

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 131

# ASISTENCIA MEDICA Y SOCIAL A LOS TOXICOMANOS

## Informe de un Grupo de Estudio

	Página
1. Introducción . . . . .	3
2. El toxicómano . . . . .	4
3. Circunstancias del tratamiento . . . . .	6
4. Principios generales del tratamiento . . . . .	7
5. Programas de tratamiento . . . . .	8
6. Temas de estudio para el futuro . . . . .	13
Anexo. Informaciones generales sobre el tratamiento médico y social de los toxicómanos . . . . .	14

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1957

**GRUPO DE ESTUDIO SOBRE ASISTENCIA MEDICA Y SOCIAL  
A LOS TOXICOMANOS\***

*Ginebra, 19-24 de noviembre de 1956*

*Miembros :*

- Dr. L. Binswanger, Ex-Director Médico del Sanatorio Bellevue, Kreuzlingen, Thurgau, Suiza
- Dr. N. B. Eddy, Chief, Section on Analgesics, Division of Chemistry, National Institute of Arthritis and Metabolic Diseases, National Institutes of Health (Public Health Service), Bethesda, Md., Estados Unidos de América
- Dr. Tsung-Yi Lin, Profesor de Psiquiatría, Jefe del Departamento de Neurología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y del Hospital Clínico de Taiwán, Taipei, Taiwán
- Dr. J. S. Saleh, Ministro de Sanidad, Teherán, Irán
- Dr. G. K. Stürup, Director de la Institución para Delincuentes Psicópatas, Herstedvester, Glostrup, Copenhague, Dinamarca (*Presidente*)
- Dr. S. B. Wortis, Professor of Psychiatry and Neurology, New York University, Bellevue Medical Center, Nueva York, N.Y., Estados Unidos de América (*Relator*)

*Representante de las Naciones Unidas :*

- Sr. G. Yates, Director de la División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra

*Representante del Comité Central Permanente del Opio y del Organo de Fiscalización de Estupefacientes :*

- Sr. L. Atzenwiler, Secretario de ambos organismos, Ginebra, Suiza

*Consultor :*

- Dr. K. W. Chapman, Consultant on Narcotic Addiction, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health (Public Health Service), Bethesda, Md., Estados Unidos de América

*Secretaría :*

- Dr. H. Halbach, Jefe de la Sección de Drogas Toxicomanígenas, OMS (*Secretario*)
- Dr. E. E. Krapf, Jefe de la Sección de Salud Mental, OMS

*\* Personalidades invitadas que no pudieron asistir a la reunión :*

- Sir Ram Nath Chopra, Director de los Laboratorios de Investigaciones sobre Estupefacientes, Srinagar y Jammu Tawi, Cachemira
- Dr. A. Lewis, Professor of Psychiatry, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, Londres, Inglaterra
- Dr. Ahmed Wagdi, Subdirector del Departamento de Enfermedades Mentales, Ministerio de Sanidad, El Cairo, Egipto

## **ASISTENCIA MEDICA Y SOCIAL A LOS TOXICOMANOS**

### **Informe de un Grupo de Estudio**

El Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud abrió la reunión del Grupo de Estudio sobre Asistencia Médica y Social a los Toxicómanos y pronunció unas palabras para manifestar la satisfacción con que la OMS, que venía ya asesorando desde el punto de vista médico a los órganos de las Naciones Unidas encargados de la fiscalización internacional de los estupefacientes, acogía la ocasión que se le ha ofrecido de extender la esfera de sus actividades en la materia y de añadir el estudio del tratamiento médico y de la subsiguiente asistencia a los toxicómanos además de las funciones que ha asumido en la determinación de las propiedades toxicomanígenas de las drogas, según lo estipulado en los correspondientes convenios internacionales. El Director General Adjunto agradeció además la ayuda que los miembros del Grupo de Estudio daban con sus consejos a la Organización, que por primera vez aborda el problema.

### **1. INTRODUCCION**

La tarea del Grupo de Estudio consistía en hacer un examen de los conocimientos científicos y de las experiencias clínicas adquiridas acerca del tratamiento y la asistencia a los toxicómanos, para determinar los principios aplicables a la cura de los casos de toxicomanía, según su diversa caracterización etiológica y patológica y los distintos medios culturales de que proceden.

Con el propósito de llegar a algún resultado práctico, se ha convenido en que serviría de poco detenerse a discutir la definición de la toxicomanía, ya que los puntos de vista son muchos y muy diversos cuando se trata de precisar cuáles son sus caracteres esenciales y que la determinación del momento en que el uso de una droga debe considerarse como toxicomanía depende en gran medida del criterio del observador, es decir, de que se examine el caso bajo su aspecto farmacológico, psicológico,

forense, social, político o moral. Para la medicina y la ciencia, la principal preocupación está en los caracteres de la toxicomanía que se relacionan con la salud y el bienestar de la persona individual, mientras que la sociedad se interesa menos en tales efectos, a no ser que entorpezcan la productividad o dañen a terceros cuando conducen, por ejemplo, a cometer actos antisociales. El Grupo de Estudio ha aceptado, pues, un criterio de salud pública, consistente en considerar que el toxicómano es una persona que, de manera habitual e irresistible, utiliza algún estupefaciente que pone directamente en peligro la salud, la seguridad y el bienestar propios o ajenos.

Como las drogas de que los hombres hacen uso y abuso son muy distintas y numerosas, se ha creído también conveniente limitar el estudio al opio, a los alcaloides del opio y sus derivados, a las sustancias sintéticas que presentan propiedades morfínicas y a las procedentes del cáñamo. Tienen todas esas drogas en común ciertos caracteres, como el gran consumo que se hace de ellas en amplios sectores de la población mundial, el efecto depresor que causan en los mecanismos neurofisiológicos y psíquicos y sus diversas consecuencias de degradación individual y social, como la pereza, la apatía, el abandono personal y el debilitamiento, pero difieren entre sí por la dependencia física que resulta de su uso, estado que sólo se produce en el grupo del opio y de las sustancias morfínicas.

Sin desconocer la importancia de la prevención, el Grupo ha preferido dejar esa cuestión general para un estudio que se haga ulteriormente y se ha limitado al examen de uno solo de sus aspectos: el problema de la re intoxicación (recaída) de los toxicómanos que siguen o han seguido un tratamiento.

El Grupo ha insistido, por último, en afirmar, que el tratamiento de los toxicómanos es un problema médico y que los toxicómanos son enfermos.

## 2. EL TOXICOMANO

No parece posible caracterizar al toxicómano dentro de un tipo bien definido. Mucho se ha escrito — y podría escribirse — acerca de la etiología y patología de esa afección, pero hasta ahora, por desgracia, con muy poca base científica. Algunas indicaciones sobre etiología y patología se darán luego en un Anexo; pero en el cuerpo del informe, dedicado al tratamiento y la asistencia a los toxicómanos, será más cómodo, en cambio, adoptar una clasificación, según que el paciente se preste mejor o peor al tratamiento.

Afortunadamente son muchos los toxicómanos que lo aceptan con facilidad. En ese grupo están las personas expuestas a estados de ansiedad más o menos accidentales producidos por el agotamiento, el hambre o la miseria; el caso es frecuente en países donde los estupefacientes se encuentran sin dificultad a precio asequible: los métodos de tratamiento en masa suelen dar resultados muy satisfactorios. También pueden obtenerse buenos resultados cuando la toxicomanía se debe sobre todo a factores sociales, ambientales o culturales, como ocurre, por ejemplo, en países donde el uso de ciertos estupefacientes por parte de determinadas clases de la sociedad es una tradición muy arraigada desde hace largo tiempo. Se ha observado, por lo menos en uno de esos países, que la aplicación de medidas enérgicas, acompañada de una intensa labor de propaganda y educación, había permitido convertir rápidamente la tolerancia de la opinión pública en una general reprobación del consumo de las drogas. En otros países, donde el mal está menos extendido, hay a veces asociaciones o partidas de carácter frecuentemente asocial o antisocial que imponen a sus afiliados el uso o el hábito de algún estupefaciente. Muchos de ellos aceptan con facilidad el tratamiento en cuanto se los separa de esa influencia degradante.

Tampoco suele ser difícil el problema terapéutico si la toxicomanía es la consecuencia de algún estado patológico físico o psíquico cuando su causa principal desaparece al cesar la enfermedad. Así puede ocurrir, por ejemplo, en el curso de una enfermedad muy dolorosa o en las fases de melancolía de la psicosis maníacodepresiva. La toxicomanía no es imputable entonces a un desorden radical de la personalidad y cuando, con o sin tratamiento, hayan cesado el motivo adicional de dolor o la depresión profunda, no habrá seguramente dificultad mayor en conseguir del paciente que renuncie a su hábito, incluso en el caso de que la supresión de la droga le produzca algún sufrimiento físico o mental.

El grupo de tratamiento más difícil es el de los toxicómanos, por otra parte menos numeroso, cuya personalidad adolece de algún trastorno patológico básico del carácter. Cuanto más uso hagan de las drogas para resolver sus hondas dificultades íntimas, más grave será su toxicomanía. Un tratamiento intensivo de índole psicoterapéutica, basado en el análisis de los factores determinantes de la situación, se impone en cada caso. Entre esos factores se encuentra con frecuencia el desarrollo insuficiente del carácter, el deseo de no vivir más que en el presente, el narcisismo o la tendencia a la destrucción e incluso a la autodestrucción. La incapacidad de dar un sentido a la vida y el afán de evitar la realidad son caracteres muy acusados en esos toxicómanos, que a menudo se muestran impotentes para afrontar sus estados de frustración, de tensión

y de ansiedad. Entre las causas básicas precoces que pueden haber originado tales síntomas cabe citar las siguientes :

a) carencia afectiva, producida por una descomposición del medio familiar o por el insuficiente interés que los padres hayan puesto en el niño ;

b) exceso de indulgencia y falta de disciplina en la educación ;

c) dificultades encontradas por el niño para identificarse con la imagen que se haya formado de sus padres y para proponerse ideales sanos, como puede ocurrir, por ejemplo, en el caso de los hogares deshechos, cuando los padres se ausentan excesivamente o cuando están desunidos ;

d) prejuicios de clase y desviaciones de la realidad en familias burguesas preocupadas por situaciones de nivel superior al que corresponda al niño ;

e) desconfianza en la autoridad por efecto de lo anterior.

Son frecuentes, en resumen, esos casos de toxicomanía en personas que adolecen de un desarrollo incompleto del ego o del superego, lo que explica además la tendencia que suele observarse en ellas hacia la deslealtad y la doblez.

Desde el punto de vista de la facilidad con que se acepta el tratamiento, la toxicomanía permite hacer un pronóstico mucho menos sombrío de lo que en general se cree cuando no se tiene presente más que este último grupo.

Conviene, empero, advertir, que no es imposible el paso de un grupo a otro. Un paciente considerado por la intensidad de sus conflictos psíquicos como un grave problema terapéutico puede adquirir, gracias a un tratamiento adecuado, el grado suficiente de adaptación para prescindir de las drogas y, al revés, un enfermo que parezca curable, si se ve sometido a los efectos de alguna tensión más violenta, acaso llegue a dejarse dominar por el hábito del estupefaciente con el que crea aliviar la angustia que le tortura.

### 3. CIRCUNSTANCIAS DEL TRATAMIENTO

La exigencia fundamental para el tratamiento eficaz es la limitación del comercio de las drogas. En colaboración con los órganos de las Naciones Unidas dedicados a la fiscalización internacional de los estupefacientes, muchos gobiernos han adoptado enérgicas medidas con que atacar a fondo el problema, pero es evidente que las autoridades nacionales tropezarán con grandes dificultades para imponer dicha limitación si los países limítrofes no practican una política análoga.

El régimen jurídico aplicable al caso tiene mucha importancia para el éxito de los programas de tratamiento. En el Anexo se recogen varios detalles acerca de las disposiciones vigentes en diversos países. Muchas veces ocurre que la reglamentación existe efectivamente, pero que apenas se aplica. Aunque haya enfermos provistos de bastante firmeza de ánimo para que se les pueda dejar en libertad de someterse voluntariamente al tratamiento, la mayor parte de los toxicómanos no abandonan un hábito que encuentran agradable sin el empleo de ciertas medidas coercitivas, que pueden consistir, de preferencia, en una especie de tutela médica impuesta con arreglo a las leyes civiles.

Los procedimientos de coerción varían según las leyes y prácticas jurídicas del país respectivo. En cualquier caso, deberán ajustarse a las necesidades de la cura, que el médico encargado del tratamiento habrá de precisar. En otras secciones del presente informe se detallan algunos aspectos de la cuestión.

En ciertos países y colectividades, la ley considera a veces al toxicómano como un delincuente. Cuando así ocurre, deberá facilitársele, siempre que sea posible, la adecuada asistencia médica de que luego se hará mención. Dentro de lo que permitan las circunstancias y los reglamentos penitenciarios, convendrá establecer una serie graduada de medidas de vigilancia que, por ejemplo, comprenda, entre otras, la libertad bajo palabra y un periodo de prueba en forma análoga a la de la tutela médica obligatoria.

El ideal para poner en marcha un programa es contar con todos los medios que exige su ejecución, cosa que en algunos países evidentemente no ocurre; pero, aun en esos casos, habrá que aplicar los principios generales del tratamiento.

#### **4. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO**

Nunca se insistirá bastante en repetir que el primer principio en que debe inspirarse el tratamiento es considerar a los toxicómanos como enfermos, de donde se infiere que, en vez de castigarlos, hay que someterlos a tratamiento médico. Adviértase, además, que para lograr resultados efectivos y duraderos, cuando menos en los casos que no responden bien a un método sencillo o colectivo, el tratamiento habrá de basarse en un estudio de la personalidad del paciente y tener un carácter psicoterapéutico, es decir, que no se diferenciará esencialmente del que se ha de dar a otros trastornos de la personalidad. Habrá que ayudar al paciente a formarse una idea más clara de los problemas que le atormentan, a comprender la irrealidad de sus temores y deseos neuróticos, y a juzgar con más

acierto las situaciones, para ponerle en condiciones mejores de reaccionar a las inevitables tensiones de la vida.

Con frecuencia será necesario imponer coactivamente el tratamiento ; pero, siempre que sea posible, convendrá dejar al paciente la libertad de tomar la decisión o, por lo menos, la impresión de que se le ha dejado tomarla, para que desde el principio se pueda contar con alguna colaboración por su parte y se establezca una saludable atmósfera de confianza. Todo ello dependerá más o menos de la naturaleza del pronóstico, de la disposición en que estén las personas que rodeen al enfermo para ayudarle a aceptar el tratamiento, de que los resultados ya obtenidos contribuyan a persuadirle y, por supuesto, del criterio y juicio del médico.

Los miembros del Grupo estuvieron de acuerdo en que la finalidad del tratamiento es ayudar al toxicómano a adquirir, sin necesidad de estupefacientes, la impresión de una satisfacción y de un bienestar relativos y a adaptar adecuadamente sus relaciones sociales. Quedó bien claro que entretener la toxicomanía no es nunca una manera de tratarla, siquiera en ciertos casos la supresión completa de la droga pueda aplazarse.

Hay estados patológicos manifiestos y bien caracterizados, como ciertas enfermedades crónicas graves o como la fase final de una enfermedad incurable, en que la administración continua de drogas está indicada. Por otra parte, la experiencia adquirida en distintos países sobre los problemas de la toxicomanía y los recientes conocimientos que contribuyen a esclarecer la psicología del toxicómano, han llevado a los médicos a considerar que en ciertos casos excepcionales la administración de drogas durante un periodo prolongado es compatible con la buena práctica profesional. En cualquier caso, el médico que diagnostica y trata a un toxicómano deberá abstenerse de prescribir el uso de la droga sin consultar desde el principio con un especialista autorizado y volver a hacerlo periódicamente en el curso de la curación.

## 5. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento médico del toxicómano ha de ser total, y proponerse, en consecuencia, la rehabilitación somática, psicológica y social del paciente. (En el Anexo al presente informe se recogen otras informaciones sobre este punto.) Compónese el tratamiento de tres fases : la de preparación, la de supresión y la de consolidación ; las tres se integran en una sucesión continua que puede a veces extenderse a lo largo de varios años. La experiencia muestra que los progresos o las recaídas del toxicómano se observan mucho mejor cuando durante todo ese tiempo está asistido por el mismo médico y por su equipo de colaboradores, que cuando se han encargado de

su asistencia y vigilancia una serie de personas que trabajen independientemente unas de otras.

En la fase preparatoria del tratamiento se determinará la droga empleada y el grado y duración de la toxicomanía, y se estudiarán la personalidad del toxicómano y sus trastornos. Se ha aludido ya en la sección 2 a los problemas de la personalidad y a algunas de sus causas subyacentes. Con frecuencia, el estudio cuidadoso de la situación familiar y social del toxicómano y de sus relaciones personales podrá ser de mucha ayuda, no sólo para apreciar con más exactitud el caso, sino para averiguar la medida en que el medio social y familiar pueda facilitar el tratamiento que se vaya a aplicar. Durante la fase preparatoria conviene establecer un plan de tratamiento y discutirlo con el propio paciente, a fin de calmar su ansiedad y de avivar su voluntad de curación. Las relaciones establecidas en ese momento entre el médico y el enfermo pueden tener sensible influencia en las fases siguientes del tratamiento.

Como la supresión de la droga suele ser penosa y provocar un sentimiento de angustia y de frustración, conviene proceder con cuidado y habilidad. Cualquiera que sea el método de tratamiento, el primer deber del médico consiste en que la supresión se haga cuanto antes y con el menor daño posible. No quiere eso decir que deba atribuirse exagerada importancia a los problemas de metodología, porque entonces, lo mismo que cuando se conoce mal el síndrome de abstinencia, la consecuencia sería dar a esta fase unas proporciones mayores que las que le corresponden en realidad. Otro error consiste en confundir la supresión con el tratamiento total del paciente. La verdad es que el proceso de la supresión se completa en sí mismo con tal de que, por una parte, se suprima efectivamente el uso de la droga y de que, por la otra, no se aplique un tratamiento tan riguroso que perjudique al paciente.

Como las sustancias derivadas del cáñamo no engendran estados de dependencia física, la supresión puede hacerse bruscamente sin que aparezcan síntomas objetivos ni se produzcan efectos físicos perjudiciales para el toxicómano. Las observaciones siguientes sólo se refieren, en consecuencia, al opio, a sus derivados y a las sustancias sintéticas semejantes a la morfina.

La supresión de la droga puede hacerse de dos maneras : 1) progresivamente, con distintos grados de rapidez, y 2) bruscamente.

1. Los métodos de supresión progresiva pueden subdividirse así :

a) supresión gradual en un periodo de varias semanas o de varios meses, durante los cuales se seguirá administrando la misma droga ; la terapéutica coadyuvante comprende sustancias como los barbitúricos, los

bromuros, la escopolamina, la hiosciamina, la atropina y, más recientemente, la clorpromacina, la reserpina y el meprobamato ;

b) supresión rápida, que se lleva a cabo en un periodo comprendido entre 7 y 14 días: la terapéutica coadyuvante es la misma que en el apartado anterior ;

c) sustitución de la droga por otro estupefaciente cuya supresión provoqu e síntomas de abstinencia menos graves.

2. Los métodos de supresión brusca pueden subdividirse así :

a) interrupción brusca en la administración de la droga y de cualquier otro estupefaciente ; en caso de graves colapsos podrá emplearse, junto a otras medidas apropiadas para aliviar los síntomas, una terapéutica coadyuvante que consista en inyecciones intravenosas de sueros salinos, analépticos cardiovasculares, etc. ;

b) igual tratamiento que el indicado en el apartado anterior a), pero con empleo de sustancias no estupefacientes, como los barbitúricos, los compuestos de calcio, la escopolamina, la hiosciamina, la clorpromacina, la reserpina y el meprobamato, que se caracterizan por la propiedad de atenuar los síntomas y los signos de abstinencia (*masking treatment*) ;

c) igual tratamiento que en el anterior apartado 2 a) pero con aplicaciones periódicas de electroshocks o de shocks insulínicos.

La mayoría de los miembros del grupo consideran que el tratamiento a base de sustituir la droga por la metadona es el más eficaz, el más sencillo y el más fácil de cuantos se aplican para la supresión del opio, de las sustancias derivadas del opio y de las drogas sintéticas semejantes a la morfina. A petición de alguno de ellos, se da una indicación somera del tratamiento.<sup>1</sup>

El tratamiento con sedantes llamado *masking treatment* por los anglosajones, a base de barbitúricos, de clorpromacina, etc. (véase más arriba), suele aumentar inútilmente los peligros<sup>2</sup> de la supresión de la droga, sobre todo en comparación con el riesgo menor de su sustitución por la metadona. El Grupo de Estudio no desconoce, sin embargo, que esos

<sup>1</sup> Se administra al paciente, según la gravedad de los signos de abstinencia, hasta 20 mg de metadona (por vía oral o hipodérmica) tres veces al día. Desde el segundo día se reduce progresivamente la metadona hasta suprimirla en un periodo de 3 a 10 días.

El método requiere mucha experiencia en la apreciación de los signos y síntomas de abstinencia y debe ser aplicado con cautela (Vogel, U. H., Isbell, H. & Chapman, K. W. (1948) *J. Amer. med. Ass.*, 138, 1019).

<sup>2</sup> Véase Fraser, H. F. & Isbell, H. (1956) *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)*, 76, 257.

medicamentos pueden tener alguna aplicación adecuada después de la supresión de los derivados del opio. También tiene noticia de ciertos remedios que se ofrecen en el mercado con la pretensión de disminuir como por milagro los síntomas de abstinencia. Anúncianse asimismo otros tratamientos y medicamentos « patentados » para la cura de la toxicomanía, entre los cuales hay varios productos cuyo valor terapéutico específico es muy escaso o nulo. Todos esos métodos están faltos de la indispensable confirmación que ha de dar una experimentación clínica científicamente practicada y comprobada.

Durante la fase de supresión o muy poco después ha de procurarse curar o corregir cualquier enfermedad o trastorno somático que tenga remedio. Cabe incluso, que estos otros tratamientos terapéuticos aconsejen dejar la supresión completa de la droga para momento más oportuno (por ejemplo, en caso de cardiopatías graves, asma bronquial, etc.).

Tan pronto como sea posible, habrá que pasar a la fase de consolidación. Es la que requiere más tiempo y la que más decepciones causa, pero tiene capital importancia. El objeto que se persigue es rehabilitar al toxicómano hasta ponerlo en condiciones de soportar sin necesidad de estupefacientes las fatigas y los sinsabores de la vida.

Al escapar repentinamente a la tiranía de la droga, muchos enfermos se ven invadidos por un exceso de confianza o, al contrario, por un abatimiento descorazonador que puede llevarlos, si el médico no logra conservar su ascendiente, a abandonar el tratamiento. Por experiencia se sabe que durante ese periodo crítico, que puede a veces prolongarse dos o tres años, la proporción de recaídas es muy alta. Importa mucho que se acentúe en esta fase la ayuda moral que reciba el paciente del médico, de sus familiares y amigos, del medio en que trabaje, de la colectividad y, en su caso, de las instituciones religiosas.

Por efecto de esa tendencia a abandonar el tratamiento se hace necesario tomar disposiciones que mantengan toda la autoridad de que el médico ha de estar investido y que al mismo tiempo permitan al paciente ir recuperando el pleno uso de su responsabilidad personal.

El Grupo de Estudio entiende que el mejor medio de lograr la consolidación, a lo largo de un periodo que puede prolongarse, es colocar al enfermo bajo una especie de tutela médica obligatoria, cuyas modalidades variarán de un país a otro y que se mantendrá mientras lo considere necesario la autoridad médica competente. Ese tratamiento de carácter obligatorio podrá llevarse a cabo, según convenga, con o sin internamiento en una institución adecuada, lo mismo que el de otros trastornos psiquiátricos. Conviene también haber previsto medidas especiales para los toxicómanos capaces de someterse por sí mismos a la disciplina de un

largo tratamiento sin necesidad de tutela obligatoria, como se ha indicado ya.

Parece recomendable modificar progresivamente las condiciones del medio en que convenga situar al paciente. La determinación de las que cada caso requiera dependerá de la apreciación del médico. Esa sucesión gradual debe ir desde la reclusión clínica en locales cerrados, que ofrece mayor seguridad, pasando por la hospitalización abierta y un régimen de libertad intervenida en un medio vigilado o protegido, hasta la vigilancia ejercida en el mismo domicilio del paciente, donde éste, asistido por su propio médico o por el médico de sanidad, acabará por recuperar el pleno dominio de sus actos. El paso de un régimen a otro en la sucesión indicada dependerá en cierta medida de diversos factores, como la personalidad del paciente, su identificación con el medio familiar en que viva, la intensidad y amplitud de su toxicomanía, las reacciones de la colectividad, etc. La decisión no deberá fundarse sólo en que el paciente haya o no abandonado el uso de la droga, sino que se tendrá en cuenta el conjunto de la situación. Ha de quedar bien claro, además, que ninguna de las medidas indicadas deberá revestir el carácter de una sanción penal.

Como en su mayor parte la fase de consolidación suele transcurrir fuera del hospital, conviene hacer cuanto sea posible para conseguir que todos los servicios públicos que pueden coadyuvar al éxito del tratamiento — asistencia social y familiar, clínicas psiquiátricas, establecimientos de readaptación profesional, bolsas del trabajo, etc. — procuren contribuir a la rehabilitación social del toxicómano en la comunidad. Ahí es donde la toxicomanía se origina y donde ha de consumarse la completa curación. En ocasiones convendrá incluso aplicar a la familia del toxicómano una psicoterapia de grupo.

Se ha dicho ya que en algunos casos puede ponerse confianza en el propio toxicómano y que ha de haberse previsto el caso de que no sea necesario su internamiento. Los progresos recientes de la psicología en el análisis de la conducta humana, la mayor experiencia de los médicos respecto a las toxicomanías, y la que paralelamente a ésta se ha adquirido en el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, han dado al Grupo el convencimiento de que el sistema tradicional, que consideraba indispensable aplicar a las dos primeras fases de la cura un régimen cerrado, admite ahora ciertas excepciones. Convendrá, en consecuencia, tomar disposiciones jurídicas y de otra índole en previsión del tratamiento de los toxicómanos en su domicilio, en la residencia del médico o en el consultorio, siempre que la autoridad médica competente considere oportuno hacerlo.

## 6. TEMAS DE ESTUDIO PARA EL FUTURO

A pesar de los progresos importantes hechos recientemente gracias a la labor de diversos investigadores, nuestros conocimientos sobre la toxicomanía adolecen todavía de lagunas considerables.

Explícense en buena parte esas deficiencias por el escaso empleo que hasta ahora se ha hecho de las técnicas y descubrimientos recientes en medicina (sanidad inclusive), sociología y psicología. Hace falta, por ejemplo :

a) Determinar la frecuencia de la toxicomanía en los diferentes países ; sería interesante, además, en relación con este punto, conocer las clases de drogas más usadas, con indicaciones sobre los lugares y los motivos, y averiguar las razones que influyen en las fluctuaciones cíclicas del abuso de las mismas.

b) Establecer métodos más precisos de diagnóstico, como, por ejemplo, algunas técnicas sencillas de laboratorio que permitan descubrir la presencia de drogas en la orina.

c) Practicar estudios sobre la vida de los toxicómanos para determinar, entre otros, los siguientes extremos : informaciones más precisas y circunstanciadas, origen y desarrollo de la toxicomanía ; sustitución o acumulación de drogas o sustitución de la toxicomanía por otro trastorno mental ; relaciones entre la personalidad y la elección de la droga y, por último, eficacia de los distintos métodos de tratamiento.

Todas esas cuestiones se refieren, en general, a aspectos « epidemiológicos » de la toxicomanía. Conviene también completar las informaciones desde el punto de vista de la sociología y extenderlas, por ejemplo, a los siguientes extremos :

a) Factores sociales que intervienen en el desarrollo de las diferentes clases de toxicómanos y de toxicomanías.

b) Influencia de la familia y del medio social inmediato en la aparición y evolución de la toxicomanía.

Los progresos hechos recientemente en psicofarmacología permiten comprender con más precisión los efectos neurofisiológicos de las drogas. Se trata de una investigación que acaso dé solución al problema secular de encontrar una droga que alivie el dolor físico sin peligro de engendrar hábito.

Los miembros del grupo saben perfectamente que otras muchas cuestiones requieren también estudio, y atribuyen gran importancia a la organización de las investigaciones para determinar cuáles son las que pueden ser abordadas y en qué condiciones procede hacerlo.

### Anexo

## INFORMACIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO Y SOCIAL DE LOS TOXICOMANOS

### Etiología

Las causas de la toxicomanía son múltiples y varían según la persona y la sociedad. Además de los factores culturales y económicos interviene también el estado individual de salud y de bienestar, lo mismo en el aspecto físico que en el psíquico.

En ciertos países de Oriente, por ejemplo, el campesino carece por lo general de servicio médico, y como no puede acudir a nadie que le asista cuando cae enfermo, la única manera que tiene de aliviar el dolor es fumar o ingerir opio. Los que padecen afecciones crónicas son fácil presa de la droga. En los países occidentales ocurre, en cambio, que ciertos médicos autorizan el empleo de estupefacientes sin el debido discernimiento, y con su negligencia convierten en toxicómanos a algunos de sus pacientes.

Lo más probable es que los primeros contactos del toxicómano con la droga se hayan establecido por curiosidad personal o por la influencia de un grupo o del medio, y que la sensación de placer así obtenida le haya llevado luego a repetirla sin saciarse.

Hace más de cincuenta años que, según Terry & Pellens,<sup>1</sup> por algunos médicos perspicaces se empezó a considerar la toxicomanía no como una enfermedad bien definida, sino más bien como el síntoma de un trastorno psiquiátrico básico que reflejaba una ineptitud personal para adaptarse a la vida sin ayuda de estupefacientes. La propiedad notable de moderar la ansiedad que suscitan el miedo al dolor, el hambre o el impulso sexual, sin afectar gravemente el sensorio, hace de la morfina un agente característico de alivio emocional.

El temperamento pasivo-agresivo puede encontrar en los derivados del opio el apoyo que necesita un yo mal defendido. Ciertos soñadores consiguen con la droga pasar de la realidad a un mundo fantasmagórico. Otros que tienen propensión a exteriorizar sus vivencias en forma de actos expresan así la hostilidad que les inspira la imagen aborrecida de los padres o de sus representaciones sociales. Estos ejemplos, tomados

---

<sup>1</sup> Terry, E. & Pellens, M. (1928) *The opium problem*, New York

entre otros muchos, indican la complejidad y la amplitud de los problemas de la personalidad que conducen a la toxicomanía.

Dificultades de otra índole intervienen también, en gran medida, en muchas circunstancias. La droga puede atenuar el sentimiento de frustración que comparten a veces los miembros de ciertos grupos minoritarios. Puede también mitigar los apremios del hambre. Sabido es que en algunos países hay padres que, agotados por el trabajo, dan opio a sus hijos revoltosos o famélicos, para tranquilizarlos.

Determinadas actitudes predominantes en el medio social y cultural contribuyen asimismo a provocar la toxicomanía y dejan sentir su influencia en los factores psiquiátricos. Así, por ejemplo, la costumbre de fumar opio, que está socialmente aceptada en varios países de Oriente, apenas provoca allí angustia o inquietud en quienes tienen ese hábito; y si el Corán prohibe las sustancias que alteran el uso de las facultades mentales, se ha dado a ese precepto una interpretación restrictiva, reduciéndolo a las bebidas alcohólicas, con lo que el consumo de estupefacientes queda autorizado. Sin necesidad de analizar la validez del argumento, basta con que tenga fuerza en una tradición popular. En las sociedades occidentales, por el contrario, el hábito de las drogas merece la reprobación general, de manera que la violación de ese tabú puede dar salida a una hostilidad contra las instituciones sociales o alimentar un gusto morboso por la culpabilidad, sentimientos ambos que no podrían producirse en Oriente.

Son muchas las hipótesis con que en el curso del tiempo se han intentado definir los factores psicológicos que intervienen en la toxicomanía. Algunas de ellas la relacionan con ciertas deficiencias o predisposiciones de los mecanismos nerviosos o químicos. Sus mismos partidarios piensan, sin embargo, que esa «teoría del terreno» para explicar el comportamiento humano no permite dar cuenta de la toxicomanía en muchos casos particulares. Es interesante a ese propósito el trabajo de Hoffer et al.<sup>1</sup> donde se dice que los trastornos metabólicos pueden explicar la esquizofrenia, por tratarse de un diagnóstico relativamente frecuente en los toxicómanos. Los efectos de los atarácicos parecen indicar también la posibilidad de alguna explicación orgánica que se añada a las causas psíquicas y a la influencia del medio.

Lo anterior se refiere exclusivamente a los derivados del opio; conviene también tratar de la marihuana (haschís), cuyo uso está extendido en ciertos países mediterráneos y de América Latina en los que no es raro que en las zonas rurales se proponga a las visitas fumar el tóxico con la misma naturalidad que en Occidente se ofrece una copa.

<sup>1</sup> Hoffer, A., Osmond, H. & Smythies, J. (1954) *J. ment. Sci.*, **100**, 29

La sensación placentera que el fumador de haschís predispuesto a la toxicomanía encuentra en esa droga, le lleva a seguir consumiéndola en detrimento de su personalidad como ciudadano, como esposo o como padre. Se ha supuesto que la droga le ayuda a apaciguar su erotismo o a reavivar el apetito sexual hacia una pareja de siempre. Conviene, sin embargo, advertir, por la importancia que tiene desde el punto de vista etiológico, que no todos los fumadores abusan de la droga, aunque tengan hambre y vivan en la pobreza y en el fracaso. También es interesante recordar que algunos médicos experimentados han podido observar en Egipto que las drogas del cáñamo actúan sobre la sexualidad como el alcohol, es decir, que aumentan el deseo pero inhiben el acto.

En los países occidentales, el problema que plantea la marihuana se limita mucho más. Con cierta periodicidad aparecen grupos de gente joven inclinada a la delincuencia que se habitúan a esa droga. Es difícil verificar los peligros que de ello resulten, porque abundan los relatos deformados y no comprobados de orgías, en los que la realidad y la ficción están inextricablemente enmarañadas, pero hay motivos para sospechar que muchos jóvenes conedores de esa situación alegan como excusa de sus actos delictivos unos cigarrillos de marihuana que dicen haber fumado.

Los motivos de que una droga determinada se extienda en un determinado medio cultural o social están, si cabe, todavía menos claros que las razones que pueden explicar el uso de los estupefacientes. El precio, la facilidad de adquisición y la costumbre tienen probablemente importancia al respecto, pero ciertas particularidades raciales de carácter psicológico pueden influir también. Muy difícil se hace explicar las oscilaciones del consumo de la heroína, la morfina, las drogas sintéticas y la marihuana en los países de Occidente, según el tiempo y el lugar. A veces pudiera creerse en una especie de « contagio psíquico ».

De lo dicho se infiere que la multiplicidad de los factores que intervienen en el problema hace sumamente difícil su planteamiento claro y preciso. La falta de denominadores comunes en materia cultural, religión, legislación y tradición social imposibilita, por otra parte, las generalizaciones fáciles.

#### **Condiciones generales del tratamiento**

El régimen jurídico aplicable al tratamiento de los toxicómanos es muy variable y no parece guardar relación con la cultura ni con las costumbres. En algunos países es casi imposible averiguar cuál es el derecho positivo, escrito o no, que está en vigor. La actitud del personal encargado de aplicar la ley, las reacciones de la opinión pública ante el toxicómano

y el rigor o la tolerancia de los médicos, son algunos de los factores que más influencia tienen en esa situación.

Casi todos los países que han dictado disposiciones sobre toxicomanía y tratamiento de los toxicómanos parten del principio de que el consumo lícito de los estupefacientes se limita, en resumen, a los usos médicos y científicos. Puede prescindirse aquí de considerar este último caso, ya que su finalidad es evidente. El empleo de los estupefacientes para usos médicos se presta, en cambio, a interpretaciones muy diversas.

En los Estados Unidos, por ejemplo, se considera generalmente que sólo está autorizado el empleo de los estupefacientes para aliviar el dolor y el sufrimiento debidos a una enfermedad física, pero no para satisfacer la necesidad que puede sentir el toxicómano. Ello no obstante, se permite el uso de las drogas en el tratamiento supresivo, siempre y cuando no se ponga en manos del paciente ninguna provisión o reserva y el tratamiento, salvo excepción rara, se efectúe en un hospital. Algunos países europeos han tomado análogas disposiciones para combatir la toxicomanía. Se exceptúa empero el caso de las personas en quienes, a pesar de su buen estado físico, no se logra suprimir con éxito el uso de las drogas o que no llegan a adaptarse bien al medio social sin emplearlas.<sup>1</sup>

En algunos Estados de los Estados Unidos y en otros países, las leyes civiles han previsto el internamiento voluntario que, de todas maneras, se aplica rara vez. Otros procedimientos de derecho privado permitirían también el establecimiento de alguna especie de tutela con el asentimiento del paciente, siguiera en algunos países el ejercicio de los derechos civiles pueda hacer dudosa la procedencia de su reclusión.

Las leyes han previsto la tutela médica obligatoria en 37 de los 48 Estados de la Unión<sup>2</sup> y en algunos países europeos como, por ejemplo, en la República Federal de Alemania, siempre que el toxicómano represente un peligro para sí mismo o para la comunidad. Aunque hasta ahora su aplicación sea más bien excepcional, se recomienda cada vez más el empleo de una fórmula que, como ésa, resuelve el problema del tratamiento durante un largo periodo y el de la vigilancia subsiguiente en forma mucho más discreta.

El régimen establecido por esas legislaciones consiste esencialmente en un periodo indefinido de hospitalización con las garantías habituales del secreto médico y judicial. Tiene además la ventaja de permitir una situación de libertad bajo palabra en ciertas condiciones de vigilancia

---

<sup>1</sup> United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Home Office (1956) *The duties of doctors and dentists under the Dangerous Drugs Acts*, London

<sup>2</sup> Naciones Unidas (1955) *Reseña de la legislación relativa al tratamiento de los toxicómanos que rige en cada uno de los Estados de los Estados Unidos de América* (Documento D.C. (E/CN.7/296))

y el tratamiento ambulatorio durante largos periodos con posibilidad de reinternamiento inmediato en caso de recaída. Una vez desintoxicado, el paciente puede, sin embargo, pedir que se le ponga en libertad y muchas veces lo consigue. El problema se complica en ciertos casos cuando, por ejemplo, hay una jurisprudencia como la del Tribunal Supremo del Estado de Nueva York, según la cual los jueces no tienen competencia para decidir la reclusión de un toxicómano si las leyes no prohíben la toxicomanía. Cabe también acudir al procedimiento criminal. La reclusión se prolonga entonces durante un periodo determinado en la sentencia, con posibilidades limitadas de ensayar un régimen de libertad bajo palabra o un periodo de prueba. En caso de reincidencia puede hacer falta un nuevo proceso para decidir el reinternamiento. La reclusión con arreglo a las leyes penales no suele ofrecer, pues, la flexibilidad que requiere la cura, ni lleva consigo la aplicación del tratamiento médico adecuado.

La reclusión penitenciaria para el tratamiento de la toxicomanía se aplica en muy pocos países. Los Estados Unidos son uno de ellos desde 1935. Se han construido allí dos hospitales federales para ese fin, en Lexington, Ky. y en Fort Worth, Tex. Con el mismo objeto, el Irán ha establecido en varias provincias unos campos donde los toxicómanos permanecen durante 30 días para seguir un tratamiento supresivo y de reeducación. También se ha creado hace poco en Singapur un centro análogo para el tratamiento de los toxicómanos detenidos y condenados. Otros países tienen asimismo en proyecto la construcción de hospitales especiales para el tratamiento de los toxicómanos, reclusos por sentencia firme de la jurisdicción criminal. Así lo ha dispuesto una ley de 1928 en Egipto y, en fecha más reciente, la legislación griega. En la mayoría de los países, sin embargo, no se ha tomado ninguna disposición para el tratamiento de los toxicómanos condenados.

En Washington, D.C., Estados Unidos, se ha establecido un régimen en que se combina el procedimiento civil y el procedimiento criminal para la reclusión de los toxicómanos no incurso en otra responsabilidad penal, régimen que consiste en someterlos a tratamiento obligatorio en un hospital federal y a un periodo subsiguiente de vigilancia en la ciudad de Washington durante dos años.

En la mayoría de los países se exige la concurrencia de alguna enfermedad física para justificar la aplicación de un tratamiento especial o para suspender la del tratamiento supresivo, pero como las modalidades del procedimiento son muy variables y dependen de circunstancias muy diversas, sería prácticamente imposible enunciarlas o explicarlas aquí.

### **Programas de tratamiento**

Son muchos los países que se han preocupado por la necesidad de preparar programas nacionales para el tratamiento de los toxicómanos,

pero sólo en algunos se han puesto en marcha esos programas. Los que más progresos han hecho al respecto son los Estados Unidos y el Irán. Desde 1935 funcionan en los Estados Unidos los dos hospitales federales antes citados, que están dedicados especialmente al tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos. Los Estados de California y Nueva York, entre otros, han establecido también centros análogos. California inauguró en 1930 un hospital que se cerró diez años más tarde; el hospital de Nueva York se inauguró en 1952. En algunas grandes ciudades, como Chicago, Ill., y Detroit, Mich., hay consultorios psiquiátricos especiales para el tratamiento ambulatorio de los toxicómanos a su salida del hospital. En Irán se ha emprendido en noviembre de 1955 un programa especial y se han establecido centros provinciales donde se da a los toxicómanos un rápido tratamiento supresivo y de rehabilitación. En otros países, como la República Federal de Alemania, Dinamarca y Argentina, se admite a los toxicómanos en los hospitales psiquiátricos del Estado cuando hay camas libres. En la mayoría de los países, el enfermo puede seguir la cura en una clínica privada o someterse a un tratamiento ambulatorio dirigido por un médico en ejercicio.

A pesar de que suele considerarse que, por lo general, la toxicomanía no es sino el síntoma de un trastorno psiquiátrico básico, las técnicas supresivas del tratamiento siguen reteniendo en particular la atención. Kolb & Ossenfort<sup>1</sup> decían ya en 1938 que « la mayor parte de la literatura sobre la cura de la toxicomanía trata sólo de la supresión... Algunos de los métodos preconizados son peligrosos...; muchos de ellos carecen de valor; en cualquier caso, todos pueden tener éxito, siempre y cuando cumplan la doble condición de suprimir la droga y de no acudir para ello a medios tan enérgicos que causen la muerte del paciente, cosa que, por lo demás, ocurre con demasiada frecuencia ». P. O. Wolff<sup>2</sup> ha publicado una reseña analítica muy completa de esas técnicas, pero, por desgracia, todavía no se ha hecho un estudio científico de la mayor parte de estos métodos.

Casi todos los especialistas están de acuerdo en la necesidad de completar la terapéutica somática con un tratamiento sedativo coadyuvante. Los estudios publicados en Europa y en los Estados Unidos han insistido muchas veces en la conveniencia de una psicoterapia de esa índole. Incluso en el tratamiento rápido que se aplica en el Irán a los fumadores de opio se tiene presente esa indicación y se procura robustecer la personalidad del paciente e inculcarle, mediante la persuasión, los reglamentos de policía, la presión de la opinión pública, etc., una noción clara de los perniciosos efectos de la droga. En Egipto, los hospitales que tratan a los fumadores de haschís dan mucha importancia a la terapia de grupo.

<sup>1</sup> Kolb, L. & Ossenfort, W. F. (1938) *Sth. med. J. (Bgham, Ala.)*, **31**, 914

<sup>2</sup> Wolff, P. O. (1946) *Bull. Hlth Org. L.o.N.* **12**, 455; *Bull. Org. Hyg. S.d.N.*, **12**, 479

Los autores alemanes recomiendan que la psicoterapia, iniciada desde el principio del tratamiento, se mantenga durante unas semanas en el hospital y se prosiga luego durante varios meses en el periodo ambulatorio subsiguiente.

Desgraciadamente, el régimen jurídico y las posibilidades materiales para proseguir el tratamiento después del alta en el hospital son poco satisfactorios incluso en países donde los programas sanitarios están más avanzados. Salvo en el caso de los toxicómanos en libertad condicional después de una sentencia condenatoria por actos delictivos, son muy pocas las posibilidades de proseguir el tratamiento post-hospitalario, aunque no sea más que en forma de una sencilla vigilancia. Los consultorios psiquiátricos que se dedican al tratamiento de los toxicómanos son rarísimos, en el supuesto de que haya alguno. La ciudad de Nueva York ha puesto en marcha un programa mixto hospitalario y ambulatorio para el tratamiento de los toxicómanos jóvenes de acuerdo con los reglamentos municipales de sanidad. Se ha dicho antes que en Washington, D.C., se está preparando un servicio análogo con arreglo a las leyes de procedimiento civil y criminal.

La clase de psicoterapia y los tratamientos complementarios (ergoterapia, orientación profesional, etc.) que proceda emplear han despertado más interés en los Estados Unidos que en casi todos los demás países. Se han hecho algunos experimentos sobre terapia de grupo en los hospitales federales y en el hospital para toxicómanos jóvenes de la ciudad de Nueva York (Riverside Hospital), así como en el Hospital Abbassia del Cairo (Egipto). La mayoría de los médicos, en la cura de los toxicómanos aplican las diversas terapias consagradas por el uso como, por ejemplo, la psicoterapia sedante, el tratamiento psicoanalítico y la psicoterapia de inspiración psicoanalítica. En los países donde abundan los toxicómanos sin oficio ni instrucción se han emprendido programas de orientación y reeducación profesionales. Cuando el tratamiento hospitalario deba prolongarse habrá de llevar en general consigo alguna forma de terapia por el trabajo o el recreo.

Los toxicómanos condenados por actos delictivos no suelen recibir tratamiento especial, sino que quedan sometidos al régimen penitenciario vigente en el país. Algunos de ellos, sin embargo, en los Estados Unidos y en el Irán ingresan en hospitales o instituciones especiales para su tratamiento. En Dinamarca, la Institución para Delincuentes Psicópatas se encarga de tratar a casi todos los toxicómanos condenados.

Para comprobar las recaídas se ha propuesto el empleo de N-alilnorfina, que provoca síntomas de abstinencia en los toxicómanos. Se trata de una droga que en manos inexpertas puede ser peligrosa y que, administrada imprudentemente a un paciente muy intoxicado, suscita a

veces reacciones muy violentas que llegan incluso a causar su muerte. La prueba ha de hacerse siempre en un hospital.

En ciertos países, según se ha dicho ya, está permitido el uso continuado de las drogas bajo vigilancia, cuando ha fracasado el tratamiento supresivo; pero como con frecuencia no existe una inspección rigurosa del comercio de estupefacientes, el despacho lícito de los mismos es posible en muchos países sin necesidad de haber intentado la desintoxicación. Ocurre incluso que, so pretexto de «tratamiento médico», sea el propio médico el que abastezca al toxicómano. Se ignora la extensión que tengan esas prácticas en los diferentes países del mundo, pero no es desdeñable, según lo que en algunos de ellos se puede inferir de los datos aportados por personas bien informadas. Los toxicómanos adinerados pagan sin inconveniente en esas condiciones los honorarios de una asistencia médica asidua.

Se han hecho diversas tentativas para seguir la evolución individual después del tratamiento en grupos importantes de pacientes. Pescor, por ejemplo, ha practicado una encuesta por correspondencia sobre varios centenares de casos dados de alta en el U.S. Public Health Hospital de Lexington, Ky. Las respuestas no verificadas indicaban que un 15% de los pacientes se habían abstenido de consumir drogas durante uno o varios años; aproximadamente el 50% de las cartas que se habían enviado quedaron sin contestación. El U.S. Public Health Service está ahora procurando establecer contactos personales con aquellos pacientes dados de alta en Lexington que se han establecido en grandes ciudades. A base de esos contactos se podrán determinar los comportamientos individuales desde el punto de vista de la toxicomanía, sin llegar a establecer las relaciones que puedan existir entre los resultados y el tratamiento. Stevenson acaba de hacer un estudio sobre los toxicómanos en Vancouver, Colombia Británica, pero todavía no ha publicado sus conclusiones.

Se ha pretendido que, en algunos casos, la toxicomanía, lo mismo que ciertas formas de comportamiento delictivo, no es más que un problema pasajero de un psiquismo todavía inmaduro; pero un examen somero de las estadísticas penitenciarias de los Estados Unidos pone de manifiesto que la mayoría de los toxicómanos están entre los treinta y los cuarenta años. Ciertos observadores en Irán y Egipto tienen, sin embargo, la impresión de que no todos los jóvenes que se habitúan a la droga se convierten, cuando llegan a la edad madura, en toxicómanos inveterados. Muchas de esas circunstancias excitan la imaginación hasta el punto de preguntarse si no sería «curable» la toxicomanía en el caso de que se hubiera reunido ya una información más completa.

---

**SERIE DE INFORMES TECNICOS DE LA OMS**

Desde enero de 1950, se han venido publicando en francés y en inglés, en la *Serie de Informes Técnicos*, los informes sobre los trabajos llevados a cabo por los diversos organismos que tienen por misión el asesoramiento técnico de la Organización : comités y subcomités de expertos de la OMS, comités mixtos constituidos con otras instituciones especializadas, y otros grupos consultivos o de estudio.

A partir de enero de 1955, esos informes se publican asimismo en español de manera regular. Varios informes publicados con anterioridad a esa fecha fueron traducidos y editados por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que actúa de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Nº	Informes publicados por la OSP	Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
9.	(1953) <b>Higiene Mental</b> Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (42 páginas) . . .	2/3	0,30	1,20
10.	(1952) <b>Saneamiento Ambiental</b> Informe de la Primera Sesión del Comité de Expertos (33 páginas) . . . . .	2/-	0,25	1,—
22.	(1952) <b>Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar</b> Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (35 páginas) . . . . .	2/-	0,25	1,—
24.	(1951) <b>Enfermería</b> Informe de la Primera Sesión del Comité de Expertos (40 páginas) . . . . .	1/6	0,20	0,80
30.	(1952) <b>Servicios de Higiene Escolar</b> Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (40 páginas) . . . . .	2/-	0,25	1,—
31.	(1952) <b>Higiene Mental</b> Informe de la Segunda Reunión del Comité de Expertos (49 páginas) . . . . .	2/9	0,35	1,40
41.	(1953) <b>Reglamento Sanitario Internacional</b> Reglamento Nº 2 de la Organización Mundial de la Salud (103 páginas) . . . . .	5/-	0,65	2,60
42.	(1953) <b>Higiene Mental</b> Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo (23 páginas) . . . . .	1/3	0,15	0,60
48.	(1954) <b>Higiene Mental</b> Segundo Informe del Subcomité de Alcoholismo (38 páginas) . . . . .	2/-	0,25	1,—
53.	(1953) <b>Estadísticas Sanitarias</b> Tercer Informe del Comité de Expertos (con inclusión del Segundo Informe del Subcomité de Registro y Presentación Estadística de Casos de Cáncer) (54 páginas) . . . . .	2/9	0,35	1,40
55.	(1953) <b>Administración Sanitaria</b> Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (46 páginas) . . . . .	2/3	0,30	1,20
69.	(1954) <b>Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar</b> Segundo Informe del Comité de Expertos (25 páginas) . . . . .	1/6	0,20	0,80
89.	(1955) <b>Educación Higiénica del Público</b> Primer Informe del Comité de Expertos (31 páginas) . . . . .	1/9	0,25	1,—
91.	(1955) <b>Enfermería</b> Tercer Informe del Comité de Expertos (31 páginas) . . . . .	1/9	0,25	1,—

**Informes publicados por la OMS**

92.	(1955) <b>Higiene de los Marineros</b> Segundo Informe del Comité Mixto OIT/OMS (20 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
93.	(1955) <b>Formación Profesional de Parteras</b> Primer Informe del Comité de Expertos (24 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
94.	(1955) <b>Alcohol y Alcoholismo</b> Informe de un comité de expertos (15 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
95.	(1955) <b>Drogas Susceptibles de Engendrar Toxicomanía</b> Quinto Informe del Comité de Expertos (17 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
96.	(1955) <b>Estandarización Biológica</b> Octavo Informe del Comité de Expertos (20 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—

	Precio		
	s. d.	¢	Fr. s.
97. (1955) <b>Nutrición</b> Cuarto Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos (64 páginas) . . .	3/6	0,60	2,—
98. (1955) <b>Legislación en materia de Asistencia Psiquiátrica</b> Cuarto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental (27 páginas) . . .	1/9	0,30	1,—
99. (1955) <b>Higiene de la Carne</b> Primer Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos (56 páginas) . . .	3/6	0,60	2,—
100. (1955) <b>Amputaciones y Prótesis</b> Informe de una conferencia sobre protética (58 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
101. (1956) <b>La Vacunación contra la Poliomielitis</b> Examen preliminar (44 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
102. (1956) <b>Drogas Toxicomanígenas</b> Sexto Informe del Comité de Expertos (23 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
103. (1956) <b>Conferencia sobre Paludismo en las Regiones del Pacífico Occidental y del Asia Sudoriental (Segunda Conferencia sobre Paludismo en Asia)</b> Informe (50 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
104. (1956) <b>Higiene de los Alimentos</b> Cuarto Informe del Comité de Expertos en Saneamiento del Medio (32 páginas)	1/9	0,30	1,—
105. (1956) <b>Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica</b> Primer Informe (48 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
106. (1956) <b>Comité de Expertos en Tracoma</b> Segundo Informe (23 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
107. (1956) <b>Conferencia Mixta FAO/OMS sobre Aditivos Alimentarios</b> Informe (15 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
108. (1956) <b>Comité de Expertos en Estandarización Biológica</b> Noveno Informe (20 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
109. (1956) <b>Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar</b> Tercer Informe (21 páginas). . . . .	1/9	0,30	1,—
110. (1957) <b>Comité de Expertos en Insecticidas</b> Sexto Informe (100 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
111. (1957) <b>Grupo Consultivo sobre Veterinaria de Salud Pública</b> Informe (30 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
112. (1957) <b>Lucha Antituberculosa — Planes para intensificar la coordinación entre los países europeos</b> Informe de un grupo de estudio (15 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
113. (1957) <b>Diagnóstico de la Leptospirosis y Tipificación de las Leptospiras</b> Informe de un grupo de estudio (13 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
114. (1957) <b>Toxicidad de los Plaguicidas para el Hombre</b> Informe de un grupo de estudio (56 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
115. (1957) <b>Administración de los Servicios de Higiene Maternoinfantil</b> Segundo Informe del Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil (32 páginas)	1/9	0,30	1,—
116. (1957) <b>Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas</b> Séptimo Informe (16 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
117. (1957) <b>Grupo de Estudio sobre Aterosclerosis y Cardiopatía Isquémica</b> Informe (45 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
118. (1957) <b>Los Accidentes de la Infancia — La observación de los hechos como fundamento de las medidas preventivas</b> Informe de un grupo consultivo (46 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—

	Precio		
	s. d.	S	Fr. s.
119. (1957) Grupo de Estudio sobre la Enseñanza de la Pediatría Informe (22 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
120. (1957) Grupo de Estudio sobre Ecología de los Moluscos Huéspedes Inter- mediarios de la Bilharziasis Informe . . . . .	<i>En preparación</i>		
121. (1957) Comité de Expertos sobre la Rabia Tercer Informe . . . . .	<i>En prensa</i>		
122. (1957) Función de los Hospitales en los Programas de Protección de la Salud Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica (37 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
123. (1957) Comité de Expertos en Paludismo Sexto Informe (93 páginas) . . . . .	3/6	0,40	2,—
124. (1957) Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Higiene de la Leche Primer Informe . . . . .	<i>En prensa</i>		
125. (1957) Comité de Expertos en Insecticidas Séptimo Informe (35 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
126. (1957) Prevención de la Fiebre Reumática Segundo Informe del Comité de Expertos en Enfermedades Reumáticas (30 páginas)	1/9	0,30	1,—
127. (1957) Comité de Expertos en Estandarización Biológica Décimo Informe (37 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
128. (1957) Los Servicios de Laboratorio de Salud Pública Primer Informe del Comité de Expertos en Métodos de Laboratorio de Salud Pública (54 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—