

Fig. 124. Efecto de la anoxia sobre la relación entre la ventilación pulmonar y la pCO₂ alveolar. Las cifras junto a las líneas indican las pO₂ alveolares medias durante las respectivas determinaciones. [Tomada de Lloyd, B. B., Jukes, M. G. M., y Cunningham, D. J. C. (1958) *Quart. J. exp. Physiol.*, 43, 214.]

Hay que tener presente que la anoxia aguda sería un estímulo de la respiración mucho más eficaz si no produjera alcalosis. Así pues, la asfixia, en la que ocurren simultáneamente falta de oxígeno y exceso de CO₂, produce una enorme hiperpnea. La única manera de poder evaluar el verdadero estímulo de la falta de oxígeno consiste en modificar el aire inspirado continuamente, de manera que la pCO₂ alveolar permanezca constante, a pesar de la respuesta respiratoria. Esto, aunque difícil de poner en práctica, ha podido ser recientemente realizado y estos experimentos han revelado que la anoxia aguda intensa no acompañada ni complicada con alcalosis puede aumentar la respiración en siete tantos.

Por consiguiente, se puede sacar en conclusión que tanto la falta de oxígeno como el exceso de CO₂ pueden aumentar las respiraciones, aunque de diferente modo. Sin embargo, se plantea la siguiente cuestión: ¿Son los dos estímulos simplemente adicionales? Es decir, si al ocurrir un exceso de CO₂ causa por sí solo un aumento de X litros por minuto en volumen de ventilación, y la anoxia, al ocurrir por sí sola causa un aumento de Y litros por minuto, ¿será entonces el aumento de la respiración simplemente (X + Y) cuando ambos estímulos se presentan simultáneamente? La respuesta a este problema fue dada conclusivamente por una parte por Nielsen y Smith (1951), y por otra por Cunningham, Lloyd y Jukes (1958). Estos dos equipos de investigadores estudiaron el efecto del aumento de la pCO₂ alveolar sobre la respiración mientras se mantenía la pO₂ alveolar constante, a diferentes valores. Los resultados obtenidos por Cunningham se exponen en la figura 124. Se puede ver aquí que un aumento de la pCO₂ produce efectos sobre la respiración que dependen en gran parte de la pO₂. Si se mantiene constante la pO₂ alveolar al reducido valor de 42 mm Hg la respuesta de la respiración a la pCO₂ es mucho más vívida que si la pO₂ alveolar es normal (100 mm Hg). Además, la respuesta a un aumento de la pCO₂ es menor en los sujetos que respiran mezclas enriquecidas con oxígeno (pO₂ alveolar = 143 mm Hg) que en aquellos que respiran el aire de la habitación. La pendiente de la línea que representa la razón volumen de ventilación/pCO₂ aumenta a medida que disminuye la pCO₂ alveolar (fig. 125). Así pues, la anoxia «sensibiliza» la respuesta de los mecanismos respiratorios a un

exceso de CO₂ (y, se supone, a un exceso de H⁺).

Un nuevo punto de interés es el expuesto en la figura 124. Las líneas de volumen de ventilación/pCO₂ hacen intersección en la abscisa a un valor de la pCO₂ de unos 38,0 mm Hg. Este punto representa el valor teórico de la pCO₂ en la que el CO₂ (o el H⁺) no causa ningún estímulo respiratorio por sí mismo. Nielsen y Smith, que fueron los primeros en notar esto, llamaron a este punto de intersección el «punto de apnea»; Cunningham se refiere a él simplemente por B y establece que la parte lineal de la relación \dot{V}/pCO_2 en cualquier pO₂ constante puede expresarse por la ecuación.

$$\dot{V} = S(pCO_2 - B)$$

donde \dot{V} = volumen de ventilación y S es la pendiente de la línea para una determinada pCO₂ (figura 125).

El concepto de «punto de apnea» queda esclarecido por el estudio de la figura 126. La respuesta ventilatoria a los valores de la pO₂ alveolar constante se compara con la pCO₂ pero en estos experimentos se emplea una variación más amplia que la de pCO₂ alveolar. Cuando el sujeto respiraba aire (pO₂ alveolar = 110 mm Hg en este caso) su pCO₂ alveolar era de 36 mm y su volumen de ventilación era de unos 8 litros por minuto. Al aumentar la pCO₂ la respiración también aumentó en progresión lineal. Cuando el sujeto respiraba mezclas pobres en oxígeno, de modo que se obtuvieran valores de la pO₂ alveolar de 47 y de 37 mm Hg, respectivamente, el estímulo anóxico de la respiración era tal que producía volúme-

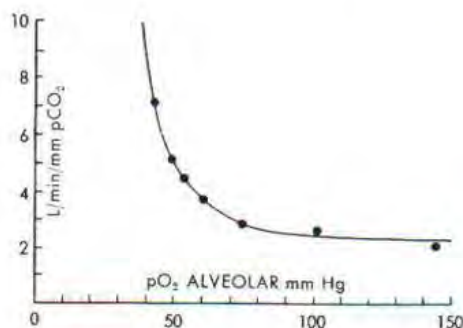


Fig. 125. La pendiente de las líneas que aparecen en la figura 124 está trazada aquí respecto a la pO₂ alveolar. [Reproducida de Lloyd, B. B., Jukes, M. G. M., y Cunningham, D. J. C. (1958) *loc. cit.*]

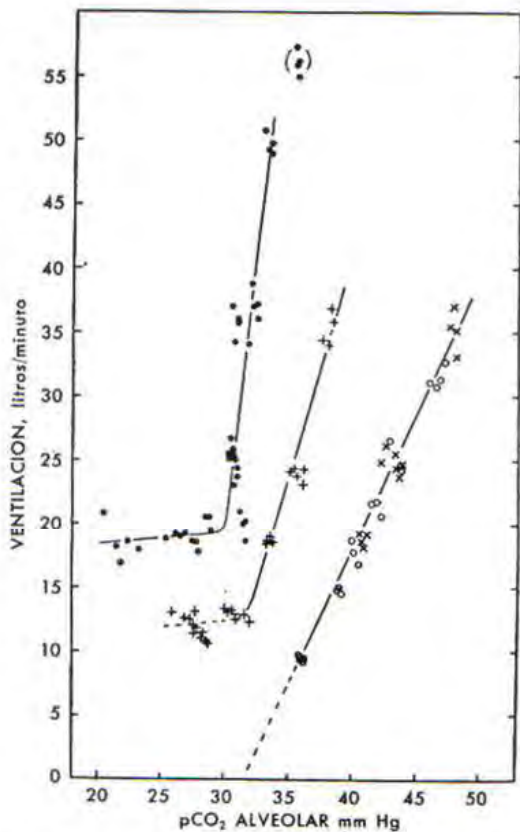


Fig. 126. Hombre. Ventilación pulmonar en relación con la $p\text{CO}_2$ alveolar (37°C ; presión bar. prevaleciente de saturación).

●	$p\text{O}_2$ alveolar	$36,9 \pm 1,3$	mm Hg
+	»	$47,2 \pm 1,5$	»
○	»	$110,3 \pm 1,9$	»
×	»	$168,7 \pm 2,1$	»

[Nielsen, M., y Smith, H. (1951) *Acta physiol. scand.*, 24, 293.]

nes ventilatorios en reposo de unos 112 y 17 l./min, respectivamente. Esta hiperpnea anóxica produjo un descenso en los valores de la $p\text{CO}_2$ alveolar, de 27 milímetros y de 20 mm Hg, respectivamente. Estas cifras de la $p\text{CO}_2$ alveolar están muy por debajo del punto de apnea o valor del umbral de la $p\text{CO}_2$ requerida para excitar el centro respiratorio. Además, si durante la anoxia se añade CO_2 al aire inspirado no hay respuesta ventilatoria al CO_2 añadido hasta que la $p\text{CO}_2$ alveolar exceda de 32 mm (véase figura 126), que es el punto de apnea en este sujeto.

Sin embargo, la respuesta es muy diferente cuando el organismo se halla sujeto a falta de oxígeno y exceso de CO_2 ; esta combinación es la que ocurre en la asfixia y es de suponer que es la responsable del enorme estímulo a la respiración. Además, probablemente ocurre también en el ejercicio muscular intenso, cuando hay un exceso de CO_2 y una disminución de la tensión de oxígeno; aunque el aumento de la $p\text{CO}_2$ alveolar es relativamente pequeño (debido a la vigorosa respuesta ventilatoria) y la disminución de la $p\text{O}_2$ arterial es sólo de 100 a 73 mm Hg, los dos estímulos producen, probablemente, una mutua interacción y esta interacción juega un papel muy importante en la hiperpnea del ejercicio muscular.

En la anoxia crónica el reajuste renal de los H^+ de la sangre por medio de la excreción de una orina alcalina produce una reducción en el valor del punto

de apnea. La $p\text{CO}_2$ alveolar está entonces por encima de este valor umbral y la sensibilidad «anóxica» a la $p\text{CO}_2$ cobra una gran importancia biológica. Dado que:

$$\text{H}^+ = \frac{[\text{CO}_3\text{H}_2]}{[\text{CO}_3\text{H}^-]}$$

y como $[\text{CO}_3\text{H}^-]$ ha quedado reducido por la excreción renal de bicarbonato, una pequeña variación de la $[\text{CO}_3\text{H}_2]$ produce una mayor desviación en la concentración de iones hidrógeno de la sangre, la cual contribuye aún más a promover la respiración de un sujeto crónicamente hipóxico.

Cuando la falta de oxígeno se inicia de un modo muy paulatino se dispone de mucho tiempo para que se desarrollen actividades compensadoras en el organismo. En la figura 127 los efectos de la anoxia aguda y crónica se comparan en un diagrama del CO_2/O_2 alveolar. Cada punto en las líneas «aguda» y «aclimatada» representa la composición del gas alveolar de un individuo. Al nivel del mar y respirando el aire de la habitación, vamos a suponer que la $p\text{CO}_2$ alveolar sea de 39 mm Hg y que la $p\text{O}_2$ alveolar sea de 100 mm Hg; este punto será denominado 1. Al ir sometiendo agudamente al sujeto a diversos grados de anoxia, su $p\text{O}_2$ alveolar disminuirá paralelamente a la disminución de la $p\text{O}_2$ del aire inspirado. Sin embargo, su producción de CO_2 permanece constante; por consiguiente, a menos de estimular su respiración, su $p\text{CO}_2$ alveolar permanecerá a 40 mm Hg. Se puede imaginar, por lo tanto, que los puntos 2 y 3 representan la composición de su gas alveolar al quedar expuesto agudamente a respirar un 17,2 % de O_2 ($p\text{O}_2$ inspirado = 128 mm Hg) y un 14 % ($p\text{O}_2$ inspirado = 104 mm), respectivamente. Por otra parte, como la presión barométrica disminuye progresivamente a medida que aumenta la altitud, estos puntos 2 y 3 pueden también representar la composición del aire alveolar de un hombre a 1500 m de altura (presión barométrica = 630; $p\text{O}_2 = 128$) y a 3000 m (presión barométrica = 520; $p\text{O}_2 = 104$), respectivamente. Hasta que la $p\text{O}_2$ alveolar disminuya por debajo de 60 mm Hg (lo cual equivale más o menos a una $p\text{O}_2$ en el aire inspirado, de 100 mm, o sea la correspondiente a respirar O_2 al 14 % a nivel del mar o a respirar aire a una altura de 3000 m) no habrá hiperpnea. Cuando el sujeto se expone agudamente a una mayor altitud o se provoca una anoxia más intensa mediante la respiración de mezclas gaseosas pobres en O_2 a nivel del mar, se presenta hiperpnea, tal como se ve por la

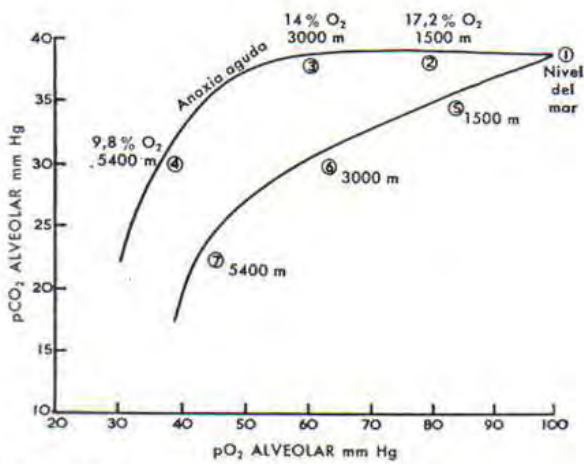


Fig. 127. Las tensiones gaseosas de aire alveolar en sujetos expuestos a anoxia aguda y crónica (véase el texto). [Modificación de un esquema de Rahn y Otis (1949) *Amer. J. Physiol.*, 157, 145.]

disminución del CO_2 alveolar (p. ej., en el punto 4, donde el sujeto se halla agudamente expuesto a una altura simulada de 5400 m, o a respirar un 9,8 % de O_2). El sujeto aclimatado se comporta de un modo muy distinto. Cada uno de los puntos de la línea «aclimatada» representa la composición del gas alveolar de los diversos sujetos aclimatados a distintas alturas. Así, se obtuvo el punto 5 de unos su-

jetos situados a 1500 m (presión barométrica = 640), el punto 6 de unos sujetos que vivían a 2760 m (presión barométrica = 540), y el punto 7 de sujetos aclimatados a una altura de 5400 m (presión barométrica = 400).

Es evidente que cuando al sujeto se le da tiempo para aclimatarse a la anoxia, se estimula la respiración y, en consecuencia, su pO_2 alveolar aumenta por encima del nivel que existiría en aquella altitud si no se hubiese presentado hiperpnea. Por consiguiente, su saturación arterial de hemoglobina y el contenido arterial en oxígeno mejoran, cosa que constituye una importantísima adaptación a la altitud. De todos modos, el desarrollo del proceso de aclimatación sigue siendo una especie de misterio. No es difícil imaginar la secuencia que ocurre cuando la falta de oxígeno es lo suficientemente marcada para causar la estimulación de la respiración aún durante la exposición aguda. La hiperpnea refleja así producida hace disminuir la pCO_2 alveolar y, en consecuencia, reduce la concentración de H^+ en el plasma. De ahí que los riñones excreten una orina menos ácida y menos sales amoniacales; el contenido en bicarbonato de la orina aumenta, y ésta hasta puede volverse alcalina. Como resultado de todo ello, la fracción $[\text{CO}_3\text{H}^-]$ del plasma queda reducida y la $[\text{H}^+]$ que depende de la razón $\frac{[\text{CO}_3\text{H}_2]}{[\text{CO}_3\text{H}^-]}$ del plasma queda restablecida casi a su punto normal. Por consiguiente, el centro

respiratorio «encuentra apoyo» en su estimulación central, la cual está proporcionada por el H^+ del plasma, y así puede mantenerse un aumento de la respiración.

No hay que olvidar, sin embargo, que ocurren dos otras importantes adaptaciones en la anoxia crónica:

1. Un aumento de la actividad de la médula ósea, que produce más hematíes, de tal modo que el número de éstos sube hasta $7 \frac{1}{2}$ u 8 millones por mm^3 . Esto significa un aumento del 50% en el poder de transporte de oxígeno de la sangre arterial.

2. Un aumento del gasto cardíaco; por consiguiente, cada 100 cc de sangre pierde menos oxígeno en los tejidos.

Para resumir, hay tres factores que mejoran la tensión media de oxígeno en la sangre capilar de los tejidos: 1. La hiperpnea, que aumenta la pO_2 arterial y alveolar. 2 y 3. Un aumento del contenido de hemoglobina y del flujo sanguíneo, factores ambos que disminuyen la diferencia arteriovenosa de la pO_2 .

Desde hace mucho tiempo se sabe que los alpinistas aclimatados a gran altitud, cuando vuelven al nivel del mar continúan hiperventilando durante varios días, a pesar de que no existe ya el estímulo anóxico a la respiración. Este hallazgo ha conducido a la suposición de que la respiración en la anoxia aclimatada está controlada por la razón $\frac{[CO_3H_2]}{[CO_3H^-]}$

la cual queda restablecida hacia la normalidad por el proceso de aclimatación. Si se acepta esta opinión,

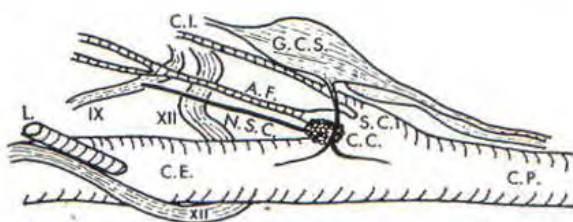


Fig. 128. Bifurcación de la carótida del gato. C.P., C.E. y C.I. = carótida primitiva, externa e interna, respectivamente. C.C. = Cuerpo carotídeo. N.S.C. = Nervio del seno carotídeo. XII = Nervio hipoglososo. IX = Nervio glossofaríngeo. A.F. = Arteria faríngea ascendente. S.C. = Seno carotídeo. L = Arteria lingual. G.C.S. = Ganglio cervical superior. [Heymans, C., y Neil, E. (1958) *Reflexogenic Areas of the Cardiovascular System*, Londres.]

CÉLULAS TIPO I CÉLULAS TIPO II FIBRAS NERVIOSAS



NÚCLEO DE CÉLULAS ENDOTELIALES

HEMATIES

Fig. 129. Micrografía electrónica del cuerpo carotídeo del gato. (Fijador de Palade, inclusión en metacrilato, tinción con MnO_4) 10 000 aumentos.

Célula de tipo I incluida en otra de tipo II; las fibras nerviosas contactan con ambas células.

[La aparente continuidad del citoplasma en el punto señalado por la flecha (\rightarrow) no corresponde a la realidad.]

(Por cortesía del doctor L. L. de Kock.)

habrá que postular que los reflejos quimiorreceptores son importantes únicamente en las fases iniciales de la anoxia crónica, produciendo hiperpnea, la cual a su vez pone en movimiento las adaptaciones renales que restablecen el pH plasmático. Una vez que $[H^+]$ del plasma está más próximo a la normalidad, los efectos de los reflejos quimiorreceptores sobre la respiración parecen ser muy poco importantes.

Bibliografía

- Astrand, P-O. (1954) *Acta physiol. scand.*, 30, 335, 343.
Cunningham, D. J. C., y Lloyd, B. B. [Eds.] (1963) *The Regulation of Human Respiration*, Oxford.

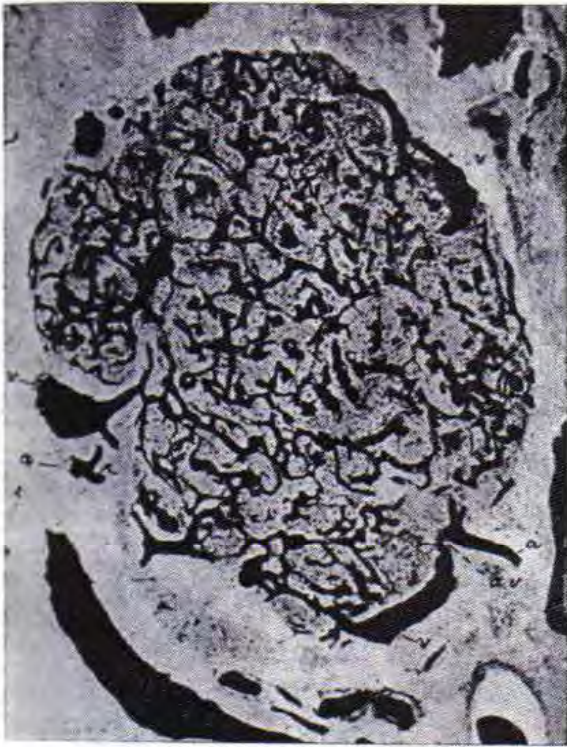


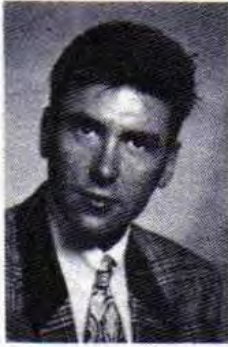
Fig. 130. Cuerpo carotídeo de un gato adulto inyectado con gelatina-carmin para poner de relieve la generosa irrigación sanguínea y las anastomosis arteriovenosas (a.v.). [De Castro, F. (1940) *Trab. lab. Inst. Cajal. Madrid*, 32, 297.]

- Christensen, E. H. (1954) *Handbook of Respiratory Physiology*, p. 103, U.S.A.A.F. School of Aviation Medicine, Texas.
- Dickens, F., Neil, E., y Widdas, W. F. [Eds.] (1964) *Oxygen in the Animal Organism*, Londres.
- Heymans, C., y Neil, E. (1958) *Reflexogenic Areas of the Cardiovascular System*, Londres.
- Lloyd, B. B., Jukes, M. G. M., y Cunningham, D. J. C. (1958) *Quart. J. exp. Physiol.*, 43, 214.
- Nielsen, M., y Smith, H. (1951) *Acta physiol. scand.*, 24, 293.
- Rahn, H., y Otis, A. B. (1949) *Amer. J. Physiol.*, 157, 145.
- Winterstein, H. (1955) *Ergebn. Physiol.*, 48, 328.

BIBLIOGRAFÍA

- Roughton, F. J. W.** *Handbook of Respiratory Physiology*. U.S.A.A.F. School of Aviation Medicine. 1954; 51.
- Astrand, P-O.** *Acta physiol. scand.*, 1954; 30, 335-343.
- Cunningham, D. J. C., y Lloyd, B. B.** *The Regulation of Human Respiration*. Oxford. 1963.

JAVIER FELIP BAQUER



JOSÉ M.ª VÁZQUEZ
 Director médico
 Colegiado 21463

COCAÍNA: UNA ANCESTRAL AMENAZA

El día 2 de junio de 1884, S. Freud escribe a su prometida Martha Bernays:
«Triste por ti, mi princesa, cuando vuelva te besaré ardientemente y te daré de comer hasta la saciedad. Y si prestas atención verás quien es más fuerte, una pequeña y suave niña que no come lo debido o un hombre mayor, loco, con cocaína en su cuerpo. En mi última y grave depresión tomé coca de nuevo y una pequeña dosis me elevó, de forma maravillosa, a las alturas. Estoy ocupado ahora recogiendo literatura para un himno de loanza a esta sustancia.» (Über Coca, S. Freud)

Qué poco se imaginaba Sigmund Freud que aquella sustancia que ensalzaba e imaginaba panacea en el tratamiento de la depresión, alcoholismo, morfinomanía, asma, alteraciones gastrointestinales, etc... se convirtiese, hoy, en una gran amenaza para nuestra sociedad y todos los valores que ella representa.

Freud realizó muchos experimentos con la cocaína, incluso sobre sí mismo, obteniendo conocimientos importantes sobre efectos fisiológicos y psicológicos de la sustancia.

A raíz de estos estudios y de la afirmación freudiana de que la cocaína no producía adicción, generó una epidemia que duró desde 1885 hasta los años 20. Esta epidemia presentó tres fases claramente diferenciadas. Primero hubo una euforia inicial, luego un período expansivo y finalmente un fuerte sentimiento de rechazo. Tan fuerte fue este último período, que la sustancia quedó relegada y su uso se circunscribió a un grupo de gente vanguardista (artistas, músicos, etc...).

En este período de latencia (1920-1965) la población se decantó por un grupo de estimulantes nuevos, sintetizados en la década de los 30: "las anfetaminas", que también tuvieron una gran repercusión.

A partir de la segunda mitad de la década de los 60, la cocaína vuelve a cobrar importancia. No obstante, no se la considera como una sustancia que produzca adicción. No se considera la gran cantidad de efectos nocivos que tiene para la salud. Esto, además, se apoya en la indiferencia de los estamentos sanitarios y sociales. Así, podemos leer frases como: «La cocaína crea pocos problemas si no se uso más de tres o cuatro veces por semana.» (Comprehensive textbook of psychiatry, Kaplan-Freedman-Sadock, 1980).

Sin embargo, los distintos niveles sociales comienzan a inquietarse ante la duda. ¿Causa adicción la cocaína? ¿Produce dependencia en el individuo consumidor?

La respuesta es claramente afirmativa. Esto es así, gracias a una redefinición de los conceptos clásicos de adicción.

Bien, antes de comentar ampliamente dicha respuesta, anotaremos una serie de notas históricas. Así, recordaremos que el consumo de hojas de coca en Sudamérica es muy antiguo. Los indios mascaron hojas de coca durante miles de años. La coca tiene un componente místico, religioso, económico (pensemos que los salarios se pagaban, en parte, en hojas de coca).

Se utilizó para resistir las duras condiciones que imponían las altitudes. Los conquistadores españoles la utilizaban para aumentar el ritmo de trabajo en condiciones geográficas adversas y con escasez de alimentos. Pizarro trajo la coca a España y, hasta 1860, en que Niemann obtiene la cocaína, Europa no conoce dicha sustancia.

Uno de los aspectos más relevantes en la historia de la cocaína son los criterios en cuanto a la concepción de sus dependencias. Así el DSM-III APA 1980 no contempla el término dependencia para la cocaína; puesto que para que existiera dicha dependencia se precisaba que hubiera una dependencia física (con su síndrome de abstinencia), una dependencia psicológica y tolerancia (como ocurría en el caso de los opiáceos y el alcohol). Se aceptaba, como mucho, una dependencia psicológica y un uso compulsivo. No obstante pudo comprobarse que la cocaína presentaba efectos sobre el sistema nervioso central (S. N. C.), produciendo cambios neuroquímicos que llevaban a una necesidad de consumo. Esto, junto a una nueva concepción del concepto de adicción, hace que el DSM-III, revisado 1987, incluya a la cocaína en la nosología de "Transtornos Mentales por dependencia de drogas".

La cocaína, hoy por hoy, está revelándose como una gran amenaza. Por ello, los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias no dudan al afirmar que Europa está en la antesala de una gran epidemia por cocaína, y España con ella. Además, recordemos el importante rol que juega nuestro país, dado los lazos histórico-culturales que mantiene con los países productores.

¿En qué basamos el advenimiento de dicha epidemia? Podemos definir varios factores:

- 1) Contexto socio-económico y político de los países productores.
- 2) Aumento de los decomisos policiales de cocaína. Se dice que la policía suele capturar del 10-15% de la cocaína circulante.

- 3) Situación del tráfico internacional. Así se ha producido un bloqueo de muchas de las entradas de cocaína en los Estados Unidos y, por consiguiente, una desviación del tráfico a Europa.

- 4) Aumento de las urgencias relacionadas con el consumo de cocaína; lo que indica que están apareciendo las primeras manifestaciones órgano-psiquiátricas de la dependencia cocaínica. Además, en el caso de nuestro país, añadiríamos dos conceptos más:

- 1) Ser llave de Europa y, por consiguiente, aumentar la disponibilidad de la cocaína en determinados ambientes.

- 2) Recordar que España presenta uno de los consumos más elevados de cannabis entre los jóvenes. Este hecho se relaciona con lo ocurrido en los Estados Unidos, en los que la población juvenil consumidora de marihuana fue la más perjudicada en la epidemia de cocaína.

¿Qué datos de consumo tenemos para la población española? En 1980 la cifra de cocainómanos oscilaba alrededor de 52.000. En 1985, sería de 83.000. Como vemos, se ha producido un incremento del 60%. Los datos más recientes en relación al consumo de drogas son los publicados por el SEILT (Sistema estatal de información sobre toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Consumo) para el año 1989. Un estudio exhaustivo de los datos permite extraer las siguientes conclusiones:

- 1) La heroína fue la droga responsable de la gran mayoría (más del 95%) de las urgencias y del inicio de tratamiento. Además en el 94% de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de drogas se hallaron derivados metabólicos de esta droga.

- 2) La utilización de servicios por problemas relacionados con el consumo de cocaína siguió siendo muy escasa. No obstante, se produjo un aumento del porcen-

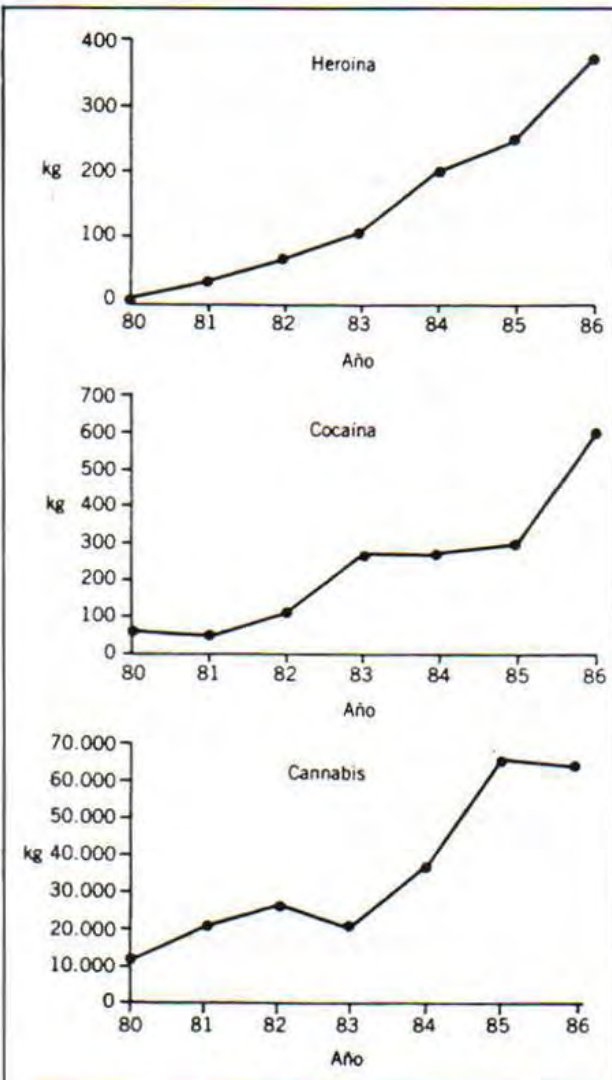


Fig. 1. Cantidad de droga (heroína, cocaína y cannabis) decomisada anualmente en España según datos de la Brigada Central de Estupefacientes.

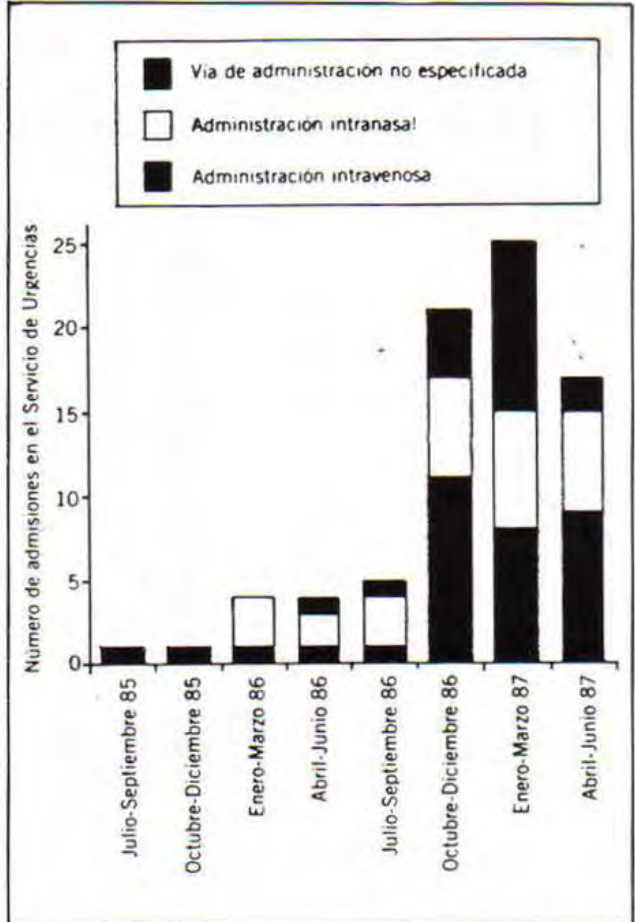


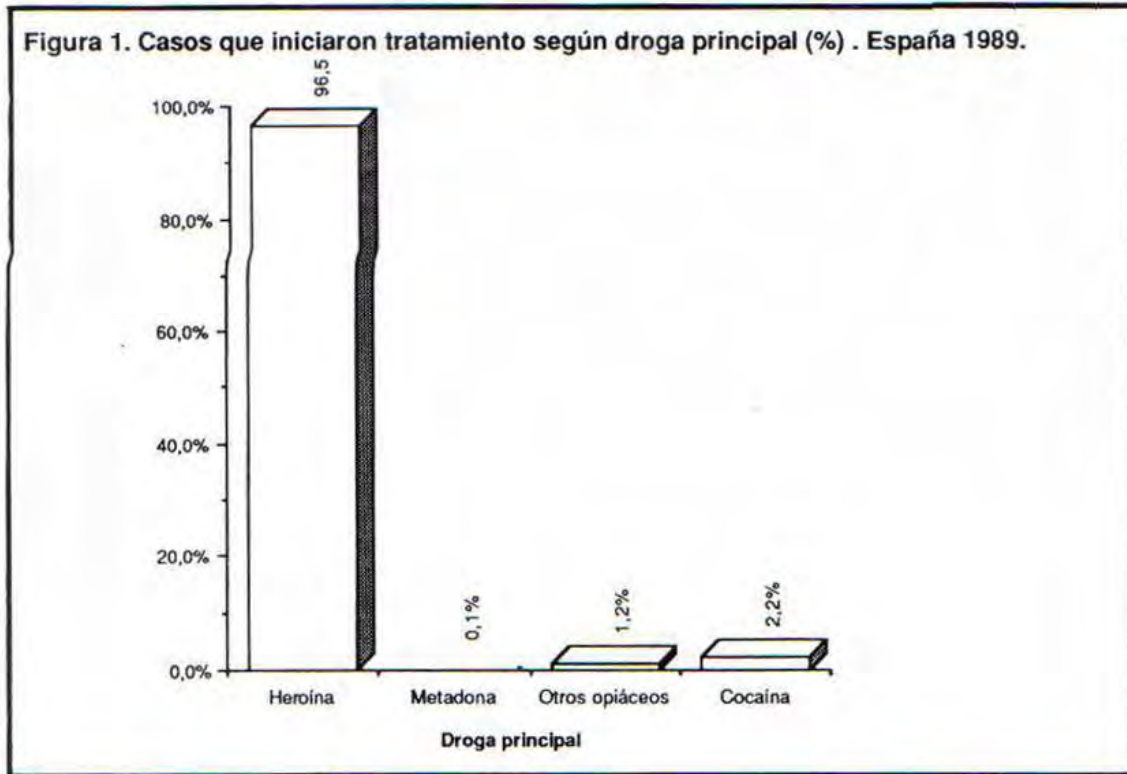
Fig. 2. Evolución de las admisiones relacionadas con la cocaína, por trimestres, en el Servicio de Urgencias del Hospital del Mar de Barcelona.

Consumo de cocaína en personas mayores de 18 años según el consumo de marihuana⁶

Proximidad del consumo de marihuana según una encuesta reciente	Tanto por ciento que siempre había consumido cocaína	Tanto por ciento que había consumido cocaína el pasado mes
Nunca había consumido marihuana	0,3	0,0
Había consumido marihuana, pero en menos de 10 ocasiones y no el mes pasado	11,2	1,0
Había consumido marihuana más de 10 ocasiones, pero no el mes pasado	44,2	7,5
Había consumido marihuana el mes pasado	68,4	15,0
Frecuencia de consumo de marihuana en la vida		
Nunca había consumido marihuana	0,3	0,0
1-2 ocasiones	1,8	0,4
3-10 ocasiones	21,8	2,4
11-99 ocasiones	40,8	9,4
> 100 ocasiones	74,0	14,1

taje de urgencias e inicios de tratamiento por cocaína y de la presencia de esta droga en sangre de fallecidos por reacción aguda.

3) Aumentó la edad media de los consumidores de drogas en los que demandaron inicio de tratamiento, los que fueron a urgencias y los que murieron.



FUENTE: DGPNSD. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

4) La distribución por sexo mostró una extraordinaria estabilidad: 4 hombres/1 mujer en los tres indicadores del estudio (tratamiento, urgencias y mortalidad).

Como vemos en las gráficas anteriores, son muchas las apreciaciones a tener en cuenta:

1) El 2,2% de los inicios de tratamiento fueron debidos a la cocaína; mientras que en 1987 fue de un 1,9% y en 1988 fue de un 1,7%.

2) El 1,7% de las urgencias médicas por causa de drogas fue por problemas relacionados con la cocaína; mientras que en 1987 fue de un 0,8% y en 1988 de un 1,2%.

3) De un total de 218 casos de muertes registradas, en 66 casos la cocaína fue la causa (30,28%); mientras que en 1987 fueron 28 de 148 (18,92%) y en 1988 fueron 33 casos de 181 (18,23%).

4) Con respecto a las drogas secundarias, las que se citaron en aquellos pacientes que acudieron en demanda de tratamiento por heroína, un 47,4% consumían cocaína. Los que tomaban metadona nombraron la coca unos 14,3%. Los que consumían otros opiáceos tomaban cocaína en un 14,7%.

Son cifras pequeñas, pero no por ello insignificantes y que revelan que la cocaína se está convirtiendo en una nueva noxa dentro de la sociedad española. Noxa que está penetrando de forma solapada, pero igual de efectiva. Así, podemos comprobar, que muchos de nuestros pacientes que están en programa de Naltrexona, tras una desintoxicación a opiáceos, está desviando el consumo de drogas hacia la cocaína. No obstante, mayor es el número de aquellos que tras la desintoxicación

Figura 7. Episodios de urgencia según droga principal (%). España 1989.

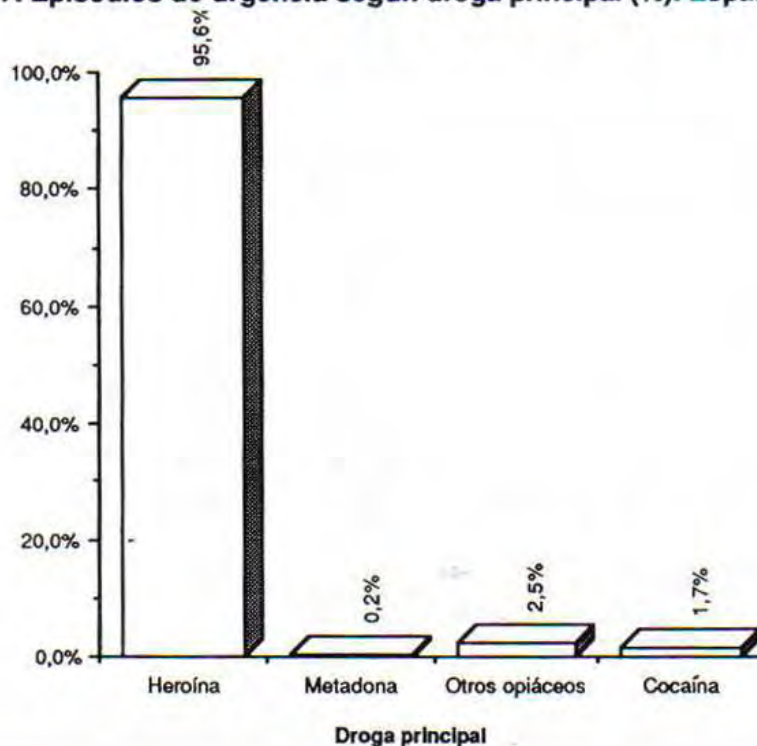


Tabla XI.-DROGAS DETECTADAS EN LOS ANALISIS TOXICOLOGICOS DE LAS MUESTRAS DE SANGRE DE FALLECIDOS POR REACCION AGUDA (VALORES ABSOLUTOS). ESPAÑA 1987-1989.

	1987	1988	1989
DROGAS			
Heroína-Morfina	134	168	204
Metadona	2	1	
Otros opiáceos	4	12	11
Cocaína	28	33	66
Codeína	6	7	20
Barbitúricos	6	17	10
Flunitracepam	4	12	38
Diacepam	41	44	64
Analgésicos	4	9	12
Antidepresivos	1	4	4
Alcohol	26	34	32
Otras drogas	18	12	22
Total muestras	148	181	218

Nota: Solamente se dispone de información de los análisis toxicológicos realizados a una parte de los fallecidos en Madrid, Sevilla y Valencia.

Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas siempre es muy inferior al total de resultados positivos para todas las drogas.

FUENTE: DGPNSD. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Tabla II.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS CASOS QUE HAN INICIADO TRATAMIENTO POR CONSUMO DE OPIACEOS O COCAINA (PORCENTAJES Y MEDIAS). ESPAÑA 1987-1989.

	1987	1988	1989
NUMERO DE INICIOS DE TRATAMIENTOS NOTIFICADOS	10.338	16.481	18.823
DROGA PRINCIPAL QUE MOTIVA EL TRATAMIENTO			
Heroína	97.1%	97.1%	96.5%
Metadona	.4%	.1%	.1%
Otros opiáceos	.6%	1.1%	1.2%
Cocaína	1.9%	1.7%	2.2%
SEXO			
Hombres	80.5%	81.0%	81.3%
Mujeres	19.5%	19.0%	18.7%
EDAD MEDIA (años)	24.90	25.44	25.70
EDAD MEDIA AL INICIO DEL CONSUMO (años)	19.71	19.82	19.85
NUMERO MEDIO DE AÑOS DE CONSUMO	5.11	5.62	5.85

Nota: Incluye tanto primeros tratamientos como tratamientos posteriores.

FUENTE: DGPNSD. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Tabla VII.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS EPISODIOS DE URGENCIA RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE OPIACEOS O COCAINA (MEDIA Y PORCENTAJES). ESPAÑA 1987-1989.

	1987	1988	1989
NUMERO DE EPISODIOS	3.066	11.737	15.114
EDAD MEDIA (años)	24.1	24.9	25.3
SEXO			
Hombres	80.2%	79.0%	79.9%
Mujeres	19.8%	21.0%	20.1%
DROGA PRINCIPAL			
Heroína	98.7%	96.6%	95.6%
Metadona	.1%	.1%	.2%
Otros opiáceos	.4%	2.0%	2.5%
Cocaína	.8%	1.2%	1.7%
MOTIVO CONSULTA			
Sobredosis	6.3%	6.7%	7.2%
Reacción indeseable	3.9%	4.6%	4.3%
Síndrome de abstin.	56.5%	31.3%	28.9%
Problema orgánico	25.7%	36.0%	39.0%
Problema psicop.	7.5%	5.8%	5.3%
Otros	.1%	15.7%	15.4%
CONDICION LEGAL			
No detenido	72.7%	77.9%	83.7%
Detenido	27.3%	22.1%	16.3%

FUENTE: DGPNSD. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

a opiáceos desvían el consumo hacia un uso compulsivo de alcohol (que podía ser latente o bien generarse en el momento actual). Si pensamos que el abuso de alcohol, o la existencia de antecedentes familiares de etilismo son factores predictores del consumo de cocaína, nos situamos en una espiral que nos lleva irremediablemente a un posible consumo de la sustancia.

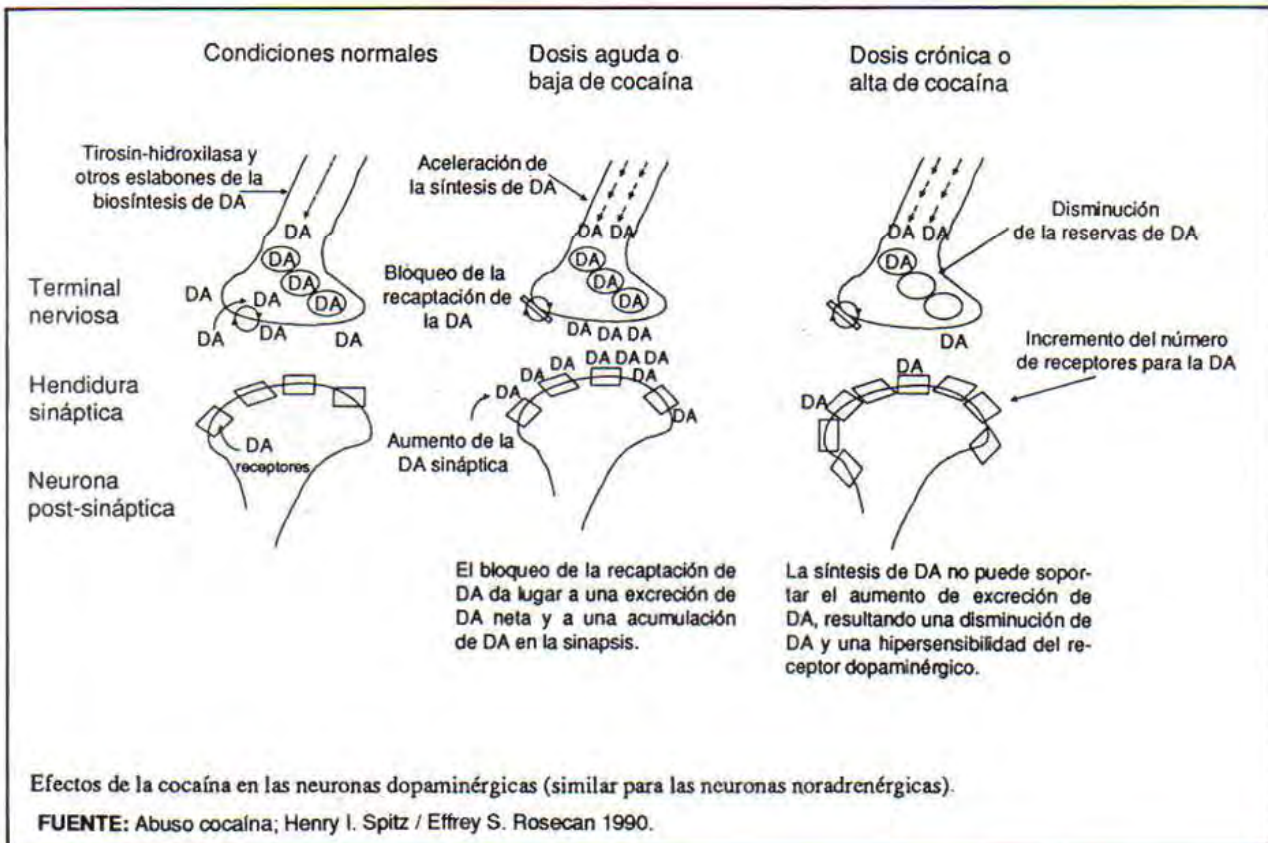
¿Qué hace que un individuo tome cocaína? Esta es una pregunta que tiene una respuesta harto complicada. Por un lado, tenemos al individuo. Bien es cierto, aunque puede ser discutible, que ciertos individuos presentarían una cierta predisposición psicológica y una cierta predisposición genético-constitucional. Así Gawin y Kleber (1986) hallaron la existencia previa o concomitante de trastornos afectivos en un 50% de las muestras que estudiaron. También tiene importancia los trastornos de conducta y, fundamentalmente, el déficit residual o disfunción cerebral mínima (Gewin lo encuentra en un 3,3% de 30 pacientes estudiados, 1986). La predisposición genético-constitucional está mucho menos estudiada que en el caso del alcohol; pero no obstante, hay indicios de que esto puede ser así en el caso de la cocaína.

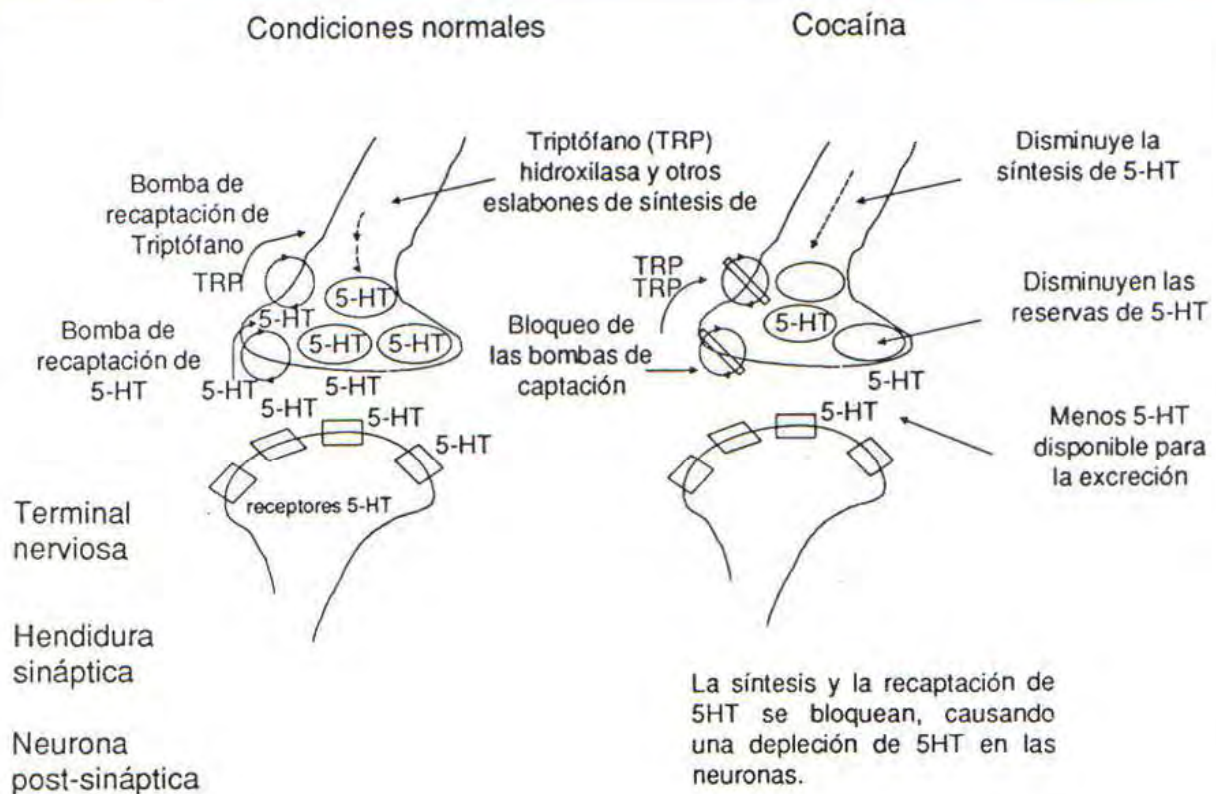
Desde el punto de vista del entorno diremos que las disfunciones familiares y los factores culturales (clase alta, estatus, movida vanguardista, diseñadores, etc...) son dos puntos claves en el desarrollo del consumo.

La sustancia es el tercer punto en discordia. La cocaína actúa en tres sistemas integrados en el sistema nervioso central, que son:

- 1) *Dopaminérgico*, responsable de las conductas de consumo y del deseo (craving).
- 2) *Noradrenérgico*.
- 3) *Serotoninérgico*.

En los dos primeros, la cocaína tiene un efecto bifásico (estimulación-inhibición) y en el tercero, monofásico (inhibición). Así, cuando se administra cocaína de una forma aguda se produce:





Efectos de la cocaína en las neuronas serotoninérgicas.

FUENTE: Abuso cocaína: Henry I. Spitz / Effrey S. Rosecan. Ed. Neurociencias 1990.

- 1) Bloqueo de la recaptación presináptica de dopamina, noradrenalina y serotonina.
- 2) Aumento de la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina en las sinapsis.
- 3) Aumento de la síntesis de neurotransmisores (en el caso del sistema serotoninérgico esto no ocurre así, ya que se produce por un efecto monofásico una disminución de la síntesis).

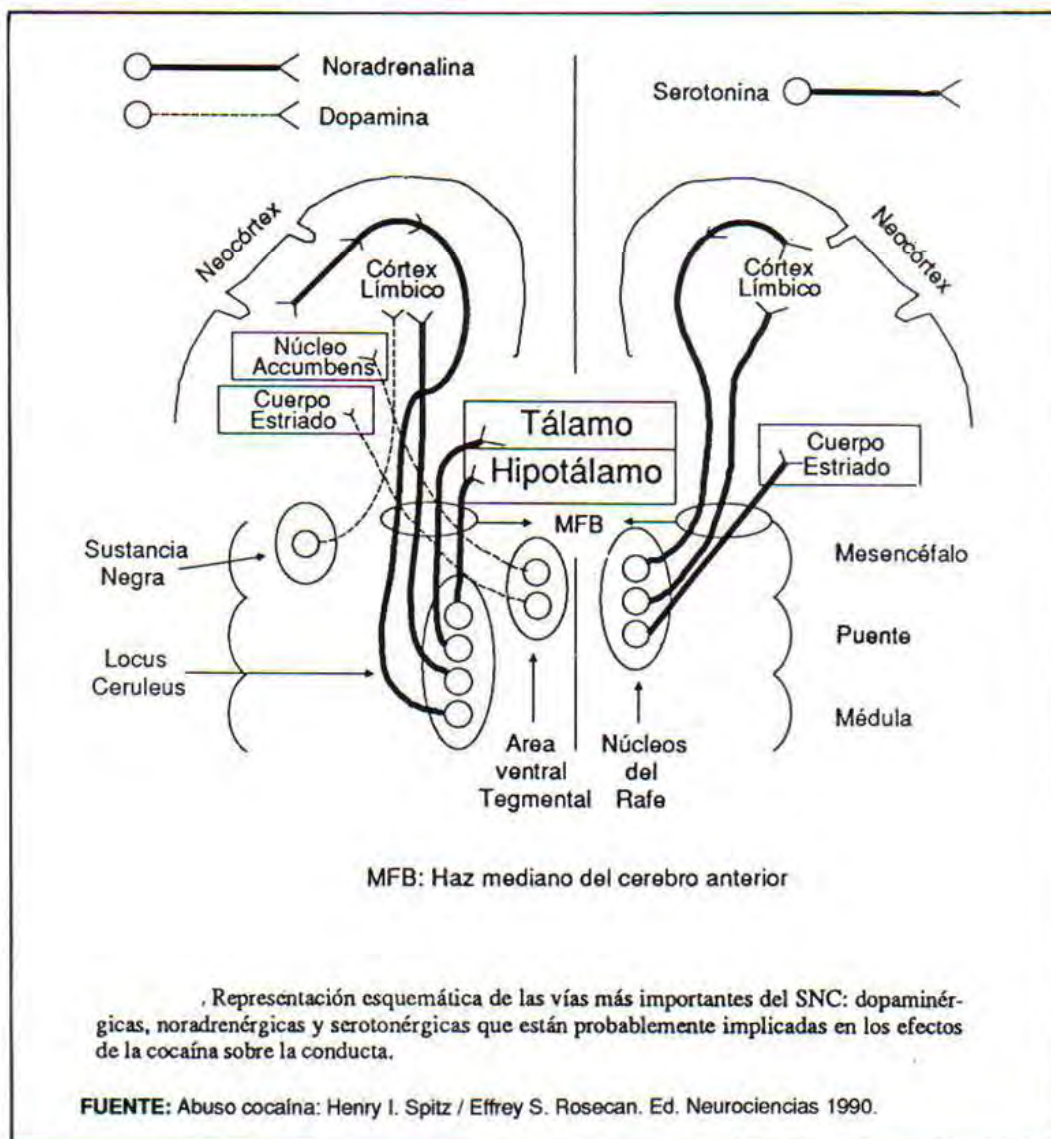
Todo ello produce un claro fenómeno de estimulación. Pero a la larga, todo cambia. Se vacían los depósitos neuronales de dopamina, noradrenalina y serotonina (DA, NA y 5HT, respectivamente), la neurona claudica y no fabrica más. Por último, se hipermodulan los receptores beta post-sinápticos (aumentan en número y sensibilidad para aprovechar el poco neurotransmisor que existe en las sinapsis). En definitiva, el efecto final es un claro fenómeno inhibitorio sobre el sistema nervioso central. Por ello, hemos de indicar a toda aquella persona que piense que la cocaína tiene un efecto antidepressivo, por ser estimulante, que está en un craso error. Los depresivos que consumen cocaína no mejorarán su cuadro y al dejar el consumo de estupefacientes empeorarán y esto no será recuperable aunque vuelvan a tomar nuevas dosis.

En definitiva, el cocainómano es un drogodependiente en función de ser un individuo que en un entorno concreto interacciona con una sustancia concreta.

Hay una gran controversia a la hora de dilucidar si la cocaína produce o no tolerancia y dependencia. Muchos de los consumidores manifiestan que tienen que aumentar la dosis y frecuencia, o cambiar la vía de administración, para obtener iguales efectos. Esto solamente está identificado, de una forma concreta, en el consumo compulsivo. Anterior a éste, hay cuatro patrones previos en que se hace

muy difícil identificar la dependencia; todo y que se sigan los criterios revisados en el DSM-III. Estos patrones son:

- 1) Uso experimental.
- 2) Uso recreacional.
- 3) Uso circunstancial.
- 4) Uso intensificado, y
- 5) Uso compulsivo (mencionado antes).



El uso compulsivo es el de más fácil diagnóstico, ya que en este caso la cocaína se ha convertido en la organizadora de la vida del paciente. Estos distintos usos no presentan una clara relación cronológica como en el caso de la heroína. En el tema de la cocaína sólo sabemos que hay patrones de uso, pero que no están cuantificados con respecto a su duración. Así, muchos de los que prueban se pueden perder por el camino. Sabemos cuántos se vienen a tratar, pero no sabemos cuántos lo han probado. Lo que sí es cierto es que de los que vienen a tratar la mayoría ha pasado por todas las fases. Además, en nuestro medio existe la peculiaridad que muchos toxicómanos pasan del consumo de heroína al consumo compulsivo de cocaína. Resumiremos pues, diciendo, que la dependencia a la cocaína se caracteriza por su carácter clínico, de manera que el cocainómano presenta etapas de consumo excesivo con sintomatología tóxica, seguida de etapas letárgicas con abatimiento

físico y psíquico. Tomaremos como referencia la definición del síndrome de abstinencia cocaínico que hacen Gawin y Kleber en 1986:

Etapas del síndrome de abstinencia*

Fase I

Etapa de hundimiento psíquico y físico con reducción progresiva del deseo de droga

Aparece al cabo de 6-12 horas y dura hasta 4 días

Sintomatología más común

Temprana: agitación, anorexia, depresión, deseo de droga

Intermedia: fatiga, depresión, insomnio y deseo de dormir, no deseo de droga

Tardía: agotamiento, hiperfagia, hipersomnolencia, no deseo de droga

Fase II:

Etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a aparecer un gran deseo de droga. Dura entre 1 y 10 semanas

Sintomatología más común

Temprana: normalización del sueño, eutimia, leve ansiedad, no deseo de droga

Tardía: anhedonia, anergia, aparición de un gran deseo de droga (recaída)

Fase III:

Etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de droga

Dura varias semanas

Adaptado de Gawin y Kleber²⁵ 1986

Puntualizaremos que las fases II y III son las de mayor riesgo de recaída. Por ello, el paciente debe evitar situaciones de riesgo en dichas etapas.

Junto a todos estos trastornos, la mayoría de pacientes se encuentran con problemas familiares, económicos, legales y sociales. Un menor tanto por ciento ha sufrido accidentes o ha realizado intentos de suicidio.

No entraré en las diferentes particularidades del consumo de cocaína, fundamentalmente, del "free-basing" y del "crack". Esto será objeto de un estudio posterior. Quisiera centrarme ahora en las consecuencias psicológicas, psiquiátricas y orgánicas del consumo de cocaína. El abuso de cocaína, sea diario o intermitente (fines de semana), lleva a verdaderos problemas psicológicos y psiquiátricos. Un primer trabajo de Dackis y Gold (1985) nos dice que la depresión, ansiedad, irritabilidad, paranoia, dificultad en la concentración, pérdida de la memoria, desinterés sexual y crisis de pánico son las alteraciones más frecuentes. Intentando sistematizar mejor dichas alteraciones psicopatológicas R. Weiss (Eje I, 1986) intenta identificar manifestaciones psiquiátricas asociadas al consumo de cocaína, detectando la aparición frecuente de trastornos depresivos, seguidos de trastornos ciclotímicos y del síndrome de déficit de atención. En el Eje II de R. Weiss se demuestra también que en los items de personalidad del cocainómano la "border line" (26,7%) es la más frecuente, seguida de la narcisista (23,3%) y de la histriónica (16,7%). En cambio, la personalidad más frecuente en el heroínómano es la antisocial.

Un trabajo muy interesante publicado en enero de 1991 por un grupo de autores de Yale, en el que se estudian a 298 cocainómanos, encuentra que un 73,5% había presentado un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida y que un 55% presentaba un trastorno psiquiátrico en el momento de la demanda de tratamiento. Esto, reafirma, que en la cocainomanía debe tenerse muy en cuenta la base psicopatológica del paciente.

Centrándonos en el tema de las complicaciones orgánicas relacionadas al consumo de cocaína, podemos agruparlas en seis categorías:

a) Muerte súbita, por:

1) Paro respiratorio tras una crisis epiléptica.

2) Alteraciones cardiovasculares por acción directa tóxica sobre el mio-

cardio.

- b) Intoxicación aguda. — Hiperactividad del sistema adrenérgico:
- 1) Signos clínicos: Midriasis, hiperreflexia, taquicardia, taquipnea, alucinaciones.
 - 2) Complicaciones: Shock cardiorespiratorio, convulsión, coma.
 - 3) Psicosis tóxica.
- c) Agudización de complicaciones previas:
- 1) Diabetes.
 - 2) Epilepsia.
 - 3) Valvulopatías, problemas cardiovasculares (hemorragia cerebral, aneurismas...).
 - 4) Hepatopatías.
- d) Complicaciones debidas a los adulterantes, fundamentalmente anestésicos locales (lidocaína, procaína...) y fenciclidina (alucinógeno).
- e) «Tanking up»: Toma de una dosis excesiva antes de iniciar una desintoxicación.
- f) Complicaciones agudas derivadas de sus efectos tóxicos directos:
- 1) Hiperpirexia.
 - 2) Hipertensión arterial.
 - 3) Crisis de agresividad.
 - 4) Accidentes de tráfico y laborales.
 - 5) «Cocaine reaction»: tormenta adrenérgica.
- Complicaciones crónicas comunes con otras toxicomanías son:
- 1) Malnutrición.
 - 2) Infecciones dentales.
 - 3) Problemas en la actividad sexual: debe desmitificarse el efecto afrodisíaco de la cocaína. Así, hay estudios que demuestran que el uso crónico de cocaína puede producir:
 - Disminución de la libido (62%).
 - Impotencia (52%).
 - Anorgasmia (38%).
 - Eyaculación tardía (30%).
 - Eyaculación precoz (8%).
 - Ningún efecto (38%).
 - 4) S.I.D.A., hepatitis B, abscesos.
- Complicaciones crónicas por el uso intranasal son:
- 1) Rinitis.
 - 2) Erosión de las mucosas.
 - 3) Perforación del tabique: muy a largo plazo y a grandes dosis, siendo facilitado por el efecto anestésico local.
 - 4) Alergias e infecciones.
- Complicaciones frecuentes por el uso crónico por vía pulmonar son:
- 1) Alteraciones pulmonares: alteración de la difusión alveolar, enfisema, granulomas, edema agudo de pulmón.
 - 2) Alteraciones cardíacas: arritmias, infarto agudo de miocardio.
- El consumo crónico de cocaína en el embarazo se asocia a:
- 1) Aumento del riesgo de malformaciones congénitas.
 - 2) Aumento de la mortalidad perinatal.
 - 3) Problemas neurológicos en el neonato.

Entremos ahora en el tratamiento de la cocainomanía y, fundamentalmente, en el tratamiento de la dependencia cocaínica. Washton, Gold y Pottash opinan que la mayoría de cocainómanos pueden ser tratados en régimen ambulatorio. Así, la hospitalización se reservaría en los siguientes casos:

- Complicaciones físicas, psíquicas y sociales graves.
- Cuando el paciente hubiera hecho varios tratamientos ambulatorios.
- Dependencia simultánea a otras drogas.
- Cocaína consumida por vía endovenosa o «free base».
- Ideas de suicidio u homicidio.
- Psicosis tóxica intensa de más de tres días de evolución.

En cualquier modelo terapéutico, los pacientes pueden beneficiarse tanto de la psicoterapia como de la utilización de psicofármacos. La psicoterapia representaría un pilar fundamental, siendo sus objetivos primordiales los siguientes:

- a) Dotar al paciente de estrategias para mantener la abstinencia y evitar la recaída.
- b) Hacer reconocer al paciente el consumo, así como sus efectos nocivos y aceptar como premisa fundamental la abstinencia total.
- c) Ayudar al cocainómano a manejar la conducta impulsiva que sustenta el consumo.
- d) Colaborar a descubrir el papel y funciones que juega la cocaína en la vida del consumidor, de cara a un futuro libre de drogas.
- e) Contactar periódicamente con el terapeuta para evitar recaídas, sobre todo en las situaciones de riesgo.

Dos de los elementos que hoy se utilizan mucho en los programas de tratamiento son:

- 1) Contratos terapéuticos.
- 2) Organizaciones voluntarias: cocainómanos anónimos (de moda en los EE.UU.).

Con respecto al tratamiento farmacológico de la cocaína diremos que la medicación será efectiva, pero siempre deberá combinarse con terapias individuales, grupos de autoayuda, hospitalización, etc. Además, debe individualizarse siempre al paciente y debe valorarse los trastornos psiquiátricos preexistentes o coexistentes, ya que deben ser subsidiarios de medicación psicótropa. Psicopatologías que requieren tratamiento y a dosis más altas que las psicopatologías convencionales. En definitiva, el problema de la cocaína es un proceso que se prolonga en el tiempo. Los médicos clínicos hemos de mantener el concepto de la cronicidad del problema. Dicho problema requiere un compromiso de abstinencia total de cocaína y, asimismo, enfatizar que una curación médica (como si de un cuadro neumónico se tratase) no es posible en este momento.

Uso de agentes psicotropos en la enfermedad psiquiátrica coexistente o preexistente		
Medicación	Indicación	Hallazgos experimentales
1. Antidepresivos a) Tricíclicos (IMI, DMI) b) Trazodona	1. Depresión mayor preexistente o coexistente 2. Casos refractarios de abuso de cocaína	Reducción en el deseo (en la euforia)
2. Litio	1. Ciclotimia o enfermedad bipolar preexistente o coexistente	Eficacia sólo en ciclotimia o enfermedad bipolar
3. Metilfenidato y otros estimulantes	1. Trastorno por déficit de atención coexistente o preexistente	Sólo eficaz en el trastorno por déficit de atención
4. Bromocriptina	1. Casos refractarios de abuso de cocaína	Reducción en el deseo
5. Aminoácidos (L-tirosina, y L-triptófano)	No claro	Poco claro
6. IMAO	Contraindicados	Ninguno

FUENTE: Abuso cocaína: Henry I. Spitz / Effrey S. Rosecan. Ed. Neurociencias 1990.

Revisaremos los distintos fármacos que pueden emplearse en el tratamiento de la cocaínomanía. En el siguiente esquema, se expone el uso de agentes psicótrópos en las enfermedades psiquiátricas preexistentes o coexistentes:

Así, el uso de los antidepresivos tricíclicos se justifica porque bloquearían la recaptación de los neurotransmisores, pero revertirían la hipersensibilidad de los receptores post-sinápticos, produciendo una hiporegulación.

La trazodona trataría la depresión subyacente y regularía el sistema serotoninérgico.

El litio trataría los trastornos bipolares e invertiría los efectos de la cocaína en el sistema serotoninérgico.

El metilfenidato o la pemolina tratarían el trastorno por déficit de atención. Además, podrían ser utilizados para reemplazar la cocaína por un estimulante más benigno. Vendría a representar a lo que la metadona es en el tratamiento del heroínómano.

La utilización de aminoácidos (tirosina, triptófano) promoverían la síntesis de neurotransmisores combatiendo su deplección.

Con respecto al uso de la bromocriptina, ocupa los receptores dopaminérgicos hiporregulando. Esto se justifica en el modelo dopaminérgico, es decir, utilizar sustancias que faciliten la acción dopaminérgica sin agotar los depósitos de dopamina. Dentro de este grupo y aparte de la bromocriptina estarían la apomorfina, L-dopa, bupropión, pergolida, lisurida, lergotril y la tiroxina.

Recientemente se ha propuesto el uso de la amantadina como alternativa a la bromocriptina. Así, por su acción simpaticomimética indirecta, aliviaría el síndrome de abstinencia, disminuiría el "craving" y no produciría los efectos indeseables de la bromocriptina.

En cuanto a los neurolépticos sólo se darán en los casos en los que las manifestaciones del estado paranoide (que desaparece a las 24 horas del cese del consumo) persistan después de 48 horas.

A continuación mencionaremos en forma de esquema otras intervenciones psicofarmacológicas previstas en el abuso de cocaína.

Intervenciones psicofarmacológicas en el abuso de cocaína				
Medicación	Mecanismos	Hallazgos		Comentarios
		Deseo Abstinencia	Bloquea la euforia	
Desimipramina	1. Tratar depresión subyacente 2. Hiporregular los beta-receptores 3. Interferir en la unión con la cocaína	+	-	Apoyado en ensayos clínicos abiertos y cada uno de los ensayos controlado con placebo
Imipramina	1. Tratar depresión subyacente 2. Regular los sistemas 5-HT 3. Interferir en la unión con la cocaína	+	+	Ensayos clínicos abiertos; el bloqueo se muestra en un pequeño estudio de administración de cocaína
Trazodona	1. Tratar depresión subyacente 2. Regular los sistemas 5-HT	+	?	Notificaciones de casos. Bloquea algunos efectos de la cocaína en pruebas de laboratorio
Litio	1. Tratar trastorno bipolar subyacente 2. Invertir los efectos de la cocaína en los sistemas 5-HT	+	?	Casos, ensayos clínicos abiertos; bloqueo no confirmado en pruebas de laboratorio; eficacia limitada a pacientes bipolares
Estimulantes Metilfenidato Pemolina	1. Tratar ADD * subyacente 2. Reemplazar la cocaína por un estimulante más benigno	+	-	Casos, ensayos clínicos abiertos; el efecto parece limitado a los pacientes afectos de ADD
Aminoácidos Triptófano	1. Promover la síntesis de 5-HT, combatir su deplección	?	-	Ensayos clínicos abiertos; datos poco claros
Tirosina	1. Promover la síntesis de NA y DA, combatir su deplección	?	-	Ensayos clínicos abiertos; datos poco claros
Bromocriptina	1. Ocupar los receptores DA hipersensibles	+	-	Pequeño ensayo controlado con placebo

+ ADD: trastorno por déficit de atención

FUENTE: Abuso cocaína: Henry I. Spitz / Effrey S. Rosecan. Ed. Neurociencias 1990.

Medicación	Efectos previstos		Mecanismos
	Bloqueo deseo	Bloqueo euforia	
Imipramina y Bromocriptina	+	+	1. Regular los sistemas: DA y SHT
Inhibidores de la MAO	+	-	1. Tratar la D Atíp. subyacente 2. Contrarrestar el déficit de FEA
Nomifensina (actualmente fuera de mercado)	+	+	1. Tratar depresión subyacente 2. Impedir la unión de la cocaína a los sitios de recaptación en las neuronas DA
Fenilalanina	+	-	1. Contrarrestar el déficit de FEA 2. Contrarrestar el déficit de catecolaminas (DA o NA)
Bloqueadores de las vías del calcio	-	+	1. Efectos antiadrenérgicos no específicos 2. Antagonizar los efectos de la cocaína mediados por el calcio
Fisostigmina	?	+	1. Contrarrestar el antagonismo de la cocaína en la AC
Lecitina	?	+	1. Contrarrestar el antagonismo de la cocaína en la AC

DA = dopamina; SHT = serotonina; DA = depresión atípica; FEA = feniletilamina; NA = noradrenalina; AC = acetilcolina.

FUENTE: Abuso cocaína / Spitz y Rosecan. Neurociencias 1990.

A continuación expondremos un esquema de decisión para asistir al clínico en la elección del medicamento apropiado:

Enfermedad psiquiátrica preexistente o coexistente	Paciente refractario o paciente con intenso deseo de cocaína
1. El litio está indicado si coexiste enfermedad maníaco-depresiva o ciclotimia	1. Antidepresivos tricíclicos (IMI o DMI)
2. Para la depresión mayor se indican los antidepresivos tricíclicos o la trazodona	2. Posiblemente bromocriptina
3. El metilfenidato u otros psicoestimulantes se indican para el déficit de atención	3. Posiblemente trazodona
4. La medicación neuroléptica (antipsicótico) está indicado para la enfermedad paranoide u otras psicosis que no se resuelven tras 24 horas del cese del consumo de cocaína	4. Aminoácidos, vitaminas y cofactores

FUENTE: Abuso cocaína / Spitz y Rosecan. Neurociencias 1990.

Como vemos, hay alternativas muy interesantes. No obstante, precisamos una mayor cantidad de estudios para definir la eficacia clínica de todos estos fármacos. De ahí que, para salir de nuestro bajo nivel de conocimientos, necesitaremos una gran cantidad de recursos económicos para financiar dichos trabajos de investigación. El futuro del tratamiento para el cocainómano y el toxicómano en general

deberá ir encaminado a la búsqueda de productos que sean capaces de corregir las desviaciones neuroquímicas causadas por la cocaína (y otras drogas). En el caso cocaína, ya hemos visto que el deseo de consumo está en relación directa con la deplección dopaminérgica neuronal. Como dice J. R. Solé Puig, es equivalente a la deplección de agua y de alimentos que producen sed o hambre. Así, necesitamos encontrar una sustancia capaz de aumentar la actividad dopaminérgica no depleccionando dopamina, para reducir o eliminar el deseo («craving»). Con respecto a éste recordaremos que hay dos tipos de «craving»:

- Precoz.
- Tardío.

El precoz es el propio del síndrome de abstinencia, pero el tardío es el que más preocupa al terapeuta. Es éste el que el paciente debe temer, pues es el que le va a hacer recaer frecuentemente. Como es imposible hacer que un individuo se aisle de todo aquel estímulo que puede producirle un síndrome de abstinencia condicional, hemos de inculcar que la terapia no consiste en huir, sino en liberarse. Vemos, pues, la importancia de la farmacoterapia anti-«craving».

En el caso de la cocaína, se está avanzando en el estudio de los agonistas dopaminérgicos. En definitiva, lo que se pretende es llegar tecnológicamente a los centros del placer y a los mecanismos endógenos de recompensa. Ya se empieza a conocer el complejo mundo de los péptidos opioides. Por consiguiente, también se deberá avanzar en el estudio de otros tipos de transmisión nerviosa (aminérgica, etc.). Con todo ello, podremos obtener fármacos anti-«craving», no sólo para la cocaína y la heroína, sino para la nicotina y otra serie de drogas. Esto será de una gran ayuda, pero como he mencionado en otras ocasiones, la curación de un toxicómano siempre estará, en última instancia, en su propia mano, conciencia y decisión.

En mi pequeña aportación al problema, quiero llamar la atención a todos los sectores de nuestra sociedad. Evidentemente, estamos ante una futura epidemia que tarde o temprano nos afectará. La sociedad española debe estar concienciada para que el problema de la cocaína nos coja predispuestos y preparados. Con ello, no sólo evitaremos sufrimientos en la población, sino que intentaremos resolver los problemas económicos que derivan del abuso de cocaína. Que todos los estamentos sociales escuchen. Que todos los estamentos sociales colaboren. Si esto es así, podremos paliar de forma más efectiva esta ancestral amenaza.

BIBLIOGRAFÍA

- Sistema estatal de información sobre toxicomanías (S.E.I.T.).* Informe año 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Abuso de cocaína: nuevos enfoques en investigación y tratamiento.* Henry I. Spitz y Jeffrey S. Rosecan. Ediciones en neurociencias, 1990.
- Cocaína: la epidemia que viene.* J. Camí y M. E. Rodríguez. Manuscrito recibido el 26-8-1987. Medicina Clínica. Barcelona 1988; 71-76.
- Washton A.M., Gold M.S., Pottash A.C. *Cocaine Abuse: techniques of assessment, diagnosis and treatment.* En: Hall RCW, ed. Psychiatric Medicine. Jamaica, Spectrum. Publications, 1986; 136-154.
- Gawin P.H., Kleber H.D. *Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis of cocaine abusers.* Arch Gen Psychiatry, 1986; 443: 107-113.
- Dackis, C.A., Gold M.S. *New concepts in cocaine addiction: The dopamine depletion hypothesis.* Neurosci Bio behav Rev 1985; 9: 1-9.
- Terapia antidroga,* J.R. Solé Puig, Salvat Editores, S. A.
- Apuntes de clase del *Curs de Post-Grau «Master en drogodependències».* Promoció 1990-1992. Profesor Lluís San i Molina, 1991.



PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DE LAS TOXICOMANÍAS

Durante mucho tiempo, el ser humano fue el único animal que se hizo adicto a los narcóticos —adicto, es decir, en el pleno sentido de la palabra—. Naturalmente, los animales reaccionan físicamente a estas drogas, y algunos científicos han llamado a esto "adicción", pero hasta recientemente faltaba el elemento más importante. La aparición de la conducta sostenida dirigida hacia los opiáceos es el problema real del ser humano con ellos. Por esto damos a entender que los adictos humanos tienden a recaer una y otra vez después de ser "curados". Si esto no sucediera, los opiáceos serían un problema mucho menor en la vida moderna.

¿Cómo los opiáceos cambian la conducta? Por desgracia, sólo unos pocos de muchos estudios sobre las drogas se han relacionado con los cambios en la conducta provocados por los opiáceos. Spragg, en 1940, pudo obtener cambios fugaces en chimpancés. Se les aplicaron inyecciones de morfina hasta que llegaron a ser fisiológicamente dependientes de la droga. Cuando no se les dio más morfina, comenzaron a experimentar el malestar de los síntomas de retirada. Durante la retirada, mostraron conducta interpretable como "deseo de morfina". Pero, dos semanas después, cuando ya no sufrían la angustia de retirada, estos chimpancés tal vez no tuvieran menos inclinación hacia la droga.

La angustia producida por la retirada, es identificada por Nichols como un estado de impulsos muy poderosos. En contraste, el estado fijo producido por una inyección de opiáceos es un estado de impulsos de poca intensidad. Esto implica que los opiáceos reducen los impulsos porque alivian el estado de alta tensión de los mismos, propios de la angustia de retirada. De esta manera, la reducción de los impulsos debe reforzar cualquier respuesta de ingestión de los opiáceos que se produce durante la retirada.

¿Actúan los opiáceos como una recompensa? Sí. En un experimento, ratas en retirada de inyecciones anteriores fueron puestas individualmente en un autoinyector (Nichols y col., 1955). Excepto por el movimiento de cabeza, se las inmovilizó. Cuando la rata mantenía su cabeza en cierta posición, fotocélulas activaban un mecanismo que aplicaba a la rata una inyección de morfina por medio de un tubo implantado. Estas ratas aprendieron a mantener sus cabezas en la posición reforzada. Podría decirse que fueron "recompensadas" por mantener vueltas sus cabezas.

Sin embargo, los autoinyectores son costosos y presentan muchas dificultades técnicas. Para evitar estos problemas, Nichols ideó un procedimiento que refuerza el acto de beber la morfina en solución por la rata. Hace largo tiempo, antes de que se inventaran las jeringas hipodérmicas, los adictos con frecuencia

bebían las soluciones de opio. DeQuincey, por ejemplo, que escribió las "Confesiones de un opiófago inglés" en realidad bebía láudano, que es una tintura de opio.

El acto de que las ratas bebieran la morfina fue reforzado, obligándolas a beber una solución de morfina cuando sufrían la angustia de la retirada. Al principio, las ratas rehusaban beber la solución, que es amarga, cuando se encontraban ante la alternativa de beber agua simple. Pero después del "entrenamiento", durante el cual se reforzó la respuesta, voluntariamente bebían la solución normalmente evitada, y continuaban bebiéndola a pesar de que hubieran cedido los síntomas de trastornos de retirada. Como en el caso del ser humano, estas ratas mostraban una conducta sostenida y dirigida hacia el opio. Por lo que sabemos en la actualidad, el primer caso de animales que mostraban una conducta sostenida dirigida hacia el opio fue producido por medio de este procedimiento.

Las personas de ciencia del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos de Norteamérica que trabajan en Lexington, Kentucky (1963), han confirmado las observaciones de Nichols de que los medicamentos análogos al opio pueden reforzar una respuesta de ingestión y Beach (1957), investigador canadiense, también ha confirmado los datos encontrados por Nichols. Encontró que las ratas aprenden el trayecto de un laberinto que conduce hacia una inyección de morfina y que sostiene su elección después de tres semanas sin ningún tratamiento.

Más tarde, los modelos mejorados de autoinyectores han confirmado la teoría del condicionamiento operante de Nichols acerca de la adicción. La figura 7-19 muestra el autoinyector de Davis y Nichols. Un tubo, que está conectado con un aparato de ciclos automáticos que se encuentra arriba en la caja, se extiende a través de una conexión giratoria hasta la parte inferior del collar que tiene puesto la rata y después queda insertado bajo la piel, desde donde se extiende hasta la cavidad abdominal de la rata. El collar y el aparato giratorio dan a la rata completa libertad de movimiento dentro de la caja. Todos los actos humanos de conseguir, preparar e inyectar las soluciones de morfina, quedan reducidos en el caso de la rata a una sola acción, que consiste en empujar la palanca que se encuentra situada al lado izquierdo de la caja. La presión sobre la palanca hace que una cantidad determinada de solución de morfina sea inyectada directamente al organismo de la rata.

Las ratas aprenden a oprimir esta palanca para recibir una inyección. Si el aparato de inyección de la morfina es desconectado, las ratas desarrollan rápidamente síntomas de retirada. Cuando esto sucede,

aumenta enormemente la frecuencia de las ocasiones en que oprime la palanca. Esto indica claramente que las ratas responden a los estímulos generados por circunstancias que varían en el interior de su propio organismo, es decir, responden a los síntomas de retirada con una respuesta propia de la inyección de los opiáceos.

Otro experimento ideado por Nichols comprobó la hipótesis de la reducción de la retirada en lo que se refiere al refuerzo. Se hizo el razonamiento de que si los síntomas de la retirada son evitados por medio de inyecciones administradas con regularidad, entonces el acto de beber la solución de morfina deberá ser reforzado. Se sometió a dos tipos de ratas a este procedimiento de beber la morfina, pero a un grupo se le dieron inyecciones de supresión de la retirada de la morfina a intervalos de seis horas, durante el período de entrenamiento (Nichols, 1963). En otras palabras, no tuvieron que dar ninguna respuesta para obtener el refuerzo. Al otro grupo se le permitió entrar francamente al período de retirada de la droga, y después escaparse "farmacéuticamente" bebiendo la solución de morfina. A pesar de que el grupo del inyectado recibía más de cinco veces la cantidad de morfina de los animales del grupo no inyectado, el grupo no inyectado bebía mucha mayor cantidad de morfina, lo cual se determinó sobre una base comparativa. Este experimento demuestra que si se suprimen los síntomas de la retirada, también se suprime el desarrollo de la conducta dirigida hacia el opio.

Por lo tanto, las pruebas de las modificaciones de la conducta corroboran fuertemente la teoría de condicionamiento operante de Nichols de la conducta sostenida dirigida hacia el opio. La respuesta de ingestión de los opiáceos parece ser reforzada por la reducción de los síntomas de retirada. El hecho de que estas modificaciones de la conducta sean producidas por condicionamiento, abre la puerta a la posibilidad de aplicar también otros principios del condicionamiento.

Según Nichols, la fórmula de la adicción es el siguiente: (impulso para los opiáceos) x (la magnitud del hábito) = la tendencia a sucumbir, es decir, a proporcionarse a sí mismo la dosis necesaria del opiáceo para hacer desaparecer la zozobra. Naturalmente que esta fórmula es solamente una aplicación de la fórmula de Hull: (impulso) x (fuerza del hábito) = tendencia a responder. La fuerza del hábito es generada por el refuerzo de la respuesta a la ingestión de los opiáceos. En cuanto a los impulsos hacia los opiáceos, Nichols explica que:

"...El impulso de baja intensidad, es decir, el estado "fijo", primero causado por los opiáceos, aumenta por grados imperceptibles en el sentido de la dimensión o de la intensidad del impulso. Lenta e inexorablemente el impulso aumenta. A medida que el impulso aumenta, también lo hace la zozobra, porque los impulsos inherentes son en sí angustiosos. Es desagradable estar hambriento, angustioso, sediento, en estado de privación sexual, o sufriendo dolor. Estos impulsos, o la zozobra que los acompaña, aumentan de una manera constante y progresiva. Al final de este trayecto queda la zozobra incalificable de la retirada de los síntomas.

"El adicto aprende a interpretar estos impulsos como cosa producida por la necesidad de morfina. Aprende a responder a un impulso sexual, no buscan-

do un compañero sexual, sino administrándose una inyección de opiáceo que reduce este impulso, lo mismo que todos impulsos a la vez. De esta manera la marca del impulso sexual no es ya adecuada para el adicto... Estos distintos impulsos que conducen a muchas actividades en la persona no adicta conducen sólo a una actividad en el adicto. Están reducidos a una sola acción: la inyección de los opiáceos. Mientras viva, el adicto tendrá algunos impulsos que para él se han convertido en impulsos hacia los opiáceos" (Nichols, 1965).

Como los impulsos hacia los opiáceos son producidos por los procesos biológicos del organismo del adicto, y como la fuerza acumulada del hábito no desaparece con el tiempo, los dos elementos de la fórmula de la adicción existen independientemente del efecto químico de los opiáceos. Por lo tanto, de aquí se deduce que la tendencia del adicto a sucumbir también llega a hacerse independientemente de los efectos químicos de los opiáceos. La tendencia a la respuesta del adicto se hace autónoma y existe independientemente de los procesos biológicos de la propia persona que es adicta.

"Como la fuerza del hábito en el adicto bien condicionado es muy grande, entonces las tendencias biológicas hacia los opiáceos deben ser reducidas a una cifra muy baja antes de que desaparezca o se disuelva la tendencia a la respuesta. Esto explica la bien conocida inclinación del adicto a tomar mayor cantidad de droga de la que se "necesita" y la gran propensión de los adictos a aumentar rápidamente su dosis... Los "adictos a la aguja" son adictos que han perdido ya la adicción a las drogas, a los que les gusta "jugar" con la aguja, pinchándose con ella o administrándose inyecciones de agua. Este es un ejemplo muy claro de que los estímulos que se asocian con las inyecciones adquieren propiedades secundarias de refuerzo... De esta manera, los impulsos biológicos que se han convertido en impulsos hacia los opiáceos permanecen vivos. Y la fuerza del hábito permanece en pie. Y la urgente tendencia a sucumbir también queda en pie. Hasta el momento no se ha aclarado lo que debe hacerse con respecto a este problema". (Nichols, 1965).

Sin embargo, una cosa es muy clara. Esta teoría de Nichols del condicionamiento operante hace que la adicción a las drogas sea la responsabilidad fundamental de los psicólogos, puesto que claramente se trata de una enfermedad de la conducta. De hecho, Nichols ha sugerido que otras adicciones, como el alcoholismo, pueden quizá no ser sino variaciones de este mecanismo básico único (1957).

REDACCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

James O. Whittaker. Psicología. Interamericana. 1977; 253-258.

LEGISLACIÓN SOBRE DROGAS

Durante la lectura de la excelente obra "Historia de las drogas del profesor Antonio Escotado", se deduce entre otras la importancia que adquieren las leyes en el fenómeno de las Toxicomanías; tanto es así que no puede llegar a entenderse la toxicomanía tal y como se nos muestra en la actualidad sino tenemos en cuenta la legislación que incide directamente o no sobre el fenómeno.

Por esta opinión no deja de ser de interés de todos los lectores la inclusión de una sección en la presente revista que incluya el aspecto legislativo sobre las drogas.

En España la Comisión Especial del senado para la investigación sobre el tráfico y consumo de drogas, estudió este tema en el período 1984-1985.

En la lectura de los sucesivos artículos que versarán sobre legislación habremos de tener en cuenta algunos conceptos:

En primer lugar, el objeto que la norma rige, es decir, las drogas o mejor dicho, las sustancias que producen dependencia.

En segundo lugar, por la actividad que regulan las normas, es decir, el tráfico y el consumo.

Referente al término "droga", procede de la palabra inglesa "drug" (medicamento, fármaco), utilizándose en el uso común de los idiomas que se hablan en España, para definir un conjunto de sustancias psicotrópicas que producen una mayor o menor dependencia. La Convención Única de 1961 ha establecido una definición práctica sobre lo que es los estupefacientes; dice en su artículo 1.º: "Por estupefacientes se entiende cualquiera de las sustancias de determinadas listas (I y II) naturales o sintéticas". Es pues lo antedicho un criterio práctico, y existe un acuerdo de los Poderes Públicos Internacionales en respetar la noción de 1961, evitando definiciones que puedan inducir a confusión, por ello, todos los Convenios y normas posteriores se remiten al concepto de estupefacientes que establece la Convención Única.

Por tráfico, en sentido amplio, se entienden todas aquellas actividades que conducen a la oferta del

producto, es decir, el cultivo de plantas, la fabricación o producción (que supone la transformación de lo cultivado en sustancia apta para ser ofrecida), el transporte y el comercio o tráfico strictu sensu, el cual pone en contacto esta actividad con la segunda, el consumo.

El consumo, entendido también en sentido amplio, se agrupan todas las actividades que se relacionan con la demanda y los demandantes de las sustancias: educación sanitaria, información y tratamientos para recuperar la salud física y psíquica (rehabilitación y reinserción social).

Habrà que hacer también la distinción popular entre drogas legales e ilegales, entre sustancias cuyo tráfico y consumo está permitido con mayores o menores restricciones: tabaco, alcohol, fármacos, y aquellas otras cuyo tráfico está claramente sancionado: los estupefacientes.

A continuación incluimos la información correspondiente al libro que se cita y que convenimos que es de interés para iniciar el conocimiento de los aspectos legislativos sobre las drogas y que con posterioridad serán comentados.

3. CONVENIOS RELATIVOS A SUSTANCIAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

1. CONVENIOS BÁSICOS

§ 26. CONVENCION ÚNICA DE 1961, SOBRE ESTUPEFACIENTES, ENMENDADA POR PROTOCOLO DE 25 DE MAYO DE 1972 Nueva York, 8 de agosto de 1975

PREÁMBULO

Las Partes.

Preocupadas por la salud física y moral de 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 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 aceptación 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 constante para el logro de tales finalidades y objetivos,

Por la presente acuerdan lo siguiente:

Artículo 1.º *Definiciones.*

1. Salvo indicación expresa en contrario o que el contexto exija otra 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 las 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 planta de cualesquiera especies de género *Erythroxylon*.

f) Por "hoja de coca" se entiende la hoja del arbusto de coca, salvo las hojas de las que se hayan extraído toda la ecgonina, la cocaína o cualesquiera otros alcaloides de ecgonina.

g) Por "Comisión" se entiende la Comisión de Estupefacientes del Consejo.

h) Por "Consejo" se entiende 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 por 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 la planta de la especie *Papaver 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 cannabis, de las plantas que se obtienen.

u) Por "Lista I", "Lista II", "Lista III" y "Lista IV" se entiende las listas de estupefacientes o preparados que con esa numeración se anexan a la presente

* El texto de la Convención Única sobre Estupefacientes, enmendado por el Protocolo de 25 de marzo de 1972, fue establecido por el Secretario general, de conformidad con el artículo 22 de Protocolo, en Nueva York con fecha de 8 de agosto de 1975 (B.O.E. núm. 264, de 4 de noviembre de 1981). El Convenio de 30 de marzo de 1961, ratificado por instrumento de 3 de febrero de 1966 se encuentra en BB.OO. de 22 de abril de 1966, rect. el 26 de abril de 1967.

Por resolución de 15 de marzo de 1968 se amplía la lista del

Convenio con Acetorfinina y Etorfinina (B.O.E. núm. 84, de 6 de abril de 1968).

El Protocolo de 25 de marzo de 1972 se recoge en el B.O.E. núm. 39, de 15 de febrero de 1977.

Por Órdenes de 15 de enero y 15 de febrero de 1981 se incluyen la Tilitidina y el Sufentanil en la lista I anexa al Convenio de 1961. Véase BB.OO. de 26 de enero y 23 de febrero de 1981, por Orden de 18 de febrero de 1982 se incluye el Dextropropoxifeno en la lista II al Convenio de 1961 (B.O.E. núm. 48, de 25 de febrero de 1982).

Convención, con las modificaciones que se introduzcan periódicamente en las mismas según lo dispuesto en el artículo 3.º.

v) Por "Secretario general" se entiende el secretario general de las Naciones Unidas.

w) Por "existencias especiales" se entienden 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 entenderá 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 en el 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 las cantidades de estupefacientes que se encuentran en el país o territorio;

iv) En poder de los farmacéuticos u otros distribuidores al por menor autorizados y de las instituciones o personas calificadas que ejerzan, con la debida autorización, funciones terapéuticas o científicas.

v) Como existencias especiales.

y) Por "territorio" se entiende toda parte de un estado que se considere como entidad separada a los efectos de la aplicación del sistema de certificados de importación y de autorizaciones de exportación previsto en el artículo 31. Esta definición no se aplica al vocablo "territorio" en el sentido en 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 consecuencia.

Art. 2.º Sustancias sujetas a fiscalización.

1. Con excepción de las medidas de fiscalización que se limiten a estupefacientes determinados, los estupefacientes de la lista I estarán sujetos a todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes en virtud de la presente Convención y, en particular, a las previstas en los artículos 4, c), 19, 20, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 37.

2. Los estupefacientes de la lista II estarán sujetos a las mismas medidas de fiscalización que los de la lista I, salvo las medidas prescritas en el artículo 30, incisos 2 y 5, respecto del comercio al por menor.

3. Los preparados distintos de aquellos de la lista III estarán sujetos a las mismas medidas de fiscalización que los estupefacientes que contengan, pero con respecto a dichos preparados no se exigirán las previsiones (art. 19) ni las estadísticas (art. 20) que no correspondan a los referidos estupefacientes, ni será necesario aplicar lo dispuesto por los art. 29, inciso 2 c), y 30, inciso 1 b) 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 artículo 31, párrafo 1 b) y 3 a 15, ni, en lo que

respecta a su adquisición y su distribución al por menor, las del artículo 34, apartado b), y que a los fines de las previsiones (art. 19) y estadísticas (art. 20), sólo se exigirá la información relativa a las cantidades de estupefacientes que se empleen en la fabricación de dichos preparados.

5. Los estupefacientes de la lista IV serán también incluidos en la lista I y estarán sujetos a todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes que figuran en esta última lista y, además, a las siguientes:

a) Las Partes adoptarán todas las medidas especiales de fiscalización que juzguen necesarias en vista de las propiedades particularmente peligrosas de los estupefacientes de que se trata, y

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 hacen que sea éste el medio 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 estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización 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 del apartado f) del párrafo 1 del artículo 19 y de los artículos 21 bis, 23 y 24 de 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 la adormidera y las hojas de la cannabis estarán sujetos a las medidas de fiscalización prescritas en el apartado e) del párrafo 1 del artículo 19, en el apartado g) del párrafo 1 del artículo 20 y en los artículos 19, 20, 21 bis y 22 a 24; 22, 26 y 27, 22 y 28, 25 y 28, respectivamente.

8. Las Partes harán todo lo posible para aplicar las medidas de fiscalización que sean factibles a las sustancias no sujetas a las disposiciones de esta Convención, pero que puedan ser utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes.

9. Las Partes no estarán obligadas a aplicar las disposiciones de la presente Convención a los estupefacientes que se usan comúnmente en la industria para fines que no sean médicos o científicos, siempre que:

a) Por los procedimientos de desnaturalización apropiados o por otros medios logren impedir que los estupefacientes utilizados puedan prestarse a uso indebido o producir efectos nocivos (art. 3.º, inciso 3) y que sea posible en la práctica recuperar las sustancias nocivas, y

b) Incluyan en los datos estadísticos (art. 29) que suministren las cifras correspondientes a la cantidad de cada estupefaciente utilizado de esta forma.

Art. 3.º *Modificación de la esfera de aplicación de la fiscalización.*

1. Siempre que una de las Partes o la Organización Mundial de la Salud posean datos que, a su parecer, 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 Organización Mundial de la Salud.

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 información 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 estupefacientes de las lista I;

ii) Antes de tomar una decisión de conformidad con el apartado iii) de este párrafo, la Comisión podrá decidir que las Partes apliquen provisionalmente a dicha sustancia todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes de la lista I. Las Partes aplicarán tales medidas a la referida sustancia con carácter provisional:

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 estupefacientes de las listas I o II, o que puede ser transformada 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 Mundial de la Salud, decidir que se incluya dicha sustancia en la lista I o en la lista II.

4. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que un preparado, dadas las sustancias que contiene, no se presta a uso indebido y no puede producir efectos nocivos (inciso 3), y que su contenido de estupefacientes no se puede recuperar con facilidad, la Comisión podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la salud, incluir este preparado en la lista III.

5. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que un estupefaciente de la lista I es particularmente susceptible de uso indebido y de producir efectos nocivos (inciso 3), y que tal susceptibilidad no está compensada por ventajas terapéuticas apreciables que no posean otras sustancias, sino los estupefacientes de las 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 o II o a 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) Transfiriendo un estupefaciente de la lista I a la lista II o de la lista II a la lista I, o

b) Retirando un estupefaciente o preparado, según el caso de una de las listas.

7. Toda decisión que tome 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 en 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 cualesquiera de las listas estarán sujetas a revisión por el Consejo, previa solicitud de cualesquiera 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 la 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 en la Convención, a la Comisión, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta.

d) Mientras se transmite la revisión, seguirá vigente la decisión original de la Comisión.

9. Las decisiones de la Comisión adoptadas de conformidad con este artículo no estarán sujetas al procedimiento de revisión previsto en el artículo 7.º.

Art. 4.º *Obligaciones generales.*

Las Partes adoptarán 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 las disposiciones 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 importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos.

Art. 5.º *Los órganos internacionales de fiscalización.*

Las partes, reconociendo la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización internacional de estupefacientes, convienen en encomendar a la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, las respectivas funciones que la presente Convención les asigna.

Art. 6.º *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 que decida la Asamblea General. Las Partes que no sean miembros de las Naciones Unidas contribuirán a dichos gastos con las cantidades que la Asamblea General considere equitativas y fije periódicamente, previa consulta con los Gobiernos de aquellas Partes.

Art. 7.º *Revisión de las decisiones y recomendaciones de la Comisión.*

Excepto las decisiones formadas de acuerdo en el artículo 3.º, 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.

Art. 8.º *Funciones de la Comisión.*

La Comisión tendrá autoridad para estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos de esta Convención, y en particular para:

a) Modificar las listas según lo dispuesto en el artículo 3.º.

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 o recomendaciones que adopten 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.

Art. 9.º *Composición y funciones de la Junta.*

1. La Junta se compondrá de trece miembros, que el Consejo designará en 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) Diez 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 geográfica equitativa, estudiará la conveniencia de que formen parte de la Junta, en una 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.

4. La Junta, en cooperación con los Gobiernos y con sujeción a las disposiciones de la presente Convención, tratará de limitar el cultivo, la producción, la

fabricación y el uso de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos, de asegurar su disponibilidad para tales fines y de impedir el cultivo, la producción, la fabricación, el tráfico y el uso ilícitos de estupefacientes.

5. Todas las medidas adoptadas por la Junta en virtud de la presente Convención serán las más adecuadas al propósito de fomentar la cooperación de los Gobiernos con la Junta y de establecer un mecanismo para mantener un diálogo constante entre los Gobiernos y la Junta que promueva y facilite una acción nacional efectiva para alcanzar los objetivos de la presente Convención.

Art. 10. Duración del mandato y remuneración de los miembros de la Junta.

1. Los miembros de la Junta ejercerán sus funciones durante cinco años y podrán ser reelectos.

2. El mandato de cada miembro de la Junta expirará la víspera de la primera sesión de la Junta a la que tenga derecho a asistir su sucesor.

3. Cuando un miembro de la Junta deje de asistir a tres períodos de sesiones consecutivas se considerará que ha renunciado.

4. El Consejo, a recomendación de la Junta, podrá destituir a un miembro de la Junta que no reúna ya las condiciones necesarias para formar parte de ella, conforme el párrafo 2 del artículo 9.º. Dicha recomendación deberá contar con el voto afirmativo de nueve miembros de la Junta.

5. Cuando durante el mandato de un miembro de la Junta quede vacante su cargo, el Consejo cubrirá dicha vacante 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 remuneración adecuada que fijará la Asamblea General.

Art. 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 necesaria para el buen desempeño de sus funciones, pero celebrará por lo menos dos reuniones anuales.

3. En las sesiones de la Junta el quórum será de ocho miembros.

Art. 12. Funcionamiento del sistema de previsiones.

1. La Junta fijará la fecha o fechas y la manera en que habrán de facilitarse las previsiones, según lo dispuesto en el artículo 19, y prescribirá el empleo de formularios al efecto.

2. La Junta pedirá a los Gobiernos de los países y territorios a los que no se aplica la presente Convención, que faciliten sus previsiones de conformidad con lo dispuesto 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 complementar o aclarar cualquier declaración que figure en ella.

5. La Junta, con miras a limitar el uso y la distribución de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos y a asegurar su disponibilidad para tales fines confirmará lo más rápidamente posible las previsiones, incluso las suplementarias, o podrá modificarlas con el consentimiento del Gobierno interesado. En caso de desacuerdo entre el Gobierno y la Junta, esta última tendrá derecho a establecer, comunicar y publicar sus propias previsiones, incluso las suplementarias.

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.

Art. 13. 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 formación 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.

Art. 14. 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, de conformidad con las disposiciones de la presente Convención, o de información transmitida por órganos u organismos especializados de las Naciones Unidas, o siempre que sean aprobadas por la Comisión, previa recomendación de la Junta, por otras organizaciones intergubernamentales u organizaciones no gubernamentales internacionales que posean competencia directa en el asunto de que se trate y estén reconocidas como entidades consultivas por el Consejo Económico y Social con arreglo al artículo 71 de la Carta de las Naciones Unidas o que gocen de condición análogo por acuerdo especial del Consejo, la Junta tiene razones objetivas para creer que las finalidades de la presente Convención corren un grave peligro porque una Parte, un país o un territorio no ha cumplido las disposiciones de la presente Convención tendrá derecho a proponer al Gobierno interesado la celebración de consultas o a solicitarse explicaciones. Si aun cuando no hayan dejado de cumplirse las disposiciones de la Convención, una Parte, un país o un territorio se ha convertido en un centro importante de cultivo, producción, fabricación, tráfico o uso ilícitos de

estupefacientes, o hay pruebas de que existe un riesgo grave de que llegue a serlo, la Junta tendrá derecho a proponer al Gobierno interesado la celebración de consultas. Sin perjuicio del derecho de la Junta a señalar a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión las cuestiones mencionadas en el apartado d), la solicitud de información y las explicaciones de un Gobierno o la propuesta de consultas y las consultas celebradas por un Gobierno en virtud del presente apartado se considerarán asuntos confidenciales.

b) Después de actuar en virtud del ap. a), la Junta, si ha comprobado que es necesario proceder así, podrá pedir al Gobierno interesado que adopte las medidas correctivas que las circunstancias aconsejen para la ejecución de las disposiciones de la presente Convención.

c) La Junta, si lo considera necesario para evaluar una cuestión mencionada en el ap. a) "supra", podrá proponer al Gobierno interesado la realización de un estudio al respecto en su territorio, por los medios que el Gobierno estime apropiados. El Gobierno interesado, si decide realizar ese estudio, podrá pedir a la Junta que ponga a su disposición los medios técnicos periciales y los servicios de una o más personas con la capacidad necesaria para prestar ayuda a los funcionarios del Gobierno en el estudio propuesto. La persona o personas que para ello proponga la Junta se someterán a la aprobación del Gobierno interesado. Las modalidades de ese estudio y el plazo dentro del cual debe efectuarse se determinarán mediante consulta entre el Gobierno y la Junta. El Gobierno comunicará a la Junta los resultados del estudio e indicará las medidas correctoras que considere necesario adoptar.

d) Si la Junta considera que el Gobierno interesado ha dejado de dar las explicaciones satisfactorias que se le han solicitado conforme al ap. a), o de adoptar las medidas correctivas que se le han pedido conforme al ap. b), o que existe una situación grave que requiere la adopción de medidas de cooperación en el plano internacional con miras a su solución, podrá señalar el asunto a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión. La Junta deberá proceder así cuando los objetivos de la presente Convención corran grave peligro y no haya sido posible resolver satisfactoriamente el asunto de otro modo. La Junta deberá proceder del mismo modo si comprueba que existe una situación grave que requiere la adopción de medidas de cooperación internacional con miras a su solución y que el hecho de señalar esta situación a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión es el método más apropiado para facilitar esta cooperación; después de examinar los informes de la Junta y, en su caso, de la Comisión sobre el asunto, el Consejo podrá señalar éste a la atención de la Asamblea General.

2. La Junta, cuando señale un asunto a la atención de las Partes, del Consejo y de la Comisión en virtud del ap. d) del inciso 1, podrá si ha comprobado que es necesario proceder así, recomendar a las Partes que cesen de importar drogas del país interesado, de exportarlas a él, o de hacer ambas cosas, durante un período determinado o hasta que la Junta quede satisfecha con la situación existente en ese territorio o país. El Estado interesado podrá plantear la cuestión ante el 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 todas las Partes. Si la Junta hace pública 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 representado en la reunión de la Junta.

6. Se necesitará una mayoría de dos tercios del total de miembros de la Junta para adoptar decisiones en virtud de este artículo.

Art. 14 bis. *Asistencia técnica y financiera.*

En los casos en que lo estime pertinente, paralelamente a las medidas enunciadas en los párrafos 1 y 2 del artículo 14, o en su sustitución de ellas, la Junta, de acuerdo con el Gobierno interesado, podrá recomendar a los órganos competentes de las Naciones Unidas y a sus organismos especializados que se preste asistencia técnica o financiera, o ambas, a ese Gobierno con miras a darle apoyo en sus esfuerzos por cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud de la presente Convención, entre ellas las estipuladas o mencionadas en los artículos 2.º, 35, 38 y 38 bis.

Art. 15. *Informes 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 se 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 Comisión, que formulará las observaciones que estime oportunas.

2. Estos informes serán comunicados a las Partes y publicados posteriormente por el Secretario general. Las Partes permitirán que se distribuyan sin limitación.

Art. 16. *Secretaría.*

Los servicios de Secretaría de la Comisión y de la Junta serán suministrados por el Secretario general. No obstante, el Secretario de la Junta será nombrado por el Secretario general en consulta con la Junta.

Art. 17. *Administración especial.*

Las partes mantendrán una administración especial, que estará a cargo de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención.

Art. 18. *Datos que suministrarán las Partes al secretario general.*

1. Las Partes facilitarán al secretario general los datos que la Comisión pueda pedir por ser necesario 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) El 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 puedan tener importancia, ya sea por 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 las direcciones de las autoridades facultadas para expedir permisos o certificados de exportación y de importación.

2. Las Partes suministrarán los datos mencionados en el inciso anterior, del modo y en la fecha que fije la Comisión y utilizando los formularios que ella indique.

Art. 19. *Previsiones de las necesidades de estupefacientes.*

1. Las Partes facilitarán anualmente a la Junta, respecto de cada uno de sus territorios, del modo y en la forma que ella establezca y en formularios proporcionados por ella, sus previsiones sobre las cuestiones siguientes:

a) La cantidad de estupefacientes que será consumida con fines médicos y científicos;

b) La cantidad de estupefacientes que será utilizada para fabricar otros estupefacientes, preparados de la lista III y sustancias a las que no se aplica esta Convención;

c) Las existencias de estupefacientes al 31 de diciembre del año a que se refieren las previsiones;

d) Las cantidades de estupefacientes necesarias para agregar a las existencias especiales;

e) La superficie de terreno (en hectáreas) que se destinará al cultivo de la adormidera y su ubicación geográfica;

f) La cantidad aproximada de opio que se producirá;

g) El número de establecimientos industriales que fabricarán estupefacientes sintéticos, y

h) Las cantidades de estupefacientes sintéticos que fabricará cada uno de los establecimientos mencionados en el apartado anterior.

2. a) Hechas las deducciones a que se refiere el párr. 3 del artículo 21, el total de las previsiones para cada territorio y cada estupefaciente, excepto el opio y los estupefacientes sintéticos, será la suma de las cantidades indicadas en los aps. a), b) y d) del párr. 1 de este artículo, más la cantidad necesaria para que las existencias disponibles al 31 de diciembre del año anterior alcancen la cantidad prevista, según lo dispuesto en el ap. c) del párr. 1.

b) Hechas las deducciones a que se refiere el párr. 3 del artículo 21, por lo que respecta a las importaciones, y el párr. 2 del artículo 21 bis, el total de las previsiones de opio para cada territorio será la suma de las cantidades indicadas en los aps. a), b) y d) del párr. 1 de este artículo, más la cantidad necesaria para que las existencias disponibles al 31 de diciembre del año anterior alcancen la cantidad prevista, según lo dispuesto en el ap. c) del párr. 1, o la cantidad indicada en el ap. f) del párr. 1 de este artículo si esta última es mayor.

c) Hechas las deducciones a que se refiere el párrafo 3 del artículo 21, el total de las previsiones de cada estupefaciente sintético para cada territorio será la suma de las cantidades indicadas en los apartados a), b) y d) del párrafo 1 de este artículo, más la cantidad necesaria para que las existencias disponibles al 31 de diciembre del año anterior alcancen la cantidad prevista, según lo dispuesto en el apartado c) del párrafo 1, o la suma de las cantidades indicadas en el apartado h) del párrafo 1 de este artículo si esta última es mayor.

d) Las previsiones proporcionadas en virtud de lo dispuesto en los apartados precedentes de este párrafo se modificarán según corresponda para tener en cuenta toda cantidad decomisada que luego se haya entregado para usos lícitos, así como toda cantidad retirada de las existencias especiales para las necesidades de la población civil.

3. Cualquier Estado podrá facilitar durante el año previsiones suplementarias exponiendo las razones 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 párrafo 3 del artículo 21 y tomando en consideración, en la medida de lo posible, las disposiciones del artículo 21 bis, no deberán excederse las previsiones.

Art. 20. *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 en que ella establezca y en formularios proporcionados en ella, datos estadísticos sobre las cuestiones siguientes:

- 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 adormidera para la fabricación de estupefacientes.
- c) Consumo de estupefacientes.
- d) Importaciones y exportaciones de estupefacientes y de paja de adormidera;
- e) Decomiso de estupefacientes y destino que se les da.
- f) Existencias de estupefacientes al 31 de diciembre del año a que se refieren las estadísticas, y
- g) Superficie determinable de cultivo de la adormidera.

2. a) Los datos estadísticos relativos a las cuestiones mencionadas en el párrafo 1, salvo el apartado d), se establecerán anualmente y se presentarán a la Junta a más tardar el 30 de junio del año siguiente a 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. Las Partes no estarán obligadas a presentar 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.

Art. 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 preparados de 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 al nivel fijado en las previsiones correspondientes, y
- 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 deducirá toda cantidad que hay sido decomisada y entregada para usos lícitos, así como toda 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 la suma de las cantidades indicadas en el párrafo 1, hechas las deducciones prescritas por el párrafo 2 de ese 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 (art. 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 a que, a juicio de la Junta, debe comunicarse dicha información:

b) Cuando reciban esta notificación, las Partes no autorizadas 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 importacio-

nes y a la cantidad suplementaria que necesite; o

ii) En casos excepcionales, cuando, a juicio del Gobierno del país exportador, la exportación sea indispensable para el tratamiento de los enfermos.

Art. 21 bis. *Limitación de la producción del opio.*

1. La producción de opio de cualquier país o territorio se organizará y fiscalizará de tal modo que se asegure que, en la medida de lo posible, la cantidad producida en un año cualquiera no exceda de las previsiones de la cantidad de opio que se ha de producir, establecidas de conformidad con el apartado f) del párrafo 1 del artículo 19.

2. Si la Junta, basándose en la información que posea en virtud de las disposiciones de la presente Convención, concluye que una Parte que ha presentado unas previsiones de conformidad con el apartado f) del párrafo 1 del artículo 19 no ha limitado el opio producida dentro de sus fronteras a los fines lícitos conforme a las previsiones pertinentes y que una cantidad importante del opio producido, lícita o ilícitamente, dentro de las fronteras de dicha Parte, ha sido desviada al tráfico ilícito, podrá, después de estudiar las explicaciones de la Parte de que se trate, que le deberán ser presentadas en el plazo de un mes a partir de la notificación de tal conclusión, decidir que se deduzca la totalidad o una parte de dicha cantidad de la que se ha de producir y del total de las previsiones definidas en el apartado b) del párrafo 2 del artículo 19 para el año inmediato en el que dicha deducción pueda realizarse técnicamente, teniendo en cuenta la estación del año y las obligaciones contractuales respecto de la exportación del opio. Esta decisión entrará en vigor noventa días después de haber sido notificada a la Parte de que se trate.

3. Después de notificar a la Parte interesada la decisión adoptada conforme al párrafo 2 "supra" respecto de una deducción, la Junta consultará con esa Parte a fin de resolver satisfactoriamente la situación.

4. Si la situación no se resuelve en forma satisfactoria, la Junta, en su caso, podrá actuar conforme a lo dispuesto en el artículo 14.

5. Al adoptar su decisión respecto a una deducción, de conformidad con el párrafo 2 "supra", la Junta tendrá en cuenta no sólo todas las circunstancias del caso, incluidas las que originen el problema del tráfico ilícito a que se hace referencia en dicho párrafo 2, sino también cualesquiera nuevas medidas pertinentes de fiscalización que puedan haber sido adoptadas por la Parte.

Art. 22. *Disposición especial aplicable al cultivo.*

1. 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 coca o de la planta de la cannabis resulte 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.

2. Una Parte que prohíba el cultivo de la adormidera o de la planta de la cannabis tomará las medidas apropiadas para secuestrar cualquier planta ilícitamente cultivada y destruirla, excepto pequeñas cantidades requeridas por la Parte para propósitos científicos o de investigación.

Art. 23. *Organismos nacionales para la fiscalización del opio.*

1. Las Partes que permitan el cultivo de la adormidera para la producción de 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 hallan en poder de los fabricantes de alcaloides de opio, opio medicinal o preparados de opio. Las Partes no están 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 constitución de la Parte interesada lo permite.

Art. 24. *Limitación de la producción de opio para el comercio.*

1. a) 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 publicadas 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 1 de enero de 1961 no producía opio para la exportación y desee exportar el opio que produce en cantidades que no excedan de cinco toneladas anuales, lo notificará a la Junta y le proporcionará con dicha notificación información acerca de:

i) La fiscalización que, de acuerdo con la presente Convención, se aplicará al opio que ha de ser producido y exportado, y

ii) El nombre del país o países a los que 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 desde 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, y

iii) El nombre del país o países a los que espera exportar dicho opio, y el Consejo aprobará la notificación o podrá recomendar a la Parte que no produzca opio para la exportación.

3. No obstante lo dispuesto en los apartados a) y b) del inciso 2, una Parte que durante los diez años inmediatamente anteriores al 1 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 y exportado opio durante los diez años anteriores al 1 de enero de 1961, siempre que dicho país haya establecido y mantenga un órgano u organismos de fiscalización nacional para los fines enunciados 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; o

b) Exporten a otras Partes, de conformidad con las disposiciones de esta Convención, el opio que decomisen en el tráfico ilícito.

Art. 25. 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 produzca opio de esa adormidera, y

b) Se fiscalice de modo adecuado la fabricación

de estupefacientes a base de la paja de adormidera.

2. Las Partes aplicarán a la paja de adormidera el régimen de licencias de importación y de exportación que se prevé 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 1 y en el apartado b) del inciso 1 del artículo 20.

Art. 26. *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 sistema de fiscalización establecido en el artículo 23 para la fiscalización de la adormidera; pero, respecto del inciso 2 d) de este artículo, la obligación impuesta al Organismo allí aludido será solamente de la cosecha lo más pronto posible después del fin de la misma.

2. En la medida de lo posible, las Partes obligarán a arrancar de raíz todos los arbustos de coca que crezcan en estado silvestre y destruirán los que se cultiven ilícitamente.

Art. 27. *Disposiciones suplementarias referentes a las hojas de coca en general.*

1. Las Partes podrán autorizar el uso de hojas de coca para la preparación de un agente saporífero 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 (art. 19) e información estadística (art. 20) respecto de las hojas de coca para la preparación del agente saporífero, excepto en la medida en que las mismas hojas de coca se utilicen para la extracción de alcaloides y del agente saporífero y así se explique en la información estadística y en las previsiones.

Art. 28. *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 se aplicará al cultivo de la planta de la cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u 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.

Art. 29. *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 estatales.

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, y

c) Exigirán que los fabricantes de estupefacientes a quienes se hayan 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.

Art. 30. *Comercio y distribución.*

1. a) Las Partes exigirán que el comercio y la distribución de estupefacientes estén sometidas a licencia, excepto cuando dicho comercio o distribución lo realice una Empresa o Empresas del Estado.

b) Las Partes:

i) Fiscalizarán a todas las personas y Empresas que realicen o se dediquen al comercio o la distribución de estupefacientes, y

ii) Someterán a un régimen de licencias a los establecimientos y locales en que pueda realizarse dicho comercio o distribución. No será necesario exigir el requisito de licencia respecto de los preparados.

c) Las disposiciones de los apartados a) y b), relativas a licencias, no se aplicarán necesariamente a las personas debidamente autorizadas para ejercer funciones terapéuticas o científicas, y mientras la ejerzan.

2. Las Partes deberán también:

a) Impedir que en poder de los comerciantes, los distribuidores, las Empresas del Estado o las personas debidamente autorizadas antes mencionadas, se acumulen cantidades de estupefacientes y paja de adormidera que exceda 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 despacho 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 terapéuticas debidamente autorizadas;

ii) Si las Partes estiman que estas medidas son necesarias o convenientes, exigirán que las recetas de los estupefacientes de la lista I se extiendan en formularios oficiales que las autoridades públicas competentes o las 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 estupefacientes que se empleen con fines comerciales, las envolturas interiores de los paquetes que contengan estupefacientes y las etiquetas con que se presenten a la venta los estupefacientes indiquen las denominaciones 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

banda roja.

5. Las Partes exigirán que en la etiqueta con que se presente a la venta cualquier estupefaciente se indique el contenido de estupefaciente exacto. 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.

Art. 31. 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, y

b) Dentro de los límites del total de las provisiones para ese país o territorio, según se definen en el párrafo 2 del artículo 19, más las cantidades destinadas a la exportación.

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 puedan aplicar medidas más severas.

3. Las Partes:

a) Ejercerán la fiscalización de las importaciones y exportaciones de estupefacientes, salvo cuando éstas sean efectuadas por una empresa o empresas del Estado, y

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 obtenga una autorización diferente de importación o de exportación para cada importación o exportación, ya se trate 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 y 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 lo 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 el establecimiento que lo solicite presente un certificado de importación expedido por las autoridades competentes del país o del territorio importador, en el que conste que ha sido autorizada 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 aprobado 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 en el certificado de importación presentado por la persona o el 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 está comprendido el almacén y, si se destina 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 la 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 transporta, a 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 necesarias para impedir que se dé a la expedición un destino distinto del indicado en la copia del permiso de exportación que la acompañe a menos que el Gobierno del país o territorio por el que pase la expedición autorice el cambio de destino. El Gobierno de ese país o territorio consideran todo cambio de destino que se solicite como una exportación del país o territorio de tránsito al país o territorio de nuevo destino. Si se autoriza el cambio de destino, las disposiciones de los aps. a) y b) del inciso 7 serán también aplicadas entre el país o territorio del que procedió originariamente la expedición.

13. Ninguna expedición de estupefacientes, tanto si se halla en tránsito como depositada 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.

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 la medida en 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 ejercida por cualquiera de las Partes sobre los estupefacientes en tránsito.

16. Con excepción de lo dispuesto en el ap. a) del inciso 1 y en el inciso 2, ninguna disposición de este artículo se aplicará necesariamente en el caso de los preparados de la lista III.

Art. 32. 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 considerará como importación, exportación o tránsito 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 párr. 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 o 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 ap. b) e i) del artículo 30.

Art. 33. Posesión de estupefacientes.

Las Partes sólo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal.

Art. 34. Medidas de fiscalización y de inspección.

Las Partes exigirán:

a) Que todas las personas a quienes se concedan 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 esta Convención, 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 de los estupefacientes. Dichos registros serán conservados por un período de dos años por lo menos. Cuando se utilicen talonarios (art. 30, inciso 2 b) de recetas oficiales, dichos talonarios se conservarán también durante un período de dos años por lo menos.

Art. 35. Lucha contra el tráfico ilícito.

Teniendo debidamente en cuenta sus regímenes constitucional, legal y 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 de que sean miembros para mantener una lucha coordinada contra el tráfico ilícito;

d) Velarán porque la cooperación internacional de los servicios apropiados se afectúe en forma expedita;

e) Cuidarán que cuando se tramitan de un país a otro los autos para 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;

f) Proporcionarán, si lo consideran apropiado, a la Junta y a la Comisión por conducto del secretario general, además de la información prevista en el artí-

culo 18, la información relativa a las actividades ilícitas de estupefacientes dentro de sus fronteras, incluida la referencia al cultivo, producción, fabricación, tráfico y uso ilícitos de estupefacientes, y

g) En la medida de lo posible proporcionarán la información a que se hace referencia en el apartado anterior en la manera y en la fecha que la Junta lo solicite; si se lo pide una Parte, la Junta podrá ofrecerle su asesoramiento en su tarea de proporcionar la información y de tratar de reducir las actividades ilícitas de estupefacientes dentro de las fronteras de la Parte.

Art. 36. Disposiciones penales.

1. a) 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, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conformes a las disposiciones de esta Convención o cualesquiera 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 intencionadamente y que los delitos graves sean castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad.

b) No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, cuando las personas que hagan uso indebido de estupefacientes hayan cometido esos delitos, las Partes podrán en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postramiento, rehabilitación y readaptación social, de conformidad con lo dispuesto en el párr. 1 del artículo 38.

2. A reserva de lo dispuesto por su Constitución, del régimen jurídico y de la legislación nacional de cada Parte:

a) i) Cada uno de los delitos enumerados en el inciso 1, si se comete en diferentes países, se considerará como un delito distinto;

ii) La participación deliberada o la confabulación para cometer cualquiera de esos delitos, así como la tentativa de cometerlos, los actos preparatorios y operaciones financieras, relativos a los delitos de que se trata 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, y

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 la solicita, y si dicho delincuente no ha sido ya procesado y sentenciado.

b) i) Cada uno de los delitos enumerados en el párr. 1 y en el inciso ii) del ap. a) del párr. 2 del presente artículo se considerará incluido entre los delitos que den lugar a extradición en todo tratado de

extradición celebrado entre las Partes. Las Partes se comprometen a incluir tales delitos como casos de extradición en todo tratado de extradición que celebren entre sí en el futuro;

ii) Si una Parte, que subordine la extradición a la existencia de un tratado, recibe de otra Parte, con la que no tiene tratado, una solicitud de extradición, podrá discrecionalmente considerar la presente Convención como la base jurídica necesaria para la extradición referente a los delitos enumerados en el párr. 1 y en el inciso ii) del ap. a) del párr. 2 del presente artículo. La extradición estará sujeta a las demás condiciones exigidas por el derecho de la Parte requerida;

iii) Las Partes que no subordinen la extradición a la existencia de un tratado reconocerán los delitos enumerados en el párr. 1 y en el inciso ii) del ap. a) del párr. 2 del presente artículo como casos de extradición entre ellas, sujetos a las condiciones exigidas por el derecho de la Parte requerida;

iv) La extradición será concedida con arreglo a la legislación de la Parte a la que se haya pedido y, no obstante lo dispuesto en los incisos i), ii) y iii) del ap. b) de este párrafo, esa Parte tendrá derecho a negarse a conceder la extradición si sus autoridades competentes consideran que el delito no es suficientemente grave.

3. Las disposiciones del presente artículo estarán limitadas por las disposiciones del 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 a que se refiere han de ser definidos, perseguidos y castigados de conformidad con la legislación nacional de cada Parte.

Art. 37. *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.

Art. 38. *Medidas contra el uso indebido de estupefacientes.*

1. Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.

2. Las Partes fomentarán, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, posteriormente, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

3. Las Partes procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes.

Art. 38 bis. *Acuerdos conducentes a la creación de Centros Regionales.*

Si una parte lo considera deseable teniendo debidamente en cuenta su régimen constitucional, legal y administrativo, y con el asesoramiento técnico de la Junta o de los organismos especializados si así lo desea, promoverá, como parte de su lucha contra el tráfico ilícito, la celebración, en consulta con otras Partes interesadas de la misma región, de acuerdos conducentes a la creación de Centros Regionales de Investigación Científica y Educación para combatir los problemas que originan el uso y el tráfico ilícitos de estupefacientes.

Art. 39. *Aplicación de 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 esté 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 las Lista I queden 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.

Art. 40. *Idiomas de la Convención y procedimiento para su firma, ratificación y adhesión.*

1. La presente Convención, cuyos textos chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, quedará abierta, hasta el 1 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 miembros 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 está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación serán depositados ante el Secretario general.

3. La presente Convención estará abierta, después de 1 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.

Art. 41. *Entrada 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 que ese Estado haya depositado su instrumento de ratificación o adhesión.

Art. 42. *Aplicación territorial.*

La presente Convención se aplicará a todos los territorios no metropolitanos cuya representación internacional 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 este 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 territorio o territorios mencionados en dicha notificación, a partir de la fecha en que la reciba el Secretario general. En los casos en que no se requiera el consentimiento previo del territorio no metropolitano, la Parte interesada declarará, en el momento de la firma, de la ratificación o de la adhesión, a qué territorio o territorios no metropolitanos se aplica la presente Convención.

Art. 43. *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 o 2 de este artículo surtirá efectos el 1 de enero del año siguiente a aquél en que se haya hecho la notificación.

Art. 44. *Abrogación de los instrumentos internacionales anteriores.*

1. Al entrar en vigor la presente Convención, sus disposiciones abrogarán y sustituirán entre 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 (Nueva York) el 11 de diciembre de 1946, que modifica los Acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 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 1936, salvo en lo que afecta a esta última Convención;

g) Las Convenciones y Acuerdos mencionados en los apartados a) a e), modificados por el Protocolo de 1946, mencionado en el apartado f);

h) Protocolo firmado en París el 19 de noviembre de 1948, que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado en Lake Success (Nueva York) el 11 de diciembre de 1946;

i) Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio interna-

cional, el comercio al por mayor y el uso del opio, firmado en Nueva York el 23 de junio de 1953, en caso que dicho Protocolo hubiera entrado en vigor.

2. Al entrar en vigor la presente Convención, el apartado b) del inciso 2 del artículo 36 abrogará y sustituirá, entre las Partes que lo sean también en la Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas, firmada en Ginebra el 26 de junio de 1936 las disposiciones del artículo 9.º de esta última Convención pero esas Partes podrán mantener en vigor dicho artículo 9.º, previa notificación al Secretario general.

Art. 45. *Disposiciones transitorias.*

1. A partir de la fecha en que entre en vigor la presente Convención (inciso 1 del art. 41), las funciones de la Junta a que se refiere el artículo 9.º 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 Organismo de Fiscalización constituido con arreglo al capítulo II de la Convención a que se refiere el apartado d) del artículo 44, modificada, según lo requieran respectivamente dichas funciones.

2. El Consejo fijará la fecha en que entrará en funciones la nueva Junta de que trata el artículo 9.º. A partir de esta fecha esta 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 Central Permanente y del Organismo de Fiscalización mencionados en el inciso 1.

Art. 46. *Denuncia.*

1. Una vez transcurridos dos años, a contar de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención (art. 41, inciso 1), toda Parte, en su propio nombre o en el de cualquiera de los territorios cuya representación internacional ejerza y que haya retirado 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 1 de julio de cualquier año o en dicho día, ésta surtirá efecto a partir de 1 de enero del año siguiente; y si la recibe después del 1 de julio, la denuncia surtirá efecto como si hubiera sido recibida antes del 1 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.

Art. 47. *Modificaciones.*

1. Cualquier Parte podrá proponer una modificación de esta Convención. El texto de cualquier modificación así propuesta y los motivos de la misma 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 en conformidad con el inciso 4 del artículo 62 de la Carta de las Naciones Unidas para considerar la modificación pro-

puesta; o

b) Que se pregunte a las Partes si aceptan la modificación propuesta y se les pida que 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 dieciocho meses después de haber sido transmitida, 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.

Art. 48. Controversias.

1. Si surgen entre dos o más Partes una controversia acerca de la interpretación o de la aplicación de la presente Convención, dichas Partes, se 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 pacíficos que ellas elijan.

2. Cualquiera controversia de esta índole que no haya sido resuelta en la forma indicada en el inciso 1, será sometida a la Corte Internacional de Justicia.

Art. 49. 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 casi 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 cannabis, de extractos y tinturas de cannabis con fines no médicos, y
- e) La producción, la fabricación y el comercio de los 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 en que sean tradicionales en los territorios respecto de los cuales se formule la reserva y estuvieran autorizados en ellos el 1 de enero de 1961.

b) No se permitirá ninguna exportación de los 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 1 de enero de 1964.

d) El uso del opio para fines casi médicos deberá ser abolido en un plazo de quince 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 hoja de coca quedará prohibida dentro de los veinticinco 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 veinticinco 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 trata 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 reseña de los progresos realizados en el año anterior con miras a la supresión del uso, la producción, la fabricación o el comercio mencionados en el inciso 1;

b) Facilitará a la Junta previsiones (art. 19) e informaciones estadísticas (art. 20) para cada una de las actividades respecto de las cuales haya formulado 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 3 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 fecha fijada por la Junta, según lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 12.

iii) Las estadísticas mencionadas en el apartado b) del párrafo 3, dentro de los tres meses siguientes a la fecha en la que debían 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 parte interesada el retraso en que incurrir, y le pedirá que remita esta información dentro de un plazo de tres meses a contar de la fecha en que reciba la notificación.

b) Si la Parte no atiende dentro de este plazo la petición de la Junta o del Secretario general, la reserva formulada en virtud del inciso 1 quedará sin efecto.

5. El Estado que haya formulado reservas podrá en todo momento, mediante notificación por escrito, retirar todas o parte de sus reservas.

Art. 50. 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.

3. 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 doce 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 se hayan 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 esa 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 la dicha reserva.

4. El Estado que haya formulado reservas podrá en todo momento, mediante notificación por escrito, retirar todas o parte de sus reservas.

Art. 51. *Notificaciones.*

El Secretario general notificará a todos los Estados mencionados en el inciso 1 del artículo 40:

- a) Las firmas, ratificaciones y adhesiones conforme al 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, y
- d) Las declaraciones y notificaciones hechas conforme a los artículos 42, 43, 47, 49 y 50.

Texto preparado por el Secretario general el 8 de agosto de 1975, de conformidad con el artículo 22 del Protocolo de 25 de marzo de 1972.

Por el Secretario general: el Asesor Jurídico.

LISTAS

Enumeración de los estupefacientes incluidos en la lista I

Acetilmetadol (3 - acetoxi - 6 - dimetilamino - 4,4 - difenilheptanol).
 Alipodrina (3 - alil - 1 - metil - 4 - fenil - 4 - propionoxipiperidina).
 Alfacetilmetadol (alfa - 3 - acetoxi - 6 - dimetilamino - 4,4 - difenilheptanol).
 Alfameprodina (alfa - 3 - etil - 1 - metil - 4 - fenil - 4 - propionoxipiperidina).
 Alfametadol (alfa - 6 - dimetilamino - 4,4 - difenil - 3 - heptanol).
 Alfaprodina (alfa - 1,3 - dimetil - 4 - fenil - 4 - propionoxipiperidina).
 Anileridina (éster etílico del ácido 1 - para - aminofenil - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).
 Benzetidiana (éster etílico del ácido 1 - (2 - benziloxietil) - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).
 Benzilmorfina (3 - benzilmorfina).
 Betacetilmetadol (beta - 3 - acetoxi - 6 - dimetilamino - 4,4 - difenilheptanol).
 Betameprodina (beta - 3 - etil - 1 - metil - 4 - fenil - 4 - propionoxipiperidina).
 Betametadol (beta - 6 - dimetilamino - 4,4 - difenil - 3 - heptanol).
 Betaprodina (beta - 1,3 - dimetil - 4 - fenil - 4 -

propionoxipiperidina).

Cannabis y su resina y los extractos y tinturas de la cannabis.

Cetobemidona (4 - meta - hidroxifenil - 1 - metil - 4 - propionilpiperidina).

Clonitazeno (2 - para - clorbenzil - 1 - dietilaminoetil - 5 - nitrobenzimidazol).

Coca (hojas de).

Cocaína (éster metílico de benzoilecgonina).

Concentrado de paja de adormidera (el material que se obtiene cuando la paja de adormidera ha entrado en un proceso para la concentración de sus alcaloides, en el momento en que pasa al comercio).

Desomorfina (dihidrodeoximorfina).

Dextromoramida [(+) - 4 - [2 - metil - 4 - oxo - 3,3 - difenil - 4 - (1 - pirrolidinil) butil] morfolino].

Diampromida (N - [2(metilfenetilamino) propil] propionanilido).

Dietiltiambuteno (3 - dietilamino - 1,1 - di - (2' - tienil) - 1 - buteno).

Dihidromorfina.

Dimenoxadol (2 - dimetilaminoetil - 1 - etoxi - 1,1 - difenilacetato).

Dimefeptanol (6 - dimetilamino - 4,4 - difenil - 3 - heptanol).

Dimetiltiambuteno (3 - dimetilamino - 1,1 - di (2' - tienil) - 1 - buteno).

Butirato de dioxafetilo (etil 4 - morfolino - 2,2 - difenilbutirato).

Difenoxilato (éster etílico del ácido 1 - (3 - ciano - 3,3 - difenilpropil) - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Dipipanoma (4,4 - difenil - 6 - piperidino - 3 - heptanona).

Ecgonina, sus ésteres y derivados que sean convertibles en ecgonina y cocaína.

Etilmetiltiambuteno (3 - etilmetilamino - 1,1 - di - (2' - tienil) - 1 - buteno).

Etonitazena (1 - dietilaminoetil - 2 para - etoxibenzil - 5 nitrobenzimidazol).

Etoxidina (éster etílico del ácido 1 - [2 - (2 - hidroxietoxi) etil] - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Fenadoxona (6 - morfolino - 4,4 - difenil - 3 - heptanona).

Fenamprómida (N - (- metil - 2 - piperidinoetil) propionanilido).

Fenazocina (2' - hidroxil - 5,9 - dimetil - 2 - fenetil - 2,7 - benzomorfan).

Fenomorfán (3 - hidroxil - N - fenetilmorfín).

Fenoperidina (éster etílico del ácido 1 - (3 - hidroxil - 3 - fenilpropil) - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Furetidina (éster etílico del ácido 1 - (2 - tetrahydrofurfuriloxietil) - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Heroína (diacetilmorfina).

Hidrocodona (dihidrocodeinona).

Hidromorfinol (14 - hidroxidihidromorfina).

Hidromorfona (dihidromorfina).

Hidroxipetidina (éster etílico del ácido - 4 - meta - hidroxifenil - 1 - 1 - metilpiperidina - 4 - carboxílico).

Isometadona (6 - dimetilamino - 5 - metil - 4,4 - difenil - 3 - hexanona).

Levomorfina * ((—) - 3 - metoxi - N - metilmorfina).

Levomorfamida ((—) - 4 - [2 - metil - 4 - oxo - 3,3 - difenil - 4 - (1 - pirrolidinil) butil] morfolino).

Levofenacilmorfina ((—) - 3 - hidroxil - N - fenacilmorfina).

Levorfanol * ((—) - 3 - hidroxil - N - metilmorfina).

Metazocina (2' - hidroxil - 2,5,9 - trimetil - 6,7 - benzomorfinán).

Metadona (6 - dimetilamino - 4,4 - difenil - 3 - heptanona).

Metildesorfina (6 - metil - delta 6 - deoximorfina).

Metildihidromorfina (6 - metildihidromorfina).

1 - Metil - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico (ácido).

Metopón (5 - metildihidromorfina).

Morferidina (éster etílico del ácido 1 - (2 - morfolinóil) - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Morfina.

Morfina metobromide y otros derivados de la morfina con nitrógeno pentavalente.

Morfina - N - óxido.

Miofina (miristilbenzilmorfina).

Nicomorfina (3,6 - dinicotinilmorfina).

Norlevorfanol ((—) - 3 - hidroximorfina).

Normetadona (6 - dimetilamino - 4,4 - difenil - 3 - hexanona).

Normorfina (demetilmorfina).

Opio.

Oxicodona (14 hidroxidihidrocodeína).

Oximorfona (14 - hidroxidihidromorfina).

Petidina (éster etílico del ácido 1 - metil - 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Piminodina (éster etílico del ácido 4 - fenil - 1 - (3 - fenilaminopropil) piperidina - 4 - carboxílico).

Proheptazina (1,3 - dimetil - 4 - fenil - 4 - propionoxiazacloheptano).

Properidina (éster isopropílico del ácido 1 - metil 4 - fenilpiperidina - 4 - carboxílico).

Racemorfina ((+) - 3 - metoxi - N - metilmorfina).

Racemoramida ((+) - 4 - [2 - metil - 4 - oxo - 3,3 - difenil - 4 - (pirrolidinil) butil] morfolino).

Racemorfina ((+) - 3 - hidroxil - N - metilmorfina).

Tebacón (acetildihidrocodeína).

Tebaina.

Trimeperidina (1,2 - 5 - trimetil - 4 - fenil - 4 - propionoxipiperidina); y

Los isómeros, a menos que estén expresamente exceptuados de los estupefacientes de esta lista, siempre que la existencia de dichos isómeros sea posible dentro de la nomenclatura química especificada en esta lista;

Los ésteres y éteres, a menos que figuren en otra lista, de los estupefacientes de esta lista, siempre que sea posible formar dichos ésteres o éteres.

Las sales de los estupefacientes enumerados en esta lista, incluso las sales de ésteres, éteres e isómeros en las condiciones antes expuestas, siempre que sea posible formar dichas sales.

Enumeración de los estupefacientes incluidos en la lista II

Acetildihidrocodeína.

Codeína (3-metilmorfina).

Dextropropoxifeno [(+) - 4 - dimetilamino - 3 - metil - 1,2 - difenil - 2 - propionoxibutano].

Dihidrocodeína.

Etilmorfina (3 - etilmorfina).

Norcodeína (N-demetilcodeína).

Folcodina (morfoliniletilmorfina).

Propionato de α - (+ - 4-dimetilamino - 1,2 difenil - 3 - metil - 2 - butanol, cuya denominación común internacional es dextropropoxifeno*.

Los isómeros, a menos que estén expresamente exceptuados, de los estupefacientes de esta lista, siempre que sea posible formar dichos isómeros dentro de la nomenclatura química especificada en esta lista.

Las sales de los estupefacientes enumerados en esta lista, incluso las sales de los isómeros en las condiciones antes expuestas, siempre que sea posible formar dichas sales.

Enumeración de los preparados incluidos en la lista III

1. Preparados de: Acetildihidrocodeína, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, etilmorfina, folcodina y norcodeína, en los casos en que:

a) Estén mezclados con uno o varios ingredientes más, de tal modo que el preparado ofrezca muy poco o ningún peligro de abuso y de tal manera que el estupefaciente no pueda separarse por medios sencillos o en cantidades que ofrezcan peligro para la salud pública; y

b) Su contenido de estupefaciente no exceda de 100 miligramos por unidad posológica y el contenido no exceda del 2,5 por 100 en los preparados no divididos.

2. Por preparados de cocaína que no contengan más de 0,1 por 100 de cocaína, calculado como base de cocaína y los preparados de opio o de morfina con un contenido de morfina no superior a 0,2 por 100 calculado como base anhidra, y estén mezclados con uno o varios ingredientes más, de tal modo que el preparado ofrezca muy poco o ningún peligro de abuso y de tal manera que el estupefaciente no pueda separarse por medios sencillos o en cantidades que ofrezcan peligro para la salud pública.

3. Los preparados sólidos de difenoxilato que no contengan más de 2,5 miligramos de difenoxilato calculado como base y no menos de 25 microgramos de sulfato de atropina por unidad de dosis.

4. Pulvis ipecacuanhae et opii compositus: 10 por 100 de polvo de opio; 10 por 100 de polvo de raíz de ipecacuana, bien mezclados con 80 por 100 de cualquier otro ingrediente en polvo, que no contenga estupefaciente alguno.

5. Los preparados que respondan a cualesquiera

* El dextrometorfán [(+) - 3-metoxi-N-metilmorfina] y el dextrofan [(+) - 3-hidroxil-N-metilmorfina] están expresamente excluidos de esta Lista.

* Sustancia incluida por Orden de 18 de febrero de 1982 (B.O.E. n.º 48 de 25 de febrero de 1982).

de las fórmulas enumeradas en la lista y mezclas de dichos preparados con cualquier ingrediente que no contenga estupefaciente alguno.

Enumeración de los estupefacientes incluidos en la lista IV

Cannabis y su resina.

Cetobemidona (4 - meta - hidroxifenil - 1 - metil - 4 - propionilpiperidina).

Desomorfina (dihidrodeoximorfina).

Heroína (diacetilmorfina).

Las sales de todos los estupefacientes enumerados en esta lista, siempre que sea posible formar dichas sales.

Estado Parte en la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes enmendada por el protocolo de modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes. Nueva York, 8 de agosto de 1975 (*)

Alemania, Rep. Fed. de: 20 de febrero de 1975 (*).

Argentina: 16 de noviembre de 1973 (*).

Australia: 22 de noviembre de 1972 (*).

Austria: 1 de febrero de 1978 (*).

Bahamas: 23 de noviembre de 1976 (*).

Bangla Desh: 9 de mayo de 1980 (*).

Barbados: 21 de junio de 1976 (*).

Benin: 6 de noviembre de 1973 (*).

Bolivia: 23 de septiembre de 1976 (*).

Brasil: 16 de mayo de 1973 (*).

Canadá: 5 de agosto de 1976 (*).

Colombia: 3 de marzo de 1975 (*).

Costa de Marfil: 28 de febrero de 1973 (*).

Costa Rica: 14 de febrero de 1973 (*).

Chile: 19 de diciembre de 1975 (*).

Chipre: 30 de noviembre de 1973 (*).

Dinamarca: 18 de abril de 1975 (*).

Ecuador: 25 de julio de 1973 (*).

España: 4 de enero de 1977 (*).

Estados Unidos: 1 de noviembre de 1972 (*).

Fidji: 21 de noviembre de 1973 (*).

Filipinas: 7 de junio de 1974 (*).

Finlandia: 12 de enero de 1973 (*).

Francia: 4 de septiembre de 1975 (*).

Guatemala: 9 de diciembre de 1975 (*).

Haití: 29 de enero de 1973 (*).

Honduras: 7 de septiembre de 1979 (*).

India: 14 de diciembre de 1978 (*).

Indonesia: 3 de septiembre de 1976 (*).

Irak: 25 de septiembre de 1978 (*).

Irlanda: 16 de diciembre de 1980 (*).

Islandia: 18 de diciembre de 1974 (*).

Israel: 1 de febrero de 1974 (*).

Italia: 14 de abril de 1975 (*).

Japón: 27 de septiembre de 1973 (*).

Jordania: 28 de febrero de 1973 (*).

Kenia: 9 de febrero de 1973 (*).

Kuwait: 7 de noviembre de 1973 (*).

Lesotho: 4 de noviembre de 1974 (*).

Libia: 27 de septiembre de 1978 (*).

Luxemburgo: 13 de octubre de 1976 (*).

Malasia: 20 de abril de 1978 (*).

Malawi: 4 de octubre de 1973 (*).

México: 20 de abril de 1977 (*).

Mónaco: 30 de diciembre de 1975 (*).

Niger: 28 de diciembre de 1973 (*).

Nigeria: 24 de junio de 1981 (AD).

Noruega: 12 de noviembre de 1973 (*).

Panamá: 19 de octubre de 1972 (*).

Papua Nueva Guinea: 28 de octubre de 1980 (*).

Paraguay: 20 de junio de 1973 (*).

Perú: 12 de septiembre de 1977 (*).

Portugal: 20 de abril de 1979 (*).

Reino Unido: 20 de junio de 1978 (*).

República Árabe Egipto: 14 de enero de 1974 (*).

República Árabe Siria: 1 de febrero de 1974 (*).

República de Corea: 25 de enero de 1973 (*).

República Malgache: 20 de junio de 1974 (*).

República Sudafric.: 16 de diciembre de 1975 (*).

Repub. Unida Camerún: 30 de mayo de 1974 (*).

Ruanda: 15 de julio de 1981 (*).

Rumania: 14 de enero de 1974 (*).

Santa Sede: 7 de enero de 1976 (*).

Senegal: 25 de marzo de 1974 (*).

Singapur: 9 de julio de 1975 (*).

Sri Lanka: 29 de junio de 1981 (*).

Suecia: 5 de diciembre de 1972 (*).

Thailandia: 9 de enero de 1975 (*).

Togo: 10 de noviembre de 1976 (*).

Tonga: 5 de septiembre de 1973 (*).

Túnez: 29 de junio de 1976 (*).

Uruguay: 31 de octubre de 1975 (*).

Yugoslavia: 23 de junio de 1978 (*).

Zaire: 15 de julio de 1976 (*).

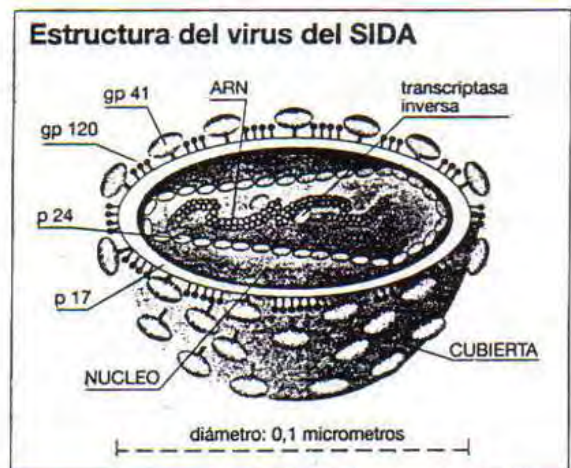
ACTUALIDADES DE INTERÉS SOBRE LAS DROGAS

SIDA

Luc Montaigner, descubridor del virus de inmunodeficiencia humana, afirma que el AZT prolonga la vida de los HIV +, que tienen menos de dos años de contagio y un determinado nivel de linfocitos T4 infectados, aunque se desconoce cuáles pueden ser los efectos a largo plazo. Actualmente se espera tratar a estos pacientes con DDI, que si bien no curará la enfermedad ayudará a prolongar la vida del enfermo; acerca de la vacuna contra el SIDA tiene la esperanza que de aquí a dos años se dispondrá de preparados específicos que serán ensayados a pequeña escala para ver su eficacia, serán vacunas "experimentales"; para venderlas en las farmacias habrán de esperar muchos más años, la vacuna constituirá una prevención para gente sana, no será un remedio para gente infectada. En los dos últimos años se ha estado experimentando vacunas en primates, pero no se está seguro aún de que sus resultados se puedan extrapolar a los humanos, en el Instituto Pasteur se han conseguido buenos resultados en una investigación consistente en infectar con el virus humano (VIH) a chimpancés a los que previamente se había inyectado una vacuna experimental, y dentro de dos o tres años se podrán realizar estas pruebas en humanos y posteriormente se deberán aguardar más años para conocer los resultados; hay pues esperanza pero no resultados a corto plazo. Respecto a la población heroínmana la Administración de los diferentes Estados afectados tiene dos cosas concretas que hacer: facilitar la distribución de agujas en las farmacias, como se hace en Francia, y, como en Holanda y Barcelona, facilitar que los toxicómanos puedan cambiar su jeringuilla usada por otra nueva. Hay algo a tener en cuenta, y es que tanto la heroína como la cocaína disminuyen el sistema inmunológico, facilitando la infección y el sida.

LOS OPIÁCEOS PARECEN DISMINUIR LA CAPACIDAD INMUNITARIA

El virus del sida no es la única causa que determina, en los drogadictos, la disminución de la capacidad de su sistema defensivo para responder ante los microorganismos o el cáncer. Un equipo de investigado-



res del National Institute of Health de Estados Unidos ha descubierto que, en las ratas, las drogas de tipo opiáceo como la morfina o la heroína actúan sobre una determinada zona del cerebro que condiciona la pérdida de la capacidad de las células inmunológicas para destruir tumores o células infectadas por virus. Tras la administración de pequeñas dosis de morfina en una zona del cerebro llamada mesencéfalo, esta capacidad disminuyó en un 63%. Es posible que la inmunodeficiencia que se observa en los individuos que padecen estrés tenga relación con el aumento de secreción de endorfinas, sustancias parecidas a la morfina que nuestro propio sistema nervioso fabrica en ciertas situaciones.

REDACCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

La Vanguardia; 1991-03-08.

LA CANNABIS ESA FALSA INOCENCIA

Con los nombres de Grifa, Marihuana, Haschís, Kif, Chocolate, etc., se conocen diversas preparaciones del Cannabis Sativa, Indica o Cáñamo común. Se conoce desde hace muchos años esta toxicomanía en Asia y Europa, y en los últimos años ha tenido una gran expansión en América, con nuevas modalidades de utilización que a su vez se están extendiendo por determinados grupos sociales y países europeos.

Muchos sujetos consideran el cannabis como una sustancia con un bajo potencial de abuso y creen que es muy improbable que su uso continuado cause algún problema. Por esta razón muchos empiezan a consumir la sustancia sin ningún conocimiento sobre su capacidad para provocar dependencia.

El cannabis fue introducido en terapéutica en el siglo XIX, con diferentes indicaciones, como el tratamiento de la tos, la fatiga, el reumatismo, la migraña, etc. Si bien su uso fue decreciendo con la introducción de los hipnóticos y los analgésicos, permaneció en la farmacopea hasta bien entrado el siglo XX y en Estados Unidos no desapareció hasta 1941.

A pesar de su utilización en terapéutica, el principal interés que ha despertado a lo largo de la historia ha radicado en sus propiedades euforizantes.

Empezó por ponerse de moda entre los estudiantes, universitarios y los famosos hippies de los años sesenta, y desde entonces se ha ido extendiendo hasta clases más marginales.

En nuestro país esta toxicomanía estaba vinculada a personas radicadas temporalmente en Marruecos en los años en que fue Protectorado español parte de ese Reino, y que al terminar el servicio militar o destino civil en aquella zona traían consigo la toxicomanía, que bien podía remitir y finalizar el problema si no aparecían cuadros psicóticos esquizofreniformes, que son evidentemente más frecuentes entre los utilizadores del cannabis, que entre la población en general.

El suministro de la droga se lo suelen hacer de modo relativamente desinteresado los usuarios entre sí, pero acaban cayendo en manos de traficantes profesionales. El crimen organizado tiene en las drogas uno de sus principales negocios.

La mayoría utiliza la droga sólo esporádicamente, como un nuevo ceremonial de paso a la vida adulta o para introducirse transitoriamente

en reuniones de este "mundillo". Igual que con tantas drogas, de entre la masa de utilizadores, un porcentaje quedan convertidos en habituados. Los utilizadores crónicos son preferentemente toxicófilos, y ya previamente al hábito eran portadores de rasgos psicopatológicos, que se acentúan con la droga y provocan en general un deterioro de la conducta del individuo, quien abandona sus ocupaciones o estudios, y después a su familia, quedando reducido con demasiada frecuencia a ser un parásito para la sociedad y para sí mismo.

El cannabis sativa es una planta que contiene gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. El principal de ellos es el Delta-9-Tetrahydrocannabinol o THC, del que se derivan, asimismo, más de 80 metabolitos, de los que algunos continúan poseyendo efectos sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C.).

Existen básicamente tres formas de presentación:

La marihuana que se obtiene de las aflorescencias, y presenta unas concentraciones que pueden llegar a ser del 10 al 15% de Tetrahydrocannabinol.

La resina seca de haschís o kif, que presenta unas concentraciones del 6 al 10% de THC.

El aceite haschís que contiene un 50% o más de THC.

Los trastornos que produce, según el grado de intoxicación, consisten en cambios conductuales desadaptativos y síntomas físicos específicos. Los efectos conductuales desadaptativos pueden incluir euforia, ansiedad, suspicacia o ideas paranoides, sensación de enlentecimiento del tiempo (cinco minutos pueden parecer una hora), deterioro de la capacidad de juicio y retraimiento social. En aquellos sujetos que todavía no han desarrollado una tolerancia hacia tal sustancia puede aparecer una risa inadecuada, ataques de angustia («Panic attacks») y una afectividad disfórica. El individuo puede creer que está muriéndose o volviéndose loco. Se cree que son más probables las reacciones adversas en los individuos con personalidad rígida, con una historia clínica de trastornos psicóticos o en circunstancias consideradas amenazantes, como la posibilidad de una redada policial.

Casi siempre hay irritación conjuntival y taquicardia, aunque esta última no es tan patente

en los usuarios crónicos. Otros síntomas físicos son el aumento del apetito (muchas veces por «junk food») y la sequedad de boca.

La marihuana ha sido a veces clasificada como un alucinógeno, ya que produce muchos de los fenómenos que se asocian al consumo del LSD 25 (dietilamida del ácido lisérgico) derivado del cornezuelo del centeno, y sustancias afines. Por ejemplo: percepción distorsionada de las diferentes partes del cuerpo, distorsión temporoespacial, despersonalización, sugestionabilidad, aumento de la sensibilidad al sonido, sensación de claridad mental, reacciones paranoides, etc. Sin embargo, existen diferencias importantes entre la marihuana y los alucinógenos del tipo del LSD que hacen dudosa su inclusión en el mismo grupo. La marihuana tiende a producir sedación, mientras que el LSD y afines pueden producir largos períodos de insomnio e incluso inquietud. A diferencia del LSD, la marihuana no produce dilatación pupilar, aumento de la tensión arterial ni incremento de la temperatura corporal. Es además bastante cuestionable que la resina seca de hashís, kif o chocolate, como es conocida popularmente esta forma de presentación, el tetrahidrocannabinol que contiene es de un porcentaje tan bajo (del 6 al 10%), que a las dosis que es consumida habitualmente es dudoso que produzca verdaderas alucinaciones. Otra diferencia importante es que con las drogas del tipo LSD se desarrolla tolerancia rápidamente, mientras que con el cannabis este proceso es más lento, pero tan destructivo como el de otras drogas clasificadas «duras».

Sin lugar a dudas es la sustancia psicoactiva ilegal más ampliamente consumida entre la población general, asociándose con frecuencia su consumo al de otras sustancias psicoactivas como bebidas alcohólicas, tabaco u otras drogas ilegales. Generalmente el abuso suele ser episódico y se puede acompañar de conductas desadaptadas, como conducir en estado de intoxicación.

La sintomatología por intoxicación (síndrome delirante, de tipo orgánico) se caracteriza por la presencia de euforia, depresión, ansiedad, angustia, ideas paranoides, distorsión del sentido del tiempo, aumento de la sensibilidad para estímulos externos, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social, despersonalización, desrealización, alucinaciones e ideas delirantes (si los niveles plasmáticos son muy elevados). Los efectos sensoriales se acompañan de un deterioro de la vigilancia, la memoria y el rendimiento psicomotor. Se pueden producir crisis de ansiedad o angustia y trastornos disfóricos.

En el DSM III-R-, se contempla la dependencia de la cannabis como asociada a un consumo que suele ser diario y, con tolerancia a alguno de los metabolitos derivados del THC, lo que provoca una escalada en la frecuencia de administración.

Existe disminución de la capacidad de atención, del rendimiento intelectual y del aprendizaje, junto con anhedonia, un síndrome amotivacional y letargia. Deterioro de la actividad laboral y social.

En los últimos años se han realizado estudios. Partiendo de consumidores habituales, se ha descrito un síndrome delirante de tipo orgánico, con ideas autorreferenciales, que serían los primeros brotes de lo que algunos autores han descrito como psicosis cannábica. Estaría provocada por el descenso del flujo neuronal y la eliminación de neurotransmisores por la acción del THC sobre el S.N.C. El diagnóstico diferencial de la psicosis cannábica es de la serie esquizofrenia.

JAVIER COSTA

Estudiante del
International Center of Psychology

BIBLIOGRAFIA

Ángel Javier Martínez Higuera. "Legislación sobre las drogas". Editorial Tecnos, S. A. Madrid, 1986; 21-23.

Soy toxicómana, pero a temporadas lo he dejado y he escrito para ayudarme a mí misma y a otras personas que se encuentran en el infierno de la droga.

Así como tú llegas hoy
también llegaba yo un día,
aunque hace mucho tiempo
lo recuerdo todavía.

También llegaba de mono,
y los huesos me dolían
también se me abría la boca
y hasta vergüenza sentía.

Vergüenza cuando miraba
aquellos que me querían.
porque sabía que a todos,
el corazón les rompía.

A mi lado mi madre
de la mano me cogía
diciéndome con cariño
lo mucho que me quería.

Que pusiera de mi parte
porque ella sí creía
que en este Centro
yo me curaría.

Yo deseaba curarme
pero no me lo creía
a que pudiera yo llegar,
a como estoy hoy en día.

Hoy, después de cuatro años,
no siento más que alegría
y agradecimiento a la Coordinadora
por ayudarme aquel día.

YOLANDA SIN

LA DROGA

Me he decidido a escribir algo que me está saliendo del corazón.

Es la droga una asesina
que destruye nuestra mente
nos va quitando la vida
y el convivir con la gente.

Nos domina, nos supera
y caemos en sus redes
siendo esclavo de ella misma
dejas de ser lo que eres.

Haces sufrir a los padres
y a todos los que te quieren
y vas buscando el camino
de llegar pronto a la «muerte».

Aparta con valentía
lo que te mata y te pierde
y vivirás en la VIDA
con felicidad y alegría.

YOLANDA SIN

Toxicómana en tratamiento



Sr. Jesús Esteve Roca

«VENTANA

AL NORTE»

De nuevo y a través de estas líneas estoy presente en esta tribuna que me oferta la "Coordinadora Antidroga" en su revista, otro número más y también en otro año, quizás por ello con más ilusión que nunca, con más fuerza, con toda la esperanza puesta en el género humano.

Aquí me hallo otra vez insistiendo como un pregonero de los peligros que encierra la DROGA, con criterios propios de exposiciones, demandando ayuda al prójimo, dando aldabonazos a las puertas de las conciencias dormidas para que despierten y se aperciban de los peligros tan grandes que se originan de la drogodependencia, aquí estoy para alertar a quien quiera escuchar, para que vean aquellos que quieran ver cómo nuestra sociedad se está resquebrajando por culpa de la DROGA, para repetir una vez más que la inhibición social de este problema es suicida.

No son suficientes las manifestaciones de madres de drogadictos, de asociaciones de barrios periféricos, de los gitanos, como el otro día en Bilbao que se manifestaron en contra de la DROGA y el primer edil de Bilbao encabezó la manifestación. Todo ello me parece bueno y ya es algo positivo que en las calles de este país se escuchen las voces de protesta contra la DROGA, pero todo ello no es suficiente, como no son suficientes las detenciones hechas por la policía, ni las prolíferas aprehensiones de alijos de drogas hechas últimamente, todo ello es bueno pero tiene que ir en aumento día a día, aparte de todo esto, aún quedan muchas cosas por hacer.

Hay que tener en cuenta la gran cantidad de drogodependientes que hay, tenemos el deber social de atenderlos y hacer lo imposible para curarlos, tenemos el deber moral de convencerlos para que quieran y deseen curarse; una vez persuadidos, hay que facilitarles el mejor modo para poder hacerlo y una vez curados físicamente, hay que motivarlos para que renazca en ellos la ilusión de la vida dándoles un desempeño dentro de la sociedad, convencerlos con la verdad de que hay un lugar para ellos, un lugar sin menoscabo a su dignidad como seres humanos, que sepan que a pesar de su enfermedad ellos son importantes para nosotros, porque en definitiva son miembros de la sociedad que entre todos conformamos, y queremos recuperarlos, para ello con sinceridad debemos ofertarles un digno puesto a nuestro lado.

También quiero significar la importancia de las campañas de orientación de prevención contra al DROGA, no tan sólo con los que son drogodependientes, sino que hay que encauzar las campañas preventivas hacia aquellos que en un futuro inmediato pudieran ser nuevos adictos.

La "Coordinadora Antidroga" es pionera en estos menesteres, claro está que dentro de sus posibilidades, pero ahí están los cuadernos infantiles para colorear para que desde pequeños en edad pre-escolar a través de estos cuadernos ya empiezan a descubrir los peligros de la DROGA, con simpáticos animalitos. Luego están los "COMIC" con historietas divertidas de los típicos héroes del cómic que luchan contra los traficantes (qué pena que los "superhéroes" del cómic no existan

en la realidad), pero estas historietas sirven a los jovencitos de edad comprendida en E.G.B. para que vayan informándose de los peligros de la DROGA, así de este modo tan sencillo se llega a los corazones y al entendimiento de los chicos para que cuando estén en peligro ante una malsana invitación a su iniciación a cualquier tipo de drogas, sepan responder firmemente que NO, que ellos saben muy bien desde pequeñitos que LA DROGA MATA.

Qué pena no disponer de dinero suficiente para poder inundar todas las guarderías infantiles de España con estos cuadernos para colorear y lo mismo para que en todos los colegios españoles se distribuyan gratuitamente los "cómic" de prevención a la DROGA. Pero no desesperamos y cada día llegarán a más sitios y en más cantidad, tanto los "cómic" como los "cuadernos". De dónde saldrá el dinero... Dios proveerá, seguro que sí.

Por eso pienso que es muy importante alertar la conciencia ciudadana para que cada uno colabore según sus posibilidades, unos con su aportación personal de trabajo, otros con sus ayudas económicas, médicos con sus prestaciones profesionales altruistas, personal sanitario y todo tipo de profesionales concienciados que puedan prestar ayuda. Hay muchas personas entregadas a esta gran labor de la lucha contra la DROGA, que cada cual preste la ayuda que pueda, pero que lo haga con fe y alegría para que sea testimonio de concienciación para los demás, hay que ser espléndido con el prójimo, hay que tener en cuenta que participando en la ayuda para construir un mundo mejor, te ayudas a ti mismo, ya que así podrás ofrecer una futura sociedad más perfecta y más humana a tus propios hijos.

A riesgo de ser exhaustivo insisto en la concienciación ciudadana, inasequible al desaliento al igual que las personas que conforman el equipo de la "Coordinadora Antidroga", como ellos sin respiro, sin descanso al pie del cañón, cada uno a su manera, pero todos unidos en contra del enemigo común, que es la DROGA.

No nos importa demasiado los que no quieran entendernos porque no comprenden el peligro social que es la DROGA, tampoco nos inquieta aquellos que al contemplar nuestra entrega a la labor de luchar contra la DROGA y sus múltiples consecuencias sonrían irónicamente, viéndonos como locos quijotes que luchan desesperadamente contra molinos de viento.

Tampoco nos desalienta la inhibición de la Administración cuando recurrimos a ella en demanda de ayuda o en exigencia de soluciones al problema de la DROGA. No nos importa que no nos otorguen subvenciones económicas para poder atender mejor nuestra asistencia médica, comprar medicamentos, material de laboratorio para atender mejor y curar a nuestros enfermos drogodependientes, o también para poder aumentar la tirada de ejemplares de "cuadernos" y "cómic" como medida preventiva cara a nuestra juventud, ejemplares distribuidos gratuitamente por la "Coordinadora Antidroga", así como la atención médico-asistencial de este Centro.

No nos importa que los egoístas tengan los oídos sordos a nuestra solicitud de ayuda, ni nos importa la voluntaria ceguera de la clase política que finge no ver el problema de la DROGA, a pesar de ellos seguiremos con nuestra lucha, allá ellos con su conciencia y con la cualificación moral que reflejen al estar enfrente de un espejo.

Nosotros, el equipo de la "Coordinadora Antidroga" y todos aquellos que aportamos de algún modo nuestro granito de arena en la lucha sin cuartel contra la DROGA, desde la insignificancia individual del ser y la grandeza humana que nos es patrimonio natural, seguiremos por nuestro camino de lucha, porque estamos seguros del acierto en hacerlo y porque además, estamos adquiriendo la experiencia en las dificultades, que gracias a Dios vamos salvando para poder seguir adelante con nuestras metas primordiales, prevención informativa, infantil y juvenil. Tratamiento terapéutico y asistencia médica a los enfermos drogodependientes, así queremos hacerlo todos los días, todos los meses, todos los años, hasta que sea necesario seguiremos luchando contra la DROGA y trataremos de hacerlo todos lo mejor posible.

No queremos caer en el pecado de la egolatría, desgraciadamente somos conscientes de la magnitud del problema social y humano de la DROGA, por ello,

también somos conscientes de nuestras limitaciones y sabemos que nuestra aportación social al respecto es insignificante y de todo punto insuficiente, pero también somos conscientes de que lo que hacemos es mucho más que el no hacer NADA. Estamos en la brecha abierta con nuestra lucha y para todos nosotros es importante estar en donde estamos. Salvar tan sólo una vida humana es para nosotros de una importancia incalculable. Ser vivo testimonio con eco y resonancias de una realidad social, es importante. Ser la voz que clama en el desierto social de la incomprensión, es importante. Que nuestra revista "ANTIDROGA" sea el toque de ALERTA en una sociedad deshumanizada por el frío materialismo de la especulación en aras de la adoración al becerro de oro, es importante. Que alguien esté leyendo estas líneas o las de cualquier otro escrito y por medio de su contenido se sensibilice despertando su interés por la problemática de la DROGA, es importante. Por eso creemos que hacemos lo que debemos hacer.

Reflexionar y no caer en la trampa del sistema, es importante. El hombre es algo más que una máquina de ganar dinero y de rebote ser otra máquina de pagar dinero. No es de extrañar que muchos jóvenes al ver en lo que se han convertido sus mayores y la sociedad que éstos les ofertan, se escandalicen y de ningún modo les llame la atención la perspectivas de ser la continuidad de ellos porque no les seduce convertirse en objetos impersonalizados, cuya perspectiva de futuro sea ser esclavos de la producción y del consumismo.

Todos deberíamos reflexionar que de esta inconformidad con el sistema social nacen muchos jóvenes drogadictos.

Debemos de aceptar que estamos inmersos en una sociedad consumista por excelencia, es obvio que somos esclavos en pagar letras que nunca se acaban, ello nos impulsa al pluriempleo para generar el máximo de ingresos que nunca son suficientes, así nos convertimos en robots que tan sólo saben que ganar y pagar dinero, ganar y pagar hoy; ganar y pagar mañana; ganar y pagar siempre, así toda una vida para llegar siempre, en esta loca carrera, al punto de partida. Porque tan sólo los especuladores usureros ganan más de lo que pueden gastar, pero para éstos, Dios les ha mandado el castigo de la insaciable avaricia.

Y así en esta vorágine materialista vivimos sin vivir. Convertimos nuestras vidas en algo absurdo, sin sentido, olvidándonos de cultivar, con el necesario tiempo del que nunca disponemos, las cosas hermosas de este mundo, todo aquello que nos da verdadero sentido a la vida, como puede ser la dedicación del tiempo para practicar el AMOR, para saber querer y amar mejor a tu esposo, a tu esposa, a los hijos, a los amigos y amigas, sabiendo cuidar celosamente el auténtico sentido de la amistad.

Olvidamos ampliar nuestro conocimiento de las cosas sencillas tan llenas de auténticos valores, como puede ser el intercambio de emociones y sentimientos entre seres humanos, el trato sencillo, cálido y veraz entre personas cabales.

Quizás ya no sepamos llenar nuestra alma de suficiente pureza espiritual para saber y poder gozar con el encuentro sutil de la Creación y a través de su manifestación saber ser conscientes de la omnipotencia divina. Deberíamos cubrirnos de rubor por el mal uso de la libertad que por Dios nos fue entregada. Dios creó al hombre con más poderes que a ninguna otra especie y lo hizo libre como a los pájaros, y el estúpido hombre utilizó su inteligencia para cubrirse de cadenas.

De modo que, meditando sobre lo expuesto, uno se siente reconfortado, importante y feliz al ser consciente que participar en una labor social y humana como es la lucha contra la DROGA, hace que te sientas realizado y lleno de contenido el sentido de tu vida, no lo dudes querido lector, aportar tu ayuda en una obra social tan grande como es la lucha ANTIDROGA, es muy importante.

JESÚS ESTEVE ROCA



JAVIER FELIP BAQUER

RÉQUIEM POR MERCHE

Este tal vez sea uno de mis últimos artículos en tal vez mucho tiempo; la Universidad exige servidumbres de las que las más de las veces es imposible zafarse; llevo en el tema de las drogas tal vez desde 1986, si bien ya antes había tenido el infortunio de contactar con una persona afectada: enferma quiero decir, que se llamaba o bien la llamaban "Isabel la Canaria", corría el año 1980 si bien no recuerdo (¡tantos recuerdos se confunden a veces!), entonces apenas sabía de las drogas más de lo que el estudio de la naturaleza humana me permitía, es decir: que las drogas destruyen, luego entendí que no tenía "ni idea sobre este asunto", pasó el tiempo y luego conocí a Merche... ahí fue cuando me enamoré de Merche... "un ser humano enfermo a quien quise más que a mi propia vida"... inútilmente. Y justo entonces fue cuando comencé desesperadamente a leer todo lo que podía sobre las drogas y aún hoy tengo que considerarme un fracasado en el tema, porque hay preguntas que me hago sin que pueda responderme y lo peor es que Merche se ha perdido... la he perdido. ¿Por qué? Tanto tiempo y tantas aventuras ya han pasado... lejanas y dolorosas unas y llenas de esperanzas otras... y al final de todo el vacío; el horrible abismo de la ignorancia se abre bajo mis pies: siguen las preguntas sin respuesta. A pesar de tantos esfuerzos inauditamente humanos muchas veces, el fracaso y la muerte anticipada ha sido el final. Recuerdo entre las negras nubes de ese pasado que quisiera no haber vivido aquella tarde maldita en Barcelona: día 21 de junio de 1989, aunque antes de esa fecha hubo otra que he tenido la suerte de olvidar, si bien recuerdo que era aproximadamente mediados del mes de mayo de 1989, cuando Merche acudió a verme para decirme que deseaba volver a vivir a mi piso (antes nuestro piso), recuerdo para mi desgracia sus tristes ojos azules mirándome fijamente cuando me hablaba, era yo (estúpido de mí) la persona en la que tal vez más había confiado (necesito pensar que así era), pero le puse una condición: —Que tras veinte días de desintoxicación con los fármacos habituales al uso, al día veintiuno ingresaría en una granja para toxicómanos por el tiempo que procediera—, ella no aceptó y yo no cedí. Pasó el tiempo, el día 21-6-89 fue cuando siguiendo ella en su inhumana pensión acudió a solicitarme ayuda para darse un pico, estaba de "mono", le hice firmar un papel en el que decía que era la última vez que me manipulaba para tal fin, yo traté en mi desesperación de intentarlo todo, incluso que no fuera a parar a la cárcel: lugar en donde el toxicómano casi de modo irreversible empeora hasta hacer de su enfermedad un camino inexorable hacia la muerte. Siguió pasando el tiempo, el tiempo... ese implacable juez, llegó finales de agosto, ella insistía en hacer su proposición: —Javi estoy dispuesta a todo para curarme, excepto a ir a la granja, ya sabes lo

que pienso—, yo seguí firme en mi postura: —O granja o nada—, ¡la perdí!, llegó noviembre una voz triste (como siempre) al otro lado del teléfono me pedía un abrigo, su abrigo de invierno que todavía colgaba en mi armario (antes nuestro armario), se lo llevé a su cochambrosa pensión, por supuesto no había cenado, la heroína era su principal sostén, la invité a cenar (tantas cenas felices habíamos pasado juntos, salvo esa), cuando tenía algo agradable que decirme o bien coquetear decía: —Javi ¿sabes?—, las malas noticias las iniciaba con un: —Javi: he de decirte—, y... lo dijo: —Tengo los anticuerpos—, no supe qué contestarle, ¡el mundo cayó sobre mi asquerosa cabeza!, comprendí que ahora sí era demasiado tarde, ese juez implacable: el cruel paso del tiempo había echado suertes; la suya inexorable, la mía fue el sentimiento de culpabilidad que me atormentará hasta el fin de mis asquerosos días, maldita la hora en que nací si tal vez aceptando otro intento de curación de Merche, tal vez eso no hubiese sucedido; pero la condené con mi actitud, mi conducta la envió a lo peor, un papel puede echarse a la basura lo mismo que podría echarse todo lo que he escrito sobre las drogas a lo largo de este tiempo; a un ser humano no se le puede echar a la basura, aunque pida la enésima oportunidad para salvarse de la droga... hay que concedérsela porque aunque alguno no crea en su posible curación, si nosotros no creemos en ella, la curación será imposible. Tengo que terminar este artículo (por llamarlo de algún modo), seguir escribiendo sería bastante inútil. En la noche de los tiempos todavía se oye una voz que dice: —Amaros los unos a los otros—, y sin embargo seguimos enfermamente matándonos, ¿por qué?, ¿para qué?; las drogas, lo mismo que la vida o la muerte siguen en muchas de las preguntas que me hago sobre estos temas envueltas en el misterio, y el valle de lágrimas sigue. Hasta siempre.