

## EFECTOS NOCIVOS DE FARMACOS SIMPATICOMIMÉTICOS EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES

F. RAÚL JERÍ, CARLOS CARBAJAL, CÉSAR SÁNCHEZ M.

Departamento de Medicina, Sección de Neurología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos y División de Neuropsiquiatría, Hospital de las Fuerzas Policiales.

---

### RESUMEN

Se presentaban 33 observaciones clínicas de jóvenes que usaron drogas alucinógenas durante dos a cuatro años en su mayoría. La proporción de varones era el triple en comparación con las mujeres, casi todos procedían de hogares bien integrados y pertenecer a un nivel socio-económico alto o mediano.

Las drogas empleadas fueron marihuana, LSD, barbitúricos, mescalina, anfetamina, metaqualona y alcohol, en diversas combinaciones.

La totalidad de estos jóvenes presentaron signos de perturbaciones psicológicas, generalmente disturbios de la personalidad, antes de iniciarse en el uso de alucinógenos.

En esta serie se ha comprobado que los fármacos simpaticomiméticos (marihuana, LSD, mescalina y anfetamina) pueden desencadenar graves cuadros psicóticos agudos, sub-agudos y crónicos.

Es necesario que las autoridades de Salud establezcan programas integrales de prevención y tratamiento de las adicciones en la juventud, para controlar la pandemia que actualmente extiéndese por las principales ciudades del Perú.

---

En los últimos cinco años los médicos del Perú hemos asistido a un fenómeno singular, el uso de marihuana, anfetamina, lisérgica, psilocibina y otras drogas por niños y adolescentes. Esta observación, que al principio fue esporádica y circunscrita a grupos sociales íntimamente asociados al movimiento cultural y migratorio con los Estados Unidos de Norteamérica, progresivamente se ha extendido a otros grupos sociales y en la actualidad se comprueba la existencia de abuso de drogas en niveles socio-económicos muy diferentes de los originales.

La marihuana fue introducida entre nosotros por jóvenes norteamericanos o latino-americanos, diseminándola inicialmente por los barrios residenciales de Lima (San Isidro, Orrantía, Miraflores y Monterrico). Posteriormente la invasión de estos cigarrillos se ha notado en todas las zonas de la capital y en las principales ciudades del Perú. El movimiento "hippie", con su filosofía simplista del culto a la belleza, al amor, a las flores, a la libertad y su aparente desprecio por los bienes materiales, ha traído también cambios en la apariencia, el vestido, la

música y la danza, así como el uso de múltiples drogas, con el fin de alienarse aún más del mundo de los adultos. Este fenómeno cultural tiene una fuerza extraordinaria. En la actualidad millones de jóvenes en todo el mundo viven una existencia al margen de la sociedad, despreciando sus antiguos valores, llevando una existencia nómada, mendigando, robando o fabricando artesanías; fumando marihuana o usando otras drogas, de acuerdo al acceso económico o regional (45).

Las consecuencias sociales de este fenómeno son evidentes en todo el globo. Han aumentado considerablemente las enfermedades venéreas, el tétano, las infecciones de la piel, los hijos ilegítimos y los accidentes fatales ocasionados por el uso indiscriminado de drogas tóxicas (15). Bajo la acción de la dietil amida del ácido lisérgico (LSD) se ha informado de varios casos de asesinatos, ya sea individuales o múltiples (43). La misma droga también ha producido variaciones en los cromosomas de las gestantes y anomalías congénitas en sus descendientes (22, 65, 70).

En los Estados Unidos, uno de nosotros ha podido comprobar (Boston, New York, Washington, San Francisco) que con los "hippies" verdaderos conviven delincuentes, algunos de los cuales son agentes de las organizaciones que distribuyen drogas de valor comercial (LSD, cocaína, heroína, opio, morfina, cáñamo oriental, etc.). Estos premian con drogas a los introductores, adictos antiguos, que no pueden prescindir de ellas y así inician en el negocio a miles de individuos. El mismo ciclo de introductor, curioso,

adicto y traficante se comprueba ahora entre nosotros.

Una observación interesante, hecha en el Perú, es el uso de éter, vapores de gasolina, inhalación de hidrocarburos de pegamento de juguetes para armar y combinaciones de barbitúricos y Mandraz por niños cuyas edades fluctúan entre los 6 y 12 años. Estos pequeños son inducidos por adolescentes, fumadores de marihuana o adictos a otras drogas.

A diferencia con el alcohol, cuya adicción es relativamente rara en la mujer peruana, hemos tratado a varias muchachas fumadoras de cáñamo o aficionadas al LSD u otras drogas.

En cuanto a las personalidades de los adolescentes que usan drogas podríamos dividirlos, de acuerdo a nuestra experiencia, en dos grupos, el primero estaría formado por los que usan las drogas de manera esporádica u ocasional, en reuniones juveniles, fiestas, paseos nocturnos a las playas, excursiones campestres, etc. Muchos de estos jóvenes no tienen mayores problemas psicológicos durante un tiempo que puede ser prolongado, pero los que van aumentando la frecuencia e intensidad de las fumadas o drogas presentan los síntomas de intoxicación crónica y muchos desarrollan psicosis tóxicas graves.

El segundo grupo está constituido por individuos gravemente desadaptados y que poseen serios problemas psicológicos: vagabundos, expulsados de los colegios, fracasados en las universidades, personalidades anormales, deficientes mentales, esquizofrénicos, neuróticos graves, etc. Estos sujetos pertenecen a ambos sexos, siendo más numerosos los va-

rones que tienen una historia larga de desadaptación escolar, familiar y laboral. Habitualmente usan múltiples drogas, simultánea o consecutivamente y, a veces, las combinan con bebidas alcohólicas. Este es un grupo enfermo que requiere internamiento en un servicio psiquiátrico para diagnóstico, manejo y rehabilitación. Otros autores llegan a la misma diferenciación (11, 62, 75).

### CASUÍSTICA

Presentamos los resultados de la observación de 36 casos estudiados, de adolescentes que han consumido diversos tipos de drogas alucinógenas y psicodélicas en los últimos años.

Estos pacientes han sido observados en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales y en la consulta privada.

**CASO Nº 1.** R. S. B., de 18 años de edad, nacido en Moquegua el 30-VII-50. Estudia 3º de Secundaria, ha repetido 1º, 2º y 3º año de Media.

Se hospitaliza por primera vez el 2-X-68, luego de haber sido atendido en el Servicio de Emergencia por intento de suicidio (ingirió 12 tabletas de Adelfan). Llegó conducido por el padre, quien opina que es un sujeto "flojo", descuidado, mimado por la madre, ausentista, desobediente. El examinando refiere que en el hogar es un incomprendido, en la escuela lo acusaron de haber roto una carpeta, no ha cancelado los gastos del colegio, ha sido amenazado con "sacarlo de la Banda" a la cual pertenece y "matarlo". Lo acusan de apropiarse de objetos ajenos.

Fuma marihuana desde 1967. Ha formado un grupo, "Vínculo Juvenil Revolucionario Renovista" que de noche destrozaban las carpetas, pintaban y escribían sus quejas en

las paredes, mandando anónimos al Director y querían "tomar el Colegio". Fumaba la hierba en el colegio: en los baños, en los lugares apartados, para evitar el olor de la misma quemaban incienso; cada 2 ó 3 días, la conseguía en el Bowling de Miraflores, durante 6 meses seguidos.

Al examen se manifiestan los trastornos de conducta por sus inadecuadas relaciones interpersonales y familiares, con frustraciones afectivas en etapas tempranas, con temor de enfrentarse al ambiente, con exagerada búsqueda de protección, poco espontáneo, rígido, el comportamiento es dirigido a la satisfacción de sus necesidades primarias.

El ambiente socioeconómico y cultural es de nivel promedio, el padre es agresivo, bebedor regular e irresponsable.

Ha evolucionado hasta la fecha, con ansiedad manifiesta y persisten los trastornos de conducta.

**CASO Nº 2.** F. H. L. L., de 16 años de edad. Entrevistado por primera vez el 27-III-69, remitido para tratamiento psiquiátrico por comportamiento rebelde, ansiedad y mareos.

Desde hace tres meses inquieto, se muestra rebelde, terco, aventurero, vive, de "acuerdo a sus propias ideas", cólerico y ansioso, explica que se ha enamorado por primera vez. Viajó a Trujillo y regresó en autostop contra la voluntad de los padres, se queja que no le dan libertad en su casa.

Desde hace un año viene tomando Mandrax, cloruro de etilo y floripondio, en compañía de amigos. Se halla ansioso, violento y se dedica "a la vagancia". Hace un mes que vive con unos amigos, bebe y desadaptados.

Al examen, muy tenso y racionalizador, coherente, con ideas fantásticas, afectivamente pesimista, con temores infundados.

El ambiente socioeconómico y cultural es de bajo nivel.

La evolución ha sido desfavorable, no ha seguido las indicaciones médicas, continúa con las ideas sobrevaloradas.

**CASO Nº 3.** S. E. T. R., de 16 años de edad, cursa el 3º año de Secundaria, que no puede seguir por límite de faltas.

Se le examina por primera vez el 2-V-69. Fue conducido por la madre para tratamiento, por presentar, desde hace tres años, actos compulsivos, con episodios de olvidos y "cansancio mental".

Desde hace tres años tenía la necesidad de repetir muchos actos tres veces seguidas, o bien sentía la obligación de detenerse, algo le decía que "deje de hacerlo", si no "te va a pasar algo". Subía las escaleras, repitiendo cada escalón tres veces. En la mesa o el restaurant, el vaso y la botella tienen que ser puestas tres veces en su sitio. Al leer, debe repetir de pronto todo lo que ha leído o se ve obligado a leer las frases al revés. No tolera estos síntomas, le causan angustia e irritabilidad.

Desde hace siete meses consume Moga-don y Mandrax. (un día 3 tabletas de Moga-don, al día siguiente 4 y luego 1 1/2 de Man-drax) y amfetamina. Veía todo contorsiona-do, los ruidos lejanos. En vacaciones toma-ba junto con los muchachos en las fiestas, para "volar".

El ambiente socio económico y cultural del paciente es de nivel promedio. Hay pa-tología mental del lado materno (esquizofre-nia pseudoneurótica) y del lado paterno (de-sorden sociopático de personalidad) y tiene una hermana con esquizofrenia pseudoneu-rótica.

La evolución ha sido desfavorable, han continuado los trastornos de conducta.

**CASO Nº 4.** S. E. T. C., de 17 años de edad, H. Nº 12857, de sexo masculino, con 5º año de Secundaria (ausentista), ha sido ex-pulsado de los dos últimos colegios.

Se le entrevista el 17-VI-69. Llega al hospital conducido por el padre, quien infor-mó que hace un indeterminado tiempo llega tarde a casa, con síntomas de "embriaguez producida por sedativo y algunas veces por alcohol". Sufrió un accidente en un ojo y no se resigna a quedarse con visión monocular. Ha disminuido el rendimiento escolar.

Hace siete meses "tiró" marihuana, co-

mo le faltó, siguió con Mandrax, usa una o dos tabletas de ésta cada vez que va a fiestas o "a ver chicas", para sentirse más alegre y "poder hablar mejor con ellas". En una ocasión usó 4 tabletas más una botella de cerveza y tuvo que ser llevado cargado a su casa. Siguió fumando marihuana y ha usado valeriana como cigarrillo y en tintura (vio en TV que en EE.UU. estudiaban si la valeriana tenía efectos alucinógenos). La descartó cuando se dio cuenta que no exper-imentaba resultados. Con la droga se vuel-ve locuaz y seguro de sí, sin ella la lengua se le traba y se siente tímido. Un boticario es el encargado de suministrar pastillas para todo el grupo. Ayer fue al cine, después de 3 tabletas entró "en onda" y se hallaba muy excitado, por eso el padre se dio cuenta y lo trajo al hospital.

Al examen, lúcido, orientado, locuaz, la comunicación se establece con dificultad (dice sentirse así al día siguiente de haber usa-do tabletas). De nivel intelectual promedio, con severos problemas de personalidad, ex-ageradamente inhibido, con represión cons-tante, con problemas en las relaciones socia-les, tímido, ansioso, prefiere replegarse a la fantasía que "sólo le ocasiona inestabilidad". Es incapaz de mantener contactos genuinos con las personas, con dificultades en las re-laciones heterosexuales y sociales por perci-bir el mundo que le rodea como hostil, ame-nazante y agresivo, básicamente dependien-te, busca aprobación y apoyo de los demás.

Procede de un ambiente socio-económi-co cultural de nivel promedio. Hay antece-dentes patológicos por la rama paterna, pre-dominando las características neuróticas.

**CASO Nº 5.** C. M. G., de 14 años de edad, H. Nº 13213 de sexo femenino, soltera, raza negra.

La primera entrevista fue el 29-X-69; dos días antes, por la noche, en un arrebato de cólera ingiere pastillas de Moga-don en forma oculta. Al día siguiente se hallaba se-midormida, con marcha incoordinada, por la noche inquietud psicomotriz. Ingresa por el intento de suicidio.

Desde hace un año presenta manifestaciones conversivas e ingiere pastillas sedantes cada vez que tiene conflictos emocionales. En otra oportunidad ingirió 6 tabletas sedantes después de una discusión. Se le encuentra sedada, adormilada, reflejos normales, no hay Babinsky, el resto del examen físico es normal.

El ambiente socio-económico y cultural muy bajo. Evolucionan favorablemente.

**CASO Nº 6.** C. M. L. C., de 20 años de edad, H. Nº 13199, primogénito, de adolescencia inquieta por su tendencia a la obesidad y al acné vulgar.

La primera entrevista fue el 24-X-69, remitido por un neurólogo. Se quejaba de algias, falta de energías, inestabilidad emocional, tristeza, sentimientos de impotencia, se siente "hundido".

Fuma marihuana desde hace seis meses, es "su liberación", consigue la hierba en Barranco y San Isidro. Se considera desconfiado, inseguro, ansioso, terco, testarudo, desde niño desafiante. Ha probado LSD, pero la considera "destruictiva".

Al examen, de inteligencia superior al promedio, desorientado en su vida sexual, con una estructura de personalidad extremadamente pasivo-dependiente.

Procede de un estrato socio-económico de bajo nivel, padres de muy modesta condición económica, el padre es Vigilante PIP.

Evoluciona desfavorablemente dados sus síntomas neuróticos persistentes.

**CASO Nº 7.** C. A. P., de 17 años de edad, H. Nº 13480, enviado por un tío por presentar un cuadro de intoxicación aguda por "drogas" y consumo excesivo de marihuana.

Se le entrevista el 24-II-70. Relata que hace dos días, en un parque tomó un "brebaje" traído por uno de sus amigos (hierben el floripondio, después se enfría y lo toman). Le dijeron que iba a ver solamente arañas y que las paredes se moverían. Entre cinco consumieron una botellita de 1 litro. Comenzó a sentir mareos, "todos gateaban

y querían arrancarse a correr", escuchaba voces que le decían, "¡siéntate, siéntate!". veía casas flotando, todo se movía y ondulaba, para él todo era "como un sueño". Se asustó cuando las imágenes de los otros amigos "cambiaban de lugar". La familia lo encontró en el parque "tirado", no podían acercársele porque golpeaba a todos los que lo intentaban, "vio que lo estaban robando", sus amigos en realidad trataban de ayudarlo e intentó "salir corriendo". Le contaron que se caía, lo veían recoger cosas del suelo y llevárselas a la boca, al final lo llevaron a su casa.

Ha fumado marihuana "un montón de veces", un amigo le invita. A ese amigo le dan para vender.

Procede de un ambiente de modesta condición socio-económica.

Al examen presenta un CI-90, equivalente al nivel promedio. Ha disminuido su capacidad de aprendizaje por imitación, la capacidad de anticipación y coordinación psicomotriz son deficientes y, aun más afectadas se hallan su retención inmediata y principalmente su enjuiciamiento de la realidad. Hay también interferencias emocionales difusas, oposicionismo frente al ambiente y casi ningún interés por integrar sus experiencias en un todo organizado. Existe marcado desajuste social debido a inseguridad y desorientación.

**CASO Nº 8.** H. Nº 13991, de 17 años de edad, sexo masculino, fue traído por el padre a Emergencia el 28-IX-70 a las 10.00 p.m., por un estado de intoxicación aguda.

Después de reunirse con 8 amigos, fue a la Herradura le dieron de tomar un "poquito de guinda", después no recuerda como llegó a su casa. Los familiares lo recibieron sucio, con la ropa rota, contusiones en la frente, no se podía mantener de pie, parecía borracho, pero no olía a alcohol.

Han notado que desde unos 6 días atrás, presentaba cambios notables en su carácter, se hallaba colérico, irritable, desobediente e irresponsable.

Al examen, ansioso, tenso, "sonríe ner-

viosamente", dice haber tomado unas copas de guinda y no recuerda más. Niega ingerir bebidas alcohólicas y menos fumar o consumir drogas. Al llegar a Emergencia, se hablaba confuso, con marcha atáxica, desorientado y con amnesia.

Entre los antecedentes destacan sus sueños de grandeza, mendacidad desde los 14 años de edad. Rencoroso con el padre desde que éste abandonó el hogar y tuvo una conviviente. Ultimamente llega de noche a la hora que desea, no estudia, repite 5º año de Secundaria. Es altanero, irresponsable, le gusta la compañía de los hippies. Niega todo dato relacionado con el consumo de drogas. El tío materno afirma que el examinado fuma marihuana desde hace 6 meses, incluso tenía en casa dos macetas con esta planta, la que cuidaba diariamente con esmero. Ofrece resistencia pasiva, rebelde, intransigente, inestable, con un nivel de conocimientos muy reducido.

Procede de un alto nivel económico. El padre es violento, colérico y agresivo, la madre neurótica inestable con fases depresivas.

En los tests psicológicos tiene una capacidad intelectual promedio  $C. I. = 102$ , con ambición que supera sus posibilidades, es notable su capacidad de observación y enjuiciamiento de la realidad. De personalidad inmadura, con rasgos pasivo-dependientes, dificultades de identificación, que le impiden una adaptación adecuada al medio. Posee un espíritu crítico que le permite un ajuste con los demás a nivel superficial.

**CASO Nº 9.** B. F. B. A., de 19 años de edad, H. Nº 14014, sexo femenino. Remitida de Medicina General por presentar crisis conversivas. Desde niña ha sido "nerviosa". Enurética hasta los 15 años, cleptómana. Desde 4º año de Media bajó su rendimiento escolar, grosera, pedía dinero y objetos prestados, fumaba. Desde que "tuvo uso de razón" se dio cuenta que no "encajaba en ninguna parte".

Examinada el 14 de octubre de 1970, se encuentra muy intranquila, exigente, preguntona, vehemente, mordaz, "solo mintien-

do se siente segura". Se aburre pronto de cualquier actividad, es inconstante, oscila entre la apatía y la vehemencia en el curso de horas, de la euforia pasa a la tristeza.

Desde hace 2 años fuma marihuana, especialmente moño rojo. Sus amigos le consiguen, para ella es una diversión. Se está acostumbrando a beber alcohol y toma continuado (pisco y cerveza). Tampoco dice tener inhibiciones en el área psico-sexual.

Procede de un ambiente modesto, trabaja para poder vestirse y comprar cosméticos.

Al examen, alegre, habladora, eufórica, frustrada en sus necesidades de afecto, su estado emocional oscila entre la alegría y la depresión. Además es insegura.

Evoluciona desfavorablemente, sigue fumando marihuana, tabaco y bebiendo alcohol.

**CASO Nº 10.** G. G. U., de 17 años de edad, H. Nº 14462, soltero, estudió hasta 3º de Secundaria.

Fue entrevistado por primera vez el 22 de abril de 1971. Se hallaba inestable, ansioso, explicó que fumaba marihuana desde hacía dos años. Al día siguiente se internó en el HCFP por un estado de excitación psicomotriz, con lenguaje incoherente, confuso y abundante sudor, debido a una intoxicación aguda (fumó un huero de moño rojo).

Desde el año 1969 fuma marihuana y toma LSD casi todos los días, pero ocurre que no se acuerda de las fechas. Al principio lo hacía con amigos, solo o en reuniones. Muy pocas veces con mujeres. Va a todos los distritos. Conoce al grupo de Miraflores, Lima, San Isidro, Barranco, Pueblo Libre. Busca la droga yendo a cada uno de estos lugares, estableciendo así un intercambio. Los padres nunca supieron lo que sucedía porque se hallaban separados desde hace 8 años. El padre por su trabajo no puede controlarlo.

Considera que fumaba diariamente, llegaba a su casa y nadie se daba cuenta, al comienzo compraba, pero después afirma que se la regalaban.

Al examen, después del estado de excitación psicomotriz, se comprueba que se trata de una personalidad inmadura, pasivo-dependiente.

El rendimiento escolar es deficiente. Ha repetido 1º y 2º año de Secundaria.

Pertenece a un nivel socio económico cultural bajo.

Evoluciona desfavorablemente, está convencido de que la marihuana no es dañina. Se explica que el LSD es dañino, pero para recuperarse de los efectos nocivos le han dicho que debe ingerir 1/4 de tableta cada 6 meses, "él ya sabe que tiene que alimentarse"; con LSD tiene temor a la noche, se "vacilaba", cansado ya, ansiaba que amanezca.

Los tests mostraron capacidad intelectual fronteriza (C. I. = 78), inseguro, depresivo, sus intentos de autoafirmación son poco exitosos provocando un mayor alejamiento de lo que le rodea.

**CASO Nº 11.** G. C. C., de 18 años de edad, de sexo masculino, estudiante universitario.

Fue hospitalizado por primera vez el 23 de noviembre de 1968. Desde seis meses antes la familia nota que el paciente venía adelgazando y presentaba cambio de carácter, se tornó violento, irritable y con actitudes hostiles desacostumbradas en él. Tres días antes de su hospitalización presentó gran inquietud psicomotriz y conducta que sorprendió a sus familiares, pasó las noches insomne vigilando la calle a través de una ventana y manifestando temores de que la casa iba ser destruida por bombas y su padre asesinado.

El examen mostró severas perturbaciones mentales: ideas delusivas a contenido persecutorio y de daño, interpretaciones delirantes, sentimientos de influencia, falsos reconocimientos, pensamiento esquizofrénico y alucinaciones auditivas.

El paciente desde dos años antes a este episodio comenzó a fumar marihuana. Afirmó que comenzó "por curiosidad", con pitillos que le fueron convidados. La sensación de "volar" le agradó, así como la sen-

sación de que su cuerpo perdía peso y además se sentía "muy inteligente". Posteriormente él mismo confeccionaba sus cigarrillos que consumía todas las noches en número de uno o dos. Progresivamente fue aumentando la dosis diaria hasta llegar a cinco o seis y practicando la fumada con inspiraciones muy profundas y tratando de retener el humo el mayor tiempo posible en los pulmones, estas prácticas llegaron a su mayor intensidad a partir del mes de junio de 1968.

El ambiente socio-económico y cultural del enfermo ha sido bastante alto y el hogar bien organizado y sin antecedentes de patología mental por el lado materno. Por la rama paterna un tío carnal sufrió de esquizofrenia crónica.

La evolución fue de muy lenta mejoría a pesar de haber sido sometido a tratamiento intensivo. Un año después continuaba presentando síntomas; muy inseguro, apático, irritable y desadaptado con un tono emocional muy bajo.

**CASO Nº 12.** C. M. S., de sexo masculino, 18 años de edad, estudiante universitario.

Es el segundo de cuatro hermanos. Vive al lado de los padres, en un hogar de buen nivel socio-económico y aparentemente bien organizado. Los padres se alarmaron y decidieron consultar en vista que el paciente progresivamente iba disminuyendo de peso corporal (9 kg. en 6 meses). Su carácter había cambiado, estaba muy irritable, inquieto, indeciso. Variaba de actividad a cada rato y parecía no satisfacerle nada de lo que antes eran sus distracciones (la música, los libros, etc.). Sólo le agradaba estar en la calle con sus amigos y parecía tener algún problema pues, a veces, aparentaba haber llorado, pero no permitía que se le indague pues se violentaba rápidamente. Últimamente, con cierta frecuencia, sufría desvanecimientos que eran interpretados como "debilidad" o que alguna comida le había hecho daño, o a cualquier cosa. En las últimas semanas se quejaba de encontrarse muy cansado y expresaba ideas de que la vida nada

le importaba y hasta hablaba de suicidarse. Desarrolló celos excesivos con la enamorada, pensaba que lo miraban mal y que se había desprestigiado, que hablaban mal de él. La víspera de la consulta, ya había abandonado la Universidad porque sentía que se ahogaba a los pocos minutos de iniciada la clase, estaba muy angustiado, sintió que el pecho se le oprimía intensamente, las manos le sudaban profusamente, el sonido de la música se le hizo insoportable por la intensidad con que la percibía, la idea de suicidio se intensificó, e ingirió 10 tabletas de Valium y otra droga no identificada con la seguridad de "producir una explosión en el estómago". Durmió unas horas y despertó igual.

Fue hospitalizado tremendamente angustiado, en total descuido de su apariencia personal, sucio, sin afeitarse, seboso, quejándose de que nadie lo quería y que todos estaban en contra de él, suspicaz, con interpretaciones delirantes. Confiesa que desde hace dos años fuma marihuana "a todas horas", desde la mañana, "siente" deseos de hacerlo a cada rato, hasta en horas de la tarde y la noche, además de tabletas de codeína, anfetamina, barbitúricos (Imesonal) y Mandrax.

Fue sometido a tratamiento con medicación psicoléptica y electrochoque. Dos meses después había mejorado apreciablemente, se alejó del grupo de amigos fumadores y retornó a la universidad; pero durante varios meses continuó ansioso, desanimado, depresivo y con insomnio parcial.

Un año después se había adaptado escolar y socialmente, aunque no resistía la tentación de fumar marihuana lo que hacía cada dos o tres meses; pero siempre experimentaba deseos de huida, quería irse al extranjero a estudiar, expresando sentimientos de desprecio por la juventud actual a la que pertenece.

**CASO Nº 13.** R. J. M., sexo masculino, 16 años de edad, cursa el último año de secundaria.

Es el menor de tres hermanos y el único varón. Vive con la madre y hermanas.

Hace cuatro años falleció súbitamente el padre, alcohólico crónico y con perturbaciones psicóticas, pero que lograba conservar, a pesar de todo, cierto grado de control sobre sus hijos. Desde el fallecimiento del padre, el paciente, a pesar de que sólo contaba 12 años, desencadenó sus ansias de independencia y desconocimiento de la autoridad familiar, incluyendo la materna. Engreído, exigente en ser atendido y en sus demandas de dinero, pues consideraba que le pertenecía por herencia. La madre no lograba controlarlo. Desde los últimos dos años se le veía muy irritable, agresivo, maltratando verbalmente a hermanas y empleadas de la casa; llegó a golpear al chofer la vez que no satisfizo sus exigencias. Algunas veces llegaba "raro" a la casa, extrañamente silencioso y como ido, otras veces daba la impresión de estar embriagado, pero no se le lograba advertir el olor a alcohol. Se tornó ausentista en el colegio y finalmente fue expulsado, debiendo ser matriculado por la madre apresuradamente en otro colegio. Finalmente la madre le descubrió instrumentos de vidrio, probetas y otros, que había sustraído del laboratorio del colegio y con los cuales había elaborado un equipo de fumar marihuana, por lo que se decidió a conducirlo a una clínica psiquiátrica, donde fue hospitalizado.

El paciente confesó que desde hace tres años fuma regularmente marihuana, comenzó a hacerlo por curiosidad y fue progresivamente aumentando la frecuencia de las fumadas hasta hacerlas en los últimos diez meses diariamente y varias veces al día. También había ingerido en ocasiones una cápsula que le aseguraron que era LSD. Asegura que "todo el mundo lo hace", que todos sus amigos fuman y no piensa que hace "nada malo".

Presenta serios problemas en la relación interpersonal, pocos intereses humanos, y bajo nivel de autoestima. Actúa impulsivamente sin medir las consecuencias, evasivo, inseguro, muy ansioso, vivencia tendencias de tipo homosexual y es opositorista y muy inmaduro. Rechaza los cánones socio-culturales comunes y existen muestras de desor-



ganización interna, encontrándose en situación que hizo prever el desencadenamiento de una psicosis.

De inteligencia normal-superior, pero la atención no se mantiene, se fatiga con facilidad y existe déficit en la memoria de fijación por la ansiedad.

Fue sometido a tratamiento con medicación psicoléptica y psicoterapia. Su actitud fue mejorando y finalmente la ansiedad se minimizó, surgiendo autocrítica y propósitos de continuar estudiando. Afirmaba que nunca más fumaría, pero su actitud en este sentido más parecía de complacencia al médico y familiares, así como de conveniencia, que genuina. Negoció con la madre el volver al colegio a cambio de ciertas prebendas, entre ellas la compra de un Jeep.

**CASO Nº 14.** E. E. O., 23 años de edad, soltero, comerciante. Hijo único, deportista, metódico, no fuma ni bebe. Ha hecho un culto especial del cuidado de su salud. Su lema es "la salud ante todo". Siempre ha sido muy preocupado por su bienestar físico, cualquier sensación extraña es causa de enorme preocupación y generalmente consulta a un médico a la menor molestia.

"Por curiosidad", cedió a la insistencia de una enamorada que lo instaba a que probara cigarrillos de marihuana. Con temor lo hizo, sin llevar el humo a los pulmones. La chica se burlaba de él. Repitió igual en una segunda vez. La tercera vez que cedió se decidió a aspirar el humo y retenerlo en los pulmones tal como la chica le aconsejaba. Muy temeroso, lo hizo. A la primera pitada se dio cuenta que la intensidad de la música que estaban escuchando se apagaba, pensó "que ya estaba volando", se aterró. "siempre le he temido a perder el conocimiento", creyó que iba a morir, el aire le faltaba, la cabeza le daba vueltas, sintió que su cuerpo se enfriaba. La chica le aconsejó que bebiera café. Desesperadamente se bebió una taza tras otra, hasta completar dieciseis, pero se sentía cada vez peor. Cuando creyó que ya la muerte la tenía próxima, entrecortadamente exigió a la enamorada que

coduzca el coche a una clínica general. Fue hospitalizado y dado de alta a las 24 horas.

Desde entonces experimenta sensaciones alarmantes para él. Trata de describir una dificultad muy especial en la percepción visual, acerca de ciertas luces y a determinadas horas. No tiene paz, ha perdido el apetito y cree estar irremediamente enfermo. Experimenta sentimientos de odio a la chica que le dio el pitillo. Siente "vaguez" y "mareos". Ha consultado en varias clínicas y hasta al médico chino sin obtener alivio, a pesar que al momento de la consulta han transcurrido 9 semanas del episodio.

**CASO Nº 15.** M. V. R., de sexo masculino, de 17 años de edad, estudiante de 4º Secundaria. Es el quinto de 8 hermanos, pertenece a un hogar de alto nivel socioeconómico. Se ha caracterizado por ser dócil y cariñoso, alegre y simpático. A pesar de su conducta ha sido bien aceptado en su hogar.

Desde los doce años comete pequeños robos en la casa, sustrae dinero, tiene una historia escolar muy deficiente, ausentista, inestable, niega sistemáticamente sus faltas a pesar de que se le muestran pruebas irrefutables y hace promesas desmedidas. Cuando fue reprobado en el colegio, ofreció "ser el primero de la clase".

Desde hacen tres años, llegaban noticias a la casa de que fumaba marihuana, pero él lo negaba rotundamente.

Hacen tres meses los padres viajaron a Argentina por seis semanas. De regreso hallaron que el paciente había saqueado el depósito de licores finos del padre, había vendido 86 botellas a diversas bodegas por precios ínfimos.

El paciente está desde hace varios meses, muy ansioso, por las noches le es muy difícil dormir, cuando lo logra experimenta sueños aterradores, llora con gran facilidad, se siente muy triste a ratos y muchas veces se ve atacado de crisis de bostezos incontenibles.

En la entrevista, se queja de falta de libertad. Protesta de que lo obligan a estar

en casa a las 9 de la noche. Fuma marihuana desde los 13 años esporádicamente, pero desde los últimos doce meses no pasa día sin que fume 8 cigarrillos de marihuana. Ha sufrido accidentes de tránsito, y ha sido llevado al Juez de Menores por este motivo.

**CASO Nº 16.** D. C. P., 19 años de edad, estudiante del 2º año de Agronomía. Desde hace dos años es motivo de frecuentes problemas en el hogar. Se ha tornado muy irritable y violento, al punto tal que el padre ya ni se atreve a contradecirlo por temor a sus expresiones hirientes y amenazas de violencia. Se ha vuelto muy indisciplinado, no respeta las noras que están señaladas para los otros hermanos y los padres sienten que no pueden manejarlo. La madre ha sufrido cuatro episodios agudos de esquizofrenia paranoide que remitieron con tratamiento psiquiátrico; es viscosa y perseverativa; no se rinde y trata de imponer su autoridad. El paciente exasperado la castigó despiadadamente con golpes de puño y puntapiés, muy enfurecido a la vez le gritaba groseramente y la llamaba loca. Este episodio determinó la consulta y hospitalización en la Clínica San Isidro.

El paciente aceptó la hospitalización, a pesar de expresar que condescendía sólo por complacer al médico, ya que no piensa que esté enfermo. Confiesa que desde hacen tres años ingiere amfetamina diariamente a dosis de 10 a 20 mg., aunque por épocas requiere doblar la dosis. Si no lo hace se siente cansado y apático. También fuma marihuana en sesiones semanales con sus amigos.

**CASO Nº 17.** J. R. R., 17 años. Terminó secundaria en 1970. Fracásó en el examen de ingreso a la U. C. el presente año. Hogar de comodidades y lujos. El padre un aristócrata de abolengo por sus títulos nobiliarios, empobrecido y nuevamente ha hecho fortuna.

De niño (5 años) presentó en tres oportunidades ataques convulsivos. El EEG muy desorganizado fue mejorando en sus controles anuales. Recibió difenilhidantoinas du-

rante 8 años seguidos. Hacen 4 años el padre le suspendió la medicación, argumentando que no se iba a pasar la vida entera tomando medicinas y que su hijo ya no sufría de ataques. Aprobó todos los años de colegio pero con gran esfuerzo y con rendimiento mediocre. El fracaso de ingresar a la Universidad le provocó síntomas de intensa frustración, que empeoraron al sufrir el robo de un equipo de grabación y radio. Sin embargo, hace dos semanas parecía estar compensado. La víspera de su hospitalización se presenta en la oficina de su padre, extraño, raro, en actitud airada y con expresiones desusadas en él por lo groseras. Despedía mal olor, sin afeitarse. El padre lo condujo a casa. Hablaba incoherencias. Pasó la noche entera verborreico, disertando sobre el espacio, el tiempo y la arquitectura moderna. Muy alarmado, el padre lo conduce a la Clínica San Isidro donde queda hospitalizado. Estaba lúcido, pero con severas perturbaciones del juicio, delusivo, disgregado y con alucinaciones auditivas.

Al siguiente día se presenta un amigo, quien confiesa que desde hace dos años el paciente fuma marihuana esporádicamente, cada dos o tres semanas, pero que en los últimos dos meses lo hacía a diario, desde que fracasó en el ingreso a la U. C. Hacen cuatro días bajo pretexto de irse de excursión, se encerraron en una casa y se dedicaron a fumar todo el día. Llevaron unos grandes paquetes de la yerba y no sabe cuántos pitos fabricaron. Desde el segundo día, le advierten al paciente que se abstenga pues lo notan que "está volando mucho", de modo más acentuado que los otros dos. No logra dormir, no se interesa en los alimentos y no hace otra cosa que hablar incoherencias sin cesar, las noches las pasó caminando de un lado al otro y fumando insistentemente. Finalmente se salió de la casa sin que pudieran detenerlo y fue al encuentro de su padre.

**CASO Nº 18.** E. A. V. de 22 años. Secundaria completa, Visitador Médico. Consulta espontáneamente por crisis en las que siente que le falta el aire, el corazón acelera

sus contracciones y tiene la sensación de muerte inminente. Le ocurre con gran frecuencia y es causa de intenso temor. Se está retrayendo, no se atreve a asistir a espectáculos y reuniones, pues ya le ha ocurrido de verse en la necesidad de abandonar esos lugares, pidiendo a alguien que lo conduzca al hospital más cercano pues tiene la seguridad de que va a morir. Se asombra de que en todas las consultas que ha hecho a los servicios de emergencia no lo hayan encontrado grave y a las pocas horas lo han devuelto a su casa. Desde hace unos tres años, fuma regularmente marihuana, cada vez que asiste a una fiesta o que se reúne con amigos. Está convencido que estas prácticas son inofensivas y no relaciona el hábito con sus síntomas. El EEG presenta disritmia moderada.

**CASO Nº 19.** R. G. H. De 18 años, terminó secundaria en 1969. No tiene ocupación definida. Desde los 11 años practica tabla marina. Desde los 14, sus compañeros en este deporte lo invitaron a fumar marihuana y desde entonces la hace. Desde hace un año se siente mal, al ingerir los alimentos no lograba distinguir su sabor. "no sentía mis sentidos". Nota que "me olvido de todo", se siente muy cansado, "mi único alivio es descansar", se siente extraño, se fatiga de inmediato ante cualquier actividad y ve a las personas extrañas. Tiene la convicción de que todo ha cambiado a su alrededor y se siente muy triste "de como es el mundo ahora".

Si va caminando por las calles piensa que lo miran y que murmuran de él, pero trata de razonar y concluye "que es mi imaginación". Nada le gusta, nada le entretiene, no puede ni leer porque no entiende ya lo que lee. Por las noches a veces logra dormir a ratos, pero en otras noches puede pasarla casi totalmente despierto. Hace un mes intentó mejorarse con mescalina, "pero a mí me hace mal, hice un mal viaje" y decidió continuar con marihuana solamente.

**CASO Nº 20.** G. W. P. O. de 17 años, soltero, sexo masculino, repite 3º de Media (expulsado del Colegio M. Leoncio Prado).

Entrevistado por primera vez el 26-X-70. Fuma marihuana desde Octubre de 1969; falta al colegio, no da exámenes, por su mal comportamiento es conducido por el tío a la consulta.

Constituye para la familia una grave preocupación la conducta observada por el paciente, debido a que falta al colegio (ya lo han cambiado a tres), llega tarde a casa, "anda en malas compañías", está adelgazando mucho, tiene poco apetito, se muestra desobediente e irresponsable, desinteresado para todo lo que signifique algún esfuerzo tanto físico como mental.

El examen mostró pasividad, falta de iniciativa, bajo nivel de intereses superiores, escaso rendimiento escolar no obstante tener inteligencia promedio, con vocabulario amplio. Llama la atención la falta de disciplina y la irresponsabilidad en afrontar sus deberes como hijo, estudiante y compañero.

Desde 1969 se inicia en el consumo de drogas llegando a ser líder de grupo, primero por curiosidad, luego porque le invitaban los amigos, finalmente tenía que comprar, para ello tomaba dinero de la casa sin avisar y después lo negaba. Al poco tiempo ingería LSD, para ello molía las pastillas. Tomaba la mitad de una pastilla, luego fumaba marihuana y así alcanzaba "un alto vuelo". Recuerda que en estas circunstancias pensaba muy rápidamente, veía las piernas de un hombre que se alargaban como postes de luz, sentía "su cuerpo raro", en todo se equivocaba, no se podía concentrar, veía los objetos deformados, las alucinaciones visuales aumentaban o bajaban de intensidad, enseguida tenía cefalea y taquicardia. Este estado duraba dos horas. Luego sentía pesadez en todo el cuerpo, sobre todo en la cabeza, percibía amor por los amigos, por la gente, en esos instantes, dice, afloran las tendencias sexuales, hay una mayor sensibilidad y facilidad para realizar estas actividades, las que parten tanto del galán como de

la acompañante y se realizan a veces en grupos, así se cumple con la filosofía hippie, que predica la paz y el amor libre.

Procede de un ambiente socio económico alto, desde los nueve años es huérfano de padre y madre. Los abuelos maternos se han dedicado a criarlo junto con su hermana menor. No hay antecedentes familiares de enfermedades mentales.

La evolución ha sido favorable. Tuvo una recaída el 23-XI-70 en la que salió del hogar, fue en busca de "los amigos" y fumó en exceso, los familiares se enteraron y se logró recuperar. Ha continuado estudiando y trabajando en el negocio de óptica de propiedad de toda la familia. Ha tomado LSD y fumado marihuana hasta convertirse en un "perito", conoce los efectos de la ayahuasca y ha probado los efectos del "Sanpedro".

**CASO Nº 21.** I. S. CH., de 21 años de edad, soltero, de sexo masculino, estudia 1er. año en la Universidad Católica.

Entrevistado por primera vez el 20-II-71, ingresa a la Clínica San Isidro en estado de intoxicación aguda, con síntomas de tipo psicótico: hablaba incoherencias, de conducta bizarra, contracciones musculares a nivel de la nuca y de los miembros superiores, por momentos agresivo, desorientado, confuso, con risitas inmotivadas. Llegó de otra clínica particular donde había sido atendido con sueros y tranquilizantes. Según el hermano mayor había estado fumando marihuana varios días seguidos (10 pitos diarios) y bebiendo Coca-Cola con anfetamina. No se pudo confirmar esta última aseveración.

Se inicia como fumador de marihuana en 1969. En 1970 fuma excesivamente, en la calle, en cantinas, siempre con amigos. Desde febrero del presente año, "tenía el complejo de persecución, desconfiaba de las personas, aún de su padre, pensaba mucho en Dios "y en Gladys". En 1968 fumaba 20 cigarrillos de tabaco diariamente.

En estado de intoxicación con marihuana se estremece con la música, ha expresado

que se sentía "en el cielo", en una ocasión se creyó muerto y que en esas condiciones hacia "viajes astrales", tenía la sensación que su cuerpo flotaba en el aire y "vivía en sueños". El padre se hallaba muy preocupado por la conducta del hijo y la madre vivía angustiada al ver que su hijo ofrecía un notable cambio en sus costumbres, no obstante no se alarmaban al verlo vestido de hippie, ni cuando llegaba tarde a casa.

Procede de un ambiente socio-económico de nivel promedio, el padre, cesante jubilado de un banco, es profesor universitario. Es el tercero de seis hermanos.

La evolución ha sido favorable. Desde el comienzo se empleó tratamiento con electrochoque (10 en total), neurolépticos y psicoterapia. Actualmente está en remisión social.

**CASO Nº 22.** V. F. M. B. de 19 años de edad. Estudió 5º año de Media en 1939.

Nacido de parto distócico (forceps). Onicofagia hasta la fecha. Somnilocua hasta los 14 años. De carácter inestable, fantaseador, irresponsable, rebelde, abúlico, inteligente, vivaz, posee un rico léxico. Al terminar instrucción media, abandonó una beca de estudios, se propuso estudiar IBM, perdió un ciclo, se presentó al segundo y lo abandonó. Trabajó 5 meses en la Casa Sears y dejó esta ocupación para ingresar a la Caja de Ahorros que después de tres meses abandonó. En noviembre de 1970, estuvo laborando en la Feria de Octubre durante dos meses, desde entonces está desocupado.

Abuelo paterno bohemio, adicto al alcohol y a drogas. Abuela paranoide, muy inteligente. Una tía paterna esquizofrénica catatónica crónica, con 20 años de enfermedad mental. Abuelo materno alcohólico excesivo (regular,) pasivo, dependiente, "flojo" e improductivo. Tiene dos hermanos inestables emocionalmente. Madre irascible, (colérica,) exigente, enamoradiza, voluble, hipererótica.

Fuma marihuana desde hace 2 y medio años. Hace año y medio "arrancó 8 meses seguidos", la conseguía fácilmente, es trafi-

cante muy conocido, generalmente vende o viaja o trae de otros lugares. No puede abstenerse. Fuma con amigos en la calle, en camionetas, en las playas. Ha logrado superar algunos síntomas. Después de este tiempo ha fumado porque lo buscan de compañía o para pedirle que consiga.

Al examen es un joven pícnico de 1.70 de estatura, de 90 k. de peso, lo llaman "el gordo". Movidizo, no puede dominar su estado de inquietud, habla velozmente, piensa muy rápido. El discurso es lógico, coherente, con fallas en la memoria, dificultad para emprender una tarea intelectual, recurre al pensamiento fantástico para cubrir sus deficiencias, de las que él mismo se da cuenta. Sabe que no puede concentrarse. Carece de incentivos superiores, ha perdido la confianza en sí mismo, sabe que "cada día es una carga familiar más pesada".

Han disminuido sus habilidades como billarista, ha ganado dinero traficando con marihuana, pero actualmente no le rinde económicamente. Recurre a petición suya en busca de tratamiento médico.

La madre sostiene el hogar con un aporte de cerca de 14 mil soles mensuales que gana en tres ocupaciones. El padre falleció en 1969.

**CASO Nº 23.** J. M. C. R. de 15 años de edad. Estudia 4º año de Medio.

Único hijo, nacido a los 8 meses, atendido en incubadora. La madre tuvo un embarazo difícil, durante la gestación se hallaba muy inestable, como "inválida", en cama, a media luz. A los 8 meses de edad fiebre intensa de muchos días de duración, le diagnosticaron "virosis", durante un año y medio estuvo bajo atención constante de un pediatra. Estudiante regular, desde hace un año ha bajado notablemente su rendimiento escolar, tiene 6 cursos con notas muy bajas.

Madre sobreprotectora, inestable, pasiva, dependiente, sumisa, crédula. El padre trabajador, empleado de Banco, hogareño, poco espontáneo, inhibido, pasivo-dependiente, acata las órdenes de la esposa, de trato

suave. Tiene una hermana muy inestable, sugestionable y tímida.

El 8 de Octubre, a eso de las 10.00 p.m., llegó a su casa en estado de agitación psicomotriz, con alucinaciones auditivas y visuales seguidas de un estado de pánico, daba gritos y veía a su alrededor en las paredes un mono que se movía y las figuras cobraban vida, hablaba con personajes imaginarios. Así permaneció durante toda la noche. Este episodio duró cerca de 10 horas, después quedó dormido. Explicaba que sólo había tomado una botella de Inca Cola en una bodega de la esquina de su casa. La madre lo vio que en los labios tenía restos de un polvo de color blanquecino. Ha negado en todo momento la ingestión de LSD, pero sí explica que ha fumado marihuana. Niega de donde consiguió esta sustancia, sólo dice que un amigo "a quien no ha vuelto a ver" le dio a fumar.

Tiene un amigo, Johnny, que consume drogas, a quien deficiente y trata de ocultar, probablemente este joven es quien le proporciona los alucinógenos.

Después del estado de excitación alucinatoria se muestra inquieto, inestable, no puede dormir en su habitación, porque le aterran las figuras de la pared, irritable, exigente, domina a los padres con intrigas, mendaz, encubre a los que le entregan drogas. Utiliza razonamientos infantiles para engañar a sus padres. De inteligencia inferior al promedio y de modales bruscos.

Tiene planes de viajar a la frontera norte del país "tirando dedo", durante las próximas vacaciones.

**CASO Nº 24.** J. M. P. B. de 19 años de edad, soltero. Repitió 3er. ciclo de Ingeniería Civil.

Es entrevistado el 5-XII-70, en una ocasión, enviado por el padre por trastornos en el comportamiento.

Fuma marihuana desde 1968, desde los 17 años de edad, en fiestas, en grupo, con amigos. Al comienzo pagaba S/. 100 por una cajita de fósforos. Ha tomado mescalina, el efecto —dice— dura 10-12 horas (pe-

goli o San Pedro). Fuma en la calle, cine o parques. La jerga los une y así todo el grupo se identifica se comprenden rápidamente.

Estando en "onda", la memoria le falla, sólo puede concentrarse en una sola parte pequeña de cualquier problema, se le agudizan los sentidos, supone que la realidad no inspira.

Al examen, inteligencia de nivel promedio, lógico y adecuado al discurso, con el cabello y barba largos, se muestra pasivo, dependiente. Hay un bajo nivel de ansiedad y no muestra alteraciones de orden psicótico. Proclive al uso de la marihuana en forma continuada.

Procede de un medio socio-económico y cultural de alto nivel, de padres separados, desde hace 10 años.

**CASO Nº 25.** N. V. B. de 16 años, de sexo femenino, estudiante que repite el 3º año de Media.

Se le entrevista el 4-X-69. Enviada por una amiga menor de edad que también recibe tratamiento. Los padres no se interesan por ella en ningún aspecto.

Desde abril de 1968 fuma marihuana. Ha tomado Dexamyl y cloruro de etilo. El LSD en la forma de tabletas amarillas —dice— "fue la muerte", es un éxtasis. Es "una genio" para pedir permiso en su casa y demorar mucho tiempo en la calle, en realidad es independiente y falta al hogar y se va con amigos a donde la lleven.

Fuma los fines de semana, en compañía o sola en su casa, otras veces a mitad de semana. La droga la excita y le produce sueños eróticos.

Cambia de conducta, se vuelve franca, se inquieta, le da ataques de risa, ve caras diferentes, con un solo "pito" siente lo ya relatado y le dura 3 horas, ve los colores como un flash.

Ha fumado en pipa y ha bebido en pipa de agua.

Al examen es una adolescente lúcida, inestable, inquieta, de bajo nivel intelectual, de expresión lenta, monótona, triste, preocu-

pada, dice "tengo todo y sin embargo, me siento triste", "a veces lloro, por momentos me siento aburrida".

Procede de un ambiente socio-económico promedio. Sin armonía en el hogar, los padres llevan una vida independiente y ella no está sujeta a ningún control. Es conocida como marihuana en el ambiente juvenil

**CASO Nº 26.** J. A. I. M., de 17 años, soltero, con 5º año de Instrucción Media.

Fuma marihuana desde hace un año y medio. El consumo aumentó en verano y se combina con el uso de LSD. En ocasiones ha tomado floripondio y fumado en pipa de agua. Lo hace en compañía de amigos y con muchachas, en la playa, en fiestas, en la calle, en carro, por las tardes de preferencia, durante 2-3 horas. Ultimamente le parece que la gente lo mira, cree que lo siguen para hacerle daño, otras veces permanece estático y no sigue el ritmo de los demás miembros del grupo. Ha vendido en ocasiones, (3 cajas de fósforos por S/. 150.00) invita o regala. Ha practicado relaciones homosexuales. Bebe cerveza en poca cantidad. Tiene escasa atracción por las chicas. Desea seguir fumando marihuana, pero que no se entere su padre. Ha bajado el rendimiento escolar. Notas bajas y seis cursos aplazados.

Un hermano menor de 16 años fumó en dos ocasiones marihuana y practica relaciones homosexuales por dinero, con frecuencia.

Al examen es un sujeto de aspecto saludable, de rasgos regulares y de biotipo normosómico.

Pertenece a la clase media, dispone de suficientes medios económicos para suplir sus necesidades.

El examen psiquiátrico ha revelado desorden de personalidad de tipo pasivo-agresivo y tendencias homosexuales.

**CASO Nº 27.** J. I. E. A., de 15 años, estudia 2º año de Instrucción Media.

Desde 1969 comenzó a usar alucinógenos, (marihuana, LSD, en ocasiones Mun-

drax en tabletas). Desde Marzo del presente año consume clopruro de etilo, con una frecuencia de 2-3 veces por semana en un grupo de tres o cuatro amigos. Echaba a un pañuelo y absorbía por la boca, después de dos inhalaciones quedaba inconsciente, pero antes oía como un timbre que suena ininterrumpidamente. Pensaba luego en el infierno y tenía alucinaciones en ese sentido, le parecía que realmente lo castigaban, veía llamas, gritaba, tenía pavor, veía a sus amigos riendo al otro lado de donde él se encontraba.

Repite 2º año de Media y tiene seis cursos aplazados.

La madre ignoraba que su hijo tenía estas proclividades, recién el 22 de octubre se enteró cuando le avisaron que J. se hallaba tirado en el Parque Candamo, en estado agónico. Al verlo en ese estado y acercarse a él sentía un olor pestilente, lo llevó al Hospital del Niño, donde permaneció dos días en estado de gravedad. Cuando fue recuperándose hablaba groserías, el pensamiento era incoherente. Explicó que había tomado cápsulas de nembutal sin propósitos suicidas. Usaba el recetario del padre, un médico que falleció hace dos años.

**CASO Nº 28.** A. M. T. R., de 18 años de edad, de sexo femenino, estudia 5º de Media.

Se le examina el 26-V-69 por sufrir "diversas sensaciones", alteraciones de la percepción, visiones grotescas, siente que se "achica o se agranda".

Tiene conflictos con ambos padres, porque su enamorado es 20 años mayor, es un tipo "raro". No va al colegio. La primera vez que experimentó pseudopercepciones se debió a que un grupo de amigas le invitaron marihuana, sintió temor a las imágenes visuales, auditivas y parestésicas que experimentó.

Ha tomado Valium de 10 mg. en forma continuada hasta 15 tabletas diarias.

Al examen mostró trastornos del esquema personal y del espacio próximo: el plano del piso está inclinado, le crece el cuerpo, y no logra mantener el equilibrio al ca-

minar, escucha voces, murmullos, le hablan, tiene sensación de empequeñecimiento corporal de cambios en el tamaño de la cabeza, las manos. Tiene sentimientos de culpa y de vergüenza, clara situación edípica. Ideas obsesivas "horribles", obscenas y sexuales.

Evoluciona de la manera siguiente, al comienzo no ceden los trastornos perceptuales, ni puede dejar de tomar Valium, pero después de seis aplicaciones de electrochoque y antipsicóticos (Melleril) logra la remisión de los síntomas. Después de salir del Hospital fugó con el enamorado.

Pertenece a un nivel socio-económico cultural de nivel promedio.

**CASO Nº 29.** J. N. D., 22 años de edad, sexo masculino, Guardia Civil, referido por insomnio, agitación y dolores múltiples. Durante un año padeció de cefalea, al cesar éste síntoma tuvo alopecia areata, luego dolores en los pies y dificultad para caminar. Posteriormente las algias se extendieron a los muslos y rodillas. Finalmente el enfermo no pudo caminar. Los exámenes físicos y de laboratorio fueron negativos.

Poco después de ingresar al servicio entró en estado de agitación psicomotriz al mismo tiempo que manifestaba múltiples quejas somáticas. El padre informó que los trastornos probablemente se debían al uso exagerado de amfetamina. El paciente admitió entonces que usaba la droga desde tres años atrás, consumiendo cantidades crecientes de dicha sustancia: de 10 a 160 mgs. diarios en el curso de pocas semanas.

Desde pequeño le gustó sobresalir en el deporte y en representaciones teatrales. Un año antes de ingresar se dedicó a la bebida, mientras trabajaba en un pueblo serrano alejado e inhóspito donde era detestado porque quería imponer su autoridad a los habitantes. En su hogar ha sido pasivo y dependiente, a pesar de que el padre lo maltrataba mucho cuando era niño. Existían antecedentes de epilepsia por la rama materna y de alcoholismo por el lado paterno.

Al examen era un enfermo delgado, que acusaba intensos dolores en diversas regio-

nes del cuerpo, alucinaciones auditivas, ideas de referencia, disminución de la visión y de la audición, así como experiencias de transformación personal. Al cesar la agitación se notó un peculiar amaneramiento en el enfermo, dirigiéndose a los demás con extravagantes gesticulaciones, muecas y mane-rismos. También se observó considerable incongruencia en la respuesta emocional.

El electroencefalograma mostraba ondas lentas en las áreas medio-frontales y temporales.

Los trastornos mentales fueron resistentes a los métodos de tratamiento empleados (psicoterapia, neurolépticos, electrochoque). Fue trasladado a un hospital psiquiátrico, en el cual tampoco consiguió remisión apreciable con 100 comas insulínicos.

**CASO Nº 30.** M. F. M., 18 años, sexo femenino, soltera, estudiante, referida por ansiedad y cefalea desde dos años atrás. La cefalea se asociaba con hipersomnia y bulimia. Susceptible, adora al padre. Está así desde que se mató un enamorado, en un viaje en moto, mientras fumaban marihuana. Desde entonces en las noches siente que entra a su cuarto, se sienta en la cama, la besa, la posee (mantuvieron relaciones sexuales durante dos años). Otras veces lo ha visto en la calle, al momento de subir a un omnibus, cruzando una calle o tomando un carro.

Ella comenzó a fumar marihuana a los 15 años. Todo lo "veía mucho más bonito". Tocaban guitarra, funaban, bailaban, cantaban, realizaban el acto sexual. Finalmente se retiró de estas actividades, ahora sale con hombres de más edad, profesionales.

Nervicsa desde la infancia, lloraba mucho, tenía sobresaltos durante el sueño, enurética hasta los seis años, episodios delirantes cuando tenía fiebre alta, ha sido separada de varios colegios porque no estudiaba. Ha tartamudeado hasta los 12 años de edad. Intensa actividad sexual, varios orgasmos por sesión, usa progestágenos orales durante las épocas de asociación amorosa.

Al examen es una adolescente delgada, no tiene signos de enfermedad focal pero el EEG revela trazado patológico, sensible a la hiperventilación, ésta última lo desorganiza y provoca la aparición de ondas delta, así como ondas theta, de distribución difusa.

**CASO Nº 31.** N. A. P., 15 años, sexo femenino, colegiala referida por crisis de somnolencia, ataxia e hipotonía muscular. Estos accesos ocurren generalmente cuando está en el colegio y han requerido intervención de las profesoras y asistencia en servicios de emergencia de hospitales y clínicas. La paciente no sabe a qué atribuir estas molestias.

La investigación neurológica no demuestra ningún signo focal. Las radiografías de cráneo, el EEG y el LCR son enteramente normales.

Una compañera de clase explica el origen de los síntomas. La paciente acostumbra volar con Coca-Cola y Mandrax, generalmente durante los recreos. Esta intoxicación produce una sensación exhilarante marcada, mareos, incoordinación de los movimientos, hipotonía (a tal punto que cae al suelo) y alegre somnolencia.

Al enterarse del origen de los síntomas la madre decide llevar a su hija a un colegio de internas, lejos de la capital.

**CASO Nº 32.** A. B. S., 18 años sexo femenino, desocupada, referida por fugas repetidas del hogar. Durante estos vagabundeos puede permanecer hasta 30 días, conviviendo con hippies de ambos sexos, mendigando, cantando o fabricando pequeños objetos de artesanía para la venta. Ha convivido con un hippie extranjero, quien reside en un tugurio inmundo. Estuvo a punto de casarse con este sujeto pero los padres no le dieron autorización.

Cuando está en casa es una muchacha tranquila, respetuosa y educada. En las reuniones con los amigos hippies usa un lenguaje sumamente vulgar. Durante las fiestas canta, baila, toca la guitarra, fuma marihuana.



Al novio lo hallaron enfermo en una oportunidad, sufriendo de una intoxicación masiva de marihuana. La asistencia a escuelas es pretexto para errar con los hippies, a quienes admira profundamente. Hasta ahora ha fugado cuatro veces de su casa, generalmente inicia el peregrinaje con una amiga, pero pronto se reúnen a ellas, algunos muchachos, con los cuales comparten todo, hasta que son descubiertas por los padres o detenidas por la policía. Ha fracasado en el colegio (desaprobado en 4º año de Secundaria).

La paciente es la tercera de cinco hermanos. Los varones son normales. La hermana menor es mongólica.

El examen no revela mayores perturbaciones. Es una muchacha que aparenta menor edad que la que tiene, posee una leve deficiencia intelectual, es miope y se come las uñas frecuentemente. Los exámenes de laboratorio y la investigación neurológica son negativos.

**CASO Nº 33.** F. A., 19 años, varón, estudiante universitario, acude personalmente porque desde hace seis meses tiene sentimientos de inutilidad, no asiste a clases, no da exámenes (repite año), está muy irritable, rehuye las reuniones sociales, casi no habla con nadie, tiene violentos deseos de llorar por momentos y está consciente de que algo extraño le está sucediendo. Como supiera que uno de los autores trató a su padre, decide consultarle.

El padre en realidad fue un profesional (médico) que fracasó por haberse tornado adicto a la morfina y a la meperidina. Fue necesario internarlo en clínicas especializadas, pero recaía poco después de egresar.

El paciente ha fumado marihuana durante dos años seguidos, en grandes cantidades. Cuando dejó de fumar esta droga, notó los trastornos mencionados más arriba.

La madre se casó varios años después de enviudar. Los hijos no aceptaron nunca al padrastro. Han surgido numerosos problemas en la familia porque básicamente re-

chazan toda insinuación de autoridad del padrastro.

Al examen es un adolescente delgado, alto, definitivamente introverso, susceptible, irritable, deprimido, ambivalente. Sólo concurre a una entrevista y falla en la próxima cita.

**CASO Nº 34.** G. M. M., 19 años, sexo femenino, desocupada, referida por ser excesivamente insinuante con el tío y con los primos: se contonea delante de ellos, usa faldas ultracortas o pantalones muy ajustados, se exhibe semidesnuda y besa apasionadamente a un primo de 15 años. Ha fugado de su hogar por mala conducta: convivía con un hombre casado, dedicábase a bailar, beber y a "volar" con un grupo de jóvenes, había abandonado los estudios. No entendía las lecciones, se hacía "la vaca", dedicándose a pasear o a hacer excursiones con amigos. Como fracasó en el colegio la pusieron en una academia de inglés y de mecanografía. Era el mismo problema: faltaba, no estudiaba, sólo le interesaba "divertirse" con el grupo de marginales, algunos extranjeros, con los que le agradaba mezclarse.

Pronto se dieron cuenta que la buscaban muchachas o muchachos que, procedentes de su ciudad de origen, le traían mensajes en los que le daban instrucciones de como obtener y distribuir "los paquetes". Se trataba de marihuana que fumaba abundantemente cuando salía a la calle o encerrándose en el baño, durante las noches.

La conducta de esta adolescente en su nuevo hogar produjo dificultades considerables entre los tíos, los primos y una prima de 18 años (a la cual se le había atendido antes por dermatitis tórtica y otros síntomas neuróticos). El tío llegó a interesarse en la sobrina, proporcionándole sumas de dinero. Al descubrirlo su esposa se suscitaron violentos altercados. Dos primos también llegaron a pelearse por la muchacha. La prima se agravó considerablemente al espiar estas escenas. Finalmente un tío, hermano de la tía que la había acogido en

su casa, la llevó a casa de sus padres y les exigió que se hicieran cargo de la menor. Desde hace varios meses no se tiene noticias de su comportamiento.

**CASO Nº 35.** E. S. S., 17 años, varón, desocupado (ha aprobado sólo el 2º año de Secundaria) es referido por accesos de violencia durante los cuales llega a derribar puertas o atacar ferozmente a varias personas. Fuma marihuana desde los 16 años de edad, también tiene la costumbre de hervir cactus y beber el líquido. Consume LSD. Para sus parientes su irresponsabilidad no tiene límites. Se trompea frecuentemente en la vía pública, destruye su ropa por efecto de los pugilatos y subtrae las prendas de vestir de sus hermanos. Ha estado detenido en varias oportunidades por proporcionar marihuana a otros adolescentes, por ingresar violentamente a fiestas donde no ha sido invitado, por causar destrozos con una pandilla de motociclistas, por agredir al portero de un Night Club, un frutero, un transeunte, etc. Ha llegado a agredir hasta a un Comisario de la Guardia Civil.

Este paciente nació en un parto distócico, después de aplicación de forceps. Las primeras alteraciones nerviosas se observaron a los tres años: rabietas durante las cuales gritaba y giraba sobre sí mismo como sobre un eje. Tuvo dificultad para aprender a leer y escribir. Frecuentes pesadillas: arañas sobre la cama. A los seis años notoria agresividad (la primera expulsión de la escuela fue por este motivo). Desde entonces "terriblemente inquieto", sólo mostraba interés por ir a la calle. Se ufanaba de trompearse varias veces al día. También fue muy cruel con los animales. El comportamiento se hizo insopportable desde los catorce años. Ha tenido ausencias y sólo un ataque de gran mal hasta el presente. Ha fugado de su casa varias veces. Ha sido acusado ante el Juez de Menores por haber violado y embarazado a una menor de edad. El negó la paternidad "porque la chica se había acostado con toda la collera".

Existen antecedentes psicopáticos por rama paterna y materna, especialmente ésta última.

Al examen es un adolescente de baja estatura, desarrollo atlético, facies de aspecto simiesco, vestido con atuendo de hippie (collar, brazaletes de coral y de metal, dibujos de colores en la camiseta, banda en la cabeza y dibujos en los antebrazos). Pálidez del nervio óptico izquierdo. Leves movimientos coreo-atetósicos en ambas manos, pronunciación ligeramente defectuosa de las consonantes, huellas de onicofagia en las uñas de las manos, hiperhidrosis palmar. Desorganización paroxismal difusa en el electro-encefalograma. Tiene convicción de lectura del pensamiento, delusiones de influenciación de otras personas, alucinaciones auditivas, no posee conciencia de enfermedad mental.

Ha estado internado en tres oportunidades en establecimientos psiquiátricos. Ha fugado muchas veces, la primera doblando los barrotes de la ventana y saltando de 10 mts. de altura. Ha mejorado con tratamiento neuroléptico, pero todavía fuma marihuana de vez en cuando y sigue desocupado.

**CASO Nº 36.** N. N., 19 años de edad, varón, desocupado, referido por sus padres por graves alteraciones del comportamiento. Desde los 16 años dificultades en el aprendizaje de matemáticas, luego deterioro en la conducta y en el estudio de todos los cursos, sin embargo, pudo concluir los estudios de secundaria. A los 17 años comenzó a enfrentarse en forma inusitada ante los padres. Desde entonces no estudia ni trabaja. Ha laborado en varios lugares, sólo dura 1 ó 2 días, los deja con diversos pretextos. Se reúne con hippies, forma parte de una banda de motociclistas, roba los carros de los familiares y los choca. Ha sido nervioso, inquieto y movedido desde pequeño. El padre también fue sumamente nervioso: se desmayaba cuando veía un gránulo en su nariz, sufría de dolores epigástricos y vómitos cuando tenía que hacer un informe verbal, se encerró en su casa durante meses por

padecer de acné facial, afecto a las computaciones y a los rituales.

Al examen se trataba de un joven delgado, intranquilo, se rasca la piel constantemente, tiene ideas sobrevaloradas con respecto a su persona y se declara completamente libre de principios éticos: fuma marihuana, usa psilocibina, y LSD y bebe alcohol desde hace varios años. Roba dinero, objetos o automotores cuando los necesita. Hace abortar a sus enamoradas, con dinero robado, cuando llega a fecundarlas.

Fue sometido a tratamiento en una clínica psiquiátrica. Sin embargo, los padres deciden sacarlo y enviarlo a Europa. La víspera del viaje se intoxica en tal forma con alcohol, LSD y marihuana, que es llevado en vilo al avión y durante el viaje desarrolla un episodio psicótico agudo, por lo que es trasladado del aeropuerto de Madrid a una casa de salud. Lo tratan un mes. Ingresa a la universidad. Abandona los estudios a las pocas semanas. Allí también se asocia con individuos marginales y adictos.

Vuelve al Perú. Trabaja algunos meses con un hermano. Se casa sorpresivamente con una menor de edad. Al volver de la luna de miel lo detienen en la frontera, por llevar ambos gran cantidad de marihuana.

## COMENTARIO

Una revisión de los 36 pacientes observados en esta serie, es decir jóvenes referidos fundamentalmente por uso repetido de drogas, demuestra algunos hechos interesantes.

La edad de los sujetos examinados varía entre los 14 y 23 años, o sea que la muestra está ubicada en los grupos de adolescencia tardía según la clasificación de Hurlock; el mayor número de casos (30) tienen entre 15 y 19 años, 27 casos son varones y 9 mujeres (Tabla N° 1).

Del grupo, sólo dos concurren espontáneamente, casi la totalidad (34) fueron conducidos a la consulta por tercera persona, sus padres (32) y el resto por tutores o maestros de la escuela; algunas veces sospechando o habiendo tomado conocimiento que existía el problema de uso de drogas y la mayor parte en la creencia de que existía un trastorno emocional o mental, sin ligarlo a la posibilidad de toxicomanía. Muchos de los padres de estos pacientes se sorprendieron hasta la incredulidad al ser informados de que sus hijos usaban drogas desde muchos meses y aún años y en su propio domicilio.

**Tabla N° 1. Edad y sexo en 36 adolescentes que usaban alucinógenos en forma prolongada.**

Sexo: Varones 27		Mujeres 9	
Edad	Casos	Edad	Casos
14	1	19	7
15	3	20	1
16	4	22	2
17	9	23	1
18	7		

El motivo de la consulta fue variado (Tabla N° 3). En dos casos el joven hizo intento de suicidio, en seis las muestras de intoxicación aguda psicótica eran evidentes y movieron a los padres a pensar en enfermedad mental. Nueve casos fueron referidos por trastornos de conducta: exaltación, irritabilidad, indisciplina, rebeldía, fugas del hogar, ausentismo o mal rendimiento escolar. Dos casos fueron vistos por desmayos.

En una muchacha fueron las actitudes francamente seductoras hacia familiares cercanos, lo que decidió la consulta.

**Tabla Nº 2. Tipos de hogar y factores genéticos en 36 adolescentes que usaban alucinógenos en forma prolongada.**

<b>Hogar integrado</b>	<b>34</b>
Padres estables	21
Padres inestables	13
<b>Hogar desintegrado</b>	<b>6</b>
Falta uno de los padres	4
Faltan ambos padres	2
<b>Nivel Socioeconómico:</b>	
Alto	13
Mediano	17
Bajo	6
<b>Psicopatología Familiar:</b>	
Rama Paterna	11
Rama Materna	6
Ambas Ramas	1

**Tabla Nº 3. Motivos de la referencia en 36 adolescentes que usaban alucinógenos en forma prolongada.**

Trastornos de conducta	9
Toxicomanía	7
Intoxicación aguda psicótica	6
Ataques de angustia	3
Intox. aguda no psicótica	1
Psicosis Tóxica Crónica	1
Intento de suicidio	2
Depresión	1
Desmayos repetidos	1
Ataques de ataxia	1
Fugas repetidas	1

La mayoría de los padres relataba que de un tiempo atrás notaban a su hi-

jo desgastado, apático, anoréxico, adelgazado, inestable, con cambios del humor, a ratos aparecía tranquilo y de pronto se tornaba angustiado, colérico, susceptible, irritable, intolerante; su rendimiento en el colegio o la universidad inexplicablemente se había deteriorado de modo osensible. Muchos tornábanse exaltados y agresivos, en un caso el paciente castigó despiadadamente a la madre con golpes de puño y puntapiés hasta el punto que tuvo que ser hospitalizada.

La mayor parte del grupo (30) presentado corresponde a las clases sociales alta y media de la clasificación triclasiista clásica, 6 casos provienen del grupo socio-económico popular. Esta desproporción es quizás artificial, puesto que la mayoría de pacientes corresponden a la consulta particular (Tabla Nº 2).

Todos los sujetos son de inteligencia normal o superior y la mayoría (34) provenientes de hogares aceptablemente organizado; sólo en dos casos el hogar estaba desorganizado. En seis casos falta la figura parental pero tienen sustitutos.

La mayoría son estudiantes, escolares o universitarios. Cuatro tenían trabajo y dos llevaban vida parasitaria, pero ninguno era considerado como enfermo, a pesar de que el estudio posterior demostró que todos padecían de trastornos neuróticos, desorden de la personalidad o enfermedad psicótica. El rendimiento escolar había bajado en 19 sujetos, era mediano en 4 casos y sólo 9 mantuvieron su nivel de rendimiento habitual.

El estudio clínico (Tabla Nº 4) demostró que 12 eran psicópatas del tipo so-

ciopático, con historia de robos, fugas del hogar y promiscuidad con prostitutas; dos de ellos dirigían chicas de las llamadas "lolitas" que operaban en calles céntricas de la ciudad, otro contaba ya con cuatro detenciones por la policía. Siete poseían personalidad pasivo dependiente y dos personalidad agresiva. Cuatro resultaron ser esquizofrénicos, uno del tipo pseudoneurótico, dos del tipo paranoide y uno catatónico; uno sufría de neurosis obsesiva y dos eran hipocondriacos; (ansiedad) las perturbaciones de estos pacientes se agravaron considerablemente con el uso de drogas. En seis pacientes la psicosis tóxica se manifestó por severas perturbaciones en la ideación, con asociaciones laxas, delusiones, disgregación del pensamiento y alucinaciones visuales y auditivas.

Fue muy frecuente observar tono afectivo bajo, sentimientos de desaliento, tristeza e ideas de autoacusación, de suspicacia y las ideas de referencia.

Dos mostraron signos de psicosis paranoide, no definitivamente esquizofrénica, uno subaguda y otro crónica.

La excitación y la agitación psicomotriz se presentó en nueve sujetos que usaban amfetamina, LSD o derivados de amfetamina (Tabla Nº 3).

La mayoría presentó angustia, lassitud, apatía, desinterés, tristeza, irritabilidad y algunos alucinaciones auditivas.

La mayor parte de los jóvenes del grupo que presentamos (Tabla Nº 6) hacía uso de drogas desde dos años antes de la primera consulta (12 casos), seis lo hacían desde tres años y cuatro, cuatro años antes. Los más recientes son de seis y siete meses (2 casos cada uno).

La droga preferida por este grupo (Tabla Nº 5) ha sido la marihuana (31 casos), por inhalación en forma de cigarrillos (pitos). Diez de ellos como droga única, el resto combinado con LSD (9 casos) y otras drogas indistintamente. El uso del alcohol fue relativamente mode-

**Tabla Nº 4. Disturbios psicológicos asociados a la intoxicación aguda o crónica con alucinógenos en 36 pacientes.**

Desorden sociopático personalidad	12
Personalidad pasivo-dependiente	7
Neurosis ansiedad	3
Esquizofrenia paranoide	2
Psicosis paranoide	2
Encefalopatía infantil	2
Personalidad ciclotímica	1
Esquizofrenia catatónica	1
Esquizofrenia pseudoneurótica	1
Personalidad agresiva (explosiva)	2
Neurosis obsesiva-compulsiva	1
Epilepsia	1
Personalidad emocional irritable	1
Personalidad inadecuada	1
Personalidad esquizoide	1

**Tabla Nº 5. Principales asociaciones de alucinógenos empleados por 36 pacientes.**

Marihuana (sola o combinada)	31
Marihuana (sola)	10
Marihuana y LSD	9
Mandrax, cloruro de etilo, marihuana, floripondio	6
Marihuana y alcohol	4
Marihuana, amfetamina, LSD	4
Marihuana y mescalina	2
Amfetamina y alcohol	1
Mandrax (solo)	1
Marihuana, codeina, amfetamina, barbitúricos	1
Marihuana, cactus, LSD	1
Mogadon, Mandrax, amfetamina	1

rado (4 casos) y generalmente no llegaron a la adicción alcohólica y siempre lo combinaron con drogas (marihuana, Mandrax, LSD). La anfetamina fue la preferida por cuatro sujetos, pero también la combinaron con otras drogas.

La experiencia acumulada por nosotros es compartida por diversos colegas y demuestra que estamos presenciando una pandemia de uso de drogas en el Perú. El empleo de alucinógenos por los jóvenes es un fenómeno universal, pero con características propias en cada país. Entre nosotros el problema presenta sus particularidades que lo hacen diferente y, quizá, en cierto modo menos peligroso que en los países desarrollados. Aparentemente se trata de un contagio. Nuestra juventud imita lo que ocurre en el extranjero: la clase alta mira hacia Europa, la media a U.S.A. y la pobre al Asia.

La revolución psicodélica del LSD nace en Estados Unidos en 1962, y rápidamente adquiere fuerza religiosa fundiéndose en una formación místico-química, la idea de Dios y la psicofarmacología en acomplamiento aparentemente

monstruoso del que surge una nueva secta, movimiento hacia adora irreversible e internacional en pocos años. No puede olvidarse que el LSD comenzó a emplearse en medicina como modelo para el estudio de las psicosis y, posteriormente, al principio con mucho entusiasmo y después con cierto escepticismo, como coadyuvante de la psicoterapia en el alcoholismo y las neurosis (5, 18, 23, 30, 34, 36, 37, 46, 47, 53, 68). Finalmente se descubrían efectos peligrosos y se recomendó las mayores precauciones para la experimentación con esta droga (19, 26, 31).

Los jóvenes estadounidenses han reaccionado contra la alienación inherente de la sociedad moderna y retornan hacia la naturaleza, el amor al prójimo y la pasión por las flores. Rechazan el absurdo agresivo de los pueblos occidentales, y se vuelven hacia la sabiduría oriental, fabrican un Jesús oriental y quieren ver a Dios usando LSD y después psilocibina, metedrína, heroína, cáscara de plátano, marihuana, cactus, etc. Se oponen al trabajo, se niegan a lavarse, practican el amor comunitario, usan collares de flores, drogas, barbas y vestimenta multicolor

Todo ello en una nueva filosofía religiosa. En nuestro país, ingenuamente diríamos, se informa a nuestra juventud mediante películas, fotos, revistas, modas, y nuestros jóvenes imitan las barbas, los cabellos largos, los colorines, los sacones, las flores, los slogans, lo comercial impera como en todo, y la propaganda les hace gustar y gastar en pantalones ridículos, vestimentas extravagantes, feliches, amuletos, posters y música estridente. Al lado de ello viene naturalmente la dro-

**Tabla Nº 6. Tiempo de consumo de drogas en 36 adolescentes y escolares.**

Tiempo	Casos
Dos años	12
Un año	6
Tres años	6
Cuatro años	4
Siete meses	2
Seis meses	2
Cinco años	1
Una vez	1
Indeterminado	1

ga y los nuestros la usan por imitación, pero no participando íntegramente. De la filosofía religiosa místico-química hippie sólo imitan lo exterior (la forma), fuman marihuana y toman toda clase de drogas hasta enviciarse, porque sí y nada más, en absurda búsqueda de nuevas emociones o por envalentonarse para enamorar a una chica.

La droga ha sustituido al alcohol entre los jóvenes. Sobre esta tesis el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía preparó una encuesta destinada a investigar actitudes hacia la autoridad en general, autoridad paterna, alcohol, drogas y libertad sexual, cuyos resultados se expondrán en una próxima presentación, de la que adelantamos algunos datos (13). Llevamos encuestados 1,132 jóvenes de edades entre 18 y 22, ubicados dentro del grupo de adolescencia tardía según la clasificación de Hurlock.

En lo referente a las drogas podemos adelantar que existe un conocimiento general del problema.

El 100% de los encuestados están enterados de la existencia de las drogas y los consideran como un problema de carácter nacional. Más de la mitad (65%) vivencia al drogadicto como un individuo merecedor de castigo. Se aprecia un conflicto entre el super ego, producto de los patrones sociales introyectados, que los lleva a asumir una posición de censura y los impulsos que exigen una gratificación inmediata (el ello).

Esto nos revela que nuestra juventud no ha asumido esa actitud de protesta hippie contra la generación precedente (que después de todo no los envía al

Viet Nam ni juega con la energía atómica y que más bien es extremadamente protectora), observándose que los jóvenes todavía tratan de reforzar la posición del super ego o la conciencia moral. Es así que el 71% afirmó que la marihuana es un elemento nocivo para su adaptación y su vida. Sólo al 12% le parece que no causa daño y el resto no se decide a responder. Esto nos induce a pensar que los jóvenes peruanos que usan drogas, en su mayoría lo hacen con la idea de estar haciendo algo malo, algo dañino, con sentido de culpa, y esto parece comprobarse en dos de los casos (14 y 18) del grupo presentado en este trabajo. El N° 14, que luego de la primera pitada se siente intoxicado y trata de desintoxicarse bebiendo lo que cree que es el antídoto, café y se bebe desesperadamente una tras otra hasta 16 tazas sintiéndose cada vez peor, ahora sí intoxicado por cafeína, cree que va a morir y exige ser llevado a un hospital para que le salven la vida.

El caso 18 a la primera pitada debe abandonar el Estadio donde presenciaba un partido internacional, presa de intensa angustia y corre a la emergencia del Hospital más cercano.

Reafirmando esta proposición encontramos que el 32% de los encuestados conceptúan que el drogadicto es un individuo de carácter débil y que este defecto de personalidad es la causa de su situación. El 25% afirma que la causa de la problemática es la búsqueda de emociones fuertes. El 21% cree que es debido a la curiosidad y el 19% a la imitación.

En el grupo de adolescentes que he-

mos presentado, la droga preferida es la marihuana y el LSD. De los 36, 31 fumaron marihuana, diez de ellos sola y el resto combinada con LSD, Mandrax, barbitúricos, Valium, floripondio, anfetamina, psilocibina, mescalina, éter y sólo cuatro con alcohol.

La marihuana es, pues, entre nosotros la vedete de las drogas. Es también la más antigua, usada desde todos los tiempos, y la más moderna en esta orgía mundial de drogas; la más en boga en el mundo entero, conocida como cáñamo indio, hachish, marihuana, quif grifa, moaña, hierba santa, paja, soñadora, Rosa María, Zacate y muchos otros nombres, ya que está extendida por todos los continentes, crece en todas las latitudes; planta resistente, se la ve florecer en jardines, macetas, balcones y hasta en los jardines públicos (38, 41).

Según los gustos y países se utiliza la resina que contiene cerca del 40% del principio activo (el canabinol) o las flores y hojas cuyo porcentaje llegan aproximadamente al 10%.

Se fuma, se come o se bebe con agua, con alcohol o con tintura de opio, mezclada con azúcar o preparada en tortas. Combinada con tabaco o pura.

Los efectos del cannabis varían según los individuos. En algunos pueden mover a la comisión de actos de violencia, incluso el homicidio ciego (45), provoca trastornos respiratorios, circulatorios y neuromusculares; actúa sobre la corteza cerebral, provocando alucinaciones auditivas y visuales, arrebatos delirantes, ilusión del espacio y del tiempo, euforia y exaltación sensorial que puede llegar al éxtasis (29).

La intoxicación aguda o crónica produce definidas psicosis (6, 8, 17, 27, 39, 40, 41, 69) con perturbaciones del pensamiento y fenómenos de disociación que hacen pensar en una esquizofrenia, los casos 11, 19, 35 y 36, presentaron profunda desorganización de la ideación, disgregación del pensamiento y pensamiento esquizofrénico, que en el primero y en el 35 continuaron presentando síntomas hasta un año después, los otros se recuperaron a las tres y dos semanas respectivamente.

El uso de marihuana está muy distante de ser inocuo. La acción nociva depende de varios factores. En primer lugar, el terreno, personalidad y calidad del tejido cerebral. De los casos estudiados los que presentaron cuadros psicóticos más graves, tenían EEG previos con disritmia cerebral. En segundo lugar, de la riqueza en alcaloide de la planta usada y, en tercer lugar, del modo y frecuencia de su uso. Los que aspiran profundamente el humo y lo retienen en los pulmones y los que fuman más "pitos" son los que peores efectos experimentan.

El fumador ocasional puede quedar indemne, como ya mencionamos antes y, quizá, a esta observación se deba la equivocada creencia de que la marihuana no es nociva, es poco activa y tiene efectos menos violentos que los del alcohol. Esta errónea idea ha sido transmitida en nuestro medio a personas jóvenes por médicos, sacerdotes, psicólogos y hasta por algún psiquiatra.

El Comité de Expertos en Drogas que Causan Dependencia, de la Organización Mundial de la Salud (21), ha hecho una estimación objetiva de los efectos de la



marihuana (*cannabis*). A juicio del Comité la *cannabis* empieza por producir un relativo bienestar; el sujeto se torna propenso a la locuacidad y a la risa y acaba por perturbarse el control de la razón y del juicio. Las distancias se calculan con dificultad y el tiempo parece unas veces inmovilizarse y otras veces emprender una carrera loca. Algunas personas tienden a la divagación y a la riña, otras se complacen en estados de alucinación que parecen avivar el brillo de los colores y las sonoridades de la música. La *cannabis* no causa dependencia física. Sus peores efectos, desde el punto de vista clínico, se resumen en una tendencia del individuo a la sobrestimación de sus capacidades y a vivir en un estado letárgico de autosatisfacción. En los sujetos ya predispuestos, la confusión mental unida a las psicosis, pueden también traducirse en actos antisociales.

La segunda droga preferida por nuestro grupo estudiado fue el LSD. La dietilamida del ácido lisérgico, el más activo de los alucinógenos conocidos.

En nuestra serie, 10 pacientes usaron LSD asociado a marihuana o a otras drogas y cuatro de ellos desarrollaron francas reacciones psicóticas (casos 23, 27, 35 y 36).

Isbell y colaboradores (33) comprobaron que el LSD producía ansiedad, fenómenos de despersonalización, alucinaciones visuales, alteraciones de la afectividad, hipertensión, hiper-reflexia y midriasis. El aumento de dosis se asociaba con incremento en la intensidad de la reacción. En el EEG el LSD produce cambios cualitativos similares a los observados en la esquizofrenia, es decir, hiper-re-

gulación, como si la corteza estuviera sometida a estimulación continua (55) o progresiva desincronización (60).

Después de ensayos iniciales con el LSD en la psicoterapia de varias condiciones morbosas, Smith (67) concluyó que era peligroso e ineficaz. Casi al mismo tiempo otros autores demostraron que ocasionaba psicosis prolongadas, psicosis recurrentes, reacciones agudas de pánico, graves depresiones, ansiedad e intensificación de los disturbios sociopáticos (19, 26, 61). Son particularmente interesantes las imágenes recurrentes intrusas, de contenido terrorífico, repetidas sin control volicional, después de que ha pasado el efecto inmediato del alucinógeno (31). Finalmente, existe informes de homicidios después de terminar un tratamiento con LSD (43), u homicidios, suicidios y agresiones violentas en los que usan esta droga repetidamente (9).

Infortunadamente, la síntesis sencilla de este producto y su venta masiva en el mercado negro ha ocasionado una mayor incidencia de las graves reacciones tóxicas mencionadas (59).

En siete de nuestros casos los pacientes usaron anfetamina asociada a la marihuana, LSD, alcohol u otras drogas. Tres de ellos desarrollaron reacciones psicóticas (casos 12, 16, 29).

En la literatura se describen casos de psicosis agudas (intoxicaciones masivas) o psicosis crónicas (maníacas o paranoideas), aumento de la agresividad sexual o de la conducta sexual perversa (1, 3, 4, 7, 14, 35, 64) así como asaltos y homicidios (23a, 45) en los individuos que usan anfetamina repetidamente.

Podemos concluir que en nuestra ex-

perencia con niños y adolescentes, las drogas que más se usan en las ciudades del Perú son marihuana, LSD y anfetamina, observación similar hizo Mizner en Estados Unidos (51).

Llama la atención la baja incidencia de alcoholismo y la ausencia completa de cocainismo entre nuestros pacientes (si es que podemos dar crédito a los datos dados por ellos, sus familiares y sus amigos).

También es conveniente recalcar que entre nuestros pacientes ninguno ha estado habituado a drogas narcóticas (opio, morfina, heroína) en agudo contraste con lo que sucede en Europa y los Estados Unidos (2, 10, 12, 15, 16, 20, 24, 25, 28, 42, 44, 58, 75). Es posible que el alto precio de los narcóticos sea uno de los factores en la baja incidencia de narcomanías en el ambiente estudiado.

En el Perú se ha usado desde hace siglos la ayahuasca, el chamico y la coca. Nuestros pacientes no la empleaban pues dichas sustancias no estaban en la "onda" juvenil actual.

Por último, en personas predispuestas por padecer de psicosis, poseer personalidades psicopáticas o tener disturbios funcionales del encéfalo, hemos comprobado el desarrollo de graves perturbaciones mentales (psicosis) por acción de la marihuana, la anfetamina, el LSD y varias combinaciones de estas drogas (casos 7, 12, 17, 20, 21, 23, 27, 28, 30, 35 y 36).

### SUMMARY

This is a report of 36 schoolchildren and adolescents who used allucinogenic

drugs mostly for a period of two to four years. Boys were three times more frequent than girls and nearly all of them came from well to do and integrated homes and had stable parents.

The drugs used were marihuana, lysergide, mescaline, psilocybine, amphetamine, alcohol, barbiturates and metqualone in various combinations.

All these youngsters showed signs of psychological disturbances, mainly personality disorders, before they began to use drugs.

In this series it has been documented that marihuana, LSD, mescaline and amphetamine can produce acute, subacute and chronic psychotic disorders.

Health authorities should establish integral programmes of prevention and treatment of addictions in young people to control the drug pandemic that has extended now to the main cities of Perú.

### LITERATURA CITADA

1. Abéley, P.; Bobin, P. y Geier, S.: 1960. Toxicomanie mixte aux amphétamines et aux dérivés d l'oxazine chez de jeunes sujets. *Ann. Med. Psychol.* 118: 167-172.
2. Adams, W. A.; Glasser, N. Berry, H.: 1953. The narcotic problem in an urban community. *J. nat. M. Ass.* 45: 51-56.
3. Alliez, J.: 1953. Délire amphetaminique. *Encéphale* 42: 21-26.
4. Askevold, F.: 1959. The occurrence of paranoid incidents and abstinence delirium in abusers of amphetamine. *Acta Psychiat. Scand.* 34: 145-164.
5. Baker, E. F. W.: (1964). The use of LSD in psychotherapy. *Canad. Med. Ass. J.* 91: 1200-1202.

6. Bartolucci, G.; Fryer, L.; Perris, C. y Shaguso, C.: 1969. Marijuana psychosis. A case report. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 14: 77-79.
7. Bell, D. y Trethowan, H. D.: 1961. Amphetamine addiction and disturbed sexuality. *Arch. Gen. Psychiat.* 4: 74-78.
8. Bernhardson, G.: 1969. Cannabis Psychoses. *Lakartidningen* 66: 1230-1259.
9. Blumenfield, M. y Glickman, L.: 1967. Ten months experience with LSD users admitted to country psychiatric receiving hospitals. *New York State J. Med.* 67: 1849-1853.
10. Bobbitt, J. M.: 1953. Symposium on drug addiction. The drug addiction problem. *Amer. J. Med.* 14: 538-539.
11. Brill, N. Q.; Crumpton, E. y Grayson, H. M.: 1971. Personality factors in marijuana use. *Arch. Gen. Psychiat.* 24: 163-165.
12. Brunstetter, R. W.: 1969. Comments on the physician role in drug work. *Calif. Med.* 110: 383-388.
13. Carbajal, C.; Maúrtua, N. y Ruez, M.: Encuesta sobre actitudes de la juventud peruana. A publicarse próximamente.
14. Chapman, A. H.: 1954. Paranoid psychoses associated with amphetamine usage. *Amer. J. Psychiat.* 111: 43-45.
15. Cherubin, C. E.: 1967. The medical sequelae of narcotic addiction. *Ann. Intern. Med.* 67: 23-33.
16. ———: (1970). Epidemiology of tetanus in narcotic addicts. *N. Y. St. J. Med.* 70: 267-271.
17. Christozov, C.: 1965. L'aspect marocain e l' intoxication cannabique d' après des études faites dans les conditions d' un hospital psychiatrique de maladies chroniques. *Maroc. Med.* 44: 630-642.
18. Cohen, S. y Eisner, B. G.: 1959. Use of lysergic acid diethylamide in a psychotherapeutic setting. *Arch. Neurol. and Psychiat.* 81: 615-619.
19. Cohen, S. y Ditman, K. S.: 1963. Prolonged adverse reactions to LSD. *Arch. Gen. Psychiat.* 8: 475-480.
20. Coodley, A. E.: 1961. Current aspects of delinquency and addiction. *Arch. Gen. Psychiat.* 4: 632-640.
21. Department of Mental Health: 1967. Dependence on Cannabis (Marihuana). *J. Amer. Med. Ass.* 201: 368-371.
22. Egozcue, J.; Irwin, S. y Maruffo, C. A.: 1968. Chromosomal damage in LSD users. *J. Amer. Med. Ass.* 204: 214-218.
23. Eisner, B. G. y Cohen, S.: 1958. Psychotherapy with lysergic acid diethylamide. *J. Nerv. Ment. Dis.* 127: 528-539.
- 23a. Ellinwood, E. H.: 1971. Assault and Homicide Associated with Amphetamine Abuse. *Amer. J. Psychiat.* 127: 1170-1175.
24. Fort, J. P.: 1954. Heroin addiction among young men. *Psychiatry* 17: 251-259.
25. Fraser, H. F. y Grider, J. A.: 1953. Symposium on drug addiction. Treatment of drug addiction. *Amer. J. Med.* 14: 571-577.
26. Frosch, W. A.; Robbins, E. S. y Stern, M.: 1965. Untoward reactions to LSD resulting in hospitalization. *New Eng. J. Med.* 273: 1235-1238.
27. Geerlings, P. J.: (1968). Marihuana. *Ned. Geneesk.* 112: 1739-1742.
28. Gerard, D. L. y Kornetsky, C.: 1955. Adolescent opiate addiction: a study of control and addict subjects. *Psychiat. Quart.* 29: 457-486.
29. Grunfeld, Y. y Edery, H.: 1969. Psychopharmacological activity of the constituents of hashish and some related cannabinoids. *Psychopharmacologia.* 14: 200-210.
30. Hausner, M. A.; Dolezal, V.: 1963. Group and individual psychotherapy under LSD. *Acta Psychother.* 11: 39-59.
31. Horowitz, M. J.: 1969. Flashbacks: recurrent intrusive images after the use

- of LSD. *Amer. J. Psychiat.* **126**: 565-569.
32. Hurlock, E.: 1959. *Developmental Psychology*. Mc Graw-Hill, New York.
33. Isbell, H.; Belleville, R. E.; Fraser, H. F.; Wikler, A. y Logan, C. H.: 1956. Studies on lysergic acid diethylamide. *Arch. Neurol. and Psychiat.* **76**: 468-478.
34. Jensen, S. E. y Ramsay, R.: 1963. Treatment of chronic alcoholism with LSD. *Canad. Psychiat. Ass. J.* **8**: 182-188.
35. Jerí, F. R.: 1959. Habitación a la anfetamina con manifestaciones psicóticas. *Rev. Sanid. Polic.* **19**: 889-904.
36. Johnson, F. G. (1969). LSD in the treatment of alcoholism. *Amer. J. Psychiat.* **126**: 481-487
37. Kafaladidis, A.: 1963. Application thérapeutique de la diethylamide d l'acide d lysergique sur les psychonévroses. *Ann. Med. Psychol.* **121**: 191-200.
38. Kaufman, J.; Allen, J. E. y West, L. J.: 1969. Runaways, hippies and marijuana. *Amer. J. Psychiat.* **126**: 717-720.
39. Keeler, M. H.: 1967. Adverse reaction to marijuana. *Amer. J. Psychiat.* **124**: 647-477.
40. ———: 1968. Marijuana induced hallucinations. *Dis. Nerv. Syst.* **29**: 314-315.
41. ———: 1969. What are the questions concerning marijuana. *N. C. Med. J.* **30**: 41-43.
42. Kielholz, P.: 1957. Ursachen und Behandlung der Toxicomanie. *Z. Prav. Med.* **2**: 339-345.
43. Knudsen, K.: 1964. Homicide after treatment with LSD. *Acta Psychiat. Scand.* **40**/ suppl. **180**: 389-395.
44. Ladewig, D.: 1969. Nevere Suchttrends Bei Jugendlichen. *Schweiz. Wschr.* **99**: 781-783.
45. Lancelot, M.: 1969. *Los Hippies*. Edit. Emece, Buenos Aires.
46. Ling, T. M. y Beckman, J.: 1960. The use of lysergic acid in individual psychotherapy. *Proc. Roy. Soc. Med.* **53**: 927-929.
47. ———: 1963. The treatment of anxiety with lysergic acid and methylphenidate. *Practitioner.* **191**: 201-204.
48. Ludwig, A. M. y Levine, J.: 1965. Patterns of use of hallucinogenic drug abuse. *J. Amer. Med. Ass.* **191**: 92-96.
49. Mariátegui, J. y Zambrano, M.: 1959. Acerca del empleo de drogas alucinógenas en el Perú. *Rev. Neuropsiquiat.* **22**: 27-34.
50. Milman, D. H.: 1969. The role of marijuana in patterns of drug abuse by adolescents. *J. Pediat.* **74**: 283-290.
- 50a. Mirin, S. M.; Shapiro, L. M.; Meyer, R. E.; Pillard, R. C. y Fisher, S.: 1971. Casual Versus Heavy Use of Marijuana: A Redefinition of the Marijuana Problem. *Amer. J. Psychiat.* **127**: 1134-1140.
51. Mizner, G. L.; Barter, J. T. y Werme, P. H.: 1970. Patterns of drug use among college students. *Amer. J. Psychiat.* **127**: 15-24.
52. Opitz, E.: 1963. Die Klinische Therapie seelischer Storungen mit Lysergsaure. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.* **15**: 366-372.
53. O'Reilly, P. O. y Funk, A.: 1964. LSD in chronic alcoholism. *Canad. Psychiat. Ass. J.* **9**: 258-261.
54. Pacheco y Silva, A.: 1959. Intoxicación crónica en América Latina. *Rev. Psiquiat. Peruan.* **2**: 159-181.
55. Pfeiffer, C. C.; Goldstein, L.; Murphree, H. B. y Surgerman, A. A.: 1965. Time series, frequency analysis and electrogenesis of the EEG of normal and Psychotics before and after drugs. *Amer. J. Psychiat.* **121**: 1146-1155.
56. Pires, E. y Rubin, A.: 1962. Contribucao as estudo do maconhismo do Bahia. *Neurologia.* **25**: 38-68.
57. Potter, H. P.; Cohen, N. N. y Norris, R. F.: 1960. Chronic hepatic dysfunction in heroin addicts. *J. Amer. Med. Ass.* **174**: 2049-2051.
58. Rayport, M.: 1964. Experience in the management of patients medically ad-

- dicted to narcotics. *J. Amer. Med. Ass.* **156**: 684-691.
59. Robbins, E.; Frosch, W. A. y Stern, M.: 1967. Further observations on untoward reactions to LSD. *Am. J. Psychiat.* **124**: 393-395.
60. Rodin, E. y Lüby, E.: 1966. Effects of LSD on the EEG and photic evoked responses. *Arch. Gen. Psychiat.* **14**: 435-441.
61. Rosenberg, C. M. y Eldred, B.: 1968. LSD Psychosis. *Med. J. Aust.* **55**: 129-131.
62. Rosemberg, C. M.: 1969. Young drug addicts: background and personality. *J. Nerv. Ment. Dis.* **148**: 65-73.
63. Sadman, G. y Kerma, J. C.: 1964. The use of LSD-25 as a diagnostic aid in doubtful cases of Schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* **111**: 96-100.
64. Seever, M. H.: 1963. Abuse of barbiturates and amphetamines. *Post. Grad. Med.* **37**: 45-51.
65. Skakkeback, N. E.; Philip, J.; Rafaelson, O. J.: 1968. LSD in mice: Abnormalities in meiotic chromosomes. *Science* **160**: 1246-1248.
66. Smart, R. E. y Storn, T.: 1964. Efficacy of LSD in the treatment of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alcoh.* **2**: 324-332.
67. Smith, C. M.: 1964. Exploratory and controlled studies of lysergide in the treatment of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alcoh.* **25**: 742-747.
68. Spencer, A. M.: 1963. Permissive group therapy with LSD. *Brit. J. Psychiat.* **109**: 37-45.
69. Talbott, J. A. y Teague, J. W.: 1969. Marijuana psychosis. Acute Toxic psychosis associated with the use of cannabis derivatives. *J. Amer. Med. Ass.* **210**: 299-302.
70. Tobin, J. M.: 1969. Mutagenic effects of LSD-25 in *Drosophila melanogaster*. *Dis. Nerv. Syst.* **30** suppl. 47-52.
71. Told, W. E. y Bleak, R. M.: 1956. Toward understanding the adolescent drug user. *Ohio. St. Med. J.* **52**: 821-825.
72. Vierth, G.: 1967. Psychopathologische Syndrome nach Haschisch-Genuss. Beobachtungen and Marokko. *Munch. Med. Wschr.* **109**: 522-526.
73. Warkany, J. y Tacacs, E.: 1968. LSD: no teratogenicity in rats. *Science.* **159**: 731-732.
74. Whitaker, L. H.: 1964. LSD in psychotherapy. *Med. J. Aust.* **51**: 187-188.
75. Wikler, A. y Rasor, R. W.: 1953. Symposium of drug addiction. Psychiatric aspects of drug addiction. *Amer. J. Med.* **14**: 566-570.
76. Zuniv, I. M.: 1969. Marijuana. The drug and the problem. *Milit. Med.* **134**: 104-110.