

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 343

**COMITE DE EXPERTOS  
DE LA OMS  
EN DROGAS QUE CAUSAN  
DEPENDENCIA**

**15º informe**

	Página
1. Notificaciones . . . . .	3
2. El problema de la pentazocina . . . . .	6
3. Actividad de los organismos internacionales competentes en materia de estupefacientes . . . . .	7
4. Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961 . . . . .	8
5. Importancia de los antagonistas especificos de los opiáceos en relación con el abuso de las drogas . . . . .	9
6. Nuevos métodos de tratamiento de la dependencia . . . . .	10
7. Aspectos sociológicos de la dependencia . . . . .	11
8. Abuso y fiscalización de las drogas no incluidas en las convenciones internacionales . . . . .	12
9. Determinación de la capacidad de una sustancia para causar dependencia . . . . .	13
Anexo 1. Aspectos sociológicos de la dependencia . . . . .	14
Anexo 2. Lista de los estupefacientes sometidos a fiscalización internacional . . . . .	17

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1966

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS  
EN DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA**

*Ginebra, 4-9 de julio de 1966*

*Miembros :*

- Dr. N. B. Eddy, Consultant on Narcotics, National Institutes of Health, Bethesda, Md., Estados Unidos de América (*Presidente*)
- Dr. L. Goldberg, Profesor de Investigaciones sobre Alcohol y Analgésicos, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia (*Vicepresidente*)
- Dr. M. Granier-Doyeux, Profesor de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela
- Dr. E. Hosoya, Profesor de Farmacología, Escuela de Medicina, Universidad de Keio, Tokyo, Japón
- Dr. P. Kielholz, Profesor de Psiquiatría, Universidad de Basilea, Suiza.
- Dr. A. D. Macdonald, Profesor Emeritus of Pharmacology, University of Manchester, Inglaterra (*Relator*)
- Dra. V. V. Vasil'eva, Profesor de Farmacología, Segundo Instituto de Medicina, Moscú, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
- Dr. A. Wikler, Profesor of Psychiatry and Pharmacology, University of Kentucky Medical Centre, Lexington, Ky., Estados Unidos de América.

*Representantes de las Naciones Unidas :*

- Sr. O. J. Braenden, Jefe de Sección, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra
- Sr. P. Isoré, Jefe de Sección, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra

*Representantes del Comité Central Permanente de Estupefacientes y del Órgano de Control de Estupefacientes :*

- Sr. A. Lande, Doctor en Derecho, Secretario de ambos organismos, Ginebra
- Sr. C. Nichols, miembro de la secretaría de ambos organismos, Ginebra

*Secretaría :*

- Dr. H. Halbach, Doctor en Medicina y en Ingeniería, Jefe del Servicio de Farmacología y Toxicología, OMS (*Secretario*)

---

© Organización Mundial de la Salud, 1966

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

PRINTED IN SWITZERLAND

## COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA

### 15º informe

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia se reunió en Ginebra del 4 al 9 de julio de 1965.

El Dr. Dorolle, Director General Adjunto, abrió la reunión en nombre del Director General y dio la bienvenida a los miembros del Comité, a los representantes del Secretario General de las Naciones Unidas y a los del Comité Central Permanente de Estupefacientes y del Organó de Control de Estupefacientes. Después de recordar las funciones que incumben al Comité en tanto que organismo médico asesor en materia de lucha nacional e internacional contra el abuso de los estupefacientes, el Dr. Dorolle puso de relieve la responsabilidad del Comité en relación con los convenios internacionales de fiscalización de estupefacientes. El Comité, que al principio sólo se ocupaba de definir el régimen de fiscalización de las drogas comprendidas en esos convenios, ha ido extendiendo progresivamente sus actividades y en la actualidad interviene también en otros problemas relacionados con la dependencia y abuso de las drogas. El orden del día de la presente reunión pone claramente de manifiesto esta evolución de sus funciones.

El Comité eligió Presidente al Dr. N. B. Eddy, Vicepresidente al Dr. L. Goldberg y Relator al Dr. A. D. Macdonald.

### 1. Notificaciones

#### 1.1 *Acetorfina*<sup>1, 2</sup>

El Comité ha examinado la notificación sobre la acetorfina presentada por el Gobierno de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en virtud del párrafo 1 del Artículo 3 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

---

<sup>1</sup> Denominación común internacional propuesta para la O<sup>3</sup>-acetil-7,8-dihidro-7a-[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-O<sup>6</sup>-metil-6,14-endoetenomorfiná, denominada también 3-O-acetil-tetrahidro-7a-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoeteno-oripavina y 5-acetoxi-1,2,3,3a,8,9-hexahidro-2a-[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-3-metoxi-12-metil-3,9a-eteno-9,9b-iminoetanofenantro [4,5-*bcd*] furano.

<sup>2</sup> Conocida asimismo con el número de clave de fabricación M183.

a) El Comité ha tomado nota de que la acetorfina a dosis muy bajas suprime en el mono los fenómenos de abstinencia en los casos de dependencia manifiesta de tipo morfínico. La experiencia muestra que los resultados obtenidos en el mono concuerdan con los que se obtienen en la especie humana; así, todo resultado inequívoco en el mono puede considerarse como representativo de los efectos probables en el hombre. En consecuencia, el Comité entiende que la acetorfina debe considerarse como una droga que causa una dependencia comparable a la de la morfina y que procede incluirla en la Lista I de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

b) El Comité considera además que la acetorfina se presta especialmente al abuso y puede con facilidad producir efectos nocivos, inconvenientes que no se ven compensados por ninguna ventaja terapéutica importante que no posean otras sustancias no incluidas en la Lista IV. El uso de la acetorfina en el hombre debe limitarse pues a los trabajos de investigación médica y científica; en cambio, se autoriza su empleo en los animales. En consecuencia, el Comité entiende que la acetorfina debe incluirse en la Lista IV de la Convención Unica, a reserva de que ello no impida su uso en animales. En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia,

RECOMIENDA que se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre la acetorfina.

### 1.2 *Ciprenorfina*<sup>1, 2</sup>

El Comité ha examinado la notificación sobre la ciprenorfina presentada por el Gobierno de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en virtud del párrafo 1 del Artículo 3 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

El Comité ha tomado nota de que la ciprenorfina, incluso en mayor medida que la nalorfina, produce disforia en lugar de euforia. Aunque no atenúa el síndrome de abstinencia ni mantiene una dependencia de tipo morfínico, puede precipitar los fenómenos de abstinencia si ya se ha establecido una dependencia física respecto a la morfina. El Comité entiende que la ciprenorfina tiene las características de un antagonista específico de los opiáceos y que se debe considerar que no puede dar lugar a una dependencia de tipo morfínico ni se presta al abuso como la morfina, ni da

---

<sup>1</sup> Denominación común internacional propuesta para la *N*-ciclopropilmetil-7,8-dihidro-7a-(1-hidroxi-1-metiletil)-O<sup>6</sup>-metil-6,14-endoetonomorfina, denominada también *N*-ciclopropilmetiltetrahydro-7a-(1-hidroxi-1-metiletil)-6,14-endoeteno-oripavina y 12-ciclopropilmetil-1,2,3,3a,8,9-hexahidro-5-hidroxi-2a-(1-hidroxi-metiletil)-3-metoxi-3,9a-eteno-9,9b-iminoetanofenantro [4,5-*bcd*] furano.

<sup>2</sup> Conocida también con el número de clave de fabricación M285.

lugar a efectos nocivos análogos a los que producen las sustancias que figuran en las Listas I y II de la Convención Unica. Así pues, el Comité ha llegado a la conclusión de que no procede incluir la ciprenorfina en ninguna de las Listas de la Convención Unica. En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que causan Dependencia,

RECOMIENDA que se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre la ciprenorfina.

### 1.3 *Etorfina*<sup>1, 2</sup>

El Comité ha examinado la notificación sobre la etorfina presentada por el Gobierno de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en virtud del párrafo I del Artículo 3 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

a) El Comité ha tomado nota de que la etorfina a dosis muy bajas suprime en el mono los fenómenos de abstinencia en los casos de dependencia manifiesta de tipo morfínico. La experiencia muestra que los resultados obtenidos en el mono concuerdan con los que se obtienen en la especie humana; así, todo resultado inequívoco en el mono puede considerarse como representativo de los efectos probables en el hombre. En consecuencia, el Comité entiende que la etorfina debe considerarse como una droga que causa una dependencia comparable a la de la morfina y que procede incluirla en la Lista I de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

b) El Comité considera además que la etorfina se presta especialmente al abuso y puede con facilidad producir efectos nocivos, inconvenientes que no se ven compensados por ninguna ventaja terapéutica importante que no posean otras sustancias no incluidas en la Lista IV. El uso de la etorfina en el hombre debe limitarse pues a los trabajos de investigación médica y científica; en cambio, se autoriza su empleo en los animales. En consecuencia, el Comité entiende que la etorfina debe incluirse en la Lista IV de la Convención Unica, a reserva de que ello no impida su uso en animales. En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia,

RECOMIENDA que se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre la etorfina.

---

<sup>1</sup> Denominación común internacional propuesta para la 7,8-dihidro-7a-[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-O<sup>6</sup>-metil-6,14-endoetenomorfinina, denominada también tetrahidro-7a-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoeteno-oripavina y 1,2,3,3a,8,9-hexahidro-5-hidroxi-2a-[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-3-metoxi-12-metil-3,9a-eteno-9,9b-iminoetanofenantro [4,5-*bcd*] furano.

<sup>2</sup> Conocida también con el número de clave de fabricación M99.

#### 1.4 Nicodicodina<sup>1</sup>

Respecto a la notificación sobre la nicodicodina presentada por el Gobierno de Francia, el Comité ha examinado los nuevos datos obtenidos desde la reunión anterior.<sup>2</sup> Los estudios preliminares sobre la toxicomanía en el mono indican que la nicodicodina es capaz de causar dependencia física. La experiencia muestra que los resultados obtenidos en esta examen concuerdan con los que se obtienen en la especie humana ; así, todo resultado inequívoco en el mono puede considerarse como representativo de los efectos probables en el hombre. En consecuencia, el Comité entiende que la nicodicodina debe considerarse como una droga que causa una dependencia comparable a la morfina y que procede aplicar a esa sustancia y a sus sales el régimen establecido por la Convención de 1931 para las drogas que se especifican en el Artículo 1 (párrafo 2, Grupo 1). En consecuencia,

El Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia,

RECOMIENDA que se comunique al Secretario General de las Naciones Unidas su dictamen sobre la nicodicodina.

El Comité advierte que, por su calidad de éster y éter de la dihidromorfina, la nicodicodina está automáticamente incluida en la Lista I de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961.

## 2. El problema de la pentazocina<sup>3</sup>

El Comité se ha ocupado de la producción de antagonistas específicos de los opiáceos y ha considerado conveniente dar a conocer su opinión sobre el valor y la inocuidad de esas sustancias. Algunas de ellas no están indicadas como analgésicos a causa de sus efectos disfóricos. Otras, como la pentazocina, ofrecen más posibilidades y han demostrado poseer propiedades analgésicas interesantes en diversos ensayos, aparte de que no parecen prestarse al abuso.

En el caso de la pentazocina, el Comité ha tenido en cuenta :

- 1) Los resultados negativos de las pruebas de dependencia física practicadas en el mono ;
- 2) la falta de pruebas de que este compuesto pueda resultar atractivo para antiguos toxicómanos y el resultado negativo de las experiencias

<sup>1</sup> Denominación común internacional propuesta para la 6-nicotinildihidrocodeína.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, 312, 4.

<sup>3</sup> Denominación común internacional propuesta para la 3-(3-metil-2-butenil)-1,2,3,4,5,6-hexahidro-8-hidroxi-6,11-dimetil-2,6-metano-3-benzazocina, denominada también 2'-hidroxi-5,9-dimetil-2(3,3-dimetilalil)-6,7-benzomorfanó.

efectuadas en el hombre para poner de manifiesto posibles propiedades toxicomanígenas, y

3) los minuciosos ensayos clínicos efectuados con este compuesto.

A juicio del Comité, es muy poco probable que este compuesto pueda dar lugar a abuso y su empleo no supone riesgos importantes para la salud pública.

Así pues, el Comité considera que por el momento no hay ninguna necesidad de someter la pentazocina a un régimen de fiscalización internacional o nacional de estupefacientes.

### 3. Actividad de los organismos internacionales competentes en materia de estupefacientes

3.1 El Comité ha tomado nota de que, según el informe sobre el 20º periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social,<sup>1</sup> se han hecho sensibles progresos en el conocimiento de los factores y condiciones que influyen en el hábito de mascar hoja de coca y en la organización y la ejecución de los programas destinados a combatir o a eliminar este problema. La aplicación de las medidas previstas se vería facilitada si todos los médicos comprendiesen que, desde el punto de vista terapéutico, la cocaína puede reemplazarse sin la menor dificultad por diversos productos sintéticos.

3.2 Todavía no es posible evaluar con precisión la importancia y la gravedad del abuso de estupefacientes en una zona determinada a causa de la falta de métodos prácticos adecuados para descubrir y registrar los casos; de ahí las dificultades con que se tropieza para compilar, evaluar y comparar los informes sobre este problema procedentes de distintas partes del mundo.<sup>2</sup>

Podrían obtenerse datos más uniformes y significativos si se llevara un registro de los individuos que reciben por prescripción médica y durante cierto tiempo una o más de las drogas sometidas a cualquier forma de fiscalización internacional; este sistema proporcionaría al menos un índice de la medida en que la dependencia de una droga puede deberse a su consumo legal. Sumada a los datos concretos que puedan obtenerse sobre los sujetos víctimas de una dependencia y sobre violación de leyes y reglamentos sobre estupefacientes (tanto en relación con los propios estupefa-

<sup>1</sup> Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes (1965) *Informe sobre el 20º periodo de sesiones (noviembre-diciembre 1965)* — (Consejo Económico y Social. Documentos oficiales: 40º periodo de sesiones. Suplemento N° 2) (Documento E/4140).

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes, *Resumen de los informes anuales de los Gobiernos para 1963* (Documento E/NR/1963 Summary).

cientes como con las personas que los usan), esta información podría contribuir mucho a aclarar el problema general planteado por el uso y el abuso de drogas que causan dependencia.

3.3 El Comité ha tomado nota asimismo de que la nueva terminología sobre la dependencia, recomendada en el 14º informe,<sup>1</sup> tiene cada vez más aceptación y ha permitido describir con más precisión los distintos tipos de abuso de medicamentos.

3.4 El Comité ha tomado nota de las opiniones generales formuladas por el Comité Central Permanente de Estupefacientes en su informe<sup>2</sup> al Consejo Económico y Social, de conformidad con los criterios expresados por la Comisión de Estupefacientes. El Comité advierte con satisfacción la insistencia con que el Comité Central Permanente de Estupefacientes ha señalado la necesidad de:

- a) compilar estadísticas más precisas sobre la importancia real del abuso de las drogas en distintos países (véase la sección 3.2 del presente informe);
- b) estudiar más a fondo las diferentes causas de la dependencia en los distintos países; y
- c) crear en todos los países centros de tratamiento y rehabilitación de los casos de dependencia.

#### 4. Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961

De acuerdo con las observaciones de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social,<sup>3</sup> el Comité ha reexaminado sus anteriores recomendaciones<sup>4</sup> sobre las enmiendas que deben introducirse en las listas que figuran como anexos a esa Convención. El Comité ha considerado que la modificación propuesta de la Lista I tiene un valor preventivo en ciertos casos, pues permite evitar posibles insuficiencias de los sistemas de fiscalización. El cambio propuesto en relación con los derivados de los alcaloides fenantrénicos y ecgonínicos<sup>5</sup> permitirá la fiscalización inmediata de las nuevas sustancias pertenecientes a los grupos indicados,

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, **312**, 7 (sección 4).

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Comité Central Permanente de Estupefacientes (1965) *Informe al Consejo Económico y Social sobre la actividad del Comité en 1965* (Documento E/OB/21).

<sup>3</sup> Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes (1965) *Informe sobre el 20º periodo de sesiones (noviembre-diciembre 1965)*. — (*Consejo Económico y Social. Documentos oficiales: 40º periodo de sesiones. Suplemento N° 2*) (Documento E/4140).

<sup>4</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, **273**, 8 (sección 3).

<sup>5</sup> «Cualquier otro producto obtenido de alguno de los alcaloides fenantrénicos del opio o de los alcaloides ecgonínicos de la hoja de coca, no incluido en las Listas I o II ni elaborado o utilizado exclusivamente para hacer investigaciones locales autorizadas, a menos que el gobierno interesado considere que el producto en cuestión no surte efectos [de dependencia] semejantes a los de la morfina o la cocaína.»

sin coartar por ello la libertad de los investigadores. El Comité estima, sin embargo, que en la última línea de esta enmienda convendría añadir las palabras « de dependencia » entre « efectos » y « semejantes ».

En el epígrafe « Concentrado de Paja de Adormidera » de la Lista I, la supresión de las palabras « cuando este material exista en el mercado » permitirá fiscalizar en todas las fases un producto que tiene de por sí un elevado contenido de alcaloides y respecto al cual toda transgresión puede resultar muy peligrosa.

Las modificaciones propuestas en relación con las disposiciones sobre exención de las preparaciones incluidas en la Lista III<sup>1</sup> precisan y acentúan los criterios esenciales aplicables a esas exenciones.

##### **5. Importancia de los antagonistas específicos de los opiáceos en relación con el abuso de las drogas**

El estudio de los antagonistas específicos de los opiáceos sigue siendo el medio más prometedor para separar las propiedades analgésicas de la capacidad de producir una dependencia o un riesgo de abuso. Mediante modificaciones químicas de los compuestos de las series de la morfina, el morfinao, el benzomorfinano y la petidina se están obteniendo numerosos productos dotados de acción antagónica. Por desgracia, el estudio de estos compuestos no ha revelado de momento ninguna relación entre su estructura y sus propiedades analgésicas, su capacidad productora de dependencia o su acción antagonista. Lo que sí se sabe es que estas sustancias pueden poseer gran actividad analgésica, que sus efectos secundarios son más o menos frecuentes según la preparación y que todo lo más pueden dar lugar a una ligera dependencia atípica. La acción antagonista, y sobre todo el hecho característico de que precipiten la aparición de los síntomas de abstinencia en los casos de dependencia declarada de tipo morfinico, excluyen prácticamente cualquier riesgo de abuso. En conjunto, las investigaciones sobre estos compuestos están dando resultados alentadores y todo parece indicar que acabarán obteniéndose sustancias analgésicas más eficaces e inocuas (véanse las observaciones sobre la pentazocina en la sección 2, página 6).

<sup>1</sup> En la sección 1, los párrafos *a*) y *b*) se redactarán como sigue :

« en los casos en que estén mezclados con uno o varios ingredientes más y su contenido de estupefacientes no exceda de 100 miligramos por unidad posológica ni su concentración sea superior al 2,5 % en los preparados individuales. »

En la sección 2 se suprimirán las siguientes palabras :

« 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. »

En la sección 3 se suprimirá la palabra « sólidos ».

## 6. Nuevos métodos de tratamiento de la dependencia

El Comité ha examinado los resultados de un estudio de más de dos años de duración en el que se consiguió estabilizar a un grupo de sujetos dependientes, en su mayoría, de la heroína, mediante la administración diaria de una dosis alta de metadona. A los enfermos se les ha ayudado a encontrar trabajo y alojamiento; todos siguen acudiendo regularmente a la clínica para recibir el tratamiento, que se hace sistemáticamente por vía oral, y someterse a los análisis de orina necesarios para controlar la absorción de la droga. Los sujetos parecen haber perdido todo interés por los estupefacientes, pero su actitud hacia otros medicamentos es menos segura. La explicación farmacológica de este fenómeno puede residir en el establecimiento de una fuerte tolerancia cruzada a los efectos subjetivos o de cualquier otro tipo de la heroína y de las sustancias afines. La mayoría de los enfermos parecen haber abandonado sus actividades antisociales y su adaptación social es considerablemente mejor. Aunque la finalidad del experimento era, por supuesto, eliminar la necesidad de la droga, de momento no se ha tomado ninguna medida en este sentido ni se ha adoptado ningún plan de supresión. No hay que olvidar que esta experiencia de mantenimiento por la metadona sólo debe considerarse como una investigación en pequeña escala de la que se esperan obtener informaciones interesantes sobre los fenómenos de la dependencia. No obstante, como son muchas las cuestiones pendientes, todavía habrá que realizar numerosas investigaciones para aclarar cuál es la función precisa de la metadona y qué importancia pueden tener las condiciones ambientales.

Considera el Comité que siempre que el mantenimiento con la metadona no se haga exclusivamente con objeto de satisfacer al sujeto, sino como parte de una labor de readaptación social, el empleo de este procedimiento, en unas condiciones rigurosamente vigiladas, seguirá ofreciendo un interés científico considerable.

En el programa de mantenimiento que se acaba de describir, la metadona se administra a dosis uniforme y elevada una sola vez al día y durante un tiempo indeterminado. Por otra parte, cuando la metadona se emplea para mitigar los fenómenos de abstinencia, las dosis son pequeñas, se reducen rápidamente y el tratamiento dura pocos días. Se trata de dos empleos totalmente distintos que no deben confundirse en ningún caso.

El Comité ha examinado asimismo un reciente estudio en el que se utilizó la ciclazocina para estabilizar a sujetos dependientes de la heroína y de otros estupefacientes: después de retirarles la droga y de someterles a un breve periodo de privación, se administró a estos pacientes el antagonista ciclazocina a dosis crecientes hasta inhibir totalmente los efectos euforizantes de la droga de la que inicialmente dependían. También a

estos enfermos se les ayudó a adquirir buenas relaciones sociales y hábitos de trabajo. Como en el ensayo de la metadona, estos sujetos también parecen irse rehabilitando. No obstante, la explicación farmacológica es diferente; mientras que la metadona crea una fuerte tolerancia cruzada, la ciclazocina inhibe los efectos más importantes de los opiáceos. Además, la estabilización por la ciclazocina difiere del mantenimiento de una dependencia de tipo morfinico. A este respecto existen también numerosas cuestiones pendientes de solución, entre ellas la eficacia inhibitoria por el antagonista en un tratamiento de larga duración.

En cualquier caso, las experiencias descritas indican que el número de personas con una dependencia de tipo morfinico dispuestas a aceptar un esfuerzo de rehabilitación social es mayor de lo que se suele pensar.

El Comité se interesó por algunos programas de tratamiento de la dependencia sobre una base cooperativa. Uno de los aspectos más positivos de algunos de esos programas es la importancia que en ellos se da a las perspectivas de curación. A los enfermos que se encuentran en distintas fases del tratamiento se les pide que ayuden a los que han progresado menos que ellos e incluso que busquen nuevos candidatos al tratamiento. El Comité aprueba este enfoque del problema.

### 7. Aspectos sociológicos de la dependencia

La noción y el alcance de estos problemas se estudian con más detalle en el Anexo 1. El Comité, que en repetidas ocasiones ha encarecido la necesidad de estudiar la epidemiología de la dependencia medicamentosa y el abuso de las drogas,<sup>1</sup> ha acogido con satisfacción la posibilidad de ampliar su campo de acción a los aspectos sociológicos de la dependencia. A este respecto desea subrayar la necesidad de estudiar los puntos siguientes:

- 1) Compilación regular de datos sobre la incidencia en relación con el sexo, la edad, la profesión, los grupos de población más expuestos y las drogas más frecuentemente empleadas.
- 2) Definición de los términos « uso » y « abuso » en distintos medios culturales.
- 3) Estudio de las relaciones de causa a efecto en función de:
  - a) el ambiente social (hogar, familia, trabajo, etc.);
  - b) los factores médicos, psicológicos, económicos y culturales.
- 4) Prevención por la enseñanza y la legislación.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, **131**, 13 (sección 6); 1960, **188**, 11 (sección 4); 1962, **229**, 12 (sección 7).

5) Factores que han de tenerse en cuenta para establecer los programas de tratamiento :

- a) « contagio » de persona a persona ;
- b) « resistencia » a las influencias del medio ambiente (disponibilidad de la droga) ;
- c) variaciones en la utilización de los medicamentos.

6) Consecuencias dinámicas de la promulgación de disposiciones contra el abuso de estupefacientes :

- a) abandono de la droga por parte o incluso por la mayoría de los miembros de una colectividad determinada ;
- b) mayor abuso de la droga por parte de una minoría de los miembros de esa misma colectividad ;
- c) formación de grupos culturales cuya característica diferencial es el abuso de la droga proscrita ;
- d) creación de nuevos grupos o mayor aislamiento de los ya existentes a consecuencia de una actitud represiva cada vez más rigurosa en la interpretación y la aplicación de las leyes.

#### 8. Abuso y fiscalización de las drogas no incluidas en las convenciones internacionales

El creciente abuso de productos sedantes, estimulantes y alucinógenos capaces de producir dependencia <sup>1</sup> cobra cada vez mayor importancia no sólo en los países donde ya constituye un grave problema sino también en los vecinos. El Comité ha insistido repetidamente en la necesidad de adoptar medidas de fiscalización apropiadas a nivel nacional. La naturaleza de estas medidas se expuso detalladamente en el 14º informe del Comité,<sup>2</sup> donde también se indicó la posibilidad de emprender una acción internacional.

El Comité ha sido informado de que la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas tiene el propósito de convocar una reunión para examinar las medidas de fiscalización más adecuadas. El Comité considera que la reunión es muy oportuna, pero advierte, como ya lo hizo la Asamblea Mundial de la Salud,<sup>3</sup> que sin una coordinación internacional de las

---

<sup>1</sup> En el presente contexto se incluyen entre estos productos, además de los barbitúricos y anfetaminas, todas las sustancias que dan lugar a una dependencia de tipo barbitúrico o anfetamínico y que se prestan al abuso por sus efectos sedantes o estimulantes sobre el sistema nervioso central, excepción hecha del alcohol y de los estupefacientes sometidos a fiscalización.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, 312, 10 (sección 7).

<sup>3</sup> *Act. of. Org. mund. Salud*, 1965, 143, 31 (resolución WHA18.47).

medidas que se adopten, la fiscalización nacional, por eficaz que sea, no basta para proteger ni al propio país ni a los demás.

El Comité puso de relieve la diversidad de las sustancias que se prestan al abuso, y advirtió que la fiscalización no puede ni debe establecerse sobre la base de una clasificación de carácter general, sino que cada caso particular habrá que estudiarlo ante todo según el riesgo que puede suponer para la salud pública. Así, además de las medidas de vigilancia que se adopten a este respecto habrá que prever los medios de evaluar ese riesgo.

#### **9. Determinación de la capacidad de una sustancia para causar dependencia**

El Comité se ocupa periódicamente de evaluar los métodos existentes para determinar la capacidad de las distintas sustancias para producir una dependencia de cualquier tipo. Ya se ha publicado una descripción de estos métodos<sup>1</sup> y hoy se dispone de los servicios necesarios para el análisis sistemático de los sedantes y de todas las sustancias que pudieran tener efectos semejantes a los de la morfina. Asimismo se ha publicado un resumen de las condiciones técnicas necesarias para hacer uso de esos servicios.<sup>2</sup> Estas medidas resultan especialmente oportunas y útiles, pues, como ya se ha dicho, cada vez es más frecuente el abuso de productos no estupefacientes que aún no están sometidos a fiscalización internacional aunque ya se está estudiando la manera de subsanar ese defecto.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, 287.

<sup>2</sup> National Academy of Sciences — National Research Council, Committee on Problems of Drug Dependence (1966) *Minutes of the twenty-eighth meeting. Addendum 1*, Washington.

## Anexo 1

### ASPECTOS SOCIOLOGICOS DE LA DEPENDENCIA

Por razones históricas, políticas, culturales, religiosas, económicas, etc., la opinión y la actitud de la sociedad respecto al consumo de ciertas drogas y a los efectos de éstas, así como el juicio de la mayoría sobre las personas que hacen uso de ellas, no coinciden necesariamente con las opiniones, las actitudes y los juicios de estas últimas personas ni, por supuesto, con los de los especialistas, que siempre tratan de formarse una opinión « objetiva » y científica de estos problemas. Esas opiniones y actitudes generales determinan las circunstancias sociales en las que las drogas se pueden o no emplear con un fin concreto, finalidad que a su vez influye sobre los efectos que la droga en cuestión tiene en la conducta del sujeto. El sujeto que utiliza la droga de una manera que no corresponde a las normas aprobadas por la sociedad a que pertenece puede ser considerado por ésta como un « extraviado » al que conviene apartar ; esta actitud influye en la idea que el interesado tiene de sí mismo y le incita a aislarse todavía más, a reunirse con los que considera sus iguales y a formar con ellos un grupo aparte cuyas opiniones, actitudes, lenguaje y conducta les alejan aún más de la sociedad. A su vez, la sociedad se muestra cada vez más intolerante hacia estos grupos y éstos atraen a un número creciente de personas, creándose de esta forma un verdadero círculo vicioso.<sup>1</sup>

El desarrollo de este círculo vicioso se ve frenado evidentemente por la reprobación social, que limita hasta cierto punto la labor de proselitismo. Así pues, en toda colectividad, tanto el número de personas que consumen la droga como las características de su medio están determinados por la interacción de esas dos fuerzas opuestas. De ahí que los problemas consecutivos al abuso de las drogas se modifiquen con el tiempo y de que las soluciones aplicables en un momento determinado hayan de revisarse periódicamente.

Aunque se dispone de bastante información sobre los tipos de abuso en los distintos países, todavía no se sabe con exactitud de qué manera intervienen en ellos las influencias mencionadas, ya que los escasos estudios realizados sobre esta cuestión se han limitado a la dependencia de tipo

---

<sup>1</sup> Wilkins, L. T. (1965) *Some sociologic factors in drug addiction control* : Wilner, D. M. & Kassebaum, G. G., ed., *Narcotics*. Nueva York, McGraw-Hill, págs. 140-156.

morfínico en zonas circunscritas. En el porvenir habrá que estudiar sobre todo los siguientes factores y su interacción :

I. Antecedentes de las opiniones y actitudes actuales hacia el empleo de drogas y hacia las personas que las consumen (convendría comparar, por ejemplo, la situación en los Estados Unidos, el Reino Unido y los países asiáticos).

II. Diferencias existentes entre el medio social y el efecto de las drogas (se pueden comparar, por ejemplo, los objetivos y las modalidades del uso de los opiáceos y del cannabis entre los distintos grupos sociales y profesionales de Europa, los Estados Unidos de América, la India y otros países asiáticos).

III. Características de los grupos sociales que hacen uso de drogas.

1) Grupos urbanos dependientes de los opiáceos en los Estados Unidos de América. Se concentran en los barrios bajos de las grandes ciudades y se caracterizan por :

a) miseria extrema, elevada delincuencia, facilidad con que pueden procurarse drogas de todas clases ;

b) relaciones familiares inestables, figuras paternas inexistentes o poco influyentes, desprecio por las perspectivas que a largo plazo pueden abrir el estudio, el trabajo y la seguridad ; interés por las satisfacciones inmediatas ; desconfianza hacia la ley y el orden ; identificación del éxito con las actividades ilegales ;

c) predominio de la vida callejera ; presión proselitista de los grupos entregados a las drogas ; iniciación al uso de las drogas por camaradas o traficantes ; fortalecimiento de la coherencia del grupo por un positivo « espíritu de equipo ».

2) Grupos de « vanguardia » y « beatniks » en los Estados Unidos y en Europa (sus condiciones económicas y culturales son normales y tienen un sentido de « protesta » y « rebeldía »).

IV. Naturaleza y efectos de la legislación sobre los estupefacientes (se puede comparar, sobre todo, la situación en los Estados Unidos de América y el Reino Unido ; controversias sobre la actitud que conviene adoptar ante las personas dependientes de una droga ; tendencias actuales en ambos países).

Las investigaciones deben versar también sobre los siguientes extremos :

1) Estudio comparativo de la actitud que suscitan en distintos medios culturales el uso de las drogas y las personas que las consumen.

- 2) Distinción entre el « uso » y el « abuso » de drogas en distintos medios culturales.
  - 3) Factores socioeconómicos que influyen en el problema.
  - 4) Enseñanza sociológica y estudios sobre el problema : identificación de los sujetos dependientes de drogas con determinados grupos asociales.
  - 5) Modalidades de aplicación de la legislación sobre estupefacientes y sus consecuencias.
-

Anexo 2

LISTA DE LOS ESTUPEFACIENTES SOMETIDOS  
A FISCALIZACION INTERNACIONAL <sup>1</sup>

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas, que causan Dependencia		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia *	Grupo/Lista	Con-vención
acetildihidrocodeína	acetildihidrocodeína	1	1949, 19, 30	II	1931
acetilmetadol *	3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	1	1949, 19, 31	I	1931
acetorfina *	O <sup>3</sup> -acetil-7,8-dihidro-7 $\alpha$ -[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-O <sup>2</sup> -metil-6,14-endoetenomorfina	15	1966, 343, 3	I/IV	1961
alfacetilmetadol *	$\alpha$ -3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	4	1954, 76, 7	I	1931
alfameprodina *	$\alpha$ -3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	7	1957, 116, 8	I	1931
alfametadol *	$\alpha$ -6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	4	1954, 76, 7	I	1931
alfaprodina *	$\alpha$ -1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	1	1949, 19, 30	I	1931
alilprodina *	3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	10	1960, 118, 3	I	1931
anileridina *	éster etílico del ácido 1-( <i>p</i> -aminofenil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	7	1957, 116, 8	I	1931
bencetidina *	éster etílico del ácido 1-(2-benciloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 4	I	1931
bencilmorfina	3-bencilmorfina			I	1931
betacetilmetadol *	$\beta$ -3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	4	1954, 76, 7	I	1931
betameprodina *	$\beta$ -3-etil-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	3	1952, 57, 7	I	1931
betametadol *	$\beta$ -6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	5	1955, 95, 8	I	1931
betaprodina *	$\beta$ -1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	1	1949, 19, 30	I	1931
cannabis	<i>Cannabis sativa</i> L.			I/IV	1961
cetobemidona *	4- <i>m</i> -hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina	1	1949, 19, 30	I/IV	1931/1961
clonitaceno *	2- <i>p</i> -clorobencil-1-dietilamino-etil-5-nitrobencimidazol	1	1961, 211, 4	I	1931
coca (hoja de)					1925
cocaína	éster metílico de la benzoilecgonina			I	1931
codeína	3-metilmorfina			II	1931
concentrado de paja de adormidera				I	1961

\* Denominación común internacional propuesta.

<sup>1</sup> Para detalles tales como los sinónimos de los nombres citados y la fecha en que cada droga ha quedado sometida a fiscalización internacional, véanse la lista multilingüe de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (documento de las Naciones Unidas E/CN.7/439) y la lista de drogas sujetas a fiscalización internacional (publicada anualmente por la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas), respectivamente.

<sup>2</sup> Esta columna remite al lector, para el informe publicado en 1949, a *Official Records of the World Health Organization*, No. 19, del que no existe edición española; para los informes publicados de 1950 a 1954, a *World Health Organization: Technical Report Series*, de los que tampoco hay edición española; y para los publicados a partir de 1955, a *Organización Mundial de la Salud: Serie de Informes Técnicos*. De la totalidad de los informes citados existe edición francesa.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas que causan Dependencia		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia <sup>1</sup>	Grupo/Lista	Convenión
desomorfinina *	dihidrodeoximorfina	8	1958, 142, 8	I/IV	1931/1961
dextromoramide *	(+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]morfolina			I	1931
diampromida *	N-[2-(metilfenetilamino)-propil]-propionanilida	11	1961, 211, 5	I	1931
dietiltiambuteno *	3-dietilamino-1,1-di-(2-tienil)-1-buteno	6	1956, 102, 11	I	1931
difenoxilato *	éster etílico del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	11	1961, 211, 5	I	1931
dihidrocodeína	7,8-dihidrocodeína	1	1949, 19, 30	II	1931
dihidromorfina	7,8-dihidromorfina			I	1931
dihidromorfina (ésteres de la)				I	1931
dimefeptanol *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	1	1949, 19, 31	I	1931
dimenoxadol *	1-etoxi-1,1-difenilacetato de 2-dimetilaminoetilo	9	1959, 160, 9	I	1931
dimetiltiambuteno *	3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno	4	1954, 76, 9	I	1931
dioxafetilbutirato *	4-morfolino-2,2-difenilbutirato de etilo	6	1956, 102, 10	I	1931
dipipanona *	4,4-difenil-6-piperidin-3-heptanona	5	1955, 95, 9	I	1931
ecgonina	(-)-3-hidroxi-2-carboxitropano			I	1931
ecgonina (ésteres de la)				I	1931
etilmetiltiambuteno *	3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno	4	1954, 76, 9	I	1931
etilmorfina	3-etilmorfina			II	1931
etonitaceno *	1-dietilaminoetil-2-p-etoxibencil-5-nitrobencimidazol	11	1961, 211, 7	I	1931
etorfina *	7,8-dihidro-7 $\alpha$ -[1(R)-hidroxi-1-metilbutil]-O <sup>6</sup> -metil-6,14-endoetenomorfina	15	1966, 343, 5	I/IV	1961
etoxeridina *	éster etílico del ácido 1-[2-(2-hidroxi-etoxi)-etil]-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	8	1958, 142, 9	I	1931
fenadoxona *	6-morfolino-4,4-difenil-3-heptanona	1	1949, 19, 31	I	1931
fenampromida *	N-(1-metil-2-piperidinetil)-propionanilida	11	1961, 211, 7	I	1931
fenazocina *	2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfinano	10	1960, 188, 5	I	1931
fenomorfinano *	3-hidroxi-N-fenilmorfinano	6	1956, 102, 9	I	1931
fenoperidina *	éster etílico del ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	11	1961, 211, 8	I	1931
fentanil *	1-fenetil-4-N-propionil-anilino-piperidina	13	1964, 273, 4	I	1931
folcodina *	morfolinietilmorfina	3	1952, 57, 5	II	1931
furetidina *	éster etílico del ácido 1-(2-tetrahydrofurfuriloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 5	I	1931
heroína	diacetilmorfina			I/IV	1931/1961
hidrocodona *	dihidrocodeinona			I	1931

<sup>1</sup> Véase nota 2 de la pág. 17.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas que causan Dependencia		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia <sup>1</sup>	Grupo/Lista	Convención
hidrocodona (ésteres de la)				I	1931
hidromorfinol *	14-hidroxi-dihidromorfina	11	1961, 211, 7	I	1931
hidromorfona *	dihidromorfina				1925
hidromorfona (ésteres de la)					1925
hidroxipetidina *	éster etílico del ácido 4-( <i>m</i> -hidroxifenil)-1-metil-piperidin-4-carboxílico	1	1949, 19, 30	I	1931
isometadona *	6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona	1	1949, 19, 31	I	1931
levofenacilmorfano *	(-)-3-hidroxi- <i>N</i> -fenacilmorfinano	10	1960, 188, 5	I	1931
levometorfano *	(-)-3-metoxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
levomoramida *	(-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]morfolina	8	1958, 142, 8	I	1931
levorfanol *	(-)-3-hidroxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
metadona *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona	1	1949, 19, 30	I	1931
metadona (intermediario de la)	4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano	12	1962, 229, 7	I	1931
metazocina *	2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfinano	10	1960, 188, 6	I	1931
metildesorfina *	6-metil- $\Delta^8$ -deoximorfina	4	1954, 76, 6	I	1931
metildihidromorfina *	6-metildihidromorfina	5	1955, 95, 5	I	1931
metopón *	5-metildihidromorfina	1	1949, 19, 30	I	1931
mirofina *	miristilbencilmorfina	5	1955, 95, 6	II	1931
moramida (intermediario de la)	ácido 2-metil-3-morfolino-1,1-difenilpropanocarboxílico	12	1962, 229, 7	I	1931
morferidina *	éster etílico del ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	8	1958, 142, 8	I	1931
morfina				I	1931
morfina (derivados de nitrógeno pentavalente)				I	1931
morfina (ésteres de la)				I	1931
morfina (éteres de la)				I	1931
nicocodina *	6-nicotinilcodeína	12	1962, 229, 6	II	1931
nicodicodina *	6-nicotinildihidro-codeína	15	1966, 343, 6	I	1961
nicomorfina *	3,6-dinicotinilmorfina	9	1959, 160, 4	I	1931
noracimetadol *	( $\pm$ )- $\alpha$ -3-acetoxi-6-metil-amino-4,4-difenilheptano	12	1962, 229, 5	I	1931
norcodeína *	<i>N</i> -demetilcodeína	9	1959, 160, 5	II <sup>2</sup>	1931
norlevorfanol *	(-)-3-hidroxi-morfinano	10	1960, 188, 6	I	1931
normetadona *	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona	5	1955, 95, 8	I	1931
normorfina *	demetilmorfina	9	1959, 160, 5	I	1931
norpipanona *	4,4-difenil-6-piperidino-3-hexanona	13	1964, 273, 4	I	1931
opio					1925

<sup>1</sup> Véase nota 2 de la pág. 17.

<sup>2</sup> Sometido a este régimen de fiscalización por recomendación de la OMS.

Nombre común o denominación común internacional *	Nombre químico	Informe del Comité de Expertos en Drogas que causan Dependencia		Régimen de fiscalización	
		Nº	Referencia <sup>1</sup>	Grupo/Lista	Convención
<i>N</i> -oxicodona	14-hidroxi dihidrocodeinona			I	1931
oxicodona *				I	1931
oxicodona (ésteres de la)				I	1931
<i>N</i> -oximorfina				I	1931
<i>N</i> -oximorfina (derivados de la)				I	1931
oximorfona *	14-hidroxi dihidromorfina	5	1955, 95, 6	I	1931
petidina *	éster etílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	1	1949, 19, 30	I	1931
petidina (intermediario A de la)	4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina	12	1962, 229, 7	I	1931
petidina (intermediario B de la)	éster etílico del ácido 4-fenilpiperidin-4-carboxílico	12	1962, 229, 7	I	1931
petidina (intermediario C de la)	ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico			I	1931
petidina (ésteres del intermediario C de la)		5	1955, 95, 9	I	1931
piminodina *	éster etílico del ácido 4-fenil-1-(3-fenilaminopropil)piperidin-4-carboxílico	10	1960, 188, 7	I	1931
piritramida *	amida del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)piperidin-4-carboxílico	14	1965, 312, 3	I	1931/1961
proheptacina *	1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazacloheptano	6	1956, 102, 12	I	1931
properidina *	éster isopropílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	5	1955, 95, 10	I	1931
racemorfano *	(±)-3-metoxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 7	I	1931
racemoramida *	(±)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]morfolina	8	1958, 142, 8	I	1931
racemorfano *	(±)-3-hidroxi- <i>N</i> -metilmorfinano	3	1952, 57, 6	I	1931
tebacona *	acetil dihidrocodeinona			I	1931
tebaína	3,6-dimetil-8-dehidromorfina			I	1931
trimeperidina *	1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	8	1958, 142, 9	I	1931

<sup>1</sup> Véase nota 2 de la pág. 17.