

PROBLEMAS SOCIALES, PROBLEMAS CIENTÍFICOS.
HACIA UNA EPISTEMOLOGÍA DEL “PROBLEMA DE LA DROGA”¹

Santiago Morcillo²

Resumen

En este artículo buscamos analizar los discursos dominantes en el área del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Para ello tomaremos como referencias algunas entrevistas a especialistas, y diversos estudios sobre el problema, así como las definiciones que brindan las principales instituciones en la materia. A su vez contrastaremos estos discursos oficiales con otros que han recibido menor atención. Buscamos de esta manera poner a consideración el pretendido carácter científico de buena parte de estos discursos, así como también comprender sus vinculaciones con ciertos procesos sociohistóricos y culturales que parecen estar en la base de sus condiciones de elaboración.

Palabras clave: drogas, discurso científico, adicción, consumo.

Abstract

This paper analyzes the dominant discourses in the field of illegal psychoactive substances use. Basing upon different discourses such as interviews with experts, diverse academic and non academic studies on the topic, and the conceptual definitions on the matter given by core institutions working within the field, the article examines the so-called scientific character of various elements in these discourses. In addition, the paper seeks to understand the connections between these discourses and socio-historical and cultural processes that seem to ground their conditions of emergence, as well as contrasting those discourses with others that have received less scholarly attention.

Key words: drugs, scientific discourse, addiction, consumption.

Introducción

*“Sabemos que la racionalidad no se incrementa por sí misma,
que puede retroceder,
que puede adquirir formas delirantes de racionalización,
es decir, de un sistema lógico cerrado, aislado,
incapaz de ver lo real”
Edgar Morin*

¹ Trabajo recibido el 12/05/08 y aceptado el 26/06/08.

² Doctorando en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Obtuvo los títulos de Licenciado en Sociología y de Profesor de Sociología. Becario del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG).

Correo electrónico: santiagomorcillo@gmail.com

La ciencia es, como todo saber humano, una empresa social. A despecho de lo que muchos positivistas plantean —aunque cada vez su posición de ‘científicos asépticos’ es más difícil de sostener, al menos en las ciencias sociales y humanas—, es la sociedad misma la que produce los discursos científicos y las condiciones en que ellos puedan ser aceptados como tales y a la vez como fuentes de verdad. El símbolo del laboratorio como un espacio puro y limpio de contaminación, en el sentido de estar completamente aislado de una sociedad y sus procesos históricos y culturales, no puede ser considerado más que una mera metáfora. En todo caso es una metáfora que da cuenta de las ansias de algunos hombres por lograr verdades intemporales; pero que de ninguna manera refleja las dinámicas de los procesos de construcción del conocimiento llamado científico. Las investigaciones y los discursos elaborados entorno al ‘problema de la droga’ no están exentas de estas características.

En un trabajo anterior³ entrevistamos a varios especialistas, representantes de las distintas instituciones⁴ dedicadas a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En el análisis de estas entrevistas pudimos observar que la forma de referencia tanto hacia las sustancias psicoactivas, como hacia las modalidades o pautas de consumo, mostraba una tendencia a la homogeneización. Así, las conceptualizaciones que podrían distinguir entre un consumo experimental, uno ocasional, uno recreativo, uno abusivo y otro dependiente, se tornan difusas. Si bien en algún momento y frente a la pregunta se plantean algunas distinciones en las pautas de consumo, en el desarrollo de los discursos de estos especialistas se va produciendo una igualación. En el mejor de los casos, se ven como distintas etapas de un proceso que culmina indefectiblemente en la adicción.

Consultando varias publicaciones constatamos estas modalidades discursivas. Allí observamos que algunos especialistas en esta problemática ante constatar que *“existe una dificultad para articular los distintos tipos de conductas de consumo, y poder diferenciar por ejemplo, cuando un uso ocasional o social (este último para el caso de drogas lícitas) deviene en abuso o comienza a transitar el sendero que lo conduce hacia la enfermedad”*⁵, se contentan con subsumir categorías difusas. Entonces, frente a dicha dificultad sobreviene la simplificación, cualquier “uso de drogas” fuera de una prescripción médica constituye una especie de ruptura casi insalvable pues se considera que *“estos usadores no son toxicómanos, pero están en la primera fase de una reacción en cadena. De no ser detenido en esta fase, llegará indefectiblemente al estadio final: la drogadicción”*.⁶

³ El presente artículo está basado en el trabajo de tesis: Morcillo, Santiago *“Producción de subjetividades estigmatizadas. Las condiciones de posibilidad del discurso sorbe la droga”* 2006, UNSJ

⁴ A saber: expertos de distintos centros de rehabilitación, privados y estatales, religiosos y laicos; de la división toxicomanías de la policía, del juzgado federal y funcionarios de salud pública.

⁵ Toro Martínez, E. y Rudelir, M. “Trastorno por uso de marihuana: aspectos Médico-legales” en Cuadernos de Medicina Forense, Año 4 – N° 1 (7-18) Bs. As. 2005 en internet en www.csjn.gov.ar

⁶ Como propone la clasificación de los Dres. Maccagno y Poggi, sugerida por Toro Martínez y Rudelir en op. cit.

Otro ejemplo, particularmente gráfico, de este tipo de discurso aparece en varios sitios web dedicados a la problemática⁷. Allí, además de ofrecer varios contenidos sobre las adicciones y su tratamiento, encontramos que en algunos se brinda al usuario un “autodiagnóstico” que, aunque se aclara que no suplanta al examen clínico, da al usuario una rápida evaluación de su consumo. Tras responder 15 preguntas —muy similares a los criterios oficiales para determinar una adicción, entre los cuales se hallan muchas asociadas a la sociabilidad del usuario y la repercusión de su consumo sobre la misma— se otorga un puntaje del que se derivan recomendaciones. Lo que sorprende es que, aún cuando el usuario haya respondido que nunca ha sufrido ninguno de los ‘inconvenientes’ que plantean las preguntas, la recomendación/evaluación parece positiva en un comienzo: *“Tus respuestas no sugieren una adicción química”* pero a continuación agrega: *“Probablemente estas abusando del uso de drogas y esto te ha traído problemas. Es una buena oportunidad para revisar tu uso de drogas. Tal vez el primer paso para dejar de usarlas”*. Es decir, quien consume drogas, sean cuales fueran sus pautas de consumo y las cantidades que ingiera, tiene necesariamente un ‘problema con las drogas’. Si a ello se agrega la idea de que *“El no adicto no debe aprender a controlar su forma de consumir, simplemente, no debe consumir”*⁸, se configura una dura dicotomía: abstemio o adicto.

Este tipo de visiones que considera al uso de sustancias psicoactivas como una mera fase en un proceso que desemboca necesariamente en una adicción, se halla presente en lo que se puede considerar el enfoque hegemónico sobre esta temática, es decir, el que, de forma explícita o subyacente, articula la visión en la mayor parte de la literatura sobre drogadicción. Los límites entre uso experimental, ocasional, habitual y dependiente se admiten como difusos. Sin embargo, se da por evidente un tránsito, ineludible de no mediar la abstención y el tratamiento, desde el primero hacia el último, sin que quede claro cómo distinguir los estadios intermedios, ni por qué la trayectoria deba tomar esta dirección necesariamente —lo cual parece cuestionable sobre todo en el consumo de sustancias que no producen dependencia física—. ¿Desde la dependencia no se puede volver a un uso moderado? ¿no se puede pasar de un uso habitual a uno experimental u ocasional? La respuesta dominante es: *“la droga es un viaje de ida”*.

Uno de los tantos problemas de esta concepción es la estigmatización que cae sobre todos los consumidores. No solo se borran las particularidades de cada modalidad de consumo, sino que se consolida un estereotipo de adicto — vinculando juventud, drogas, delincuencia y sexualidades “desviadas”⁹— y de esta forma, súmiendolo en el estigma y la ilegalidad, acaba por alejarse del sistema de salud a quienes realmente pudieran necesitarlo.

⁷ Por ejemplo en la página web www.adicciones.org, en www.cat-barcelona.com o en la página de un reconocido centro de rehabilitación Fundación Manantiales www.manantiales.org.ar, todas ellas con referencia a especialistas formados en la materia, aparece el mismo modelo de ‘autodiagnóstico’.

⁸ Tal es la propuesta que aparece en www.vivesindrogas.com

⁹ Este tipo de vinculaciones, aunque parezcan el sermón de un puritano, son las que aparecieron en las entrevistas a especialistas a las que nos referimos anteriormente.

Sin embargo, hay numerosos estudios a nivel nacional, latinoamericano e internacional que plantean heterogeneidades entre los patrones de consumo. De esta forma se señalan diferencias entre consumos problemáticos y no problemáticos; dependientes y no dependientes, y esto se asocia tanto con las sustancias como con el contexto social en que son consumidas. Citaremos a continuación algunos ejemplos¹⁰.

En Argentina varios investigadores han enfocado este objeto desde una perspectiva que permite dejar a un lado visiones dogmáticas, acercándose a una comprensión más compleja de los fenómenos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Entre otros, Kornblit y un grupo de investigadores han mostrado los complejos vínculos entre las condiciones socioeconómicas, las pautas culturales, las sustancias y los patrones de consumo¹¹. Camarotti estudia las pautas y modalidades de consumos recreativos, asociadas a las drogas de diseño —en particular la MDMA o éxtasis—, la movida de la “rave”, y a prácticas de distinción en el sentido bourdesiano. Estas formas de consumo, que no serían caracterizables como “abuso” o “dependencia”, no pueden ser homogeneizadas con las de consumidores de otras sustancias y en otros contextos, al menos si lo que queremos es construir un abordaje científico o riguroso del fenómeno.

Otro ejemplo es el de Arriagada y Hopenhayn, dos cientistas sociales de la CEPAL, quienes han realizado un importante estudio que abarca toda la región latinoamericana. En él afirman la necesidad de conocer y construir modelos que den cuenta de las diferencias entre las pautas de consumo y los grados de vulnerabilidad; lo cual sería fructífero, entre otras cosas, para orientar las campañas preventivas: *“En materia de prevención, la focalización implica concentrar esfuerzos en dos niveles. El primero es el de los grupos vulnerables. Para ello se debe contar con un sistema de información que permita determinar las variables sociales que más inciden en la proclividad al consumo de drogas. Se entiende por poblaciones vulnerables aquellas que por condiciones culturales, productivas y sociodemográficas, tienen mayor riesgo de exposición al consumo indebido y abusivo de drogas. El segundo nivel apunta al grupo de población que consume drogas pero que no presenta situaciones que requieran tratamiento y rehabilitación, y sobre el cual la prevención tiene por objeto disuadirlos del consumo, o bien que eviten el consumo indebido o abusivo. Se entiende por consumo indebido o abusivo aquél que implica mayores daños potenciales para la salud del consumidor, su*

¹⁰ Es importante tomar en cuenta que estos aportes han alimentado estrategias que se distancian del prohibicionismo imperante entre ellas las políticas de reducción de daños (RD). Tanto su relativamente reciente aparición como su discrepancia respecto al modelo hegemónico sobre las drogas, inciden en que la RD ocupe, en general, un lugar de menor relevancia en relación a las visiones instituidas. Uno de los principales problemas que enfrenta la RD es la firme oposición del hegemónico prohibicionismo, dado que en el marco legal vigente en Argentina muchas políticas de RD operan en la ilegalidad. De hecho pueden ser presas de procesos judiciales, pues algunos consideran que esta línea de abordaje “incita” al consumo o hace “apología” de las drogas. En este sentido, desde la visión instituida se ve a las políticas de RD como “derrotistas”, incluso las convenciones de RD y los estudios efectuados desde dicha perspectiva, son tachados de “investigaciones pseudo científicas financiadas por los narcotraficantes”. Quienes abogan por la “guerra contra las drogas” ven como enemigos a quienes proponen un análisis riguroso y desprejuiciado de la problemática; entre aquellos vale destacar el papel de los EE.UU. quienes, como señala Martin Jelsma, amenazan con eliminar sus aportes financieros a los organismos internacionales si avanzaran las políticas de RD.

¹¹ Kornblit, A. L. (coord) “Nuevos estudios sobre drogadicción” Ed. Biblos, Bs. As. 2004

*capacidad de inserción productiva, su autoestima, la estabilidad de su familia y la defensa de su comunidad*¹².

Decorte¹³, un criminólogo belga, en una investigación reciente que toma en cuenta muchos estudios previos sobre consumo de cocaína en diversos países, llega a la conclusión de que una gran mayoría de los consumidores de esta sustancia sólo lo son en un determinado período de su vida. Más aún, muestra también que, en la mayor parte de los casos, los consumidores no son proclives a dosis excesivas pues no les resultaría placentero. Estas conclusiones no son muy distintas en realidad de lo que plantearon varios farmacólogos y neurólogos en el pasado, entre ellos Sigmund Freud.

Incluso una organización oficial como la OMS ha presentado algunos informes que cuestionan el status de “adictivas” que tienen algunas sustancias, desafortunadamente dichos informes no han sido muy difundidos¹⁴ y la mayor parte de los especialistas y funcionarios del área no han tomado en cuenta estos resultados. Jelsma¹⁵ cita algunos de dichos estudios; por ejemplo, sobre el consumo de cocaína y hojas de coca, los expertos designados por la OMS, en el estudio considerado de mayor alcance mundial realizado en 1995, dirían: *“La mayoría de países participantes coinciden en que el uso ocasional de cocaína no desemboca necesariamente en problemas físicos o sociales graves ni leves. (...) En todos los países participantes, son mayores los problemas sanitarios derivados del uso de sustancias legales, sobre todo del alcohol y del tabaco, que del uso de la cocaína. (...) El consumo de hojas de coca no parece provocar efectos negativos sobre la salud y, en cambio, posee una función terapéutica, ritual y social positiva en las comunidades indígenas andinas. (...) La OMS/PSA debería investigar los efectos terapéuticos de la hoja de coca”*. Patricia Erikson, parte del equipo que llevó a cabo dicha investigación —cuyos resultados parecieron ofender tanto a los directivos de la OMS, como a los funcionarios de la ONU—, declaró: *“muchos de los resultados han desmentido por completo la imagen de la cocaína como una droga asesina que esclaviza a la gente. Esa idea es propia de la mitología de los años 20. No se puede negar que la cocaína puede ser fuente de problemas y que es motivo de preocupación, pero concluimos que las personas que trabajan y se dedican a otras actividades podrían hacer de ella un uso recreativo”*¹⁶.

Respecto al cannabis, también en el citado artículo de Jelsma, encontramos que la OMS realizó un estudio en 1997, cuyos resultados no lograron ser publicados, en él se afirmaba que *“Es innegable que, en algunas personas y según el tipo de uso, el cannabis provoca problemas en la salud física y mental como, por ejemplo, pérdida de memoria a corto plazo, pérdida de concentración, problemas motores, afecciones bronquiales y pulmonares, etc.*

¹² Arriagada, I. y Hopenhayn, M. “Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina” CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 41, 2000 en internet en www.eclac.cl

¹³ Citado en Cohen, P. “Rechazo del Daño” (Harm refusal) 2003 en internet en www.mamacoca.org

¹⁴ Jelsma relata, en el artículo que aquí referimos, cómo la agencia de drogas de la ONU —en particular los representantes de los EE. UU.— se opuso a la publicación de un estudio de la OMS que comparaba los daños producidos por la marihuana y los ocasionados por el alcohol y el tabaco, concluyendo que estos últimos son mucho más perjudiciales que la primera. De este trabajo extractamos un párrafo a continuación.

¹⁵ Ver Jelsma, M. “Las drogas en el sistema de la ONU” 2003, en Internet en The Transnational Institute www.tni.org

¹⁶ en idem

Por otro lado, dicho consumo no presenta los mismos patrones de uso continuado a largo plazo o dependiente como el fumar cigarrillos y no existe un índice de mortalidad atribuido directamente a los efectos acumulativos del cannabis”.

Estos estudios recientes no son los primeros en desmitificar el carácter “maléfico” que el discurso dominante da a algunas sustancias psicoactivas. Un estudio clásico sobre los efectos en el cuerpo humano del uso prolongado de opiáceos fue publicado en 1929 en “Opium Addiction”. En dicho estudio médico, basado sobre la observación de 861 adictos a opiáceos, se llegó a resultados sorprendentes para la época —y que gracias a la desinformación e ideologización de la temática aún hoy siguen pareciendo asombrosos—. El Dr. Light, uno de los médicos a cargo de la investigación comentaba en sus conclusiones: *“El estudio muestra que la adicción a opiáceos no se halla caracterizada por un empeoramiento de la salud aparte de la adicción en sí. No hay evidencia de cambios en las funciones hepáticas, renales o endocrina. Considerando que estos sujetos han sido adictos al menos por 5 años, y algunos de ellos hasta por veinte años, estas observaciones negativas son altamente significativas”*¹⁷. Se demostró que varias características asociadas a la imagen del adicto a opiáceos como la pérdida de peso, los cambios en la coloración de la piel, caries en los dientes, la anemia, daño cerebral, episodios de psicosis, etc. no estaban vinculadas al consumo de dichos psicoactivos. Cuando se sumaron varios estudios que, basados en observaciones de grandes poblaciones de adictos —por ejemplo el de British Columbia en 1956¹⁸—, apoyaban estas conclusiones fue inevitable testimoniar que *“no es posible afirmar que la adicción a opiáceos cause por sí misma deterioro de la salud”* —según las declaraciones del Dr. Harris Isbell, director del Public Health Service's Addiction Research Center en Lexington¹⁹—. Es importante destacar que la mayoría de los médicos a cargo de estos estudios, afirmaron que los mayores daños a la salud en los adictos a opiáceos son producidos por las condiciones socioeconómicas y culturales en que realizan su consumo, no por los efectos directos de las sustancias consumidas.

Otros estudios son célebres, paradójicamente, por haber sido ignorados por las autoridades, algunos de ellos son: el monumental *“Indian Hemp Drugs Commission Report”* de tres mil páginas, realizado en 1894 por una comisión británica en las colonias indias. Este trabajo concluye que los daños, tanto físicos como psíquicos, del consumo moderado de cannabis son ínfimos, e incluso los consumidores excesivos son considerados como inofensivos. Esto será reafirmado más tarde por la exploración hecha entre las tropas del ejército estadounidense²⁰ en Panamá en 1929 —*“Panama Canal Zone Military Investigations”*— y también por el informe ordenado en 1944 por el alcalde de New York —conocido como informe *“La Guardia”*²¹—. En ambos se niega la

¹⁷ Citado en “The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs”, en internet en Shaffer library of drug policy. www.druglibrary.org

¹⁸ Ver “The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs”, op. cit.

¹⁹ Citado en idem. Lexington fue uno de los primeros y más importantes centros de tratamiento para adictos en EE. UU.

²⁰ Al parecer el consumo de marihuana, particularmente la variedad ‘panamá red’, se había hecho común entre los soldados norteamericanos, hecho que preocupó a los jefes superiores y motivó la investigación —que terminaría sin embargo desestimando las causas de las ‘preocupaciones’ de los militares—.

²¹ Por el apellido del alcalde que pidió la realización de dicha investigación.

supuesta 'adictividad' de la marihuana —tanto en el sentido de un aumento de las dosis como del supuesto paso a otras drogas ('efecto escalada')— a la vez que se critica severamente las exageradas campañas anti-marihuana considerándolas infundadas. Los militantes del prohibicionismo y la guerra contra la droga se oponen siquiera a discutir estos documentos, pues son consideradas meras "armas financiadas por los narcotraficantes"²².

Ahora bien, si estas discrepancias y la consecuente necesidad de revisar los conceptos, parecen notables a los ojos de todos estos investigadores, es importante destacar que otros tantos, y sobre todo las agencias oficiales y gubernamentales, presentan algunas dudas al respecto. Creemos que las confusiones entre los términos que aparecen en los discursos dominantes pueden tener vínculos, entre otros motivos, con: la escasez y baja calidad —en el sentido de fuertes incorrecciones metodológicas— de los estudios epidemiológicos que se dedican a la problemática, y las definiciones ambiguas y sesgadas que marcan todo el enfoque —las cuales son reproducidas por los organismos oficiales, en su gran mayoría—. Consideramos así mismo, que ambos motivos tienen inscritas las marcas de la presión socio-política que impone el sistema prohibicionista imperante.

Respecto a los estudios epidemiológicos consideramos que existe un doble problema. Por una parte, un problema metodológico pues, dado que no hay interés en reflejar las heterogeneidades y diferencias entre los patrones de consumo, esto lleva a que, en general, no se trabaje con categorías que puedan dar cuenta de las diversas realidades de este fenómeno. Incluso se toma, muchas veces, como población únicamente a quienes están sometidos a un tratamiento de rehabilitación, procedimiento que sesga la muestra, pues se trata de individuos afectados tanto por un consumo problemático, como por una visión posiblemente influida por los efectos que sobre su subjetividad tiene dicho tratamiento —no es un dato menor teniendo en cuenta los discursos maniqueos que circulan en buena parte de las instituciones dedicadas a este fin—.

Sin embargo, incluso considerando estos sesgos, haciendo una lectura minuciosa hallamos algunos elementos que permiten diferenciar pautas de consumo de consumidores en general de las de quienes integran la población de los centros de rehabilitación. Por ejemplo, al comparar los datos de los estudios llevados a cabo por Sedronar sobre consumo de psicoactivos en la población en general y el Censo de centros de rehabilitación podemos notar que: en la población de consumidores el "policonsumo" es relativamente infrecuente, tendencia contraria a la observada entre los pacientes de los centros de rehabilitación. Esto es ratificado por la OMS²³ en un informe sobre el consumo de cannabis donde se asevera que la gran mayoría de las personas que usan esta sustancia —cuyo consumo es considerado el más extendido entre las sustancias ilegales— no son "policonsumidores", o sea que no pasan a usar otras drogas. También podemos sumar el hecho de que, en los citados estudios efectuados por Sedronar sobre la población en general, sólo un 10% (aproximadamente) entre quienes declaran haber consumido alguna vez

²² Ver al respecto las declaraciones de Anslinger citado en Escohotado, A. "Historia general de las drogas" Ed. Espasa, Madrid, 1998; p. 695

²³ "Cannabis: a health perspective and research agenda" WHO/OMS PSA, 1997, en internet en www.who.int

pueden ser incluidos como “usuarios frecuentes”. De estos estudios, en el primero de ellos, realizado en 1999, encontramos que alrededor del 74% de las personas que usaron alguna sustancia psicoactiva ilegal²⁴ en los últimos 12 meses, no presentaba “síndrome de dependencia”²⁵ a la misma. Es necesario tomar con mucho cuidado estas cifras pues, como hemos dicho, su fiabilidad es dudosa, pero incluso así creemos que parecen datos suficientes como para cuestionar la teoría del “efecto escalada”²⁶.

Algunos de los especialistas del área reconocen, aunque no muy a menudo, las carencias en cuanto a información fidedigna sobre la expansión y las distintas características que asume el consumo de sustancias psicoactivas. El ex director de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, Claudio Mate, declaró: *“La planificación de los servicios sanitarios debe actuar en las tinieblas, suponiendo, con más prejuicios que epidemiología, que los adictos son muchos, son jóvenes, son pobres y viven concentrados en las áreas urbanas”*²⁷.

Desde un punto de vista epistemológico consideramos que los estudios epidemiológicos sobre consumo de sustancias psicoactivas construyen ideológicamente su objeto hecho sobre el volveremos al final de este artículo. Una herramienta particularmente útil a este fin son las encuestas. Cuando no se ha hecho una crítica y una reflexión sobre qué se pregunta, es muy probable que la misma pregunta este dándole forma a la respuesta. Los cuestionarios — técnica del positivismo clásico y también técnica del control social— administrados desde el discurso hegemónico producen, muchas veces sin siquiera notarlo, la realidad que buscan observar y medir.

Por otro lado, pero muy ligado a lo anterior, hay un problema que podríamos caracterizar como político, pues la vigente prohibición de algunas sustancias psicoactivas parece condicionar a los científicos a la hora de evaluar los daños que dichas sustancias suponen, de esta manera los investigadores trabajan muchas veces casi obligados a demostrar los efectos perjudiciales de las mismas. Ello se ve reflejado en la elusión sistemática de estudios que

²⁴ Sin embargo creemos, en consecuencia con lo que en este trabajo plantemos, es importante tomar en cuenta las diferencias para cada una de las sustancias, los porcentajes de personas que mostraron “síndrome de dependencia” dentro de quienes habían consumido en los últimos 12 meses fueron: el 23,28% para la marihuana, el 46,98% para la cocaína, el 13,62% para sustancias inhalables, el 10,92% para sustancias alucinógenas, el 54,93% para la pasta base, el 43,86% para opiáceos o anestésicos, el 6,03% para el crack, el 16,12% para medicamentos estimulantes y el 17,66 % para los sedantes. Es notable que la única sustancia que sobrepasa el 50% es la pasta base, cuyo consumo se da casi exclusivamente en sectores socioeconómicos de escasos recursos.

²⁵ A continuación analizaremos las definiciones que se tomaron como referencia para caracterizar dicho “síndrome de dependencia”, con ello esperamos se comprenda las dificultades que supone trabajar con este concepto.

²⁶ Esta escalada está organizada no sólo en base a la frecuencia con que se consume, la cual va siempre en aumento, sino que también hace referencia a un paso a sustancias que se suponen más nocivas y a la vez más ‘adictivas’. Las sustancias son entonces diferentes ‘pasos’, pero de un mismo camino, desde la diversidad de las sustancias psicoactivas se construye ‘el mundo de la droga’ o ‘la droga’. En los discursos hegemónicos únicamente se hace referencia a la ‘experimentación’, es decir los primeros consumos, y al consumo más o menos habitual, como partes, relativamente efímeras, del camino hacia la ‘adicción’ o la dependencia.

²⁷ Mate, C. “Vicios Privados y Salud Pública” en www.sada.gba.gov.ar

contradican las posiciones hegemónicas acerca del problema. La forma en que se abordan los efectos de las sustancias psicoactivas ilegales, salvo contadas excepciones, parece forzar a hacer particular hincapié en los daños a la salud—aunque estos sean relativamente menores, como es el caso del cannabis comparado con el alcohol o el tabaco— y en los casos extremos o excepcionales.

Otro punto que no se toma en cuenta, el cual retomaremos más adelante y que consideramos crucial, son las particularidades que las distintas pautas culturales y los procesos de su constitución, las asimetrías en la posesión de recursos económicos y culturales, las diferentes legislaciones y otras variables socio-culturales, pueden imprimir al desarrollo de distintos patrones de consumo y, por ende, a sus consecuencias.

Es posible afirmar que los epidemiólogos parten de un problema ya dado, no lo construyen, o mejor dicho no hacen consciente su construcción. En el prólogo de un “Manual de Epidemiología”²⁸ realizado en 1998 por Sedronar, el entonces director de dicho organismo afirma: *“Desde su creación, en 1989, esta Secretaría de Estado ha tenido a su cargo el diseño de planes y programas tendientes a implementar estrategias para la prevención del abuso de drogas y la asistencia de los drogadependientes. En el marco de esta política se han realizado estudios epidemiológicos para conocer la magnitud del problema y hacer frente a las reales necesidades de cada momento.”*²⁹. Esto revela la importancia que eventuales estudios epidemiológicos críticos, y también estudios comparativos con otras realidades, podrían tener para mostrar la heterogeneidad y la complejidad del problema; estas investigaciones, hechas con otro enfoque y distintas metodologías, podrían permitir que los distintos discursos de los consumidores entren en juego y, a la vez, tener en cuenta los procesos históricos, sociales y culturales.

Nos detendremos un momento en este “Manual de epidemiología” pues es una importante representación condensada del discurso dominante en el área. Las concepciones que parecen guiar el trabajo de los epidemiólogos, al menos en nuestro país, pueden hallarse expresadas en el citado Manual—cuyo objetivo explícito es gestar la “unidad de concepción” entre los investigadores del área— allí aparecen casi todas las ideas que ya forman parte del ‘sentido común de los especialistas’³⁰: *“Las drogas están involucradas en los delitos, en formas de corrupción, en la mentira, en los atentados contra la propiedad, generando una modalidad de vida que ha distorsionado los valores de nuestra sociedad, influyendo en la juventud”*.

Como posibles pautas de consumo se presentan: la intoxicación, el abuso y la dependencia—planteados como sucesivos “escalones” en el uso de drogas—, no parece existir nada parecido a un consumo recreativo o no problemático; es más se presenta el propio consumo como una enfermedad: *“El consumo de sustancias se conceptualiza como una enfermedad que puede gestarse dentro del desarrollo de la vida humana, desde la concepción hasta la adultez.”* A

²⁸ “Manual de Epidemiología para el estudio del Consumo de sustancias psicoactivas” editado en 1998 por Sedronar y el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia nacional de medicina de buenos aires, en internet en www.epidemiologia.anm.edu.ar

²⁹ La cursiva es nuestra.

³⁰ Esto puede ser tomado como una síntesis de los principales ejes discursivos de la mayor parte de los especialistas que entrevistamos y también varios de los consumidores.

continuación se refiere las posibles causas para el desarrollo de esta enfermedad en cada una de las fases de la vida, sintéticamente podemos decir que los factores causales en orden cronológico serán: para los embriones las causas hereditarias (consumo de generaciones anteriores, o durante el embarazo), en la primera infancia los problemas familiares o quienes *“posean un temperamento impulsivo, agresivo o sean proclives a las mentiras o robos”*, luego aparece la influencia del grupo de pares y, finalmente, en la adolescencia se combinan los anteriores. Las referencias a factores sociales, culturales, económicos o históricos, casi no aparecen en todo el Manual.

Por último, nos referiremos a las consecuencias que, según este Manual, parece tener el consumo de sustancias psicoactivas, en ese sentido afirma: *“Los consumidores están más expuestos que los otros adolescentes³¹ a complicaciones personales y a enfermedades: pobreza, comisión de delitos (robos, asaltos, corrupción, violencia familiar), transmisión del consumo a los hijos, SIDA, hepatitis B o a la muerte por sobredosis, accidentes, suicidio u homicidio”*. Estas relaciones no son explicadas, no se aclara si dichas circunstancias no anteceden (en realidad) al consumo, ni se especifica, en todo caso, de qué forma las sustancias psicoactivas tienen tales efectos. Tampoco se plantea qué papel juegan en estas consecuencias la legislación vigente y las visiones hegemónicas en el área.

Aparentemente no se toma en cuenta que la constitución biológica y antropológica de los seres humanos hace que las relaciones que estos entablan con los objetos sean configuradas por la cultura, la historia y las relaciones que se entablan entre los conjuntos sociales, al ignorar esta característica fundamental parece atribuirse la causalidad a los objetos mismos. Las necesarias explicaciones para tales afirmaciones son reducidas y reemplazadas por el siguiente esquema:



Definir lo indefinido, el refugio de la ambigüedad.

A continuación revisaremos las definiciones de los principales conceptos en relación a la temática. Nos referiremos a tres organismos que consideramos representativos de la visión oficial: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de Psiquiatría y, a nivel nacional, la SEDRONAR.

³¹ Resaltamos acá la palabra “adolescentes” pues a lo largo de todo este Manual parece darsé por obvio que la drogadicción es un problema casi exclusivo de esta franja etárea, característica que se repite en las entrevistas realizadas a especialistas.

En primer lugar citaremos algunas de las definiciones elaboradas por la **OMS**. Respecto de este organismo es importante destacar que, si bien puede ser en alguna medida tomado como representante de la posición hegemónica, presenta algunos matices —sobre todo comparado con organismos como la ONU y sus oficinas especialmente dedicadas al área—. Pensamos que, tanto el hecho de que la OMS sea una organización dedicada directamente al área de la salud —e intenta por tanto regirse por criterios sanitarios—, por un lado, como la circunstancia de que gran parte de sus informes se hallen fiscalizados de una u otra manera por la ONU —regida por criterios políticos—, por el otro, son los que pueden dar cuenta de estos matices y contradicciones. Con mayor razón, entonces, creemos interesante analizar las posiciones y definiciones de la OMS.

Comenzaremos por la noción de dependencia. Entre 1920 y los '60 se debatió una diferencia entre los anteriores conceptos de “adicción”³² y “hábito”, —este último representaba un grado menor de severidad en el problema—. En los 1964 el término “dependencia” fue adoptado por la OMS, en reemplazo de aquellos, este será complementado por otros conceptos como “uso nocivo”, “uso peligroso”, etc.

“Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)³³”

Se deben experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior:

1. *Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.*
2. *Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.*
3. *Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*
4. *Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores*
5. *Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.*
6. *Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.*

Uso nocivo³⁴: *Patrón de uso de sustancias psicoactivas que produce daños a la salud. Este daño puede ser físico o mental.*

³² El término inglés *addiction* ha sido traducido al español a veces como toxicomanía, por ejemplo en el ámbito de la psicología en épocas anteriores en nuestro país; ello podría estar relacionado con el influjo de las teorías psicológicas francesas, pues toxicomanía parece derivar del francés *toxicomanie*.

³³ También puede parecer como ICD-10 por sus siglas en inglés: International Classification of Diseases. En internet en www.who.int. Las categorías subsiguientes fueron extraídas de “Lexicon of alcohol and drug terms”, OMS (1994) www.who.int

³⁴ La OMS indica que este término fue introducido en el CIE-10 y suplantó al anterior “uso no-dependiente”

Uso peligroso: Patrón de uso de sustancias psicoactivas que incrementa el riesgo de consecuencias nocivas para el usuario.

Intoxicación: Condición que sucede a la administración de una sustancia psicoactiva y que produce perturbaciones a nivel de conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo o conductual, u otras funciones y reacciones psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las reacciones aprendidas por ésta, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto si hay daños en tejidos u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir trauma, inhalación de vómito, delirio, coma y convulsiones, entre otras complicaciones médicas. La naturaleza de éstas depende de la clase farmacológica de la sustancia y de su vía de administración.

Abuso de sustancia³⁵: Uso persistente o esporádico de una droga, inconsistente con la práctica médica aceptable o no relacionada con ella. Es un patrón de adaptación al uso de la sustancia que produce perturbaciones o limitaciones clínicamente significativas, que se manifiestan por uno o más de los siguientes indicadores: no poder cumplir con las principales obligaciones en el hogar, la escuela o el trabajo; uso de sustancias en situaciones físicamente peligrosas; problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia; uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia.”

A continuación referiremos las definiciones del Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría: el **DSM-IV**³⁶. Este es uno de los parámetros más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción, conocido por todos los profesionales del área. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que este puede ser considerado el discurso oficial para la psiquiatría occidental.

En su cuarta versión, el DSM-IV establece siete criterios a observar para diagnosticar la dependencia a sustancias psicoactivas.

“Dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses:

(1) **tolerancia**, definida por:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o,
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) **abstinencia**, definida como cualquiera de los siguientes ítems

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
- (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

³⁵ Actualmente la OMS ha desechado esta categoría, más adelante explicaremos los motivos que encausaron tal decisión.

³⁶ Por sus siglas en inglés Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

(6) *reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.*

(7) *se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)*

Abuso de Sustancias

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (ó más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) *consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.*

(2) *consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.*

(3) *problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.*

(4) *consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.*

(5) *los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.*

Intoxicación por Sustancias

A. *Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.*

B. *Cambios psicológicos o de comportamiento maladaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.*

Síndrome de Abstinencia de Sustancias

A. *Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.*

B. *El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.”*

Por último referiremos las definiciones que en nuestro país ha elaborado el organismo oficial en esta área la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (**SEDRONAR**) dependiente de la Presidencia de la Nación y que se hallan publicadas en su página web³⁷. Es importante notar, como veremos más abajo, que SEDRONAR acerca mucho más sus definiciones a las del DSM-IV, de hecho muchas son idénticas, que a las de la OMS.

“Uso:

Hay personas que consumen alcohol, tabaco, infusiones diversas, medicamentos prescritos o no, y otras sustancias³⁸, en forma ocasional y moderada o en forma experimental, a esta modalidad se la denomina uso.

Las drogas socialmente aceptadas no siempre son inofensivas, depende de cuánto y cómo se las consume.

Es posible que bajo ciertas circunstancias, del USO pueda transitarse al Abuso.

Abuso:

Hay personas que :

-Consumen reiteradamente sustancias, y esto da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de esas sustancias; ausencias,

³⁷ www.sedronar.gov.ar con acceso 10/09/2007

³⁸ El subrayado es nuestro

suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

-Consumen repetidamente la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

-Tienen problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

-Hacen un consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

-Cuando una o mas manifestaciones se presentan durante mas de un año, caracterizaremos esta relación como ABUSO.

También es posible transitar de Abuso a la Dependencia o Adicción.

¿Dependencia o Adicción?:

Así caracterizamos el estado de una persona que consume sustancias de modo que la lleva a un deterioro o malestar, clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

-TOLERANCIA: definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

-ABSTINENCIA: definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia).

-La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

-Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

-Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

-Reducción importante de y en las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

-Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Se puede ser dependiente tanto de drogas legales como a ilegales.

Dependencia psicológica: se produce a partir de experimentar una sensación de placer intenso como efecto de una sustancia, hecho que invita a repetir la experiencia con dicha droga para reproducir esa sensación o para evitar sensaciones displacenteras que podrían producirse de no utilizarla. Esta característica es un importante condicionante para prolongar del consumo de drogas psicoactivas y en algunos casos puede ser el único motivo de la intensa avidez y del consumo compulsivo. Las drogas que principalmente producen dependencia psicológica son la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y los alucinógenos, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la 3,4-metilendioximetanfetamina (Extasis) y el peyote.

Con las drogas que producen importante **dependencia física** (p. ej., heroína y alcohol) es fácil caer en el consumo abusivo, siendo la dependencia difícil de tratar. Cuando una droga no provoca dependencia física, su supresión no produce síndrome de abstinencia. Sin embargo, la mayoría de las drogas psicoactivas sí dan lugar a tolerancia y en algunos casos las reacciones consecutivas a la interrupción del consumo recuerdan a un síndrome de

abstinencia (p. ej., depresión y letargia tras la supresión de cocaína o anfetaminas o cambios característicos en el EEG al dejar de consumir anfetaminas). Las drogas y fármacos de consumo más habitual difieren en su potencial para inducir distintos tipos de dependencia.”

Observando las definiciones en conjunto debemos señalar, en primer lugar el uso de varias expresiones poco claras como “otras sustancias”, o términos imprecisos, por ejemplo “fuerte deseo” o “mucho tiempo”, que no aportan ningún tipo de operacionalización ni explicación que pueda clarificar su significado exacto. De hecho, la propia OMS señala que *“el primer criterio, ‘fuerte deseo o sensación de compulsión’, requiere investigar las autopercepciones del usuario, y se refiere a la idea de ansiar la sustancia. Se ha demostrado que es difícil lograr un consenso sobre la definición del concepto de ansia, y la aplicabilidad de los modelos biológicos al concepto sigue siendo controvertida”*³⁹. La OMS también ve como una dificultad el que varios de los criterios para diagnosticar la dependencia no sean medibles biológicamente: *“una dificultad en la neurociencia de las sustancias psicoactivas es que, aunque la mayoría de los efectos [de la dependencia de sustancias psicoactivas] sean directamente medibles, las farmacodependencias no lo son, tal y como se definen técnicamente en la actualidad y como se comprenden en general en la sociedad”*. Esto último deja entrever que, a pesar de los intentos por lograr una mayor rigurosidad, no existirían grandes diferencias entre las definiciones “técnicas” de la dependencia y las que elabora el sentido común.

Notamos asimismo que se omiten todo tipo de referencias explícitas a pautas de consumo recreativo, experimental o no-dependiente, particularmente en relación a las sustancias psicoactivas ilegales —notorio sobre todo en el caso en el caso de Sedronar—.

Por otra parte, estas definiciones yuxtaponen varios niveles de análisis del fenómeno, pues junto a criterios biológicos, medibles en formas más o menos simples —como la tolerancia o el síndrome de abstinencia—, aparecen otros criterios que responden a la conducta y psiquis del usuario, y también pautas que están relacionadas con la sociedad en que se produce el consumo. Creemos que esta mezcla de niveles no puede producir más que una gran confusión. Si bien es importante considerar todas las posibles dimensiones que abarcaría el fenómeno que se trata de definir, ello no supone que estas deban tener el mismo abordaje. Los aspectos sociales no pueden ser pensados como un mero “contexto”, una consideración rigurosa implica construir el consumo como objeto social, lo que sólo es posible mediante un tratamiento sociológico adecuado, explicitando presupuestos sociológicos y antropológicos.

En las definiciones parece darse por obvia la posesión de los recursos o capitales que supone poder participar de algunas actividades y esferas de la vida social. Algunos aspectos incluidos, como la situación laboral o las relaciones familiares, están atravesados por muchos fenómenos distintos de la propia pauta de consumo y la evaluación de las relaciones causales no es en todos los casos muy sencilla. No se considera la circunstancia de que algunas sustancias psicoactivas estén actualmente prohibidas, particularidad que marca

³⁹ OMS/WHO “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas” 2004 en Internet en www.who.int

las facetas sociales del consumo sin tener una necesaria vinculación con el patrón de consumo, la frecuencia y la cantidad de las dosis. Aunque la OMS aclara que *“el hecho de que un patrón de uso o una sustancia particular sea desaprobada por otra persona o por la cultura, o pueda haber llevado a consecuencias socialmente negativas como el arresto o las disputas matrimoniales, no es en sí mismo la evidencia de uso nocivo”* esta aclaración aparece como una nota marginal que no tiene peso en las definiciones. Tampoco se repara en la falta de información rigurosa, de parte de los consumidores, acerca de los efectos —en relación a las cantidades y calidades consumidas así como a las posibles mezclas— de las sustancias psicoactivas ilegales.

Introducir dimensiones sociales a la descripción de una enfermedad supondría, para ser viable y fructífero, un análisis profundo que tome en cuenta la dinámica de las relaciones sociales al interior de cada sociedad, los vínculos y luchas entre los distintos grupos, así como también los procesos culturales e históricos que intervienen en el problema. También deberían considerarse las profundas asimetrías que signan las posibilidades, los recursos, las costumbres y las vidas de los distintos sectores de las poblaciones. Al eludir, o dar por ‘obvios’, los procesos de reflexión y crítica que supone el análisis social histórico y cultural, se permite que los prejuicios y el sentido común penetren en las definiciones.

El subsumir muchas y disímiles sustancias bajo una misma categoría también puede ser otra posible fuente de confusiones a la hora de pensar en los efectos de las sustancias psicoactivas, las posibilidades de intoxicación y/o sobredosis, la aparición de tolerancia y del síndrome de abstinencia. Las desconcertantes formas de referirnos a los psicoactivos han ido mutando a lo largo de la historia, hemos escuchado hablar de: narcóticos, estupefacientes, alcaloides, tóxicos, psicotrópicos, alucinógenos, etc. o, en las últimas décadas, más comúnmente de “la droga”; todos estos términos han sido usados casi como sinónimos, perdiendo de esta manera cualquier capacidad para hacer referencia precisa a alguna sustancia.

Actualmente la OMS ha dejado de lado varias de estas denominaciones adoptando la de “sustancia psicoactiva”, que comprende cualquier tipo de sustancia, legal o ilegal y susceptible de abuso o no, que produce alteraciones en los procesos mentales. Según este organismo, la adopción de esta terminología busca dejar de lado las connotaciones, tanto positivas como negativas. Lamentablemente esta no es la costumbre en el lenguaje común, ni tampoco en el de buena parte de los especialistas —que muchas veces no difiere demasiado del primero—.

Creemos que estos desconciertos pueden estar en relación, entre otros, con los problemas conceptuales que reflejan los intentos de teorización acerca de las adicciones, pues estos trabajan sobre un modelo que surgió a partir de los inconvenientes que acarreaba el uso de opiáceos —esencialmente la habituación iatrogénica en algunos pacientes, más que el consumo de opio fumado—. En otro trabajo donde abordamos la constitución histórica del “problema de las drogas” observamos que fue el uso de opiáceos el que se halla en los albores de la era prohibicionista y por lo que se vincula a toda la

semántica que este movimiento origina⁴⁰. Ahora bien, lo que no se tiene en cuenta generalmente, es que los opiáceos producen dos fenómenos claves que se hallan ligados a lo que podría denominarse dependencia: la tolerancia y un síndrome de abstinencia. Estos fenómenos suponen una progresiva “dependencia física”, es por ello que el uso repetido y sin un control cuidadoso de estas sustancias puede devenir en un hábito que parece imponérsele al consumidor. En realidad la dependencia está dada por el efecto concomitante de la tolerancia por un lado y la imposibilidad de soportar las reacciones del cuerpo al eliminar la sustancia del organismo, es decir el síndrome de abstinencia. Sin embargo esto no habilita a concebir a los opiáceos como entidades autónomas con poderes sobre los individuos, y mucho menos autoriza a tratar de esta manera a sustancias que no producen ningún síndrome de abstinencia o que producen una tolerancia muy leve —como es el caso de la marihuana y varios alucinógenos—.

El modelo de “adicción” dominante se origina entonces, por un lado, en un momento —siglo XIX— donde los conocimientos de los efectos y consecuencias de las sustancias psicoactivas eran muy escasos y se hallaban impregnados por la moral religiosa. Por otra parte, se elaboran a partir de lo que se conocía sobre el uso de opiáceos, y tal vez de alcohol, asociados ambos a la dependencia física; desde aquí se desliza y se amplía, para poder abarcar a las demás sustancias ilegalizadas, hacia una simple “dependencia”. Tras este corrimiento lo que ha quedado subsumido es la difusa “dependencia psíquica”. Si bien esta operación puede resultar conveniente a los sectores que luchan encarnizadamente “contra la droga”, no parece adecuada desde un punto de vista que busque comprender el problema en su complejidad.

La dimensión psíquica se halla en indisoluble relación con la social y cultural, y a través de estas con la dimensión histórica. Sin embargo estas consideraciones parecen fútiles a quienes tienen una batalla urgente que ganar, quienes probablemente prefieran dejar pasar concepciones morales y marcadamente ideológicas como puros criterios médicos que apuntan a la salud de los individuos. Esta situación conduce a que sea muy inusual plantear, por ejemplo, que las pautas culturales, históricamente arraigadas, que sancionan el uso de algunas sustancias y estigmatizan a sus consumidores — así como también las políticas públicas y distintas prácticas que sostienen estos discursos— deben vincularse a los patrones de consumo presentes en una sociedad; relación que es ineludible en un análisis riguroso del problema. Poniendo entre paréntesis los rasgos que históricamente ha asumido la guerra contra las drogas podría parecer una perogrullada el afirmar que: las características de cada cultura, sus tradiciones tanto como la rebelión contra ellas, sus tabúes, las marcas de distinción asociadas a ciertos objetos, la distribución de los diferentes recursos y las asimetrías que le siguen, los dispositivos de poder y las formas de control, son elementos cruciales a la hora de concebir las diversas formas de relación entre los individuos y las sustancias psicoactivas. Dadas las circunstancias actuales, el dogmatismo inscrito en las visiones hegemónicas sobre el fenómeno permite que aquello que podría parecer evidente se oblitere constantemente.

⁴⁰ Movimiento que tiene también fuertes vinculaciones con la religión, y en particular con el protestantismo puritano estadounidense ligado a la lucha prohibicionista que impuso la “ley seca” en los albores del siglo XX, la cual estará profundamente emparentada con toda la “cruzada prohibicionista” a nivel global.

En algunos de los informes de la OMS que hemos consultado, aparece un reconocimiento de las ambigüedades que invaden la terminología utilizada a menudo por los especialistas en esta temática. *“En la OMS las definiciones deben ser congruentes, pero hay que reconocer que las palabras a veces se utilizan de forma diferente con propósitos distintos. Los términos utilizados en la notificación de reacciones farmacológicas adversas sirven para describir efectos farmacológicos y comunicarlos a los pacientes y a los profesionales de la asistencia sanitaria”* A ello se agrega *“Es particularmente importante evitar la utilización de términos que puedan sembrar confusión en los no profesionales”*⁴¹.

Lejos de buscar criterios claros y profundizar en la crítica y la reflexión, a veces parece apostarse a la vaguedad. Por ejemplo, el término “abuso” referido a las drogas, aunque descartado por su ambigüedad y connotaciones despectivas en la terminología de la OMS⁴², es utilizado frecuentemente en los discursos dominantes sobre consumo de drogas. “Abusar” aparece en el diccionario de la Real Academia Española como un *uso excesivo o indebido*. De esta manera se remite a dos ideas: por un lado la cantidad de sustancia consumida, donde habría que considerar como parámetros las dosis ingeridas y su frecuencia en el tiempo, puestas también en relación a algunas variables biológicas del consumidor. Pero por el otro lado, caracterizar al abuso como un uso ‘indebido’ significaría recurrir a una regla, una norma que permite delimitar lo que se debe y lo que no se debe hacer. Así emparentado aparece el *abuso de confianza* o el *abuso sexual* como rupturas morales importantes. Esta segunda acepción del “abuso” es probablemente la que genera que la expresión se torne confusa en referencia al caso específico del consumo de sustancias psicoactivas. Este sentido nos aleja de criterios específicos relacionados con la salud y la farmacología pues la mezcla con reglas morales y permite que el influjo religioso y/o ideológico se combine y se difumine en un discurso pretendidamente científico farmacológico y riguroso.

No queremos decir con lo precedente que la temática del consumo de sustancias psicoactivas deba ser abordada únicamente desde un punto de vista farmacológico. Hemos dicho, y lo reafirmamos, que es necesario complementar dicho punto de vista con un análisis profundo de las características sociales, culturales e históricas; llevándose a cabo ambos desde una perspectiva desprejuiciada y crítica a la vez. Nada de esto se halla presente en los discursos hegemónicos sobre el área; se escamotea, o se omite directamente, importante información farmacológica (por ejemplo qué sustancias producen síndrome de abstinencia y cuáles no, cuáles son los niveles de tolerancia de cada una, cuáles las dosis letales y cuáles las dosis mínimas activas, cómo distinguir una sustancia de otra, cuáles son los efectos y consecuencias en relación a dosis y pautas de consumo precisamente

⁴¹ OMS “Comité de expertos de la OMS en fármacos codependencia” 33º informe, Ginebra 2003, en Internet en www.who.int

⁴² Actualmente la OMS ha desechado esta categoría, distanciándose en esto de lo planteado por el DSM-IV. Ahora la OMS considera que a pesar de lo extendido de esta expresión, su contenido y significación es muy variable. La postula como una categoría residual y ha sido descartada por este organismo pues “el término abuso a veces se usa despectivamente para referirse en absoluto a cualquier uso, particularmente de drogas ilícitas. Debido a su ambigüedad, el término no se usa en ICD-10”.

detalladas, etc.) y a la vez se pasa por alto el estudio en profundidad de las características socioeconómicas, culturales y de los procesos históricos que constituyen las formas en que los individuos consumen sustancias psicoactivas (por lo general se lo reduce a “desviaciones” originadas por una socialización deficiente, una familia disfuncional o una constitución psíquica anómala).

Por último queremos referirnos, brevemente, a una de las expresiones del discurso hegemónico en que aparecen varias de sus características centrales, y que consideramos relevante dado el grado de masividad que adquiere: nos referimos a las *campañas anti-droga*, de las cuales incluimos sólo algunos ejemplos más abajo.

En la gran mayoría de estas se trabaja sobre una idea que hemos llamado concepto monolítico de ‘droga’; se refuerzan así los estereotipos y la estigmatización. La OMS ha indicado que *“El estigma asociado al consumo y a la dependencia puede hacer que los afectados eviten buscar tratamiento e impedir que se pongan en práctica políticas adecuadas de prevención y tratamiento. Un estudio de la OMS sobre las actitudes hacia 18 discapacidades en 14 países reveló que en la mayoría de las sociedades estudiadas la drogadicción se encontraba entre las más reprobadas o estigmatizadas socialmente”*⁴³. No obstante estas recomendaciones, las campañas parecen buscar robustecer las divisiones dicotómicas entre los consumidores/adictos y los no-consumidores, asociando mecánicamente droga=muerte, abstinencia=vida, por ejemplo en el slogan “sí a la vida no la droga” con todas sus variantes del tipo “sí al deporte...”. Otras veces se infunde temor y rechazo—más que información— y así se obstruye la posibilidad de una reflexión.

Estas campañas están generalmente orientadas a los no consumidores, a padres o a quienes puedan de una u otra manera controlar a los posibles consumidores/adictos, incitando incluso a veces a denunciarlos. Creemos que de esta manera se reafirma la barrera que separa a los no-consumidores por un lado y subsume a los consumidores/adictos en un mundo de violencia y delito.

Al respecto parece esclarecedor lo afirmado por Arriagada y Hopenhayn *“Uno de los problemas para enfrentar desde una perspectiva sanitaria o psicosocial el consumo problemático de drogas, es que tanto la prohibición del consumo, como el tratamiento del problema en los medios de comunicación de masas que estigmatizan al consumidor, hacen difícil localizar a los consumidores problemáticos. Las imágenes del consumidor - delincuyente, del consumidor - parásito o del consumidor - contagioso, que tanto penetran en la sensibilidad general y se difunden por los medios de comunicación de masas, surten un efecto negativo sobre el problema social del consumo de drogas: mantiene la opacidad respecto de dónde es más grave el problema, y hace que un bajo porcentaje de adictos recurra efectivamente a los servicios de salud. Se genera un tipo de reacción social que los aísla del contacto social y familiar, agravando la situación de los consumidores en lugar de facilitar su recuperación [...] no es casual que en las encuestas de percepción el problema de la droga es percibido muy por encima de la magnitud real del problema, y que la opinión pública manifieste mayor preocupación, ansiedad y temor por el consumo de*

⁴³ OMS/WHO “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas” 2004 en Internet en www.who.int

drogas de los jóvenes que por sistemas colapsados de seguridad social o de atención en los hospitales públicos, falta de infraestructura en las viviendas y en los vecindarios, segmentación en la calidad de la educación o problemas asociados a enfermedades catastróficas. Y no es casual que los jóvenes populares estén tan estigmatizados por los medios de comunicación, la policía y la opinión pública, pues ellos son los que padecen los mayores desajustes que la gente asocia al abuso de drogas: desajuste entre capital educativo y oportunidades de empleo, falta de identificación con valores y normas, y brecha entre mayor acceso a información e imágenes y menor acceso a bienes materiales [...] Para que el sistema de salud especializado acoja a los drogodependientes en su convocatoria no debe estigmatizar a quienes utilizan sus servicios, ni debe forzar a la abstinencia de los adictos, pues éstos acuden a los servicios precisamente porque no logran controlar su consumo de drogas”⁴⁴.



Reflexiones Finales

Queremos, para finalizar este artículo, plantear algunas líneas de reflexión que apuntan, más que a “concluir”, a abrir las consideraciones y continuar la indagación; para ello partiremos de un enfoque global sobre la problemática. Siguiendo a Foucault, consideramos que en cada cultura existen una serie de líneas divisorias cuya función es más o menos ambigua pues al tiempo que señalan los límites abren espacio a una transgresión siempre posible. Agrega dicho autor que este espacio conforma un complejo sistema, que no puede ser descrito totalmente como lo ilegal, o como lo anormal o lo revolucionario, ni como la suma de estas formas de desviación, pues este sistema es “*para todas las desviaciones y para conferirles sentido, su condición misma de posibilidad y de aparición histórica*”⁴⁵. La figura del adicto surge en un intersticio entre la medicina/psiquiatría y el poder jurídico lo cual también, según Foucault, es una de las características de los “anormales”, por ello creemos que es posible comprender al “drogadicto” por su procedencia como unos de los tantos

⁴⁴ Arriagada, I. y Hopenhayn, M. Op. cit.

⁴⁵ Foucault, M. “La vida de los hombres infames” ed. Altamira, La Plata, pág. 13

participantes del elenco de 'anormales'. Esta figura del adicto y sus características son entonces, en una buena medida, un efecto de los dispositivos, las políticas y las concepciones que históricamente se han construido a su alrededor.

Una utilidad política deviene de la figura del drogadicto, siempre a mano a la hora de señalar chivos expiatorios. Asimismo permite dar acceso a la intervención directa del control social en todas sus formas: jurídico - policial, médico - psiquiátrico y el control social de la vida cotidiana, que a través de distintas instituciones —familia, escuela— asume una forma capilar e intenta impregnar toda la existencia. Drogadicto que será en este sentido un efecto del *bio-poder* como forma de poder que se ejerce sobre los cuerpos de los individuos y de la sociedad al mismo tiempo, donde confluyen lo político y lo biológico.

Es a la vez construcción de un cuerpo enfermo para la medicina y la psiquiatría, de un cuerpo criminal para la justicia y de un cuerpo inmoral para la vida cotidiana —y por tanto asociado, hecho pariente, de las otras subjetividades 'desviadas'—. Este cuerpo fabricado se muestra como "superficie de inscripción de los sucesos" al decir de Foucault; o también como una de las formas de "objetivación de la historia" para Bourdieu, la otra forma de objetivación serán las instituciones, entre las que podemos contar en este caso a los centros de rehabilitación, que funcionan como cárcel para el cuerpo delincuente, hospital para el cuerpo enfermo y convento para el cuerpo inmoral, aunque siendo siempre un híbrido y sin ser, en realidad, ninguna de ellas.

El hecho de que la figura del drogadicto se mantenga tanto al margen de la medicina/psiquiatría como de lo estrictamente jurídico, permitiría el influjo de concepciones morales y también la imposibilidad de un abordaje riguroso desde el punto de vista científico. Los discursos que ocupan un lugar importante por los efectos de poder y la producción de 'verdad' que generan —aquí el discurso jurídico y el médico/psiquiátrico—, se hallan fuertemente permeados por elementos del sentido común, los cuales al no ser sometidos a una crítica producen múltiples simplificaciones y reduccionismos. Esto se hace notar en la escasa claridad de los criterios que se utilizan para definir las nociones centrales del discurso. Por ello los conceptos 'droga', 'drogadicto' y 'drogadicción' funcionan, en gran parte de los casos, como términos cargados de juicios de valor, como categorías que subsumen conjuntos heteróclitos y que no aportan a una clarificación del problema.

Respecto a las sustancias psicoactivas las formas de referirse a ellas parecen cambiar sus significantes pero no el sentido instituido por la cruzada prohibicionista. Al respecto Derrida afirma: *"La "droga" es también una palabra y es un concepto, aun antes de que se le pongan comillas, más para marcar su mención que para servirse de ellas, pues las cosas mismas no son vendidas, compradas o consumidas. ... en el caso de la droga el régimen del concepto es diferente: no hay droga en la naturaleza. Pueden darse venenos naturales y también venenos naturalmente mortales, pero no lo son en cuanto drogas... Como el de toxicomanía, el concepto de droga supone una definición instituida, institucional, necesita una historia, una cultura, unas convenciones, evaluaciones, normas, todo un retículo de discursos entrecruzados, una retórica explícita o elíptica... Para la droga no se da una definición objetiva, científica, física... De aquí hay que concluir que el concepto de droga es un*

*concepto no científico, instituido a partir de evaluaciones morales o políticas, que lleva en sí mismo la norma de la prohibición*⁴⁶. Se simplifican distinciones, propiedades y características diversas en un único aviso de peligrosidad; lo 'maléfico' homogeneiza las diferencias y remite a un único símbolo cuyo análisis se oscurece constantemente. La "droga" toma una significación difusa y desde allí se magnifica su importancia —tanto en cuanto a los daños que produce como a su extensión—, desplazando así la atención pública de otros problemas tal vez mucho más acuciantes —como son en nuestro país por ejemplo la desocupación y la pobreza—.

A su vez la cuadratura epistemológica de la mayor parte de los estudios en esta problemática está 'bloqueada' por la naturalización de las categorías y la sobredeterminación que ella implica; este 'bloqueo' opera una clausura epistemológica que sesga el objeto y funciona a la manera de la invisibilidad de los paradigmas. Este enclaustramiento, como hemos dicho, podría hallarse vinculado, entre otras causas, a la escasez de investigaciones históricas al respecto, pues la ahistoricidad propia de las categorías naturalizadas obtura el análisis de los procesos de configuración que develarían su carácter de 'constructo'. La naturalización entraría en crisis al constatar la inexistencia, en determinado punto de los procesos históricos, de las nociones de 'la droga', 'el drogadicto' y 'la drogadicción' como conceptos cerrados y homogéneos.

Si bien consideramos que el "punto de vista" del conocimiento humano construye ineluctablemente aquello que se quiere ver, en este caso no se intenta controlar dicho influjo, más aún, en muchos casos ni siquiera se logra concebir de qué forma se está observando, desde dónde se interroga a la realidad. Al no cuestionar desde fundamentos teóricos sólidos la construcción del objeto, se permite que sea fundado en base a prejuicios morales.

Es necesario salir de este círculo de ceguera epistemológica y moral puritana. Es necesario cuestionar los cuestionarios, que actualmente imponen su discurso, violentando y silenciando a los sujetos cuestionados. En la homogeneización, la descontextualización y deshistorización opera el mecanismo de dominación, que a su vez se oculta tras un halo de supuesta científicidad. Si deseamos fabricar un pensamiento científico crítico, riguroso y reflexivo será necesario adoptar un punto de vista exterior y, a partir de la desconstrucción de discursos y prácticas institucionalizadas, construir una visión más compleja del asunto.

⁴⁶ Derrida, J. "La ley del género. Retóricas de la droga" en Acevedo, B "La política colombiana de drogas. En la nave de los locos" en Internet en www.mamacoca.org