buques o aeronaves de las líneas internacionales.-

1.- El transporte internacional por buques o aeronaves de las cantidades limitadas de drogas necesarias para la prestación de primeros auxilios o para casos urgentes en el curso del viaje, no se considerarán como importación o tránsito o exportación por un país en el sentido de esta Convención.

2.- Deberán adoptarse las precauciones adecuadas por el país de la matrícula para evitar el uso indebido de las drogas a que se refiere el inciso 1 o su desviación para fines ilícitos. La Comisión recomendará dichas precauciones, en consulta con las organizaciones internacionales pertinentes.

3.- Las drogas transportadas por buques o aeronaves de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1, estarán sujetas a las leyes, reglamentos, permisos y licencias del país de la matrícula, pero sin perjuicio del derecho de las autoridades locales competentes a efectuar comprobaciones e inspecciones a adoptar otras medidas de fiscalización a bordo del buque o aeronave. La administración de dichas drogas en caso de urgente necesidad no se considerará que constituye una violación de las disposiciones del apartado b) 1 del artículo 30.

ARTICULO 33º.-

Poseción de estupefacientes.-

Las Partes sólo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal.

ARTICULO 34º.-

Medidas de fiscalización y de inspección.-

Las Partes exigirán:

a.- Que todas las personas a quienes conceden licencias

en virtud de la presente Convención o que ocupen cargos directivos o de inspección en una empresa del Estado establecida según lo dispuesto en este Convenio, tengan la idoneidad adecuada para aplicar fiel y eficazmente las disposiciones de las leyes y reglamentos que se dicten para dar cumplimiento a la misma.

b.- Que las autoridades administrativas, los fabricantes, los comerciantes, los hombres de ciencia, las instituciones científicas y los hospitales lleven registros en que consten las cantidades de cada estupefaciente fabricado, y de cada adquisición y destino dado a los estupefacientes. Dichos registros serán conservados por un período de dos años por lo menos. Cuando se utilicen talonarios (artículo 30 inciso 2b) de recetas oficiales, dichos talonarios se conservarán también por un período de dos años por lo menos.

ARTICULO 35º.-

Lucha contra el tráfico ilícito.-

Teniendo debidamente en cuenta regímenes constitucionales, legal, administrativo, las Partes:

a.- Asegurarán en el plano nacional una coordinación de la acción preventiva y represiva contra el tráfico ilícito; para ello podrán designar un servicio apropiado que se encargue de dicha coordinación.

b.- Se ayudarán mutuamente en la lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes.

c.- Cooperarán estrechamente entre sí y con las organizaciones internacionales competentes que sean miembros para mantener una lucha coordinada contra el tráfico ilícito.

d.- Velarán por que la cooperación internacional de los servicios apropiados se efectue de forma expedita.

e.- Cuidarán que, cuando se trasmita de un país a otro los autos de una acción judicial, la transmisión se efectúe en forma expedita a los órganos designados por las Partes; este requisito no prejuzga el derecho de una Parte a exigir que se le envíen las piezas de autos por vía diplomática.

ARTICULO 36º.-

Disposiciones penales.-

1.- A reserva de lo dispuesto por su Constitución, cada una de las Partes se obliga a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación extracción, preparación, posesión, oferta en general, - ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho por cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conforme a las disposiciones de esta Convención o cualquiera otros actos que en opinión de la Parte puedan efectuarse en infracción de las disposiciones de la presente Convención, se consideren como delitos si se cometen intencionalmente y que los delitos graves sean castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad.

2.- A reserva de las limitaciones que imponga la Constitución respectiva, el régimen jurídico y la legislación nacional de cada Parte;

a.-I.- Cada uno de los delitos enumerados en el inciso I si se comete en diferentes países, se considerará como un delito distinto.

II.- La participación deliberada, o la confabulación para cometer cualquiera de estos delitos, así como la tentativa de cometerlos, los actos preparatorios y operaciones financieras, relativas a los delitos de que se trata en este artículo, se considerarán como delitos, - tal como se dispone en el inciso 1.

III.- Las condenas pronunciadas en el extranjero por esos delitos serán computadas para determinar la reincidencia.

IV.- Los referidos delitos graves cometidos en el extranjero, tanto por nacionales como por extranjeros, serán juzgados por la Parte en cuyo territorio se haya cometido el delito, o por la Parte en cuyo territorio se encuentre el delincuente, si no procede la extradición de conformidad con la ley de la Parte a, la cual se

le solicita, y si dicho delincuente no ha sido ya procesado y sentenciado.

b.- Es deseable que los delitos que se refieren el inciso 1 y el apartado a) II) del inciso 2 se incluyan en los delitos que dan lugar a la extradición, en todo -- tratado de extradición, concertado o que pueda concertarse entre las Partes, y sean delitos que den lugar a extradición entre cualquiera de las Partes que no subordinen la extradición a la existencia de un tratado o acuerdo de reciprocidad a reserva de que la extradición sea cedida con arreglo a la legislación de la Parte a la que se haya pedido, y de que esta Parte tenga derecho a negarse a proceder a la detención del delincuente o a conceder la extradición si sus autoridades competentes consideran que el delito no es muy grave.

3.- Las disposiciones del presente artículo estarán limitadas por las disposiciones de derecho penal de la -- Parte interesada, en materia de jurisdicción.

4.- Ninguna de las disposiciones del presente artículo afectará el principio de que los delitos que se refiere han de ser definidos, perseguidos y castigados de conformidad con la legislación nacional de cada Parte.

ARTICULO 37º.-

Aprehensión y decomiso.-

Todo estupefaciente, sustancia y utensilio empleados en la comisión de delitos mencionados en el artículo 36 o destinados a tal fin podrán ser objeto de aprehensión y decomiso.

ARTICULO 38º.-

Tratamiento de toxicómanos.-

1.- Las Partes considerarán especialmente las medidas - que puedan adoptarse para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de los toxicómanos.

2.- Si la toxicomanía constituye un grave problema para una Parte y si sus recursos económicos le permiten, es-

conveniente que dicha Parte establezca servicios adecuados para tratar eficazmente a los toxicómanos.

ARTICULO 39º.-

Aplicación de las medidas nacionales de fiscalización más estrictas que las establecidas por esta Convención. No obstante lo dispuesto en la presente Convención, no estará vedado a las Partes ni podrá presumirse que les está vedado, adoptar medidas de fiscalización más estrictas o rigurosas que las previstas en la Convención, y, en especial, que exija que los preparados de la Lista III o los estupefacientes de la Lista II quedan sujetos a todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes de la Lista I o aquellas que, a juicio de la Parte interesada, sean necesarias o convenientes para proteger la salud pública.

ARTICULO 40º.-

Idiomas de la Convención y el procedimiento para su firma, ratificación y adhesión.-

1.- La presente Convención, cuyo textos chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, quedará abierto hasta el 1º de agosto de 1961, a la firma de todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, de todos los Estados no miembros que son Partes en el Estatuto de la Corte Internacional de Justicia o miembro de un organismo especializado de las Naciones Unidas, e igualmente de todo otro Estado que el Consejo pueda invitar a que sea Parte.

2.- La presente Convención estará sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación serán depositados ante el Secretario General.

La presente Convención estará abierta, después del 1º de agosto de 1961, a la adhesión de los Estados a que se refiere el párrafo 1. Los instrumentos de adhesión serán depositados ante el Secretario General.

ARTICULO 41º.-

Intrada en vigor.-

1.- La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que se haya depositado - el cuadragésimo instrumento de ratificación o adhesión, de conformidad con el artículo 40.

2.- Con respecto a cualquier otro Estado que deposite - un instrumento de ratificación o adhesión después de la fecha de depósito de dicho cuadragésimo instrumento, la presente Convención entrará en vigor el trigésimo día - siguiente en que ese Estado haya depositado su intrumento de adhesión o de ratificación.

ARTICULO 42º.-

Aplicación territorial.-

La presente Convención se aplicará a todos los territorios no metropolitanos cuya representación internacio--nal ejerza una de las Partes, salvo cuando se requiera-- el consentimiento previo de tal territorio en virtud de la Constitución de la Parte o del territorio interesado o de la costumbre. En ese caso, la Parte tratará de obtener lo antes posible el necesario consentimiento del territorio, y una vez obtenido, lo notificará al Secretario General. La presente Convención se aplicará al te rritorio o territorios mencionados en dicha notifica---ción, a partir de la fecha en que reciba el Secretario--General. En los casos en que no se requiera el consenti miento previo del territorio no metropolitano, la Parte interesada declarará, en el momento de la firma, de la ratificación o de la adhesión, a que su territorio o te rritorios no metropolitanos se aplica la presente Con--vención.

ARTICULO 43º.-

Territorios a que se refieren los artículos 19, 20, 21, y 31.-

1.- Las Partes podrán notificar al Secretario General -

que, a efectos de los artículos 19, 20, 21 y 31 uno de -- sus territorios está dividido en dos o más territorios, o que dos o más de éstos se consideran un solo territorio.

2.- Dos o más Partes podrán notificar al Secretario General que, a consecuencia del establecimiento de una -- unión aduanera entre ellas, constituyen un solo territorio a los efectos de los artículos 19, 20, 21 y 31.

3.- Toda notificación hecha con arreglo a los incisos 1 ó 2 de éste artículo surtirá efectos el 1º de enero del año siguiente a aquel en que se haya hecho la notificación.

ARTICULO 44º.-

Abrogación de los instrumentos internacionales anteriores.-

Al entrar en vigor la presente Convención, sus disposiciones abrogarán y sustituirán ante las Partes las disposiciones de los siguientes instrumentos:

a.- Convención Internacional del Opio, firmada en la Haya el 23 de enero de 1912

b.- Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado, firmado en Ginebra el 11 de febrero de 1925.

c.- Convención Internacional del Opio, firmada en Ginebra el 19 de febrero de 1925

d.- Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931.

e.- Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente, firmado en Bangkok el 27 de noviembre de 1931.

f.- Protocolo firmado en Lake Success (New York) el 11 de diciembre de 1946, que modifica los acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre estupefacientes concertados en la Haya el 21 de enero de 1912, en Ginebra 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931; en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1930, salvo en lo que afecta-

a ésta última Convención.

g.- Las Convenciones y Acuerdos mencionados en los apartados a) a e) modificados por el Protocolo de 1946, mencionado en el párrafo f).

h.- Protocolo firmado en París el 19 de noviembre de 1948, que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención de 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado en Lake Success (New York) el 11 de diciembre de 1946.

i.- Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso de opio, firmado en New York el 23 de junio de 1953, en caso de que dicho protocolo hubiera entrado en vigor.

2.- Al entrar en vigor la presente Convención, el apartado b) del inciso 2 del artículo 6 abrogará y sustituirá, entre las Partes que lo sean también de la Convención para la Supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas, firmada en Ginebra el 26 de junio de 1936, las disposiciones del artículo 9º de ésta última Convención pero esas Partes podrán mantener en vigor dicho artículo 9º, previa notificación al Secretario General.

ARTICULO 45º.-

Disposiciones Transitorias.-

1.- A partir de la fecha en que entre en vigor la presente Convención (inciso 1 del artículo 41), las funciones de la Junta a que se refiere el artículo 9º serán desempeñadas provisionalmente por el Comité Central Permanente constituido con arreglo al capítulo VI de la Convención a que se refiere el apartado c) del artículo 44, modificada, y por el Organó de Fiscalización constituido con arreglo al capítulo II de la Convención a que se refiere el apartado d) del artículo 44, modificado según lo requieran respectivamente dichas funciones.

2.- El Consejo fijará la fecha en que entrará en funciones la nueva Junta de que trataba el artículo 9º. A partir de esa fecha, la Junta ejercerá, respecto de los Estados Partes en los instrumentos enumerados en el artículo 44 que no sean Partes en la presente Convención, - las funciones del Comité Permanente y del Organó de Fiscalización mencionado en el inciso 1.

ARTICULO 46º.-

Denuncia.-

1.- Una vez transcurridos dos años, a contar de la fecha de entrada en vigor la Presente Convención (artículo 41 inciso 1), toda Parte, en su propio nombre o en el de cualquiera de los territorios cuya representación internacional ejerza y que haya reiterado el consentimiento dado según lo dispuesto en el artículo 42, podrá denunciar la Presente Convención mediante un instrumento escrito depositado en poder del Secretario General.

2.- Si el Secretario General recibe la denuncia antes del 1º de julio de cualquier año o en dicho día, ésta surtirá efecto a partir del 1º de enero del año siguiente; y si la recibe después del 1º de julio, la denuncia surtirá efecto como si hubiera sido recibida antes del 1º de julio del año siguiente o en ese día.

3.- La presente Convención cesará de estar en vigor si, a consecuencia de las denuncias formuladas según el inciso 1. dejan de cumplirse las condiciones estipuladas en el inciso 1 del artículo 41 para su entrada en vigor

ARTICULO 47º.-

Modificaciones.-

1.- Cualquier Parte podrá proponer una modificación de esta Convención. El Texto de cualquier modificación así propuesta y los motivos serán comunicados al Secretario General quien, a su vez, los comunicará a las Partes y al Consejo. El Consejo podrá decidir:

a.- Que se convoque a una conferencia de conformidad -- con el inciso 4 del artículo 62 de la Carta de las Na--

ciones Unidas para considerar la modificación propuesta b.- Que se pregunte a las Partes si aceptan la modificación propuesta y se les pida que se presenten al Consejo comentarios acerca de la misma.

2.- Cuando una propuesta de modificación transmitida con arreglo a lo dispuesto en el apartado b) del inciso 1 de este artículo no haya sido rechazada por ninguna de las Partes dentro de los 18 meses después de haber sido transmitidas, entrará automáticamente en vigor, No obstante si cualquiera de las Partes rechaza una propuesta de modificación, el Consejo podrá decidir, teniendo en cuenta las observaciones recibidas de las Partes, si ha de convocarse a una conferencia para considerar tal modificación.

ARTICULO 48º.-

1.- Si surge entre dos o más Partes una controversia -- acerca de la interpretación o de la aplicación de la -- presente Convención, dichas Partes consultarán con el -- fin de resolver la controversia por vía de negociación, investigación, mediación, conciliación, arbitraje, recurso a órganos regionales, procedimiento judicial u otros recursos pácificos que ellas elijan.

2.- Cualquiera contoversia de esta índole que no haya sido resuelta en la forma indicada en el inciso 1 será sometida a la Corte Internacional de Justicia.

ARTICULO 49º.-

Reservas Transitorias.-

1.- Al firmar, ratificar o adherirse a la Convención, - toda Parte podrá reservarse el derecho de autorizar temporalmente en cualquiera de sus territorios:

a.- El uso del opio con fines médicos.

b.- El uso del opio para fumar.

c.- La masticación de la hoja de coca.

d.- El uso de la cannabis, de la resina de la cannabis, de extractos y tinturas de cannabis con fines médicos.

e.- La producción, la fabricación y el comercio de estupefacientes mencionados en los apartados a) a d) para los fines en ellos especificados.

2.- Las reservas formuladas en virtud del inciso 1 estarán sometidas a las siguientes limitaciones:

a.- Las actividades mencionadas en el inciso 1 se autorizarán sólo en la medida que sean tradicionales en los territorios respectivos de los cuales se formule la reserva y estuvieren autorizados en ellas el 1º de enero de 1961.

b.- No se permitirá ninguna exportación de estupefacientes mencionados en el párrafo 1, para los fines que en él se indican, con destino a un Estado que no sea Parte o a un territorio al que no se apliquen las disposiciones de la presente Convención según lo dispuesto en el artículo 42.

c.- Sólo se permitirá que fumen opio las personas inscritas a estos efectos por las autoridades competentes el 1º de enero de 1964.

d.- El uso del opio para fines casi médicos deberá ser abolido en un plazo de 15 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.

e.- La masticación de la hoja de coca quedará prohibida dentro de los 25 años siguientes a la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.

f.- El uso de la cannabis para fines que no sean médicos y científicos deberá cesar lo antes posible, pero en todo caso dentro de un plazo de 25 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.

g.- La producción, la fabricación, y el comercio de los estupefacientes de que se trata en el inciso 1, para cualquiera de los usos en él mencionados, se reducirán y suprimirán finalmente, a medida que se reduzcan y supriman dichos usos.

3.- Toda Parte que formule una reserva a tenor de lo --
dispuesto en el inciso 1:

a.- Incluirá en el informe anual que ha de suministrar-
al Secretario General, de conformidad con lo dispuesto-
en el apartado a) del inciso 1 del artículo 18, una re-
seña de los progresos realizados en el año anterior con
miras a la supresión del uso, la producción, la fabrica
ción o el comercio mencionados en el inciso 1.

b.- Facilitará a la Junta previsiones (artículo 19) e -
informaciones estadísticas (artículo 20) por cada una -
de las actividades respecto de las cuales haya formula-
do una reserva, en la forma y de la manera prescritas -
por la Junta.

4.- a.- Si la Parte que formule una reserva a tenor de
lo dispuesto en el inciso 1 deja de enviar:

I.- El informe mencionado en el apartado a) del inciso-
4 dentro de los seis meses siguientes al fin del año al
que se refiere la información.

II.- Las previsiones mencionadas en el apartado b) del-
inciso 3, dentro de los tres meses siguientes a la fe-
cha fijada por la Junta según lo dispuesto en el inciso
1 del artículo 12.

III.- Las estadísticas mencionadas en el apartado b) de
del párrafo 3, dentro de los tres meses siguientes a la
fecha en que deberían haber sido facilitadas según lo -
dispuesto en el inciso 2 del artículo 20; la Junta o el
Secretario General, según el caso, notificará a la Par-
te interesada el retraso en que incurre, y le pedirá --
que remita esta información dentro de un plazo de tres-
meses a contar de la fecha en que reciba la notifica-
ción.

b.- Si la Parte no atiende dentro de este plazo la peti-
ción de la Junta o del Secretario General, la reserva +
formulada en virtud del inciso I quedará sin efecto.

5.- El Estado que haya formulado reservas podrá en todo
momento, mediante notificación por escrito, retirar to-
das o partes de sus reservas.

ARTICULO 50º.-

Otras reservas.-

1.- No se permitirán otras reservas que las que se formulen con arreglo a lo dispuesto en el artículo 49 o en los párrafos siguientes.

2.- Al firmar, ratificar o adherirse a la Convención, - todo Estado podrá formular reservas a las siguientes -- disposiciones de la misma; incisos 2 y 3 del artículo - 12, inciso 2 del artículo 13, incisos 1 y 2 del artículo 14 apartado b) del inciso 1 del artículo 31 y artículo 48.

Todo Estado que quiera ser Parte en la Convención, pero que desee ser autorizado para formular reservas distintas de las mencionadas en el inciso 2 del presente artículo o en el artículo 49, notificará su intención al Secretario General. A menos que, dentro de un plazo de 12 meses a contar de la fecha de la comunicación dirigida a dichos Estados por el Secretario General, sea objetada por un tercio de los Estados que hayan ratificado la presente Convención o que se haya adherido a ella antes de expirar dicho plazo, la reserva se considerará autorizada, quedando entendido, sin embargo, que los Estados que hayan formulado objeciones a esta reserva no estarán obligados a asumir para con el Estado que la formuló, ninguna obligación jurídica derivada de la presente Convención, que sea afectada por dicha reserva.

4.- El Estado que haya formulado reservas podrá en todo momento, mediante notificación por escrito, retirar todas o parte de sus reservas.

ARTICULO 51º.-

Notificaciones.-

El Secretario General notificará a todos los Estados -- mencionados en el inciso 1 del artículo 40

a.- Las firmas, ratificaciones y adhesiones conforme el artículo 40.

b.- La fecha en que la presente Convención entre en vigor conforme al artículo 41.

c.- Las denuncias hechas conforme al artículo 46.

d.- Las declaraciones y notificaciones hechas conforme a los artículos 42, 43, 47, 49, y 50.

En fe de lo cual, los infrascritos, debidamente autorizados, han firmado la presente Convención en nombre de sus gobiernos.

Hecha en New York el treinta de marzo de mil novecientos sesenta y uno, en un solo ejemplar, que se depositará en los archivos de las Naciones Unidas, y del que se enviarán copias auténticas a todos los Estados Miembros

Por tratarse del más importante documento de carácter internacional sobre el problema de la drogadicción, elaborada en 1961 por iniciativa de las Naciones Unidas y suscrito por México en 1967, he reproducido in extenso el texto de esta Convención Internacional.

CONCLUSIONES.-

La información sobre la fármaco-dependencia no debe considerarse una especialidad exótica cuyo conocimiento profundo es innecesario para la vida diaria.

Igualmente, el incremento vertiginoso de los problemas derivados de la fármaco-dependencia ha hecho que los estudios sobre este mal se hayan multiplicado, apareciendo constantemente nuevos hallazgos, recomendaciones e indicaciones terapéuticas.

Existen, junto a los problemas terapéuticos específicos, aspectos sociales que interfieren en el logro de la cura, entre los que podemos señalar: la contaminación, el medio familiar y el contexto social. En la dependencia a las drogas, el agente contaminador es el enfermo; el medio familiar puede tener, como en otros problemas psicosociales, un papel importante, aunque no exclusivo, en la génesis del mismo; por lo que hace al contexto social, es evidente que en todos los países del mundo se está manifestando la rebeldía de la juventud contra el orden establecido, expresándose lo mismo con la modificación de la forma de vestir o arreglarse el cabello, que con la ingestión de sustancias psicotóxicas o aún con la comisión de actos delictivos.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en drogas Toxicomaníacas, recomendó en su 13º informe la sustitución de los términos "toxicomanía" y "hábito" por el de dependencia, seguida de la indicación del tipo de droga de que se trate, y a partir de 1969 dicha Organización Internacional adoptó el término "fármaco-dependencia", que ha usado hasta la fecha desde su 16º informe, entendiéndose por tal "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; se caracteriza por las modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar-

el malestar producido por la privación". La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.

Los individuos pueden contraer dependencia física o psíquica a una gran variedad de sustancias químicas - que producen, cuando actúan sobre el sistema nervioso central, excitación, depresión o alteración de las funciones psíquicas y trastornos de conducta.

En el sentido estrictamente farmacológico, adicción es sinónimo de dependencia física y consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga (síndrome de abstinencia). Tradicionalmente, el término habituación o dependencia psíquica se ha reservado para referirse al uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un serio peligro para el individuo.

Debe entenderse por droga o fármaco toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones. Esta definición es intencionalmente más amplia que la de los medicamentos, que se utilizan siempre en beneficio del individuo.

Abuso se considera el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la práctica médica habitual.

Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual amplitud.

La fármaco-dependencia, por originar modificaciones del comportamiento y otras reacciones que influyen negativamente en las relaciones personales del individuo, por provocar consecuencias físicas, sociales, o económicas desfavorables tanto a éste como a otras personas, y por su tendencia a extenderse al resto de la población, debe ser considerada como un problema de Sa-

lud Pública.

Diversos estudios muestran que durante los últimos años se ha incrementado el abuso de la marihuana, solventes inhalados, barbitúricos y drogas alucinantes entre los jóvenes mexicanos. Entre el 10 y el 15 % de los estudiantes de secundaria del Distrito Federal utilizan una o varias drogas (1). De este grupo que consume drogas o estimulantes, el 79% fuma marihuana, el 9% ingiere anfetaminas o barbitúricos, el 6,5% inhalan solventes, el 3% utiliza anfetaminas por vía endovenosa y el 2,5% consume solventes.

En un estudio realizado entre estudiantes de la Universidad Autónoma de México, se encontró que el 10,4% utiliza marihuana, el 10.7% solventes inhalados, el 10% anfetaminas, el 9% barbitúricos, y el 2,4% diversas drogas alucinantes.

Asimismo, el número de jóvenes admitidos en hospitales psiquiátricos por enfermedades mentales producidas por el abuso de las drogas ha aumentado considerablemente durante los últimos tres años.

En un estudio realizado en pacientes menores de 21 años que sufrían trastornos psiquiátricos asociados con el abuso de drogas, durante el lapso de 1959 a 1962 y de 1969 a 1971, se encontró que el número de jóvenes con trastornos conductuales asociados al uso de marihuana, anfetaminas, LSD, hongos alucinantes y mescalina se incrementó en más de un 800%.

Los fármacos capaces de producir dependencia.- Tratando de conciliar aspectos farmacológicos, jurídicos y psiquiátrico-sociales, pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- 1.- Los estupefacientes.
- 2.- Los psicotrópicos.
- 3.- Los inhalantes volátiles.

1.- Los estupefacientes comprenden básicamente los derivados naturales del opio (morfina, codeína, etc.), de los derivados sintéticos de los opiáceos (dihidromor

fina o Dilaudid, diactilmorfina o heroína) y los medicamentos sintéticos de tipo opiáceo.

Afortunadamente, en nuestro país el problema con este tipo de drogas es limitado y no comparable con el de otros, especialmente los Estados Unidos de Norteamérica. Sin embargo, deben ser prescritas con mucha cautela por el médico y solo en casos en que no pueda encontrarse un sustituto farmacológico para resolver el problema terapéutico.

Al respecto, es conveniente señalar que últimamente se está reportando con mayor frecuencia casos de dependencia a la pentazocina, hecho por el cual se declaró de naturaleza análoga a los estupefacientes y, por lo tanto, sujeto a fiscalización (2).

Se consideran también como estupefacientes a los derivados de la coca, que constituyen un problema mundial importante, sobre todo en aquellos países latinoamericanos como Perú y Bolivia.

2.- Las drogas psicotrópicas, término introducido por Gerard (3), fueron originalmente divididas en dos grandes grupos farmacológicos: el de los depresores del sistema nervioso central y el de los estimulantes del mismo. Posteriormente se han utilizado diferentes criterios que han originado varias clasificaciones, de las cuales seguramente la más conocida es la de Delay, --- quien dividió a estos fármacos en tres grupos (4):

Los psicolépticos.

Los psicoanalépticos

Los psicodislepticos.

Los psicolépticos, que comprenden todas las sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad mental y que incluyen los hipnóticos, los sedativos asiolíticos y los neurolépticos.

Los hipnóticos (barbitúricos) son utilizados generalmente para producir una sedación general y facilitar el sueño.

Los sedativos asiolíticos que reducen la tensión y la ansiedad.

Los neurolépticos o antipsicóticos, que se usan ampliamente en Psiquiatría por su actividad terapéutica - en las psicosis severas como la esquizofrenia. Algunos son derivados de la rawolfia, como la reserpina; otros, de la fenotiacina, como la clorpromancia, y algunos - más pertenecen al grupo de las butirofenonas, como el - haloperidol.

Los psicoanalépticos que estimulan la actividad mental (psicoestimulantes y antidepresivos).

Los psicoestimulantes (anfetamínicos, cafeína) generalmente disminuyen el apetito, aumentan la actividad y en dosis mayores impiden el sueño.

Los antidepresivos (imipramina, norpramina, fenelcina) se usan en medicina para mejorar la afectividad - del paciente depresivo severo.

Los psicodislépticos, sustancias químicas capaces de producir fenómenos mentales anormales, como alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones, ilusiones) del humor y de la conciencia, a dosis que comparativamente determinan sólo ligera actividad fisiológica. El uso de el LSD, la cannabis (mariguana), la mescalina -- (peyote) y la psilocibina (hongos alucinantes) son algunos ejemplos del grupo.

En relación con su posibilidad de determinar fármaco-dependencia, la Organización Mundial de la Salud, en el 17º informe de su comité de Expertos en la materia y con fines de fiscalización, o sea su control legal, los ha dividido en los siguientes grupos:

Grupos a).- Fármacos con valor terapéutico muy limitado o nulo y con riesgo grave para la salud pública, entre las cuales señala:

- 1.- El LSD 25.
- 2.- La mescalina, principio activo del peyote.
- 3.- La psilocibina, que se encuentra en los hongos alucinantes.
- 4.- Los tetrahidrocannabinoles, elementos psicoactivos de la mariguana.

Grupo b).- Fármacos con valor terapéutico pero cuyo con

sumo puede ser abusivo y significan un riesgo notable - para la salud pública; se mencionan los más importantes

- 1.- Anfetamina.
- 2.- Dexanfetamina.
- 3.- Metaanfetamina.
- 4.- Metilfenidato.
- 5.- Fenmetrazina.
- 6.- Amobarbital.
- 7.- Pentobarbital.
- 8.- Secobarbital.
- 9.- Glutetimida

Grupo c) Fármacos con valor terapéutico que varía entre escaso y grande, pero su consumo puede ser abusivo y -- significar un riesgo débil aunque significativo para la salud pública. Los más conocidos son:

- 1.- Hidrato de cloral.
- 2.- Clorodiacepóxido.
- 3.- Diazepam.
- 4.- Meprobamato.
- 5.- Metacualona.

Los del grupo a) no tienen uso terapéutico; los + del grupo b) deben ser recetados bajo estricto control-médico y en el Decreto de Salubridad General ya mencionado, la mayor parte de estas sustancias han sido declaradas de naturaleza análoga a los estupefacientes y por lo tanto sujetas a fiscalización.

Cabe hacer notar que muchos casos de fármaco-dependencia son involuntariamente desencadenados por el médico, cuando utiliza anfetamínicos en el tratamiento de - la obsida o de la depresión, y de barbitúricos en los problemas de insomnio, indicaciones terapéuticas que en la actualidad han sido descartadas por el riesgo que implican. Los del grupo c) son muy útiles en la terapéutica, pero deben ser recetados por el médico con cautela.

Los neurolépticos y los antidepresivos no han sido incluidos en esta clasificación porque no existe peligro alguno de que originen dependencia.

3.- Los inhalantes volátiles constituyen un grupo complejo aún no bien estudiado, que incluyen el vapor de sustancias comunes, como la gasolina, el thinner y los cementos plásticos.

Se ha mencionado muchos factores y es erróneo considerar una sola causa como la que inclinó a un joven a usar drogas. Se trata de un problema bastante complejo, de orden socio-cultural y mucho más difícil de comprender en su totalidad de lo que a primera vista pudiera pensarse. En nuestro país, el Consejo Nacional de Problemas en fármaco-dependencia consideró como los más importantes los siguientes: (5)

- 1.- La falta de correspondencia entre lo que se predica y lo que se hace en la sociedad en que vivimos.
- 2.- Los cambios tan marcados que se han experimentado como consecuencia de los múltiples adelantos técnicos.
- 3.- El hacinamiento en las grandes ciudades.
- 4.- La pérdida cada vez mayor de los vínculos que mantienen unidas a las familias.
- 5.- Los cambios al parecer inevitables respecto a los valores morales.
- 6.- La información errónea o confusa en relación con el tema.
- 7.- La presión moral que en algunas ocasiones recibe el joven por parte del grupo con el que convive y que puede llegar a la amenaza y aún a la violencia.

Finalmente debemos de tomar en consideración que para convertirse en consumidor habitual de estas drogas es necesaria la participación de un factor personal pre-disponible. Los jóvenes dependientes generalmente pertenecen a alguno de los tres grupos siguientes: o bien -- son sujetos inmaduros e incapaces de mantener relaciones interpersonales estables, o bien son personas frustradas, atormentadas por conflictos internos graves, o sujetos impulsivos e incapaces de posponer el logro de satisfacciones inmediatas. Es muy importante tomar en consideración que un gran número de casos, la dependencia a las drogas solamente enmascara problemas psicopatológicos subyacentes, entre los cuales podemos señalar

cuadros depresivos, estados de ansiedad, disritmia del lóbulo temporal y problemas psicóticos incipientes, especialmente del grupo esquizofrénico.

FACTORES DE LA ADOLESCENCIA.-

Adolescencia es el nombre que se le da al período de vida comprendido entre los 12 a los 20 años. Es la edad de los grandes fervores, de las pasiones, de la generosidad y también, muchas veces, de la valentía.

Es preciso distinguir pubertad de la adolescencia.- Pubertad es el fenómeno de crecimiento biológico, muy ligado a los cambios fisiológicos hormonales; adolescencia designa el aspecto psicológico y social, el proceso de hacerse adulto.

Entre algunas de las características psicológicas del adolescente conviene señalar su inestabilidad emocional, sensación de ser incomprendido, su tendencia a la introversión, su idealismo y su avidez de conocimientos sexuales, que traduce por una parte en la búsqueda tímida del sexo opuesto y por otra en su tendencia al autoerotismo.

Al intentar reafirmar su personalidad manifiesta rebeldía, maneja en forma pueril su independencia, hace evidente su afán de notoriedad y su tendencia a la agrupación.

La exacerbación incontrolada de algunos de los aspectos anteriormente señalados lo llevan a extremos psicopatológicos como la delincuencia juvenil, el uso y abuso de intoxicantes, la homosexualidad, etc.

Durante muchos años el mundo médico parecía mantenerse en una posición de relativa indiferencia ante los problemas de los adolescentes.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud revela que en términos generales los conocimientos de los médicos y los centros asistenciales para la atención de los problemas de los adolescentes son muy limitados si se comparan con los de los adultos y los niños (0

PREVENCIÓN.-

Como en todo problema de Salud Pública, es preciso considerar en primer lugar los aspectos preventivos. Estos pueden ser orientados en dos sentidos: por una parte se debe incrementar la lucha contra los productores clandestinos de estupefacientes, un aspecto jurídico -- que compete resolver a las autoridades legales de diferentes dependencias gubernamentales.

Desde el punto de vista médico y de acuerdo con -- las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los diferentes métodos preventivos pueden clasificarse en varios aspectos.

Es preciso enfatizar que la información no protege por sí misma el hecho de que, en ciertas colectividades el abuso de las drogas sea especialmente frecuente entre los miembros de las profesiones sanitarias, hace suponer que aún el conocimiento preciso y amplio del problema no tiene suficiente valor preventivo y subraya la importancia del fácil acceso a las drogas como factor de consumo abusivo.

Finalmente, en relación con medidas sociales en favor de grupos particularmente expuestos, es preciso recordar que el consumo abusivo de drogas entraña una compleja interacción entre la droga, el hombre y el medio ambiente.

Se afirma en general que los niños procedentes de familias separadas, desunidas o excesivamente autoritarias o condescendientes, así como los fracasados en la escuela y en la Universidad, constituyen grupos especialmente expuestos al abuso de las drogas.

Es preciso que la comunidad se interese por los jóvenes y trate de entrar en contacto con ellos. El establecimiento de centros especializados de actividades juveniles, con programas de actividades concebidos para atraer a los adolescentes, por medio del deporte, la música, la religión, el arte, las artesanías, etc. generalmente da buenos resultados, y en nuestro país ya tenemos una experiencia al respecto con un centro de este tipo.

Es conveniente también entrar en contacto con los jóvenes que emigran del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida que no siempre logran, lo que origina una frustración que los hace especialmente vulnerables.

En todas estas actividades es indispensable lograr una buena coordinación que logre utilizar todos los elementos de la comunidad en busca del bienestar común.

TRATAMIENTO Y REHABILITACION.-

Tratándose de un problema complejo, se recomienda acudir en solicitud de orientación y ayuda al centro -- con servicios psiquiátricos más cercano. De lo anteriormente expuesto podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- 1.- El uso y abuso de drogas originan dependencia por la juventud, es un fenómeno jurídico-social trascendente y con tendencia franca al incremento, por lo que se ha constituido en un serio problema de salud pública.
- 2.- Dentro de los Programas Nacionales para el control del mismo, la cooperación de todos los médicos es necesaria e instituíble, dada su preparación profesional y su situación privilegiada como líderes de la comunidad.
- 3.- Un mejor conocimiento de las causas, individuales, familiares o sociales es indispensable para desarrollar una adecuada labor preventiva, terapéutica o de rehabilitación.
- 4.- Tanto el organismo norteamericano como el mexicano, concuerdan en que una actitud de pánico ante una persona drogadicta es la menos conveniente. Una gran mayoría de personas está falsamente convencida de que si un sujeto prueba la marihuana o alguna droga, quedará irremediabilmente atrapado por el vicio. Esta alarma lleva a los padres a una reacción que no guarda proporción con el problema. Preocupados por la posible drogadicción de sus hijos, escuchan sus conversaciones telefónicas, revisan sus ropas y sus libros, y en general se muestran

recelosos y desconfiados que despiertan la aversión de sus hijos, quienes empiezan a adoptar actitudes de rebeldía que posiblemente se hubieran podido evitar con otro tipo de trato por parte de los padres.

5.- No presente una visión destinada a espantar al joven. Muchas personas creen que la mejor manera de alejar del vicio a los jóvenes es presentarle un panorama exageradamente negativo y deprimente sobre las consecuencias de tomar drogas.

Esto es contraindicado porque el adolescente de nuestros días tiene acceso a mucha información sobre el tema, y puede fácilmente sorprender en una falacidad si se trata de asustarlo con visiones tremendistas. Esta actitud implica, además, el inconveniente de que el joven tiene la oportunidad de conocer a compañeros que han usado drogas y comprobar que no siempre se vuelven necesariamente psicóticos, ni sufren alguna otra consecuencia grave. Por esta razón, no conviene proporcionar informaciones falsas a los jóvenes, puesto que las oportunidades de comparar éstas con la realidad son frecuentes. Sería un elemento más que reforzaría el ya característico escepticismo de los jóvenes ante el mundo de los adultos, y por lo tanto una medida contraproducente.

6.- Una actitud que se puede adoptar ante el adolescente que se interesa por las drogas o se ha aficionado a ellas es la de darle la información completa y detallada sobre la situación. La mayoría de los jóvenes revelan una intensa necesidad de ser informados de una manera objetiva. Todos ellos solo saben de la droga aquello que sus compañeros les han dicho. Y esta información es perjudicial y frecuentemente equivocada.

7.- No cierre nunca el diálogo con los adolescentes. Otro de los puntos es la necesidad de diálogo. El adolescente es, en este sentido, muy directo: necesita dialogar y lo manifiesta abiertamente, aunque por desgracia los padres suelen destruir el diálogo mediante respuestas dogmáticas y su negativa es escuchar. Con demasiada-

frecuencia, los padres dan como cosa tácita la expresión de afecto hacia sus hijos. No se preocupan activamente por demostrarle que en realidad sienten algo profundo hacia él. Entonces el joven se va retrayendo, el diálogo se va acabando y se cierra así una importante vía de comunicación que podría remediar muchas situaciones difíciles.

8.- Los jóvenes desean cierto grado de disciplina proveniente de sus padres, pero no debe confundirse la disciplina con la tiranía. Por otra parte los jóvenes esperan que también los padres sepan someterse a la misma disciplina que imponen a sus hijos.

Es preciso establecer un ejemplo que los jóvenes comprendan y puedan seguir. Para ello, el padre debe practicar también los preceptos que trata de imponer al hijo. Un punto muy importante es el problema del alcoholismo.

Una gran cantidad de jóvenes justifican su adicción a los fármacos invocando la adicción de sus mayores al alcohol. Aunque la validez de la comparación es discutible, conviene aislar los elementos de la verdad que existen en ella:

- a.- Muchos padres beben por hábito.
- b.- Frecuentemente la conducta del bebedor se modifica como consecuencia de sus libaciones.
- c.- La bebida está asociada a ciertas ocasiones sociales.

Estos son tres puntos de los cuales el adolescente se puede aprovechar para justificar su afición a la marihuana. Y si está un poco más informado, hasta puede alegar que la marihuana hace menos daño que el alcohol. El problema no puede ser resuelto por los padres solamente.

Es preciso contar con la ayuda especializada. Por supuesto que para ello se necesita también la colaboración de los padres. Pero se reitera insistentemente que la fármaco-dependencia, como muchas otras enfermedades,

debe ser tratada con la mayor antelación posible.

Como ayuda para la temprana detección de jóvenes - fármac-dependientes, daremos un resumen de los síntomas que pueden servir para detectar a los adolescentes que se inician en la drogadicción.

- a.- Cambios en la asistencia a la escuela, en la disciplina, en las calificaciones.
- b.- Cambio en el carácter; se les nota ausentes y alterados, prefieren permanecer aislados.
- c.- Súbitas y desacostumbradas expresiones de mal humor o enojo.
- d.- Apariencia física descuidada.
- e.- Actitudes furtivas en cuanto a la droga y su posesión.
- f.- Uso de anteojos oscuros innecesariamente, para esconder la dilatación o contracción de las pupilas.
- g.- Uso constante de camisas de manga larga, para ocultar las huellas que dejan las inyecciones.
- h.- Frecuentación de compañeros que se sabe abusan de las drogas.
- i.- Hábito de pedir dinero prestado a sus compañeros.
- j.- Pequeños robos en la escuela o en el hogar.
- k.- Encontrar a los jóvenes en lugares tales como closets, bodegas, etc, para ingerir las drogas.

IDENTIFICACION DE DROGAS ESPECIFICAS.-

- a.- El que inhala pegamentos.-
 - 1.- El olor de la sustancia inhalada se encuentra en el aliento y en la droga.
 - 2.- Excesiva secreción nasal, ojos llorosos.
 - 3.- Control muscular inadecuado, estado somnoliento o inconsciente.
 - 4.- Presencia de bolsas de papel o plástico que contengan partículas de cemento blanco.
- b.- El que abusa de las drogas depresoras (barbitúricos)
 - 1.- Síntomas de ebriedad alcohólica, con una importante excepción: no tienen aliento alcohólico.
 - 2.- Descontrol del andar en los salones o corredores.

- 3.- Quedarse dormido en clase.
 - 4.- Falta de interés en las actividades escolares, deportivas, sociales, etc.
 - 5.- Estado somnoliento. Puede aparecer desorientado.
- c.- El que abusa de los estimulantes (anfetaminas).
- 1.- Actividad excesiva: el joven se pone irritable, nervioso y le cuesta trabajo estarse quieto y sentado.
 - 2.- Pupilas dilatadas.
 - 3.- La boca y la nariz están secas y con mal aliento, - lo cual obliga al joven a mojarse los labios con frecuencia y a hurgarse y rascarse la nariz.
 - 4.- Fumar cigarro tras cigarro sin parar.
 - 5.- Pasar períodos largos sin comer ni dormir.
- d.- El que abusa de los narcóticos (heroína, morfina) et

Estas personas no se encuentran frecuentemente en las escuelas; generalmente comienzan tomando elixir paregórico, compuesto médico con morfina, o medicinas para la tos que contienen codeína; una huella que dejan son las botellas vacías, sean en los botes de basura o en algún otro lugar de la casa o de la escuela.

ALGUNOS INDICIOS.-

- 1.- El inhalar heroína en forma de polvos deja huella - de polvo blanco alrededor de la nariz, esta región queda roja o despellejada.
 - 2.- La inyección de la heroína produce pequeñas cicatrices en la superficie interna de los brazos o codos casi todo el tiempo.
 - 3.- Los que utilizan las drogas a menudo olvidan jeringas, cucharas dobladas, algodón o agujas en su habitación.
 - 4.- En el salón de clase, el estudiante está en actitud letárgica, somnolienta. Sus pupilas se contraen y no responden a la luz.
- e.- El consumidor de marihuana.-

Aunque es difícil reconocer rápidamente a estas -- personas, a menos que estén bajo la influencia de la --

droga cuando son motivo de observación, algunos datos - pueden ser útiles.

1.- En las primeras etapas, el adolescente puede aparecer muy animado y hasta histérico, hablando muy alto, - con gran rapidez y risas súbitas.

2.- En etapas posteriores se mostrará soñoliento y muy atontado.

3.- Se distorsiona su percepción de la profundidad, por lo que son sumamente peligrosos cuando manejan automóviles.

Otros indicios pueden ser los siguientes: los cigarros de marihuana van cubiertos de una doble envoltura de papel para cigarros, blanco mate o café. Estos cigarros - son más pequeños que los comunes y corrientes, con el - papel doblado o torcido en los extremos, el tabaco es - más verde que lo común. El olor de la marihuana se asemeja al del papete o ropa quemada.

f.- El consumidor de drogas alucinógenas.-

Se refiere a los adolescentes que usan LSD en grupo de amigos. Esta droga y otras de tipo alucinógeno como la mescalina, la psilocibina, etc, tienen como características ser frecuentemente consumidas en grupo o bajo condiciones especiales;

1.- Los adictos se sientan o semiacuestan, permaneciendo quietos y en un estado de semisueño parecido al trance.

2.- Puede llegar a estar temeroso y aún experimentar un cierto grado de terror que los hace huir del grupo.

3.- La droga afecta básicamente al sistema nervioso central, produciendo cambios en los estados de ánimo y --- trastornos de conducta.

4.- Ocurren cambios que comprenden trastornos visuales, auditivos, táctiles y de la percepción del tiempo y de la imagen del propio cuerpo.

Estas drogas no tienen olor, gusto o color y pueden ser halladas bajo la forma de cubos de azúcar mojados en la sustancia o impregnados a dulces y pasteles.

El LSD se toma por lo general por la vía oral, pero puede ser inyectado y se importa en ampoyetas que contienen un líquido azul claro.

En lo referente a la fármaco-dependencia en adolescentes, es básico tener en cuenta que además hay los siguientes aspectos:

1.- La mayoría de los adolescentes que se tornan fármaco dependientes presentan un mayor o menor grado de desajustes de tipo familiar, aunque naturalmente no constituye una regla absoluta.

2.- La mayoría de los adolescentes dependientes de las drogas llevan a cabo prácticas de adicción en compañía de otros, casi nunca solos; por lo tanto se puede vigilar en las escuelas, la formación de pequeños grupos, sobre todo cuando éstos adoptan precauciones para no ser vistos y no admiten nuevos integrantes.

3.- La sintomatología de los fármaco-dependientes varía de acuerdo con el tipo de droga ingerida; en México, son frecuentes dos tipos de adicción que también se encuentran en el adolescente:

a.- La ingestión de marihuana únicamente, que produce síntomas muy variados, pero que pueden dividirse en dos grandes grupos: violencia, excitación, beligerancia irracional y sin motivo aparente alguno; y estados de enajenamiento, indiferencia respecto al medio exterior y a las actividades del colegio, los deportes, etc.

b.- Este tipo de adicción se refiere a quienes llevan a cabo una mezcla de drogas. Las más frecuentes es la combinación de marihuana, bebidas alcohólicas y pastillas de ciclopil. Con tal tipo de adicción se nota un estado mental especial, caracterizado por rarismo, lentitud en la palabra y en la acción, propensión a una conducta sexual anormal, con gran excitación y poco poder realizador, y eventualmente brotes agresivos.

4.- La dependencia respecto a drogas enervantes predispone a las personas a ser fácilmente manejadas por gen-

tes interesadas, que a través de la administración de -
tales drogas tienen poder y capacidad de influir poderosamente sobre los que sufren la adicción.

5.- Es necesario que se tomen las medidas profilácticas para evitar el aumento de fármaco-dependientes; pero -- una vez que hayan sido detectados ciertos casos, puedan canalizarse convenientemente a instituciones especializadas que se encargarán de su atención psiquiátrica y - de salud mental.

Muchos jóvenes argumentarán que las drogas no hacen ningún daño,, porque la ciencia no ha determinado -- aún cuales son las verdaderas consecuencias del consumo de fármacos, por último, están aquellos jóvenes que habiendo consumido poca droga, aducirán que los efectos - benéficos son muy superiores a las contraindicaciones.- Los mejor informados de estos jóvenes hasta pueden aportar cierta elemental bibliografía para apoyar su tesis- y procurar credibilidad a los consejos que sobre el tema se ofrecen.

Sin embargo, y aunque existen efectivamente muchas lagunas en el conocimiento científico sobre algunos fármacos, la marihuana, por ejemplo, y sus efectos sobre - el organismo, no hay duda que se ha acumulado ya una -- enorme experiencia científica que tiende a demostrar de manera elocuente que el consumo habitual de drogas sí - hace daño.

Lamentablemente, desde el punto de vista del joven que aún no ha cometido excesos graves, estos daños son difíciles de probar de una manera concluyente y vívida, porque sólo se verifican después de un considerable abuso. Pero es necesario hacer comprender a los jóvenes y a toda persona fármaco-dependiente que la línea divisoria entre el uso y el abuso es muy tenue.

Resulta de gran valor señalarle con precisión al - drogadicto cuales son las consecuencias finales de su -

hábito. Hay, por cierto, áreas donde los conocimientos no son muy precisos, pero existe también suficiente información sobre casi todas las drogas como para poder - pintar un panorama bastante completo sobre la situación

1.- ESTUPEFACIENTES DERIVADOS DEL OPIO.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Somnolencia, ansiedad, euforia, tartamudeo, falta de coordinación en los movimientos, hiporreflexia, anorexia, constipación.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia física, dependencia psíquica, acostumbramiento, necesidad de drogas progresivamente más altas, convulsiones, estupor, hepatitis, no sólo por aguja mal esterilizada, sino también hepatitis tóxica, por agresión de las droga a las células hepáticas, probablemente la muerte.

En esta categoría de drogas, aunque no en todas, se producen también síntomas provocados por la carencia del producto, debido a la dependencia física. Estos síntomas de carencia del producto son los siguientes: Inquietud, ansiedad, depresión, pánico, confusión del pensamiento, estremecimiento, escalofríos, sudoración anormal, midriasis, rinorrea y lagrimeo, insomio, náuseas, y vómitos, algias abdominales, diarrea. Las vías de ingestión son la oral y la inyección.

2.- COCAINA Y PRODUCTOS DERIVADOS DE LA COCA.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Excitación, inquietud, ansiedad, euforia, alucinaciones, verborrea, estremecimientos, escalofríos, hiporreflexia, midriasis, anorexia e insomio.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia psíquica, convulsiones, hepatitis, probablemente la muerte. Las vías de ingestión son la inyección y la inhalación.

3.- MARIJUANA.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Somnolencia, exci-

tación, inquietud, euforia o depresión, pueden presentarse alternativamente, alucinaciones, pánico, verborrea, risa incontrolable, incoordinación en los movimientos y de los pensamientos, endema en los ojos y en los párpados, bulimea, distorsión grave de la noción del tiempo y espacio.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: En este terreno, la marihuana es una de las drogas acerca de la cual no se posee suficiente información, pero puede comprobarse que a largo plazo se producen las siguientes consecuencias: dependencia psíquica, accesos convulsivos, hepatitis, muerte, Las vías de ingestión son la oral y el cigarro.

4.- LAS ANFETAMINAS.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Excitación, inquietud, ansiedad, euforia, alucinaciones, pánico, verborrea, estremecimientos, escalofríos, lipotimia, hiporreflexia, sudoración excesiva, midriasis, brillantes anormal de la esclerótica, insomnio

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia psíquica, acostumbamiento, necesidad de dosis progresivamente más altas, hepatitis de tipo tóxico, brotes psicóticos, probablemente la muerte por sobredosis. Las vías de ingestión son la oral y la inyección.

5.- BARBITURICOS.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Somnolencia, inquietud, beligerancia, euforia, depresión, errores de conducta, reacciones que no van de acuerdo con los estímulos, confusión, tartamudeo, risa, marcha zigzigueante incoordinación tanto mental como física, hiporreflexia, sudoración anormal, miosis.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia física, dependencia psíquica, acostumbamiento, necesidad de dosis progresivamente más altas, convulsiones,

estupor, hepatitis de tipo tóxico, síndrome de abstinencia, intenso sufrimiento cuando se suspende el suministro de droga. probablemente la muerte por sobredosis.

También en esta categoría suelen producirse síntomas que son provocados por la carencia de la droga. Estos síntomas de carencia son los siguientes: Inquietud, ansiedad, alucinaciones, estremecimientos, escalofríos, insomnio, náuseas y vómitos, algias abdominales.- Las vías de ingestión son la oral y la inyectada.

6.- LSD.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Excitación, ansiedad, euforia o depresión, pueden presentarse alternativamente, alucinaciones, pánico, errores de conducta, reacciones que no van de acuerdo con los estímulos, discurso incoherente, estremecimientos, sudoración excesiva, midriasis, distorsión de la noción del tiempo y espacio.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia psíquica, acostumbramiento, necesidad de dosis progresivamente más altas, brotes psicóticos, probablemente daño cromosómico. La ingestión es la oral.

7.- EL PEYOTE.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Excitación, inquietud, ansiedad, alucinaciones, discurso incoherente, midriasis, náuseas y vómitos.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Dependencia psíquica, acostumbramiento, necesidad de dosis progresivamente mayores, hepatitis de tipo tóxico, Las vías de ingestión son la oral y la inyectada.

8.- LA PSILOCIBINA.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Excitación, inquietud, ansiedad, alucinaciones, discurso incoherente, midriasis, náuseas y vómitos.

Consecuencias de la adicción a largo: Dependencia psíquica, acostumbramiento, necesidad de dosis progresivamente mayores, hepatitis de tipo tóxico. Las vías de ingestión son la oral y la inyectada.

9.- VOLATILES.-

Comprende el thinnera, la gasolina y los cementos.-

Consecuencias del uso a corto plazo: Somnolencia, confusión, aparente placidez, alteraciones de la noción del tiempo y espacio, disartría, dificultad seria de la dicción, depresión, alteraciones serias en el sistema simpático.

Consecuencias de la adicción a largo plazo: Posible lesión hepática, posible lesión renal, posibles alteraciones de los órganos hematopoyéticos, bronconeumonía, lesión cerebral que se manifiesta en visibles deterioros de la capacidad mental y de la conducta del individuo, posible muerte por paro cardíaco o respiratorio. La vía es la inhalación.

10.- LA CAFEINA Y LA TEOBROMINA.-

Su acción y consecuencias son similares a la de la enfetaminas, pero se les emplea muy poco y sus efectos son tenues.

Debido al temor que se tiene por la salud y el futuro de las nuevas generaciones, han surgido una serie de FALSOS conceptos sobre el uso de algunas drogas. --- Cuando el tema de la fármaco-dependencia empezó a interesar a la opinión pública se difundió un conjunto de "mitos" que, en lugar de ayudar a esclarecer la verdad sobre las drogas, han contribuido a crear el desconcierto y la duda. Sin embargo, con base en la investigación científica y los hechos demostrados, se puede asegurar que muchos de estos conceptos son falsos y perjudican la difusión de conocimientos precisos sobre el uso y abuso de las drogas. A continuación se tratan algunos de las mistificaciones y se proporciona, en breves párrafos, la verdad sobre cada afirmación falsa.

" LAS DROGAS PSICODELICAS ATENUAN LA DEPRESION".-

Hay cierta verdad en esta aseveración, pero no hay que tomarla literalmente. La ansiedad, la depresión y la preocupación por los problemas que vivimos, frecuentemente disminuyen durante un "viaje" de marihuana, pero no desaparecen. Si se fuma con mucha frecuencia se puede permanecer más o menos continuamente en un estado placentero, pero la repetición de las dosis puede inducir a extrema pasividad y conducta antisocial.

El Dr. Robert Sharoff, asevera que el uso de la marihuana apenas produce una distensión corporal, sin aportar ninguna solución ni aptitud especial para buscar soluciones a los conflictos que aquejan al individuo consumidor de la droga (7).

El talento artístico no es afectado por el consumo de drogas y todas las pretensiones de proezas artísticas que se han realizado bajo la influencia se debeb a un aumento de la fe del usuario en sí mismo y a un brusco descenso de la autocrítica.

El LSD les produce la mayor parte de sus consumidores un estado de euforia que dura varias horas. Ciertas personas experimentan una sensación más tenue de bienestar durante varios días después de la ingestión. Por otra parte, algunas experiencias de LSD son pesadillas, y otras llegan a convertirse en verdaderos cuadros depresivos para sus consumidores. En ocasiones, aún un "buen viaje" de LSD puede producir depresión. Esto sucede porque la droga induce un proceso de regresión. Bajo el LSD la persona puede recordar incidentes de su infancia que habían sido olvidados porque fueron traumáticos y dolorosos.

Tales recuerdos pueden ser agradables durante el "viaje", pero después de que los entimientos de bienestar inducidos por la droga han desaparecido, vuelven los síntomas depresivos. Estos síntomas también pueden producirse con otras drogas psicodélicas como mescalina y STP, la depresión aguda que ocasionan puede ser permanente.

Las anfetaminas, otro tipo de droga muy usada, frecuentemente producen un fenómeno curioso cuando se usan por un período largo. Durante el "viaje" de anfetaminas se verifica una "supresión" de sentimientos depresivos, pero estos en realidad se van acumulando y resurgen -- cuando la persona está saliendo de los efectos de la -- droga y aún después de ello. Lejos de mitigar los sentimientos depresivos la anfetamina los pospone y después los intensifica.

Las drogas reprimen el apetito y el sueño. Muchos consumidores de anfetaminas también sufren de algún grado de desnutrición, deficiencia vitamínica y cansancio. La Desnutrición y el cansancio acentúan la depresión. La combinación de todos estos síntomas, acumulación depresiva, desnutrición y cansancio, pueden llevar a estados depresivos de tipo psicótico.

LAS DROGAS AYUDAN A SENTIRSE CERCA DE LA GENTE.-

Las personas que usan drogas en grupo, frecuentemente experimentan un sentimiento de comunidad, pero -- también lo sienten las personas que están íntimamente -- comprometidas en casi cualquier actividad de grupo. Sobre todo, "sentirse" cerca no es lo mismo que estar cerca. Muchos consumidores de drogas se dan cuenta después de algún tiempo que sus sentimientos de intimidad con -- los demás no tenían real fundamento porque, al pasar el efecto de la droga, este sentimiento desaparecía.

El único efecto real en este sentido es que la droga vuelve al usuario más indiferente a su aislamiento.

LAS DROGAS DESPIERTAN EL PLACER SEXUAL.-

Ninguna de las drogas usadas en la actualidad es -- afrodisíaca. Todas las drogas alucinógenas distorcionan las percepciones. Se oye, se ven, se sienten cosas diferentes. En relación sexual esta distorsión puede provocar una concentración de las sensaciones sexuales y ---

crear por lo menos una ilusión de placer más intenso o prolongado. Sin embargo, algunos pacientes reportan insensibilidad en la región pélvica bajo el LSD.

En el caso de la marihuana, las pruebas de tipo clínico y científico no son concluyentes. Pero nada hace suponer un aumento de la portencia sexual. No se ha podido probar el menor efecto afrodisíaco de la marihuana, y hasta se ha llegado a decir, aunque tampoco hay pruebas, de que el efecto pueda ser todo lo contrario.

Algunas personas que toman anfetaminas en pequeñas dosis sienten un aumento de seguridad personal durante sus relaciones sexuales. Pero fuertes dosis de anfetaminas reducen la potencia sexual.

Como es sumamente difícil guardar control sobre la dosis de estos productos que es preciso administrarse para obtener el efecto deseado, casi siempre el adicto acaba errando la dosis, por lo cual padece lo que en su lenguaje se llama "mal viaje", sin ninguna gratificación sexual.

Aunque una dosis muy pequeña de heroína pueda determinar la eyaculación y así prolongarse el placer, la dosis excesiva disminuye la sensibilidad sexual, al extremo de reducir al adicto a un estado de impotencia.

LAS DROGAS AYUDAN A COMPRENDER EL UNIVERSO Y A UNO MISMO.-

Es cierto que algunas drogas pueden ayudar a la gente a lograr genuinas percepciones internas, pero como el juicio del usuario se daña severamente por sus efectos, rara vez puede distinguir entre percepciones verdícas y falsas impresiones o distorsiones.

Algunas personas creen haber encontrado bajo el efecto del LSD "el secreto de la existencia".

UNA INYECCION DE HEROINA LLEVA INEVITABLEMENTE A LA FARMACO-DEPENDENCIA.-

Es parcialmente falso y conviene administrar con cuidado tal clase de aseveraciones, porque ya muchas

personas deben saber que son falsas y desconfiarán de toda persona que trate de asustarlos con este recurso.- El efecto de la heroína, es especialmente peligroso por que produce una extrema depresión, que comienza en cuanto se pasa el efecto de la primera dosis.

El curioso que ha probado heroína pocas veces, cae en la trampa de creer que sólo con la droga puede salir de sus estados depresivos, cuando en realidad puede superarlos tranquilamente con un poco de fuerza de voluntad y comprensión acerca de sus problemas.

La dependencia en una primera etapa es puramente psicológica, y por lo tanto superable. Pero conviene advertir especialmente que la dependencia psicológica sí puede conducir a la dependencia real, física, cuyo tratamiento es realmente difícil y doloroso.

NO ES POSIBLE DEJAR LA HEROINA, PORQUE LA READAPTACIONES DEMASIADO DOLOROSA.-

Cuando ya se ha establecido una dependencia física respecto a la heroína, la rehabilitación es larga y penosa. Al igual que los dolores del parto y la menstruación, los dolores producidos por el abandono de la droga se experimenta de diversas maneras, en distintos pacientes.

Se producen calambres en las piernas, la espalda y el abdomen y espasmos en los músculos; el sujeto padece vómitos, diarrea y fiebre. Después de 72 horas, estos efectos van reduciéndose y desaparecen en la segunda semana. Nuevamente conviene advertir que es contraproducente mentirle al fármaco-dependiente.

EL LSD DESTRUYE LOS CROMOSOMAS.-

La evidencia de este concepto es incompleta y conflictiva. Hay razones para creer que el ser humano tiene diferente tolerancia al rompimiento de cromosomas inducido por fármacos. Tampoco se sabe qué tan permanente

sea este daño y cuándo ocurre. La evidencia de los efectos teratogénicos del LSD también es insuficiente. Estudios en animales demuestran que existe una relación entre los efectos teratogénicos y las drogas, y que ocurren muy probablemente después de dosis muy altas.

LA CONDUCTA VIOLENTA Y CRIMINAL ES INEVITABLE EN EL FARMACODEPENDIENTE.-

No necesariamente, aunque sí es cierto que cualquier droga que afecta el autocontrol favorece la conducta parasocial, antisocial y delictiva. Pero cabe aclarar que, en la mayoría de los casos, el hecho delictivo no se origina en la drogadicción propiamente dicha sino en la necesidad económica. El heroinómano, por ejemplo, frecuentemente tiene que recurrir a medios delictivos a fin de obtener dinero para costear su dependencia. Aún bajo los efectos de la marihuana, en que la persona tiende a ser pasiva, se han cometido delitos.

LA MARIHUANA ES MENOS PERJUDICIAL QUE EL ALCOHOL.-

Esta es una de las argumentaciones favoritas de los jóvenes, que tienden a hacer aparecer a su adicción como preferible a la alcohólica de sus padres. Atacan órganos diferentes: el alcohol afecta al hígado, la marihuana ataca al cerebro.

LA MARIHUANA ES LA PUERTA POR LA CUAL SE PASA A OTRAS DROGAS.-

Este es un punto muy discutido, pero en última instancia resulta evidente que el consumo de marihuana hace aumentar el número de posibilidades de que el usuario se dedique a drogas más peligrosas. Es cierto que la marihuana produce una dependencia apenas psicológica también es cierto que no hay ningún mecanismo fisiológico que lleve a la heroína o a la cocaína. Pero hay una interminable causuística de heroinómanos que comenzaron su vida de drogadictos con la marihuana.

La condición de fármaco-dependiente lleva al sujeto a asociarse con otros fármaco-dependientes, y entre estos nunca falta un heroínómano que "convierte" a los usuarios de productos más inofensivos.

Hace ya muchos años que las naciones llegaron a la conclusión de que sus destinos respectivos están íntimamente interrelacionados, formando cada una de ellas un eslabón de una larga cadena. De ahí que para ponerse de acuerdo y oponerse a una gran catástrofe en sentido de miseria moral y económica, así como de degeneración social, la mayor parte de los Estados han aceptado el sacrificar en cierta medida su soberanía individual a fin de lograr un objetivo beneficioso para todos.

En 1948, la Comisión de Narcóticos de las Naciones Unidas empezó a codificar las leyes internacionales sobre drogas y estupefacientes. Estos empeños tuvieron su culminación en la Convención Unica sobre Estupefacientes celebrada en 1953, cuyo contenido, acerca del sistema de regulación internacional, puede resumirse de la manera siguiente:

- 1.- La producción, cosecha, elaboración, importación, exportación, comercio, distribución, consumo y posesión de ciertas drogas quedan reservadas exclusivamente para fines terapéuticos.
- 2.- El suministro de narcóticos que obtiene cada país - mediante su fabricación o importación debe quedar limitado a las cantidades necesarias para uso terapéutico o fines científicos.
- 3.- Las oficinas o agencias encargadas de la administración nacional de narcóticos están sujetas a la inspección y autoridad de los organismos ad hoc.

El problema, pues queda planteado. Provenga del vicio o no, lo cierto es que el toxicómano, drogadicto, fármaco-dependiente, o como se le llame, debe ser tratado como un ENFERMO.

BIBLIOGRAFIA.-

INTRODUCCION.-

- 1.- "extractos Médicos Mundiales". Vol VIII, Nº 6, junio de 1969, Pág. 360
- 2.- Cit. por Guerra, F. "Historia de la Adicción", Tribuna Médica. 24 de marzo de 1972, Pág 16
- 3.- "The Forensic Sciences and the drug problem", Vol 3 Nº I, enero de 1971, Pág, 3
- 4.- Cit. por Arrowsmith, William, "The Future of Teaching", 1967, Pág, 310.
- 5.- Arrowsmith, William, ob. cit.

CAPITULO PRIMERO.-

LA DROGA EN LA MEDICINA ANTIGUA.-

- 1.- Anónimo. "Las drogas en Suiza". Le Concours Medical.- Nº 47, 1970, Pág 6
- 2.- Coromillas Planellas. "El Origen de la Medicina". -- Rev. Infr. Med. Terap. Nº 37, 1950, pág, 257.
- 3.- Anónimo. "Médico Moderno". Los Negocios de Occidente 1972, pág. 12.
- 4.- Telles Carrasco, P. "Amock y latah". Ac I Esp. Neur y Psiquit. 1952, pág. 250.
- 5.- Brau, Jean Louis, "Historia de las Drogas", ed. Bru guera, 1973, pág 77.

LA DROGA, SU SIGNIFICADO.-

- 1.- Calcedo, A. "Uso, abuso y dependencia de los estímulos". Revista Psiquiatría, Psicología, Medicina. Tomo IX, Nº 8, Dic. 1970, pág. 539

- 2.- Walsh, E. O'F. "Los medicamentos que crean hábito y el metabolismo celular", Pharm Jour, 1954, Pág. 483.
 - 3.- Cit. por Soria J. M. "La grifa: problema para psiquiatras más que para toxicólogos". Tele-Express, 1971.
 - 4.- Soria J. M. ob. cit. pág. 165.
 - 5.- Velázquez, Lorenzo. "Algunas modalidades de toxicomanía. Dependencia farmacológica y sus derivados tipo " Arch. Fac. Med. Nº 5 Vol VII, 1965.
 - 6.- Olson, R. E., Gursev D. y Vester J. W. "New England J, Med. 1969, pág, 263.
 - 7.- Rosenfeld, G. Quart K, "Stud Alcohol", 1960, pág. - 584.
 - 8.- Musons, Ginesta. "Estupefacientes: Marihuana", Medicamenta" Tomo XVII, Nº 14,,pág. 91.
- ÉL MUNDO DE LO NO HUMANO.-
- 1.- Scharapke, O. "Toxicomanías", Landarzat, 43, 1003,- 1967.
 - 2.- Tafallero, A. "Mescalina y LSD 25", Buenos Aires, - 1956.
 - 3.- Fue teorizada por Seurat, quien creía que los objetos eran precisamente una fusión de todas las partículas.
 - 4.- Tafallero, A. ob. cit.
 - 5.- Zellweger, H. "Alteraciones estructurales cromosómicas por LSD" The Lancet, II 1967, pág. 1066.
 - 6.- May, A. R. Kahn, J.H. "La salud mental de los jóvenes", Ginebra. O.M.S. 1971, pág. 84.

- 7.- Zellweger, H. ob. cit. pág. 1084.
- 8.- May, A. R., Kahn, J. H. ob. cit. pág. 114.
- 9.- Walsh, E. O'P. ob. cit. pág. 512.

LAS DROGAS UN PROBLEMA DEL MUNDO.-

- 1.- Convención Unica sobre Estupefacientes, art. 49 inciso C). Solo se permitirá el uso a las personas que es tén inscritas el 1º de enero de 1964.
- 2.- Betley, W. H. "El alivio del dolor y la búsqueda -- del analgésico ideal" Monitor de la Farmacia. Año LXX, -- 20 de octubre de 1964. Nº 1833.
- 3.- Cit en "Narcotic Drug Addictions" U.S. Public Health Service Publication, pág. 1021.
- 4.- Marcovecchio, E. "Dir. General de Farmacia del Mi-- nisterio de Sanidad de Italia", Epoca, 1971.
- 5.- Comisión de Drogas Narcóticas de las Naciones Uni-- das, 1965.
- 6.- Cit. por Octavio Aparicio, ob. cit.
- 7.- "Estimated World Requirements of Narcotic Drugs", -- 1965, New York.
- 8.- Lindesmith, Alfred R. "The addict and the Law", --- Bloomington, Indiana University Press, 1970, pág. 30.
- 9.- Middendorff, Wolf. "New Forms Juvenile Delinquency" New York, Naciones Unidas Departamento de Economía, --- 1960.
- 10.- Volkman, R. y Cressey, D. R. "Differential Associa-- tion and the Rehabilitation of Drugs Addicts". American - Journal of Sociology, 1961, pág. 69.

- 11.- Informe de la Comisión Presidencial Consultiva sobre el abuso y uso de los Narcóticos y los Estupefacientes, 1964.
- 12.- Mismo informe anterior.
- 13.- Anónimo. Informe O.N.U. 1970.
- 14.- Frazier, T. "Treating Young Drugs Users" A. Case--work Approach. Society Work. 1970.
- 15.- Anónimo. Gaceta Ilustrada. 16 de agosto de 1970.
- 16.- Sterra, J. P. "Un medio de evasión contra la guerra" Tele-Express, 1971.
- 17.- Lindesmith, Alfred R. Ob. cit. pág 68.
- 18.- Mensaje en "Heraldo", 17 de junio de 1971.
- 19.- Leary, Timothy, Metzner, R. y Alpert, R. "The Psilocodelic Experience" New York, University Books, 1964.
- 20.- Informe de la Comisión Presidencial Consultiva sobre el uso y el abuso de los Narcóticos y los Estupefacientes, 1970.
- 21.- Frazier, T. Ob. cit. pág. 114.
- 22.- Duster, Troy, "The Legislation of Morality: Law -- Drugs and Moral Judgment", New York, Prensa Libre, 1971
- 23.- Anónimo. Salud Mundial, abril 1971.
- 24.- Anónimo. Le Concours Medical. 16 de oct. 1971.

LA JUVENTUD ANTE LAS DROGAS.-

(1.- Guerra F. Ob. cit. Pág. 20

2.- Anónimo. "La toxicomanía YeYe". Ya. Julio de 1966-
Pág. 12.

3.- Thibau, A. Jornada del Médico. Roma, Nov. 1971

4.- Anónimo. "La mayor fábrica de heroína en poder de -
los comunistas", Monitor Farm y Terap. N° 1,469, 1969.

5.- Ehrdarht, H. E. "El abuso de la droga en Europa". -
Aspectos Legales y psiquiátricos de la salud mental. --
1973, pág. 208.

6.- Graciño, J. A. "En España existen 30,000 drogadic--
tos, según la O.M.S." Digame. 1970, pág. 42.

7.- May, A. R. ob. cit., pág. 113.

8.- Llopis, Martín, J. "El problema filosófico de las -
drogas". Noticias Médicas. 1971

9.- Guimon Uguartechea, J. "Snobismo, hippismo y droga"
Ins. Med. Psicolog. Bol. Inf. Año XII, N° 143, 1971.

10.- Cit. por Schur, Edwin M. "Deviant Behavior and Pu-
blic Policy, Abortion, Homosexuality, Drug Addition". -
Prentice Hall, Inc. 1965.

CAPITULO SEGUNDO.-

COMEDORES Y FUMADORES DE OPIO

1.- Sanzo, D. "La heroína, un paraíso prohibido". El es-
pañol. 28 de agosto de 1965.

2.- Scott, L. K. "Los chinos, su historia y su cultura-
moderna". Buenos Aires, 1948, pág. 197.

3.- Meerloo, J. A. M. "El síndrome de abstinencia y deprivación". Medicina e Higiene. 5 de marzo de 1967, Pág 5.

LOS ALCALOIDES DEL OPIO;-

1.- Wilson, C.W.M. "Medicamentos generadores de hábito". The Practitioner.

2.- Wedel, J. W. "Opiología".

3.- Schoeider, T : "Etude de L'intoxication par les alcaloides de l'opium". París, 1938, pág. 532.

4.- Schoeider, T. Ob. cit. pág. 445.

5.- Sterra, J. P. Ob. cit. pág.

6.- Tallmeyer, M. "Poseído de la morfina".

7.- Cit. por Wedel en "Opiología".

8.- Soehring, Klaus: "Progresos en el tratamiento del dolor desde la obtención de la morfina". Rev. Inf. Med. Terapéutica, año XXVIII, 1953, N° 6, pág. 241.

9.- Modlin, Hebert C. "El Médico toxicómano". Documenta Geigy. 1969.

10.- Morales: "La morfinomanía". Rev. Med. Legal. N°s. - 27-28 VI-VII, 1964, pág. 29.

11.- Tallmeyer, ob. cit.

12.- Cit. en la misma obra, pág. 98.

13.- Miller, J. M. "Aumenta el consumo de heroína" Co-- rreo., 27-III-1971.

14.- Miller, ob. cit.

15.- Wedwl, ob. cit. pág. 253.

LAS SUSTANCIAS SINTETICAS.-

- 1.- Anónimo. "Petidina", Panorama. 1961, pág. 11.
- 2.- Winick, C. "O.M.S. Bulletin on Narcotics". enero de 1962, pág. 63.

LA COCA.-

- 1.- Zevallos Quequezana. "Coca y cocainismo". Facultad de Medicina. Tomo XII, N° 5, pág. 291, 1964.
- 2.- Zevallos, ob. cit. pág. 310.
- 3.- Willard, N. "De todo hay en New York". Salud Mundial IV, 1971, pág. 16.
- 4.- Cit. por Vigarini en "A través de los siglos". Riv. It. Ess. Prof. pág. 527, 1954.
- 5.- Walsh, E. O'F. ob. cit.
- 6.- "Extractos Médicos Mundiales" Vol XIX, 1955, pág. -- 201.

LA COCAINA.-

- 1.- Suffit, C. Giroux "La cocaine" Etude dHygiene S. et M. Legale, 1918, pág. 232.
- 2.- Zevallos Quequezana, ob. cit. pág. 255.
- 3.- Willaed, N. ob. cit. pág. 22.
- 4.- Velásquez, B.L. "Terapéutica y sus fundamentos de - Farmacología". Madrid, 1953, 6ª ed.
- 5.- Velásquez, B.L. ob. cit. pág. 56.
- 6.- Zevallos Quequezana, ob. cit. pág 273.

LOS TRANQUILIZANTES.-

1.- Sarro, R. "Fármacos y Psiquiatría". Med. Clín. Tomo XXVI, N° 3, pág. 184, 1956.

2.- Sampelayo, C. "Una generación gastada por las drogas". Tele-Express, 21 de abril de 1971, pág. 14.

3.- Sampelayo, ob. cit. pág. 21.

EL CAÑAMO.-

1.- Soria, J. M. Ob. cit.

2.- Sachsel, R. J. "Pequeño estudio sobre un gran problema, las drogas". Noticias Médicas, 1970, pág. 88.

3.- Ruiz Ogara, J. "Las drogas". Doctor. 1971, pág. 80.

4.- Acosta, C. "Tratado de las drogas y medicinas de las Indias Orientales". Burgos, pág. 412.

5.- Acosta, ob. cit.

6.- Anónimo. "Cigarrillos contra la salud pública" 1956 pág. 30.

7.- Anónimo. "El uso de la cannabis". Crónica de la OMS 1972, pág. 22.

8.- Joyce, C. R. "Cannabis" British J. Hosp. Medic. 1970 pág. 60

LAS PRINCIPALES PLANTAS ALUCINOGENAS.-

1.- Brown, J. L. "Historia de las Drogas". Tchou, 1968 pág. 201.

2.- Brown, J. L. ob. cit. pág. 89.

3.- Anónimo. "El mundo mágico de los indios Huicholes"- Image. 1973.

EL ÉTER.-

- 1.- Vaille, Ch. "Nueva toxicomanía: inhalación de éter"
O. Médico. Lisboa, 1969, pág. 77.
- 2.- Vibert, C. H. "Manual de Medicina Legal y Toxicología clínica médico-legal".

EL ALCOHOL.-

- 1.- Bogani, E. "Alcoholismo: Enfermedad Social". Pulso, ed. 1971.
- 2.- Seminario: "Alcoholismo y Toxicomanía". Sabadel, ---- 1971.
- 3.- Anónimo. "Drug Dependence and Alcoholism". Butterworths, ed. Dr. N° 51.
- 4.- Estudio de 65 casos de Toxicomanía alcoholismo". F. Freixa. Rev. Psiq. psico. Medica. Tomo XI, N° 2, 1973, - pág. 103.
- 5.- Rosenfeld, G. "Quart J. "Stud alcohol". N° 584, 1966

NARCOTICOS.-

- 1.- Prosper, William L. "The Narcotic Problem". UCLA -- Law Review, 1954.
- 2.- Narcotic Drug Addictions, U.S. Public Health Service Publication, 1.021.
- 3.- Laskowits, David "Personality Characteristics of Adolescent Addicts, 1963.

LAS DROGAS DE LAS MAYORIAS.-

- 1.- Cit, por Antoine Porot en "Toxicomanías", París --- 1960.
- 2.- Valmont de Bomare "Diccionario de Historia Natural" París, 1965.

3.- Brand "Drogas y toxicomanías", París, 1962, pág. --
306.

4.- Valmot de Bomare, ob. cit.

EL TABACO.-

1.- Bernard This. "Drogas y Tranquilizantes", París, --
1962.

2.- Laurie, Peter. "Las drogas, aspectos médicos". Ma--
drid. Alianza 2ª ed. 1970.

3.- Bernard, This, ob. cit.

LAS AMINAS DE DESPERTAR.-

1.- Ventin Hernández, M. "Determinación de barbitúricos
en Criminología". Circ. Farm.

2.- Maski, T. Salud Mundial, 1956.

EL DESCUBRIMIENTO DE HOFMANN.-

1.- Dinaldi, F. y Himwich, H. E. "Ciencia", 1955, pág.-
198.

2.- Cohen, S. "Drogas y Alucinaciones". Secker y Warbur
ed. Londres. 1965.

3.- Cohen, S. "American Journal of Psichiatria", 1964, -
pág. 1025.

4.- Hofmann, A. "Journal of Experimental Medical Scien-
ce, 5, Nº 2, 1961, pág. 31.

5.- Stoll, W.A. y Hofmann A. "Helv. Chim. Acta" 1943,-
26,944.

6.- Rosenthal, S. H. "American Journal of Psychiatry",-
121, 1964-1965, pág. 238.

7.- Cohen, S. ob. cit.

8.- Ditman, K. S. "Journal of Nervous and Mental Diseases", 134, 1962, pág. 346.

9.- Humrhry. "British Journal of addiction, 53, 1957, pág. 93.

10.- Osmond H. "Journal of Mental Science", 98, 1952, pág. 309.

11.- Hofmann, A. ob. cit.

EL LSD AL SERVICIO DE LA PSICOTERAPIA.-

1.- Ditman, K. S.; Hayaman, Whittlesey, J.R.B. "Journal of Nervous and Mental Diseases", 134, 1962, pág. -- 346.

2.- Blum. R. "Utopiates", Tavistock, Londres, 1965.

3.- Archivos Generales de Psiquiatría, Beverly Hills California, 1959.

4.- Terrill, J. "Journal of Nervous and Mental Diseases" 135, 1962, pág. 425.

5.- Schmiede, G.R. "Journal of the Medical Society of New Jersey", junio 1963.

6.- Cit. por Terrill, J. ob. cit.

7.- Heyder, W. Dietrich. "The American Journal of Psychiatry". Norfolk Mental Health Center. Virginia. 1963.

8.- Editorial. "British Medical Journal", 5, 502, junio 1966, pág 1533.

9.- Ling, M, Thomas y Buckman John. "American Psychiatric Association " Creedmore State Hospital.

10.- Bender Lauretta y Gloria Fareta "American Psychiatric Association" Creedmore State Hospital.

11.- Cit. por Rof Caraballo, J y Gonzalez Morado A. "Experiencia Clínica con la dietilamida del ácido lisérgico" Boletín Inst. de Pat. Med. Vol XIII.

12.- Cohen, S. Ditman, K. S. "Journal of the American Medical Association", 181, Nº 2, 1962, pág. 161.

CAPITULO TERCERO.-

LOS EFECTOS DE LAS DROGAS.-

1.- Tallmeyer, M. "Poseído de la Morfina".

2.- Sanzo, D. "La heroína: un paraíso prohibido" El Español. Agosto 1965, pág. 18.

3.- Rumler, W y Veigel, W. "Intoxicación por Codeína"-Machr. Kinderheilk, III, 1963, pág. 241.

4.- Zevallos Quequezana. "Coca y Cocainismo". Aech Fac. Med. Tomo XII, Nº 3-5-61, 1964, pág. 310.

5.- Sharappe, O. "Toxicomanías" Landarzt 43, 1003, --- 1967.

6.- Tellez Carrasco, P. "Amok y Latah". Ac. I, Esp. Neurol y Psiquit, 1952, pág 275.

7.- Tafallero, A. "Mescalina y LSD 25", Buenos Aires, - 1956

8.- Leary, T. "The Psychedelic Experience", Univerity - Books, New York, 1964.

PORQUE SE DROGAN.-

1.- Anónimo. "Escandalo y Drogas en Italia". El Español Nº 397, abril 14 de 1962.

2.- Huxley, A. y Salomón D. "LSD The consciousness-Expanding Drug", New York G. P. Putnam's Sons, 1964.

QUIEN ES NORMAL NO SE DROGA.-

1.- Cit. por May, A. R. "La salud mental de los adolescentes y los jóvenes". Ginebra. OMS. 1971.

2.- Serico. A. Eyres. "Alcoholismo y Toxicomanías" Pana Madrid.

3.- Trompiz, G. "El problema de la droga y su difícil solución". Folia Clínica Internacional. Tomo XX, Nº 4, - 1970.

LA PSICOLOGIA DEL TOXICOMANO.-

1.- Winick, C. "Law and Contemporary Problems", 22, 1957 pág. 9.

2.- Nyswander, Marie, "The Drug Addict as a Patient" -- Grune & Stratton, New York, 1956.

3.- Carstairs, G. M. "Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 15, 1954,,pág. 220.

4.- Vaillant, G. E. "American Journal of Psychiatry" -- 122, Nº 7, 1966, pág. 727.

5.- Chein, I. "Narcotics, Delinquency and Social Policy Tavistock, Londres, 1964.

6.- Chein, I, ob. cit.

7.- Lyle, D. "Esquire", 65, Nº 3, marzo 1966.

8.- Hoffman, M. "Comprehensive Psychology", 1964, pág - 272.

9.- Wikler, A. "Psychiatric Quarterly", 1952, pág, 270.

EL FIN DE LA TOXICOMANIA.-

- 1.- Glatt, M. L. "British Medical Journal", 1964, pág - 1.116.
- 2.- Tu, T. U. N. "Bolletín on Narcotics", N° 2, 1951, - pág. 9.
- 3.- Villant, G. E. "American Journal of Psychiatry" N°- 7, 1966, pág 732.
- 4.- Burroughs, W. "Junkie", Ace Books, New York, 1953,- pág 43.
- 5.- Winick, C. Un. N. "Bolletín on Narcotics", N° 2, -- 1962, enero-marzo, 1964.

RECUPERACION DE LOS TOXICOMANOS.-

- 1.- Vibert, C. H. "Manual de Medicina Legal y Toxicología clínica médico legal.
- 2.- Rehabilitation of Narcotic Addicts, Report of the Major's Commite of the City of Detrit, 1953.
- 3.- Cit, por Trompiz, G. "El problema de la droga y su difícil solución". Folia Clínica Internacional. Tomo XX n° 4, 1970.
- 4.- Trompiz, G. Ob. cit.
- 5.- Bisio, Bruno. "El paraíso de las drogas", 2ª ed. -- Bilbao, 1968.
- 6.- Bisio, ob. cit.
- 7.- Sandison, R. A. "Psychological aspects of the Drugs treatment of the neurosis". Journ. Ment. Sci. Vol 100,- pág 511, 1954.

CAPITULO CUARTO.-

ORGANIZACION DE LA LUCHA CONTRA LAS INTOXICACIONES EN -
EL MUNDO.-

- 1.- Toxicología Clínica de la Universidad de París.
- 2.- Fournier. "Elementos de Medicina Legal". Flammarion
París, 1957.
- 3.- Duster, Troy, "The Legislation of Morality: Law, --
Drugs and Moral Judgment, New York, The Free Press, 1970
- 4.- Toxicología Clínica de la Universidad de París.
- 5.- "Chornicle of the World Health Organization: Drug -
Addiction or Drug Habituation, pág 165.

LA LUCHA INTERNACIONAL CONTRA LOS ESTUPEFACIENTES.-

- 1.- Sociedad de Estudios Internacionales. "Organismos -
Especializados de las Naciones Unidas. Sus instrumentos
Constitucionales. Madrid, 1968.

DISPOSICIONES LEGALES EN MEXICO.-

- 1.- Gonzalez de la Vega, Francisco. "Código Penal Comen-
tado". Editorial Porrúa, S.A. México D.F. 1974
- 2.- Convención Unica Sobre Estupeficientes. Diario Ofi-
cial de la Federación. 31 de mayo de 1967.
- 3.- Convenio Sobre Sustancias Psicotrópicas. Boletín de
las Naciones Unidas. Viena 21 de Febrero de 1971.
- 4.- Por Acuerdo del Sr. Luis Echeverría Alvarez. Presi-
dente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, -
se formó el Cosejo Nacional de Problemas de la Fármaco-
dependencia. Presidida por el Secretario Salubridad y -
Asistencia. 1969.

LEYES EN MEXICO CONTRA LA ADICCION.-

1.- Franco Rodríguez, David. "Contenido". México, D.F.- marzo de 1970, pág. 15

2.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Unión Gráfica, S.A. México 13, D.F. 1973

3.- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. - Unión Gráfica, S.A. México, D.F. 13, 1970.

4.- Gonzalez de la Vega, Francisco. "Código Penal Comentado". Editorial Porrúa, S.A. México, D.F. 1974.

CUANDO ES Y CUANDO NO ES DELITO.-

1.- Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. México. Segunda Parte. Primera Sala. Imprenta Murguía, S. A. México 1965, pág 112 y siguientes.

CIFRAS SOBRE LA DESTRUCCION Y DECOMISO DE DROGAS EN MEXICO.-

1.- Rodríguez Manzanera, Luis. "Estadísticas". Asuntos-Jurídicos Universidad Autónoma de México. 1971.

2.- Tornero, Diaz, Carlos. "Hospital Psiquiatrico Infantil Dr. Juan B. Navarro". México, D.F. 1972.

TRAFICO Y REPRESION.-

1.- Duster, Troy. "The Legislation of Morality: Law, -- Drugs and Moral Judgment, New York, The Free Press, 1971

2.- Cohen, Albert K. "Delinquent Boys, the Culture of - the Gang, New York. The Free Press, 1971

CAPITULO QUINTO.-

CONCLUSIONES.-

- 1.- Estos datos fueron obtenidos de la aplicación de un cuestionario a 7,453 estudiantes de 148 escuelas secundarias del Distrito Federal, número que es una muestra significativa de los 219,861 alumnos de enseñanza media del Distrito Federal, se incluyen escuelas diurnas y -- nocturnas, públicas y privadas. Estadísticas de la Universidad Autónoma de México, Departamento de Asuntos -- Jurídicos.
- 2.- Decreto del Consejo de Salubridad General. Diario - Oficial de la Federación 14 de enero de 1972.
- 3.- Cit. por Fada. "Prevención de Toxicomanías" Noti---cias Médicas. 29 de junio 1971, pág. 16.
- 4.- Delay. "La vida Médica.
- 5.- Tornero Díaz, Carlos. "Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan B. Navarro". México, D.F. 1972
- 6.- Schulte, Walter: "Toxicomanías y abuso de las dro--gas ante la consulta del médico práctico". Folia Clíni--ca Internacional. Tomo XVI, N° I, enero 1966, pág 9.
- 7.- Sharoff, Robert Dr. "Las drogas psicodélicas", New - York Medical College. New. York. 1968.