

# EL ENFOQUE BRITÁNICO HACIA EL PROBLEMA DE LA ADICCIÓN A DROGAS

DR. ROLAND WINGFIELD\*

A medida que el problema de la adicción a drogas se va haciendo peor año tras año, hay un interés en conocer cómo otros países manejan este problema. Tenemos que para el control de la dependencia de las drogas existen tres distintos enfoques, a saber: el enfoque americano, el británico y el de ciertos países socialistas. En general la mayoría de los países en el mundo, afectados por el problema de la dependencia de drogas, usan una política lo cual figura entre éstas, las más extremas posiciones antes mencionadas.

El enfoque propiamente americano se basa en la filosofía que propone que leyes estrictas y castigos severos detienen la propagación de la adicción. El británico se basa en la creencia de que el adicto es un enfermo incurable quien sería de menos molestia a la sociedad de ser provisto con una dosis legal de narcóticos en lugar de ser perseguido por la ley. El enfoque de ciertos países socialistas no caería dentro del cuadro de nuestras tradiciones democráticas de modo que no hay caso de comentar más al respecto. Basta con decir que el adicto al igual que al vendedor no se les tolera y se les remueve de la sociedad sin reparar en lo drástico que puedan ser los métodos usados.

El fin de este informe es de describir el enfoque británico y exponer cómo funciona hoy en día. Se le entiende mejor si se le compara con el enfoque usado aquí en Puerto Rico.

## *El enfoque americano*

A comienzos del Siglo xx, en los Estados Unidos, había muchos adictos bajo tratamiento médico debido al uso excesivo de medicinas

---

\* Profesor de Sociología de la Universidad de Puerto Rico.

Consultor de la Comisión permanente para el control de la Narcomanía de Puerto Rico. El autor agradece a dicha comisión por la ayuda económica que eprestó para efectuar un viaje de observaciones a Londres en diciembre de 1970.

a base de opiáceos. No había control sobre la distribución de drogas adictivas ni sobre la importancia de materia prima para su manufactura. A raíz de la preocupación por parte del gobierno americano sobre esta situación, la primera convención internacional para el control de drogas narcóticas tuvo lugar en La Haya en 1912. Como partícipe en este tratado el gobierno de los Estados Unidos pasó la *ley Harrison* en 1914, en la cual se controlaba la importación y la distribución de drogas narcóticas. En pocos años, los miles de americanos que dependían de narcóticos encontraron suspendidas sus fuentes de abastecimiento. El asunto sobre el uso médico de narcóticos se dejó a la interpretación legal. Hubo controversias entre la profesión médica y las autoridades policíacas acerca de cómo bregar con el problema. La profesión médica fue sometida a grandes presiones, retirándose finalmente del problema. Gradualmente se le convirtió al adicto-enfermo en adicto-criminal. El tráfico ilegal reemplazó la farmacia como fuente de abastecimiento. El número de adictos en el país disminuyó algo en la década del treinta, pero especialmente en la del cuarenta, tiempo durante el cual el tráfico de drogas fue interrumpido por la segunda guerra mundial. Después de la guerra, la tasa de adicción volvió a aumentar y el tráfico internacional se reorganizó en escala mucho mayor.

La filosofía del castigo severo como freno para el abuso del tráfico de drogas ha sido decepcionante. Hoy día hay más adictos en los Estados Unidos que nunca antes.

El tráfico internacional de drogas es mayor de lo que jamás había sido. Además, ha crecido el porcentaje de crímenes contra la propiedad por adictos en busca de medios para costear su hábito. Además, el gobierno gasta fuertes sumas de dinero en medidas preventivas con relación al abuso de drogas. Resulta irónico señalar que el mismo método para eliminar el abuso de drogas ha patrocinado el tráfico ilegal, ha fomentado la aparición de una subcultura de adictos y el reclutamiento activo de nuevos adictos por parte del adicto-vendedor.

### *El enfoque británico*

Se desconoce la magnitud del abuso de drogas narcóticas en Gran Bretaña antes del 1920, aunque se cree fuera de poca importancia. Como participante de la Convención de La Haya del 1912, Gran Bretaña pasó el *Dangerous Drug Act* en 1920. Esta ley se asemeja mucho a la *ley Harrison* en términos de control sobre importación y distribución de drogas narcóticas. No obstante existe una diferencia fundamental: la decisión sobre a quién se le ha de administrar la droga narcótica se deja en gran medida a discreción de la profesión médica.

Es decir, las autoridades policíacas se responsabilizan por infracciones a la ley con relación a la distribución ilegal de drogas narcóticas, mientras que el médico es quien decide quién ha de ser tratado con drogas narcóticas. Los médicos británicos legalmente pueden recetar heroína u otros opiáceos a adictos como dosis de mantenimiento después que repetidos intentos de cura han demostrado la incapacidad del paciente para llevar una vida normal sin drogas. Los británicos están más dispuestos que los americanos a admitir que en la mayoría de los casos el tratamiento es rara vez eficaz. Puesto que la cura permanente es más bien la excepción a la regla, no se presiona a los pacientes crónicos en programas de rehabilitación ya que hay poca probabilidad de éxito.

La adopción de tal enfoque se puede interpretar como el reflejo de la típica tradición británica de compasión ante el enfermo. Sin embargo, tiene algunas consecuencias prácticas: 1) Desalienta el desarrollo de un tráfico organizado en drogas ilegales debido a la poca demanda; 2) Inhibe el desarrollo de una subcultura de drogas organizada la cual tiene por función principal la obtención ilegal de drogas; 3) finalmente la ausencia de tráfico y de una subcultura reduce el reclutamiento de nuevos adictos.

### *La situación en Gran Bretaña desde 1920-1960*

El número de adictos informado se ha quedado más o menos constante en un promedio de 400 personas al año.<sup>1</sup> Algunas de las características del adicto británico de este período son las siguientes:

1. Drogas usadas: había más adictos a morfina que heroína.
2. Origen de la adicción: más adicción terapéutica que no-terapéutica.
3. Edad: edad mediana; el grupo más grande estaba en la categoría de 50 años y más.
4. Sexo: más mujeres.
5. El adicto no estaba más envuelto en crímenes que el resto de la población.
6. Adicción en la profesión médica: 15% del total.

Por tanto el enfoque fue reconocido como exitoso y la dependencia de las drogas fue considerada como un problema social de orden menor en el cual una pequeña minoría de personas estaba comprometida. En términos de servicios de salud pública el problema no fue costoso para el gobierno así como tampoco en términos de medidas preventivas.

<sup>1</sup> Véase Tabla No. I.

*La situación en Gran Bretaña desde 1960-1968*

En 1960 el Gobierno Británico revisó la eficacia de su sistema de control de drogas. El primer comité presidido por Lord Brain se reunió y declaró en 1961 que el aumento observado en la adicción se debía probablemente a mejoras en las estadísticas y que el número total de adictos todavía seguía siendo pequeño, y que el sistema de control era satisfactorio. Sin embargo, los años siguientes se caracterizaron por un notable aumento en la adicción; el segundo comité de Brain fue reunido en 1965 y propuso recomendaciones para reformas drásticas destinadas a detener ciertos abusos en el sistema. Algunos de los abusos fueron: falsificación de recetas; registrarse con más de un doctor para obtener recetas adicionales; la indulgencia por parte de ciertos médicos al recetar drogas; y la venta por parte de adictos de drogas narcóticas suplidas por el gobierno.

Al mismo tiempo varios problemas iban apareciendo en el cuadro. Con la aparición de la subcultura "hippie", se observó que una nueva actitud hacia la experimentación de drogas se estaba manifestando entre la gente joven al igual que abusos de la marihuana, el LSD y las anfetaminas se reportaron en números en aumento.

También se observó que heroína ilegalmente importada desde Hong Kong comenzaba a aparecer en Londres. Aparentemente Gran Bretaña no había estado escapando a la ola de abusos de las drogas entre la juventud, la cual era una tendencia internacional en los países desarrollados en la década del 60. Por lo tanto el problema de las drogas en la Gran Bretaña en dicha década se convirtió en un problema diferente que afectaba un diferente sector de la población. He aquí algunas de las características de los adictos después de 1961 que ilustra esta observación: 1) Drogas usadas; un marcado aumento en el abuso de la heroína, ahora la droga principal. Una disminución en el abuso de la morfina; 2) Origen de la adicción; el número de adictos no-terapéuticos es mucho mayor que el de los adictos terapéuticos. 3) Edad: la categoría de 20-34 años es en la actualidad el grupo principal; 4) Sexo: más varones; cada año aumenta la proporción; 5) Más adictos se ven envueltos en crímenes pero esto se podría deber al factor edad. 6) Adictos en la profesión médica: el porcentaje disminuye.

*El enfoque británico hoy en día*

El *Dangerous Drug Act de 1967*, el cual se puso en efecto en 1968, restringió la ley considerablemente y extendió su control a otras drogas tales como las anfetaminas y los alucinógenos. Con la nueva ley,

doctores en medicina general ya no podrían recetar a los adictos. Sólo 500 médicos en Gran Bretaña están licenciados para administrar drogas a adictos en clínicas diurnas especializadas. En adición, existe un registro compulsorio de adictos. Eficientes medidas se tomaron para evitar el mal uso de recetas lo cual resulta en mucho menos escape hacia el mercado negro de heroína administrada por el gobierno.

La aplicación de la nueva ley se refleja en las estadísticas. De acuerdo con el último estimado (Dic. 69) Gran Bretaña tiene 2 881 adictos conocidos, en una población de 55 millones. Esto representa un aumento de sólo una centena de nuevos casos desde 1968 mientras que hubo 1 000 nuevos casos entre 67-68.<sup>2</sup> También la tendencia en el número de convicciones por la posesión ilegal de opiáceos parece estar cediendo a partir de la incorporación de la nueva ley.<sup>3</sup> El número de adictos a heroína registrados está bajando mientras que aumenta en morfina, y ha aumentado cuatro veces en metadona. El último se debe al hecho de que inyecciones intravenales de metadona se están sustituyendo por heroína lo cual es una droga más práctica para administrar a cause de su más largo efecto y debido a que produce menos tolerancia.<sup>4</sup>

Hasta ahora los resultados de las reformas parecen alentadores y una nueva ley se ha programado con restricciones adicionales para entrar en efecto en el corriente año. Sólo al pasar del tiempo se sabrá si el enfoque enmendado es exitoso a fin de cuentas. La dificultad específica con el enfoque británico es el delicado acto de balance que es necesario mantener entre las demandas del adicto y lo que el gobierno está dispuesto a suplir. Si el gobierno restringe su abastecimiento o si hace sus reglas demasiado rígidas, el adicto irá al mercado abierto lo cual resultaría en un desarrollo de un mercado negro organizado con todas sus nefastas consecuencias. Por otro lado si el gobierno cede demasiado a las demandas del adicto, entonces habría muy poca motivación de su parte para intentar la rehabilitación.

### *Observaciones personales*

El escritor visitó la escena del tráfico de drogas, en Londres, los centros de tratamiento y agencias gubernamentales en diciembre de 1970. 80 por ciento de todos los adictos vive en Londres de modo que la dependencia de las drogas se puede considerar como un problema londinense más que uno británico. Sin embargo, el problema aparenta

<sup>2</sup> Véase Tabla No. I.

<sup>3</sup> Véase Tabla No. I.

<sup>4</sup> No se confunda con el programa americano de mantenimiento a base de metadona que es un tratamiento en el cual nunca se administra la metadona intravenalmente.

ser un tanto leve en comparación al de la ciudad de Nueva York, la cual es casi de la misma dimensión que Londres. Nueva York tiene un estimado de 100 000 adictos, Londres cerca de 2 300. Hay algo de tráfico y subcultura de droga en las secciones del Soho y Piccadilly en Londres, aunque resulta insignificante comparado con Nueva York. Se puede comprar heroína mezclada con caféina originada en Hong Kong pero no es el producto de un tráfico internacional organizado. Alguna de la heroína suplida por el gobierno que ha caído en manos del mercado negro a través de la complicidad de adictos registrados se encuentra disponible algunas veces, pero hoy en día esto es raro y su precio ha subido considerablemente. Una escena interesante tuvo lugar en una farmacia en Piccadilly abierta las 24 horas donde una línea de adictos registrados esperaban, ya a las 11:30 de la noche por la media noche para adquirir su dosis legal de heroína correspondiente al siguiente día. La mayoría de los adictos parece venir de las clases más bajas o ser unos desviados de otros grupos sociales. Unos cuantos "hippies" han caído en el uso de drogas fuertes. El mercado negro suple los "joy popper" o sea los usuarios casuales de heroína. Los que se convierten en adictos, eventualmente se registran con el gobierno y adquieren acceso a clínicas especiales.

El primer reto con que se enfrenta el doctor que registra a un nuevo adicto en una clínica es el determinar si el paciente es verdaderamente un adicto. Después de la observación apropiada, se intenta a introducir al paciente a pasar por una cura de detoxicación, a reducir gradualmente su dosis o de estabilizar su dosis o finalmente de sustituir con metadona. Esta ha resultado ser una tarea difícil. La mayoría de los pacientes asiste a una clínica tres veces a la semana, sólo para renovar su receta, tratando de convencer al médico durante la entrevista para que le aumente la dosis. La receta es directamente enviada por correo a una farmacia donde el adicto recoge su abastecimiento diario a un pequeño costo o sin recargo alguno. También se le suple con agujas hipodérmicas desechables y agua destilada para evitar la hepatitis. Se asigna al paciente a una clínica y una completa identificación es enviada a todas las demás clínicas para evitar así que el adicto se registre en más de una clínica. Hay 23 clínicas en toda la metrópoli londinense, las clínicas son autónomas y difieren en los servicios que ofrecen. Algunas ofrecen servicios psico-social y otras actividades terapéuticas. Generalmente todas tienen una sola llamada "fix room" donde el adicto se puede administrar inyecciones a sí mismo en cubículos privados.

Este escritor vio cerca de 100 pacientes adictos. La vasta mayoría de ellos tenían la apariencia deteriorada. La mayoría de ellos eran adictos más bien de barbitúricos y se veían intoxicados. Muchos de ellos

han sido arrojados de sus hogares, no tienen lugar permanente donde vivir, y son rechazados por la sociedad.

Sin embargo algunos de ellos tienen empleos, otros reciben pensiones del gobierno. El autor se sintió impresionado por el grado de tolerancia que se demuestra a estos adictos, los cuales parecen ser un caso perdido. Cuando mencioné esto al personal, la respuesta fue: "No somos tolerantes, sino inteligentes, el nuestro es el único enfoque realista para adictos crónicos".

### *Conclusión*

El autor opina que en general el enfoque británico ha sido eficaz para la Gran Bretaña. Cree que es un producto de las condiciones en la sociedad británica y que no es necesariamente exportable. Por ejemplo este enfoque ha sido de considerable menor eficacia en Hong Kong e Israel donde se le puso en práctica.

El autor recomendaría el enfoque británico para un país en el cual el problema de drogas esté comenzando como un método efectivo para evitar el desarrollo del tráfico ilegal y sus fatales consecuencias.

Es su opinión que este sistema no funcionaría en Puerto Rico donde el patrón del tráfico está bien establecido y donde los adictos son tantos. Sin embargo, se podría aplicar en escala limitada para los adictos crónicos quienes han fracasado en el programa de mantenimiento a base de metadona. Sería una mejor alternativa mantenerlos bajo una dosis legal de narcóticos en lugar de derrochar el resto de sus vidas en prisión o dejar que roben a sus anchas en la calle para mantener su costoso hábito.

Bewley, T.: "Recent Changes in the Pattern of Drug Abuse in the United Kingdom", *Bulletin of Narcotics*, 18:1-9, 1966.

Connell, P.: "Drug Dependence in Great Britain, a Challenge to the Practice of Medicine", in Steinberg, H. (ed.) *Scientific Basis of Drug Dependence*. London: Churchill, 1969.

Edwards, G.: "The British Approach to the Treatment of Heroin Addiction", *Lancet*, 1:768-772, 1969.

Eldridge, W. B.: *Narcotics and the Law; A Critique of the American Experience in Narcotic Drug Control*. New York: American Bar Foundation, 1962.

Glatt, M. M., Pittman, D. J., Gillespie, D. G., & Hills, D. R.: *The Drug Scene in Great Britain* (rev. ed.), London: Edward Arnold, 1969.

TABLA I  
ESTADÍSTICAS SOBRE ADICCIÓN A DROGAS EN GRAN BRETAÑA

Adictos	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	
												AÑO Total	FECHA 31.12.69
Número total	442	454	437	470	532	635	753	927	1349	1729	2782	2881	1466
<b>DROGAS</b>													
Consumidor de heroína	62	68	94	132	175	237	342	521	899	1299	2240	1417	499
"  "  metadona	12	60	68	59	54	55	61	72	156	243	486	1687	1011
"  "  cocaína	25	30	52	84	112	171	211	311	443	462	564	311	81
"  "   morfina	205	204	177	168	157	172	162	160	178	158	198	345	111
"  "  petidina	117	116	98	105	112	107	128	102	131	112	120	128	83
<b>ORIGEN</b>													
No. de Origen terapéutico	349	344	309	293	312	355	368	344	351	313	306	289	247
"  "  "  no-terapéutico	68	98	122	159	212	270	372	580	982	1385	2420	2533	1196
"  "  "  desconocido	25	12	6	18	8	10	13	3	16	31	56	59	23
<b>EDADES</b>													
Menor de 20 Años	—	—	1	2	3	17	40	145	329	395	764	637	224
"  Consumidor de heroína	—	—	1	2	3	17	40	134	317	381	709	598	221
20-34	—	50	62	94	132	184	257	347	558	906	1530	1789	897
"  Consumidor de heroína	—	35	52	87	126	162	219	319	479	827	1390	1709	872
35-49	—	92	91	95	107	128	138	134	162	142	146	174	116
"  Consumidor de heroína	—	7	14	19	24	38	61	52	83	66	78	101	69
50 o más	—	278	267	272	274	298	311	291	286	279	260	241	204
"  Consumidor de heroína	—	26	27	24	22	20	22	16	20	24	20	46	40

No. de varones	197	196	195	223	262	339	409	558	886	1262	2161	2295	1067
No. de mujeres	245	258	242	247	270	296	344	369	463	467	621	586	399

Profesional

Médicos o profesionales aliados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Número total	74	68	63	61	57	56	58	45	54	56	43	43	26

- N B 1. Se verá que los datos estadísticos para 1969 se presentan de modo distinto a los otros años. Anteriormente las estadísticas se basaban en el número de adictos registrados en la Casa Matriz durante el año. Ahora el registro hace posible detallar a aquellos adictos que usaban drogas al final del año, como los casos registrados durante todo el año.
- Estas cifras se refieren a drogas usadas solas o en combinación con otras. Así el adicto que usa tanto heroína como cocaína será incluido bajo ambos rubros y deberá señalarse que casi todos los adictos usan ambas.
  - Para el 1969 la cifra es para adictos usando heroína y/o con otras. Así el adicto que usa tanto heroína como cocaína sustituye la metadona por la heroína.