

EL ABUSO DE LAS DROGAS EN LA GRAN BRETAÑA, SUECIA Y DINAMARCA¹

E. Roy Hammarlund, Ph.D.²

El estudio efectuado en la Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca pone de manifiesto la labor que realizan las autoridades de salud pública contra el uso de las drogas. Se espera que los interesados en este problema puedan beneficiarse de los resultados de este estudio sobre el terreno.

Introducción

Como becario de la OMS, el autor visitó Londres, Estocolmo y Copenhague desde febrero hasta junio de 1971. La visita tuvo por objeto conocer la situación del abuso de las drogas en dichas ciudades, inclusive los programas de investigación, tratamiento, rehabilitación, educación y los centros y consultorios de libre acceso situados en puntos estratégicos. El estudio duró tres meses y medio durante los cuales se visitaron 62 instituciones y se mantuvieron conversaciones sobre el problema del abuso de las drogas con 91 médicos, psiquiatras, psicólogos, farmacólogos, enfermeras y otro personal médico, además de realizar discusiones en grupo o individuales con 57 toxicómanos o ex toxicómanos en varios centros de tratamiento y rehabilitación, consultorios y penitenciarías.

La tarea fue facilitada por haber vivido el autor en Copenhague de 1958 a 1959 así como por haber visitado anteriormente Londres y Estocolmo. Sin embargo, el tiempo fue aprovechado eficazmente gracias a la ayuda proporcionada por los representantes de la OMS en cada país, y por el Consejo Británico de Londres. El éxito de las visitas se debió a la gentileza y cooperación de todas las personas entrevistadas que

se prestaron a un intercambio de información e ideas.

El problema del abuso de las drogas ha sido motivo de preocupación desde hace varios años, y en 1967 pareció oportuno dictar un curso universitario que ofreciera información real sobre el abuso de las drogas y que pudiera ser provechoso para los maestros de escuela y otras personas de la zona de Seattle, estado de Washington. En 1968 se presentó un curso de este tipo en la Universidad de Washington y desde entonces el autor ha venido enseñando esta materia (en el curso de verano de 1971 se inscribieron 168 alumnos). El autor considera que podría mejorar su capacidad docente reuniendo información básica directa sobre el abuso de las drogas en escala, hasta cierto punto, internacional. La beca de la OMS fue solicitada para obtener ayuda parcial en la ejecución de un breve estudio en Londres. La encuesta de dos semanas, llevada a cabo en Estocolmo y Copenhague sobre el abuso de las drogas, se realizó a solicitud del Comité de Selección de Becas del Servicio de Salud Pública de los EUA.

Tal como se esperaba, en Europa lo mismo que en los Estados Unidos, el alcohol es la droga de la que más se abusa. Pero como el uso (no el abuso) del alcohol está socialmente aceptado, no se informará a este respecto salvo al referirse al excepcional abuso que se comete en Suecia.

Tampoco se pormenorizará sobre todas las visitas efectuadas durante el estudio ya

¹ Resumen de un informe presentado a la Organización Mundial de la Salud sobre la visita de tres meses y medio a la Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca, de febrero a junio de 1971.

² Profesor de Farmacia, Colegio de Farmacia, Universidad de Washington, Seattle, Washington, EUA.

que resultaría tedioso, por cuanto fueron muchos los lugares visitados como también las entrevistas realizadas. Por consiguiente, solo se presenta un breve resumen que incluye únicamente ciertas características que por una u otra razón sobresalieron.

Gran Bretaña

Uno de los problemas crónicos principales del abuso de las drogas en la Gran Bretaña es el control del empleo de la heroína y la metadona. Este problema en la Gran Bretaña (lo mismo que en Suecia y Dinamarca) es todavía infinitamente pequeño comparado con la magnitud del que existe en los Estados Unidos. La población de este último país es aproximadamente cuatro veces mayor que la de la Gran Bretaña, pero el número de personas dependientes de la heroína o la metadona es, según los cálculos, 85 veces más elevado.

El "sistema inglés" de control de drogas (según informaron algunos) funciona satisfactoriamente porque el problema es relativamente pequeño. Desde que se promulgó la Ley de Drogas Peligrosas de 1967, y el subsiguiente Reglamento de 1968, la cantidad de heroína y metadona que se usa parece estar mejor controlada de lo que ha afirmado la prensa y algunas autoridades estadounidenses. Según el cálculo más reciente, los adictos a la heroína en los Estados Unidos suman unos 250,000, en comparación con un total de 2,661 adictos a la heroína y a la metadona notificados por el Ministerio Británico del Interior durante 1970; 2,881 en 1969, y 2,782 en 1968 (año en que se hizo obligatoria la notificación). La Gran Bretaña tiene una población de 55,000,000 de habitantes.

Concesión de licencias y prescripción

El Reglamento de Drogas Peligrosas (suministro a los toxicómanos) de 1968 prohíbe a los médicos que no estén especialmente licenciados por el Ministerio del Interior administrar, suministrar o autorizar el despacho de heroína o cocaína a los toxicó-

manos, salvo para aliviar el dolor de una lesión de origen orgánico. Estas licencias se expiden de manera muy selectiva y son muy pocos los médicos particulares que las poseen; sin embargo, los médicos particulares pueden prescribir metadona. En Londres hay 14 centros de tratamiento de la farmacodependencia y otros 11 en las provincias donde se receta la mayor parte de la heroína a los toxicómanos de la Gran Bretaña. Los centros de tratamiento de Londres están adscritos en su mayoría a hospitales docentes.

Centros de tratamiento

Cada uno de estos 25 centros de la Gran Bretaña está bajo la dirección de un consultor de psiquiatría quien asume la responsabilidad de la prescripción de drogas y clase de tratamiento administrado en el centro. Estos centros no son unidades autónomas establecidas especialmente por el Departamento de Salud para combatir la farmacodependencia sino que forman parte de hospitales del Servicio Nacional de Salud, y constituyen a menudo una unidad del departamento de psiquiatría de un hospital. No hay uniformidad en cuanto al método de tratamiento en los diversos centros. Si bien se mantiene un contacto entre los consultores en psiquiatría, el funcionamiento del centro varía según el criterio del psiquiatra jefe y si se atienden pacientes hospitalizados o ambulatorios.

La confrontación periódica entre el sujeto dependiente de la heroína o la metadona y el consultor en psiquiatría, cuando se examina la posología, es una verdadera lucha en la que el psiquiatra trata generalmente de reducir la dosis o por lo menos de mantenerla mientras que el paciente insiste en que se le aumente.

Según parece, los centros de tratamiento en su conjunto obtienen resultados relativamente satisfactorios en el control de las dosificaciones, pero son muy pocos los casos de farmacodependencia permanentemente "curados".

Las diferencias observadas en los centros de tratamiento que reflejan el criterio del consultor psiquiatra en el tratamiento del abuso de la heroína parecen revestir verdadera importancia. El progreso en el tratamiento de los toxicómanos es, en el mejor de los casos, insignificante y cualquier innovación puede abrir un camino nuevo.

Despacho lícito de heroína

El farmacéutico debe convenir en suministrar al toxicómano su dosis diaria de heroína en el caso que el médico del centro de desintoxicación no haya expedido una receta para el suministro de una o dos semanas. Esta receta se envía por correo al farmacéutico. Los centros acostumbra, en la medida de lo posible, a servirse de una farmacia cercana al domicilio del paciente a fin de evitar que se reúnan numerosos toxicómanos en un lugar y que formen un grupo social con la característica común de la farmacodependencia. El paciente acude a la farmacia una vez al día para recoger la dosis de heroína o metadona que le corresponde, y el sábado puede adquirir el suministro para dos días. El envío por correo de la receta impide que el paciente altere las cantidades. De todas maneras, son frecuentes las tentativas de alterar otras prescripciones de anfetaminas, barbitúricos, etc., que el individuo presenta al farmacéutico. Cuando caduca una receta se requiere otra nueva. Por lo general, los heroínómanos conocen la dosis que reciben, y las posibilidades de consumir una dosis excesiva accidental son mucho menos que en los Estados Unidos.

En la Gran Bretaña no hay ningún control de la venta de jeringas, agujas y cápsulas de gelatina vacías pues se considera que su prohibición originaría un mercado negro de dichos artículos. Además, los empleados de las farmacias estarían más expuestos a los robos. Al mismo tiempo se tuvo en cuenta la posibilidad de que, con la prohibición, los pacientes se vieran obligados a utilizar accesorios de inferior calidad para inyectarse la heroína o metadona autorizadas.

Abuso de las anfetaminas

En el verano de 1968, la primera tentativa de reducir considerablemente la cantidad de heroína prescrita originó un enorme aumento de la administración de metedrina por vía intravenosa que alcanzó proporciones casi epidémicas. Esta situación fue controlada mediante un acuerdo, en octubre de 1968, entre el Departamento de Salud y las empresas farmacéuticas.

Los médicos y farmacéuticos de la ciudad de Ipswich, Inglaterra, han dejado voluntariamente de recetar y despachar anfetaminas (salvo en casos en que sea positivamente indicado, v.g., narcolepsia). Otros muchos lugares han seguido el ejemplo. Desde el punto de vista farmacológico no parece haber razón para disponer de anfetaminas salvo en muy pocos casos.

Abuso de cannabis

En la Gran Bretaña, como en el resto de Europa y en los Estados Unidos, el uso de cannabis ha aumentado de manera considerable y se observa en todos los grupos de edad y clases sociales. El 80% de cannabis se consume en forma de hashish (resina de la parte floreciente de la planta), y no simplemente en la de hojas secas u otras partes que en los Estados Unidos se denomina "marihuana" (una droga menos fuerte). Según diversos estimados, el número de consumidores de cannabis en la Gran Bretaña en 1968 oscilaba entre 30,000 y 300,000. En estos últimos años se han ido reduciendo, calladamente, las sanciones aplicadas por la posesión y uso de cannabis.

Educación sobre el abuso de las drogas

No se ha llegado a una opinión común acerca de la eficacia de los programas de educación en las escuelas. Las enseñanzas que ofrecen en cada escuela sobre el abuso de drogas dependen enteramente de la decisión del director. Algunas autoridades temen que si estos programas no se ejecutan con las precauciones debidas, pueden contribuir al incremento del abuso de las drogas

entre los jóvenes, en lugar de lograr el efecto deseado, fenómeno que ya se ha registrado en alguna ocasión en los Estados Unidos.

Tal vez lo mejor sería limitar la educación sobre el abuso de drogas a grupos más íntimos, por ejemplo aprovechando las discusiones espontáneas que surgen en las aulas, en lugar de organizar reuniones muy concurridas. Este procedimiento se presta a fomentar la debida conducta y la abstinencia de las drogas y, con un poco de suerte, a evitar toda desviación hacia la farmacodependencia. Parece que hay otra justificación de la prioridad concedida a la educación de padres y maestros para que puedan desempeñar esta labor educativa en un ambiente más íntimo en el que los niños respondan mejor, ya sea en la escuela o en el hogar.

Varios ex toxicómanos manifestaron que ya quedan muy pocos "drogados" por las calles, pues están reclusos en centros de tratamiento o en penitenciarías, o bien han muerto. Esta afirmación parece ser una buena medida de la situación que se encontró en el país. No cabe duda que siempre se puede mejorar, pero en comparación con la magnitud del problema con que se enfrentan los Estados Unidos, el de la Gran Bretaña está relativamente controlado.

Suecia

Las características del abuso de las drogas en Suecia son muy definidas, donde predomina el abuso de estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (anfetaminas, fenmetrazina, etc.) además de poseer una tasa de alcoholismo extraordinariamente elevada, en particular entre la población masculina.

Dada la magnitud del abuso de los estimulantes del sistema nervioso central en Suecia, se han clasificado estos como estupefacientes, como lo ha hecho los Estados Unidos con las anfetaminas.

Abuso de los estimulantes del SNC

Aproximadamente el 75% de las víctimas del abuso de drogas (salvo los alcohólicos) atendidas en los hospitales utilizan estimu-

lantes del SNC por vía intravenosa. Según varios cálculos, el número de personas dependientes de esos estimulantes en Suecia oscila entre 10,000 y 20,000. El abuso de los estimulantes del SNC ha aumentado en progresión geométrica, y desde que se descubrió el primer caso en 1949 hasta 1968 el número de individuos en Estocolmo que emplean esos estimulantes por vía intravenosa se duplicaba cada 30 meses.

Como en casi todos los lugares, la delincuencia entre los toxicómanos de Suecia va en aumento. Una gran proporción de individuos que dependen de los estimulantes del SNC proceden de familias cuyos padres están separados o bien han experimentado una vida familiar inestable y una gran parte de ellos se han visto envueltos en problemas de delincuencia desde una edad temprana.

Suecia mantiene un control muy estricto en el despacho por receta de estimulantes del SNC. Los médicos no solo deben estar autorizados para extender esas prescripciones sino que deben recibir una licencia para cada paciente. Por consiguiente, las prescripciones de esos estimulantes no exceden de 5 ó 10 por año en toda Suecia. Este sistema debería considerarse detenidamente por la Oficina de Estupefacientes y Drogas Peligrosas para su posible aplicación en los Estados Unidos.

Abuso de cannabis

En general los médicos y los psiquiatras suecos consideran más peligroso el consumo de cannabis. A juicio de un psiquiatra, una de las razones de que la cannabis sea tan peligrosa como el alcohol es que no posee los factores inherentes de "seguridad" características del alcohol, tales como las náuseas y la "resaca". Por consiguiente, se puede abusar continuamente de cannabis y, sin advertencia alguna, puede ocurrir cualquier daño mental.

En todo el país la policía local envía conferenciantes a las escuelas para que se dirijan a los alumnos de dos edades determinadas: la primera vez a los de 11 años, y la segunda a los de 15. Los maestros suelen asistir a semi-

narios y cursillos sobre el abuso de las drogas y luego transmiten las enseñanzas a sus alumnos.

Punto de vista del toxicómano

Las palabras expresadas por un toxicómano succo que "vale más vivir cinco años de farmacodependencia y luego morir, que subsistir durante 40 en la sombría vida del hombre ordinario" es sin duda un triste comentario sobre la sociedad actual, independientemente de la convicción con que se haya expresado. El simple hecho que algunos toxicómanos crean sentir lo que dicen, es un síntoma suficiente para preocupar profundamente a la sociedad.

Dinamarca

Dinamarca goza de una mejor situación entre los países visitados pues el problema de los opiáceos y la metadona no es tan importante como en la Gran Bretaña, ni tampoco el de los estimulantes del SNC o del alcohol alcanza las proporciones observadas en Suecia. Ahora bien, las autoridades danesas no se sienten demasiado satisfechas porque les preocupa que el problema de las drogas, en la actualidad relativamente de poca importancia, adquiera un nuevo impulso de manera imprevista.

Abuso de las drogas y su control

Si bien el abuso de las drogas entre la juventud reviste todavía relativamente poca importancia, se viene notando un empeoramiento de la situación desde 1965; en ese año solo había dos toxicómanos en un gran hospital mental, en cambio en 1970 la cifra llegó a 306. El abuso de las drogas está concentrado principalmente en Copenhague, ciudad a la que corresponden unas dos terceras partes de los toxicómanos juveniles, y la tercera parte restante está distribuida entre otras ciudades grandes. La mayoría de los dependientes de las drogas corresponden al grupo de 14 a 21 años de edad. Según manifestó un psiquiatra, la mayoría de los adolescentes con problemas psiquiátricos están

también envueltos en algún problema de drogas.

La legislación danesa define a todos los opiáceos, cannabis y anfetaminas como estupefacientes, y en la propia legislación están también incluidos los productos precursores de estas sustancias. Al individuo que se encuentra en posesión de una cantidad de drogas mayor que la mínima prescrita se le considera traficante ilícito, y las sanciones penales que recibe son más severas.

El Gobierno mantiene un control especial sobre las prescripciones de estupefacientes despachadas por las farmacias. Todos estos establecimientos en el país deben enviar a la Oficina de Control de los Estupefacientes una relación de todos los narcóticos despachados cada mes, incluyendo los nombres del paciente y del médico. De esta manera se evita que el toxicómano reúna varias recetas de diversos médicos para el mismo trastorno. Las autoridades esperan poder utilizar la computadora lo más pronto posible para la información de las prescripciones de narcóticos. Esta medida debería dar resultados satisfactorios en un país pequeño como Dinamarca.

Rehabilitación

Se reconoce por lo general que el aspecto más difícil, con mucha diferencia, de cualquier "cura" de la farmacodependencia no es el de liberar al enfermo solo de su dependencia física (desintoxicación a la persona afectada) sino de remediarle la consecuente dependencia psicológica, tarea que corresponde al sector denominado de rehabilitación en el programa. En este campo la proporción de fracasos es muy elevada en todos los países.

Adaptación-readaptación social

La adaptación del paciente a la vida de comunidad toxicómana en que se desenvuelve va acompañada de un alejamiento de la sociedad convencional y de una eliminación de la personalidad en las relaciones con sus camaradas. Ello se debe, en gran parte, a la

falta creciente de participación en las actividades y funciones sociales de la comunidad, aun antes de que el interesado se dé cuenta. La pronunciada actitud antisocial dificulta la reincorporación del paciente a la comunidad general. Como en otras desviaciones de la conducta, la ausencia de control social constituye un concepto importante en la explicación de la farmacodependencia. Para cualquier posibilidad de éxito de la rehabilitación es indispensable que el individuo dependiente de las drogas recobre antes este control mediante una eficaz reincorporación en la sociedad.

En algunos casos de dependencia, la falta de adaptación social en los aspectos emocional, intelectual, ocupacional y cultural puede ser tan pronunciada que en realidad esos individuos nunca fueron miembros verdaderos de la comunidad convencional o nunca llegaron a adaptarse a la sociedad. En estos casos no es posible la readaptación social sino que se requiere su adaptación original a la sociedad. Independientemente del tipo de rehabilitación que se requiera, los diversos programas tratan de inculcar en el paciente desintoxicado algún deseo de reincorporarse a la sociedad contemporánea. Se abriga la esperanza de que después de la rehabilitación, si el enfermo "curado" considera que la sociedad necesita algunos cambios es porque quiere trabajar por ellos "dentro del sistema" en lugar de aislarse y convertirse en un parásito de la comunidad.

A continuación se mencionan algunos de los centros de rehabilitación y readaptación social de Dinamarca que con frecuencia dan la impresión de ser bastante satisfactorios e innovadores. De mutuo acuerdo la policía no interviene en forma directa en el funcionamiento de estos consultorios públicos de libre acceso, lo que ha sido objeto de mucha controversia.

El Club de la Juventud Kirkens Korshaers. Este es un club diurno para jóvenes de 16 a 23 años, el 95% de los cuales se enfrenta con problemas de drogas. No se permite residir en el club salvo en caso de urgencia. El per-

sonal del club consta de 15 miembros remunerados, incluidos el director, el secretario, los asistentes sociales y el psiquiatra. No se necesitan fondos de fuentes privadas porque el estado y la comunidad comparten los gastos presupuestarios. El director aspira a ofrecer a los jóvenes más abatidos y abandonados un lugar donde puedan establecer una relación humana cordial y directa con otras personas dispuestas a ayudarlos a adquirir madurez.

El edificio está dividido en dos sectores generales: el de la planta baja al que todo el mundo tiene acceso y en el que se ofrecen alimentos y un ambiente de simpatía y cordialidad. En el piso alto se reúnen varios grupos de diversas aficiones (música, fotografía, artesanía, costura, etc.) pero la participación en esos grupos es solo por invitación. Para ello es preciso mostrar interés por una de las actividades, conocer a algunas personas del grupo de que se trate y, por último, ser aceptado por la mayoría del club.

La Clínica de la Juventud. Esta serie de consultorios había prestado servicio a delincentes desde 1960 pero, en 1967, el estado se hizo cargo de ellos al cambiar la delincuencia juvenil y empezar a contribuir a ella el abuso de las drogas.

La Clínica de la Juventud administra tres programas de rehabilitación muy innovadores que se llevan a cabo fuera de Copenhague. Los trabajadores sociales acompañan a pequeños grupos de pacientes a ciertas granjas propiedad del Gobierno en Jutlandia donde aprenden a reintegrarse en la sociedad formando parte de una comunidad rural, antes de enfrentarse de nuevo con las tensiones de la vida de una gran ciudad.

Otro pequeño grupo de pacientes en la fase de rehabilitación ha estado navegando en el buque "Fulton". Ellos mismos forman la tripulación del buque al mando de un capitán profesional. También acompaña al grupo un trabajador social. Para los individuos amantes del mar—y que no se marean—este parece ser un excelente procedimiento para mantener

constantemente ocupado al paciente y hacerle abandonar su problema de las drogas.

La Clínica de la Juventud cuenta con otra unidad de rehabilitación instalada en una casa de Provenza, al sur de Francia. La idea general de este centro es mantener a los pacientes siempre ocupados, bajo la orientación de un trabajador social, con los problemas cotidianos normales relacionados con las diferencias de idioma, moneda y cultura en un país extranjero. Puesto que el costo total por paciente no es mayor que el que representa la rehabilitación en Dinamarca, el sistema ha demostrado ser un nuevo método práctico para rehabilitar a los farmacodependientes.

El dilema

En Dinamarca se observa la misma controversia que en otros países entre algunas autoridades en cuanto a los procedimientos de tratamiento y métodos de prevención, incluso se sostiene la opinión conservadora de que los toxicómanos deben apartarse del resto de la sociedad ya sea internándolos en penitenciarías o en campos especiales en alguna de las numerosas islas del país. Los que sostienen la opinión opuesta estiman que esta sería una medida de un estado policía y que la acción punitiva no debe exceder de las medidas encaminadas a un minucioso control de las drogas. Puesto que en Dinamarca se hace actualmente hincapié en la rehabilitación de los toxicómanos dentro de la sociedad, las recomendaciones más conservadoras no parecen ser políticamente viables.

Conclusión

Hay que subrayar que ha llegado el momento en que la sociedad desvíe parte de su atención de simplemente "curar" al farmacodependiente—lo que no debería, en realidad, recibir preferencia—y empiece a dar pasos encaminados a rehabilitar al verdadero adicto. Naturalmente, ello va acompañado de la eliminación de las causas de ese hábito. En esta época de increíbles adelantos

científicos y tecnológicos, cabe preguntar si podrá lograr la sociedad ese objetivo social.

Resumen

Durante tres meses y medio, en 1971, el autor estuvo en Londres, Estocolmo y Copenhague, como becario de la OMS, para estudiar de cerca el problema del abuso de drogas en esas ciudades. Se visitaron 62 instituciones, se entrevistaron 91 médicos, psiquiatras y otro personal médico y se establecieron discusiones con 57 toxicómanos o ex toxicómanos, individualmente o en grupo. Desde 1968 el autor ha venido dictando cursos universitarios y conferencias sobre el abuso de drogas para beneficio de maestros y otro personal interesado, actividad que inició en la zona de Seattle, estado de Washington, EUA. Como en este país, el autor encontró que en Europa también el alcohol es la droga de la que más se abusa, pero como su uso está socialmente aceptado, su informe no lo menciona salvo en el caso de Suecia donde el abuso es excepcional.

En la Gran Bretaña, el problema principal es el abuso de la heroína y de la metadona, y su control. Sin embargo, este problema es mucho menor que el de los Estados Unidos, donde el número de los dependientes de estas drogas es 85 veces más elevado (unos 250,000 dependientes contra 2,661 en la Gran Bretaña en 1970, cuya población es aproximadamente de 55 millones de habitantes, o sea $\frac{1}{4}$ de la población estadounidense). Se caracteriza el "sistema británico" porque el uso de la heroína y la cocaína está mejor controlado gracias al sistema de notificación y a las licencias para recetar drogas a través de 25 centros de tratamiento en todo el país (14 en Londres y 11 en las provincias). El despacho lícito de heroína, que se está sustituyendo paulatinamente por la metadona, parece haber cambiado la tendencia del problema. Además de estas drogas, se informa sobre el abuso de anfetaminas, cannabis, y otras.

El autor nota las diferencias geográficas en relación con el problema, y da detalles rela-

tivos a la aplicación de las leyes de control de drogas, la fase importante de la educación sobre las drogas, el funcionamiento de los consultorios diurnos y nocturnos y otras fases del problema.

En Suecia, el abuso de drogas se caracteriza por el predominio de estimulantes del SNC (anfetamina, fenmetrazina, etc.), sobre todo por vía intravenosa que utilizan aproximadamente el 75 % de las víctimas (entre 10 y 20 mil), además del elevado alcoholismo en especial entre los hombres (hay más de 200,000 alcohólicos en Suecia).

La situación era diferente hace unos 20 años cuando predominaban las drogas de tipo opiáceo (heroína y morfina), cuyo uso se ha acentuado ligeramente de nuevo.

El sistema de control de las drogas mediante el despacho por receta médica es muy estricto en Suecia, y el autor recomienda un sistema similar para los EUA. Por otra parte, no bastan los centros de rehabilitación y tratamiento para el número de individuos farmacodependientes, por lo que se ha reconocido la urgencia de mejorar este aspecto del programa. Y en cuanto a las leyes de control de estupefacientes, no existen posibilidades de que sean menos estrictas en el futuro. En Suecia se considera la cannabis más peligrosa que en la Gran Bretaña y Dinamarca. Se han mencionado, por ejemplo, casos de psicosis provocadas por esta droga en personas que antes eran "normales". El uso de la metadona, como susti-

tuto de los opiáceos, no requiere licencia para el médico que la receta, pero se ha convertido en un problema serio por el número excesivo de prescripciones que se expiden.

En Dinamarca, la situación es en general mejor que en los dos países anteriores, sobre todo en cuanto a los opiáceos, la metadona y el alcohol, y por lo común el abuso de las drogas es relativamente limitado. Existen ciertas unidades de rehabilitación y consultorios públicos de libre acceso, que constituyen innovaciones prometedoras, que son únicas en su especie. No obstante, se observa en Dinamarca la misma controversia que en otros países en cuanto a métodos de tratamiento y prevención. Se ha hecho hincapié en la rehabilitación del toxicómano dentro de la sociedad. Las autoridades danesas se preocupan, según parece, no tanto por la magnitud del problema como por las perspectivas de incremento del abuso de las drogas.

Se espera que este informe sobre el abuso de las drogas en Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca sea de utilidad para los interesados en este problema. □

Agradecimiento

El autor hace constar su agradecimiento a la OMS por la ayuda financiera que representó la beca que le fue otorgada, y a todas las personas entrevistadas que con tanta gentileza y generosidad le atendieron.

Drug Abuse in Great Britain, Sweden and Denmark (Summary)

During 1971 the author spent three and a half months in London, Stockholm and Copenhagen, under a WHO scholarship, closely studying the drug abuse problem in these cities. He visited 62 institutions, interviewed 91 physicians, psychiatrists and other medical personnel, and held discussions with 57 addicts or ex-addicts, individually or in groups. Since 1968, the author has been giving university courses and lectures on

drug abuse for the benefit of instructors and other interested personnel, beginning in the Seattle, Washington area of the United States. As in this country, he found alcohol was the most abused drug in Europe, but since its use is socially acceptable, his report does not make mention of it except in the case of Sweden, where abuse is exceptionally high.

In Great Britain the main problem is heroin

and methadone addiction and its control. However, this problem is not as severe as in the United States, where the number of addicts to these drugs is 85 times greater (roughly 250,000 addicts in 1970, as opposed to 2,661 in Great Britain, where the population is 55 million, approximately $\frac{1}{4}$ that of the U.S.A.). The "British system" is characterized by a better control of heroin and cocaine use through the practice of reporting and licensing to prescribe drugs at 25 treatment centers throughout the country (14 in London and 11 in the provinces). The legal prescription of heroin, which is gradually being replaced by methadone, seems to have altered the trends of the problem. The report also informs as to the abuse of amphetamines, cannabis, etc.

The author points out geographical differences with regard to the problem, and gives details as to the application of drug control laws; the important element of drug education; the operation of day and night treatment centers, and other aspects of the problem.

In Sweden, the predominant abuse is of stimulants to the nervous system (amphetamines, fenmetrazine, etc.) particularly through intravenous injection (approximately 75% of all addicts—between 10 and 20 thousand—employ this method), and the high degree of alcoholism, especially among men (there are more than 200,000 alcoholics in Sweden).

The situation differed some 20 years ago, when opiates prevailed (heroin and morphine). Their use has slightly increased once again.

In Sweden, the drug control system of sale

by medical prescription is very strict, and the author recommends a similar system for the United States. Furthermore, there are not enough treatment and rehabilitation centers, in proportion to the high number of addicts, for which reason the urgent need to improve this aspect of the program is recognized. It does not appear likely that drug control laws will be any less strict in the future. In Sweden, cannabis is considered more dangerous than in Great Britain and Denmark. Examples have been cited of psychosis occurring in previously "normal" persons as a result of this drug. The use of methadone as a substitute for opiates does not require that the prescribing physician have a license, but this has become a serious problem due to the excessive number of prescriptions.

In Denmark, the situation is for the most part better than in the two other countries, particularly as to opiates, methadone and alcohol; in general, drug abuse is relatively restricted. There are various rehabilitation units and public treatment centers, of free access, which represent promising innovations, unique of their kind. However, the same controversy regarding methods of treatment and prevention that exists in other countries can be observed in Denmark. Emphasis has been placed on the rehabilitation of the addict within society. Danish authorities apparently are concerned not only about the magnitude of the problem, but also as to the possibilities for increases in drug abuse.

It is hoped that this report on drug abuse in Great Britain, Sweden and Denmark, will be of use to those interested in the problem.

O abuso de drogas na Grã Bretanha, Suécia e Dinamarca (Resumo)

Em 1971 o autor esteve durante três meses e meio em Londres, Estocolmo e Copenhague, como bolsista da OMS, para estudar de perto o problema de abuso de drogas naquelas cidades. Foram visitadas 62 instituições, entrevistados 91 médicos psiquiatras e outro pessoal médico, e foram estabelecidas discussões com 57 toxicômanos ou ex-toxicômanos, individualmente ou em grupo. Desde 1968 o autor vem dando cursos universitários e conferências a professores e outro pessoal interessado, sobre o abuso de drogas, atividade que iniciou na zona de Seattle, Estado de Washington, E.U.A. Assim como neste país, o autor julga que na Europa o álcool é também a droga que mais se abusa, mas como seu uso é socialmente aceito, seu relatório não o menciona, com exceção da Suécia, onde o abuso de álcool é excepcional.

Na Grã Bretanha, o problema principal é a

heroína e a metadona e seu controle. Entretanto, esse problema é muito menor do que nos Estados Unidos, onde o número de dependentes dessas drogas é 85 vezes mais elevado (aproximadamente 250.000 dependentes contra 2.661 na Grã Bretanha em 1970, que tem uma população de 55 milhões de habitantes, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população dos Estados Unidos). Caracteriza-se o "sistema britânico", porque o uso de heroína e cocaína está melhor controlado graças ao sistema de notificação e licenças para receber drogas, através de 25 centros de tratamento em todo o país (14 em Londres e 11 nas províncias). O despacho legal de heroína, que está sendo pouco a pouco substituída pela metadona, parece haver modificado a tendência do problema. Além dessas drogas, informa-se sobre o abuso de anfetaminas, cannabis, e outras.

O autor salienta a diferença geográfica em

relação ao problema, e detalha a aplicação das leis de controle de drogas, a importante fase da educação sobre drogas, o funcionamento de consultórios diurnos e noturnos e outras fases do problema.

Na Suécia, o abuso de drogas caracteriza-se pelo predomínio de estimulantes do sistema nervoso central (anfetamina, fenmetrazina, etc.), sobretudo por via intravenosa, que utilizam aproximadamente 75% das vítimas (entre 10 e 20 mil), além do elevado índice de alcoolismo principalmente entre os homens (existem mais de 200 mil alcoolatras na Suécia).

A situação era diferente há 20 anos atrás, quando predominavam as drogas de tipo opiáceo (heroína e morfina), cujo uso se acentuou ligeiramente de novo.

O sistema de controle de drogas mediante a emissão de receita médica é muito estrito na Suécia, e o autor recomenda um sistema similar para os Estados Unidos. Por outra parte, os centros de reabilitação e tratamento não bastam para o número de indivíduos farmaco-dependentes, motivo pelo qual se reconhece a urgência de melhorar este aspecto do programa. E quanto às leis de controle de entorpecentes, não existe possibilidade de que sejam menos estritas no

futuro. Na Suécia considera-se a "cannabis" mais perigosa do que na Grã Bretanha e Dinamarca. Mencionam-se casos de psicose provocada por esta droga em pessoas que antes eram "normais". O uso de metadona, como substituto dos opiáceos, não requer licença para o médico que a receita, mas converteu-se em sério problema pelo número excessivo de receitas.

Na Dinamarca, a situação é em geral melhor que nos dois países anteriores, sobretudo quanto aos opiáceos, a metadona e o álcool, e comumente o abuso das drogas é relativamente limitado. Existem certas unidades de reabilitação e consultórios públicos de livre acesso, que constituem inovações prometedoras, que são únicas no genero. Mas observa-se na Dinamarca a mesma controvérsia que em outros países quanto a métodos de tratamento e prevenção. Foi dada ênfase à reabilitação do toxicômano dentro da sociedade. As autoridades dinamarquesas se preocupam, segundo parece, não tanto pela proporção do problema como pelas perspectivas de aumento do abuso de drogas.

Espera-se que esse relatório sobre abuso de drogas na Grã Bretanha, Suécia e Dinamarca seja de utilidade para os interessados no problema.

L'abus des drogues en Grande Bretagne, en Suède et au Danemark (Résumé)

En 1971, l'auteur a passé trois mois et demi à Londres, à Stockholm et à Copenhague en qualité de boursier de l'OMS pour étudier de près le problème que pose l'abus des drogues dans ces villes. Il a visité 62 institutions, a interviewé 91 médecins, psychiatres et autre personnel médical, et a eu des entretiens avec 57 toxicomanes et anciens toxicomanes, individuellement et en groupes. Depuis 1968, l'auteur a donné des cours universitaires et des conférences sur l'abus des drogues à l'intention des enseignants et d'autres personnes intéressées, activité à laquelle il s'est consacré dans la région de Seattle, Etat de Washington (Etats-Unis). De même que dans ce pays, l'auteur a constaté qu'en Europe également l'alcool est la drogue dont on abuse le plus; toutefois, comme son usage est accepté du point de vue social il n'est pas mentionné dans son rapport sauf dans le cas de la Suède où son abus est exceptionnel.

En Grande Bretagne, le problème principal est l'abus de l'héroïne et de la méthadone, et sa répression. Ce problème est cependant beaucoup moins grave qu'aux Etats-Unis où le nombre de personnes qui s'adonnent à ces drogues est 85 fois plus élevé (quelque 250.000 toxicomanes contre 2.661 en Grande Bretagne en 1970 qui

compte 55 millions d'habitants environ, un quart de la population des Etats-Unis). La particularité du "système britannique" est le fait que l'usage de l'héroïne et de la cocaïne est mieux contrôlé grâce au système de notification et aux licences délivrées pour la prescription de drogues au moyen de 25 centres de traitement situés dans l'ensemble du pays (14 à Londres et 11 dans le reste du pays). La vente licite de l'héroïne, qui est remplacée peu à peu par la méthadone, semble avoir changé quelque peu le problème. En outre, l'auteur s'est renseigné sur l'abus des amphétamines, cannabis, et d'autres.

L'auteur signale les différences géographiques se rattachant au problème et fournit des détails sur l'application des lois relatives au contrôle des drogues, sur l'aspect important de l'éducation en ce qui concerne les drogues, le fonctionnement des services de consultation diurnes et nocturnes, et d'autres aspects du problème.

En Suède, l'abus le plus répandu est celui des stimulants du système nerveux central (amphétamine, phenmétrazine, etc.), surtout par voie intraveineuse qu'utilisent près de 75% des victimes (entre 10 et 20 mille), sans compter le taux élevé d'alcoolisme, tout particulièrement parmi les

hommes; (il y a plus de 200.000 alcooliques en Suède).

La situation était différente il y a une vingtaine d'années, époque à laquelle les drogues les plus répandues étaient les opiacés (héroïne et morphine) dont l'usage a de nouveau légèrement augmenté.

Le système de contrôle des drogues au moyen de la vente sur ordonnance médicale est très strict en Suède; l'auteur recommande un système analogue pour les Etats-Unis. D'autre part, les centres de réadaptation et de traitement ne sont pas assez nombreux par rapport au nombre de toxicomanes; on a donc reconnu la nécessité urgente d'améliorer cet aspect du programme. Quant aux lois relatives au contrôle des stupéfiants, on n'envisage pas la possibilité qu'elles deviennent moins rigoureuses à l'avenir. En Suède, on considère le cannabis moins dangereux qu'en Grande Bretagne et au Danemark. On a signalé des cas de psychose provoqués par cette drogue chez des personnes qui étaient "normales" auparavant. L'usage de la méthadone ne nécessite pas de licence pour le médecin qui la prescrit comme succédané des opia-

cés; toutefois, c'est devenu un problème assez grave en raison du nombre excessif d'ordonnances médicales.

Au Danemark, la situation est en général meilleure que dans les deux pays mentionnés plus haut, surtout en ce qui concerne les opiacés, la méthadone et l'alcool; d'une manière générale, l'abus des drogues y est relativement limité. Il existe un certain nombre de services publics de réadaptation et de consultations à libre accès qui constituent des innovations pleines de promesses et qui sont uniques dans leur genre. Toutefois, on constate au Danemark la même controverse concernant les méthodes de traitement et de prévention. On a mis l'accent sur la réintégration du toxicomane au sein de la société. Il semble que les autorités danoises ne se préoccupent pas autant de l'ampleur du problème que des perspectives d'un abus croissant de drogues.

On espère que le présent rapport sur l'abus des drogues en Grande Bretagne, en Suède et au Danemark sera utile aux personnes qui s'intéressent à ce problème.