

Ciencia y políticas de drogas. Contexto sociocultural, neuropolítica y control social

Romani, O. (2020). Ciencia y políticas de drogas. Contexto sociocultural, neuropolítica y control social. *Revista Cultura y Droga*, 25 (29), 183-207.
DOI: 10.17151/culdr.2020.25.29.9.

Oriol Romani*

Recibido: 3 de julio de 2019
Aprobado: 30 de septiembre de 2019

Resumen

El objetivo del presente trabajo es mostrar las distancias entre perspectivas científicas complejas y políticas de drogas prohibicionistas, aunque estas se justifiquen a partir de planteamientos supuestamente científicos. La metodología consiste en analizar el tema desde dos aspectos estratégicos: por un lado, revisando la hipótesis de la adicción como enfermedad cerebral, y por el otro, contrastando los principales informes institucionales sobre el cannabis con las políticas hegemónicas en el siglo XX. Los resultados ponen en evidencia las limitaciones de la hipótesis de la adicción como enfermedad cerebral, así como diferencias entre lo señalado por los informes y políticas prohibicionistas sobre el cannabis. En las conclusiones se subraya que las incongruencias entre ciencia y políticas de drogas hay que entenderlas en el contexto de sus usos en relación con el control social y sus transformaciones, desde uno de tipo coercitivo e institucional, a la neuropolítica, basada en la *performance* individual.

Palabras clave: ciencia, drogas, políticas de drogas, neuropolítica, control social.

* Doctor en Antropología Cultural. Profesor Emérito, Medical Anthropology Research Center (MARC), URV Tarragona (España). E-mail: oriol.romani@urv.cat
 orcid.org/0000-0001-6939-0711 **Google Scholar**



Science and drug policies. Sociocultural context, neuropolitic and social control

Abstract

The objective of this work is to show the distances between complex scientific perspectives and prohibitionist drug policies, although these are justified on the basis of supposedly scientific approaches. The methodology consists in analyzing the issue from two strategic aspects: on the one hand, reviewing the hypothesis of addiction as a brain disease, and on the other hand, contrasting the main institutional reports on cannabis with hegemonic policies in the twentieth century. The results highlight the limitations of the addiction hypothesis as brain disease, as well as differences between what is indicated by the reports and prohibitionist policies on cannabis. The conclusions underline that the inconsistencies between science and drug policies must be understood in the context of their uses in relation to social control and their transformations, from one of a coercive and institutional type, to neuro-politics, based on individual performance.

Key words: science, drugs, drug policies, neuro-politics, social control.

Introducción: marco y metodología

Entenderemos por ciencia, según síntesis de García Jiménez (2008):

un saber racional, sistemático, metódico, crítico, parcial y, por ende, selectivo; una representación que es sometida al propio dictamen de la experiencia o de la racionalidad y la coherencia, y que trata de entender la realidad en toda su complejidad, no reflejándola tal cual es, sino indagando en las causas y en los porqués de los eventos que conforman el mundo de la experiencia. (p. 208)

Una visión externalista de la misma nos obliga a poner en consideración el desarrollo de las distintas teorías con sus contextos de producción, así como con el uso social de su capacidad explicativa, cosa que permite evidenciar que la ciencia es una actividad humana que también está atravesada por relaciones de poder (Morin, 1994; Feyerabend, 2000; Kuhn, 2001).

Hablaremos de drogas¹ como aquellas sustancias químicas que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, ánimo, psicomotricidad, etc.); y que en algunos casos son utilizadas para paliar o revertir procesos patológicos. Pero cuyas funciones, efectos y consecuencias se encuentran condicionados por las definiciones sociales, económicas y culturales que las diferentes formaciones sociales elaboran, o negocian respecto a ellas, en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Para entender sus cambiantes funciones y significados a lo largo de la historia, deberemos captar el tipo de articulaciones existentes entre contextos de uso, sujetos que las usan y características de las sustancias (Zinberg, 1984; Romaní, 1999).

A partir de inicios del siglo XX (aunque con antecedentes a finales del XIX), se dieron procesos de criminalización² de algunas de esas sustancias que culminaron con el Convenio Único de Estupeficientes (1961), y se reservó solo para ellas, las prohibidas, la etiqueta de “droga”. Otras, o quedan como productos de consumo sin más (alcohol y el tabaco), o formarán parte, paulatinamente, de productos fabricados por la industria farmacéutica y gestionados por las instituciones médicas, y serán llamadas “medicamentos” (Romaní y Comelles, 1991). En este sentido es muy significativa la historia de la coca-cocaína, en especial en Sudamérica (Gootenberg, 2016; López-Restrepo, 2018).

El Convenio Único (justificado para proteger la salud física y *moral* de la población) estableció un sistema de listas que incluyó en la más restrictiva, la IV, tanto a la heroína como al cannabis. Otros dos convenios cruciales para acabar de definir las políticas de drogas hegemónicas en la segunda mitad del s. XX y principios del XXI fueron el Convenio sobre sustancias psicotrópicas (Viena, 1971), donde se cambia lo de la salud *moral* por *mental*, y el de Viena (1988), sobre precursores químicos y blanqueo de capitales. En definitiva, lo que caracterizará estas políticas de drogas, además de la creación de una amplia burocracia y jurisdicciones especiales, será que el trato con toda droga fiscalizada comportará negativas consecuencias penales o administrativas y tendrá una relación intrínseca con los procesos de criminalización ahora mencionados (Edwards y Arif, 1981; Escohotado, 1989; Ehrenberg, 1991; Rementería, 1995; VV.AA., 2000; Husak, 2001; Courtwright, 2002; Davenport-

¹ Quizás sería más preciso hablar de sustancias psicoactivas, tal como propone Comas (2019, pp. 45-57), pero sería menos práctico y se perdería la ambivalencia que lleva a tener que explicar las contradicciones del concepto droga.

² Se entienden por tales el conjunto de actuaciones legales, políticas, económicas, sociales y culturales que acompañan a la creación de una norma que transforma una conducta que antes era lícita en ilícita.

Hines, 2003); sin entrar en todos sus efectos perversos que, finalmente, y a pesar de las resistencias de las autoridades pertinentes, se han podido evaluar (Count the Cost, 2012; GCDP, 2014).

Metodológicamente, analizar de este modo el devenir de distintos grupos de sustancias que comparten un campo común permite ir más allá de la simplista ecuación droga- efecto farmacológico universal, al señalar la importancia de los procesos socioculturales y políticos que las acabarán encuadrando institucionalmente, cosa que influirá en modos de uso, efectos, etc.; lo cual nos facilitará analizar el rol que dichas sustancias juegan en los procesos de control social.

En las sociedades contemporáneas, el control social consiste en la articulación de los mecanismos informales de control (parentesco, costumbre, rituales...) con los de tipo formal o institucional (aparatos específicos de control, leyes), con la finalidad de garantizar la reproducción social en términos de mantenimiento de las relaciones de poder que las caracterizan. Aunque se ejerce por parte de quienes tienen más poder en ellas, esto no significa que desde posiciones subalternas no haya proyectos (y prácticas) que intenten orientar el control social en otras direcciones.

Para nuestros objetivos, vamos a realizar un análisis de dos casos distintos, pero ambos especialmente estratégicos en las políticas de drogas: el de la adicción como enfermedad cerebral, concepto clave para la justificación de la persistencia en las políticas prohibicionistas de drogas; y el del cannabis, por ser la droga ilegal más consumida en el mundo, al mismo tiempo que se mueve en una cierta normalidad³. Y nos centraremos, *grosso modo*, en el periodo que abarca el siglo XX⁴. Se pretende mostrar así que las contradicciones entre políticas de drogas y conocimiento científico se pueden detectar en ámbitos diferenciados del campo analizado. Y que no se dan respecto a una sola sustancia, pues el concepto de adicción las atraviesa todas, aunque será útil profundizar la situación específica de una de ellas, el cannabis, muy ilustrativa al respecto, entre otras cosas, por su ambivalencia criminalización/ normalización.

³ Según el Informe Global sobre drogas de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2018), unos 275 millones de personas han consumido drogas —ilegales y usos no médicos de medicamentos— en el último año, y de ellas, unos 190 millones, cannabis alguna vez (Informe Mundial sobre las drogas 2018. Resumen: 7).

Por otro lado, remito a la literatura que examina el proceso de normalización de algunas drogas, como el cannabis o el MDMA, “éxtasis”, en distintos países (Duff, 2005; Parker, 2005; Measham & Shiner, 2009; Cruz, 2014; Martínez-Oró, 2015).

⁴ Aunque haya alguna referencia a finales del s. XIX y, sobre todo, varias referidas a cambios de políticas ocurridos en los inicios del s. XXI.

Los datos que vamos a manejar proceden básicamente de las fuentes secundarias citadas en las referencias bibliográficas y de la revisión de los informes mencionados para el caso del cannabis. Mientras que en el siguiente apartado nos centraremos más en mostrar dichos datos, en el apartado de discusión, contrastando ciertos conocimientos científicos con determinadas políticas de drogas, los situamos en un contexto teórico más amplio, que permite dar un cierto sentido al conjunto de lo analizado en el texto.

Resultados: incongruencias entre ciencia y políticas de drogas

1. El caso de la adicción y la patología dual: el mito de la enfermedad cerebral

En un decisivo artículo en la revista *Science* (Leshner, 1997) aparece por primera vez la hipótesis de las adicciones como “enfermedades cerebrales crónicas y recidivantes”. A pesar de que se acepta que el contacto con la sustancia es contextual, su principal argumento es que, como se demostraba en experimentos en modelos animales, llega un momento en que el cerebro de una persona que padece un trastorno adictivo sufre cambios moleculares, celulares, estructurales y funcionales, lo que le dificulta su capacidad de dar respuesta a los estímulos ambientales y de autorregularse. El autor subraya que su hipótesis permite superar explicaciones como que los adictos son víctimas de una situación social, o que son personas débiles o amorales.

Dos consecuencias principales de ello serían, por un lado, que al considerarse enfermos, los adictos dejarían de tener el estigma social de ser considerados unos viciosos. Pero por el otro, al tratarse de una enfermedad crónica, más que de buscar su curación (imposible por definición), habrá que centrarse en la gestión de su cronicidad, para lo cual habrá que buscar los fármacos correspondientes. De ese modo, los adictos quedarán sometidos de por vida a otro tipo de sustancias, los fármacos, para supuestamente controlar su adicción, en una operación con unos ganadores muy claros.

Leshner era en aquel momento el director del NIDA (*National Institute on Drug Abuse*, de EE. UU.), la más poderosa institución de investigación del mundo en el campo de las drogas, tanto por sus presupuestos como por sus conexiones. Desde entonces, el NIDA fue generoso con la financiación de aquellas investigaciones que iban a ratificar su hipótesis, mientras la escatimaba a aquellas que la ponían en

cuestión, obstaculizando, además, su difusión (Hari, 2015). Es más, lo que empezó siendo una hipótesis fue ascendido a dogma por Volkow, la sucesora de Leshner en la dirección del NIDA, que en la página de inicio de su web institucional puso: “La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro”.

Los fondos del NIDA produjeron gran cantidad de estudios afirmando que los efectos bioquímicos de las sustancias producían cambios estructurales en el cerebro de los adictos que no remitirían por más que estos se volvieran abstinentes. Pese a ello, otras investigaciones, como las pioneras de Alexander (1978) o Peele (1990), lograron paulatinamente hacerse oír argumentando que la adicción consistía en un conjunto de procesos biopsicosociales, y que muchas experiencias intensas pueden modificar de manera irreversible la estructura cerebral. Concretamente, Alexander realizó un experimento crucial⁵, conocido como el “Parque de las ratas”, consistente en modificar el ambiente en el que las ratas recibían su oferta de morfina (con variados estímulos, espacios para la socialización entre ellas, etc.), con lo que unas se mostraron abstemias, otras mantenían un uso controlado de la sustancia y solo una minoría se mostró “adicta”, a diferencia de los experimentos anteriores en que las pobres ratas, encerradas en una caja de Skinner, optaban mayoritariamente por un consumo compulsivo de morfina. Ello permitió, a pesar de todas las trabas políticas, desarrollar una línea de investigación en la que, destacando la importancia del contexto, se han acumulado las evidencias acerca de que los llamados adictos, lejos de “tener el cerebro secuestrado por las drogas”, sufren procesos recuperables en un 80% de casos (White, 2020; Heyman, 2013). Es más, muchos de estos procesos de recuperación se dan sin el auxilio de atención especializada, en procesos llamados de autocambio o recuperación natural (Carballo et al., 2007). Además, hoy en día sufrimos la eclosión de las denominadas adicciones comportamentales (al juego, a las pantallas, etc.), cuyos sujetos comparten la mayoría de las alteraciones cerebrales de los consumidores de drogas, sin que haya ninguna sustancia por en medio (Puerta y Pedrero, 2017).

Todas estas informaciones y argumentos tienden a confirmar que, de manera coherente con la definición de drogas que proponíamos al principio, sería más adecuado desde un punto de vista científico superar el estrecho marco de los supuestos efectos que causan unos principios activos farmacológicos sobre un individuo para contemplar

⁵ Se llama así a aquellos que subvierten el paradigma dominante en un campo del saber. Véase un interesante análisis de este, así como de los efectos del “cerebrocentrismo” en las políticas de asistencia a los trastornos del espectro de las sustancias psicoactivas, en el capítulo 7 de Comas (2019, p. 207-238).

dichos efectos dentro del conjunto de lo que denominamos un ‘estilo de vida’ determinado⁶. En este sentido, la adicción o dependencia, esta conducta de repetición de situaciones gratificantes, no se puede entender desligada de ciertos procesos de identificación (con personas, lugares, situaciones...), de negociación del yo en el seno de los grupos de relación en los que se mueve la persona concernida, como parte de sus estrategias de interacción, del bagaje vital procedente de su biografía, de las posibilidades y limitaciones marcadas por sus condiciones existenciales, etc. Es decir, constituiría un constructo cultural que se va configurando a través de todo un conjunto de relaciones sociales y de expectativas culturales a partir de las cuales una persona orienta su devenir, y que contribuye a su construcción como sujeto (Romaní, 1999, p. 59-60)⁷.

Pero la concepción de la adicción como enfermedad cerebral se ha asociado también a la llamada patología dual, es decir, a la consideración de que el adicto tiene además alguna patología mental lo cual justifica, según Puerta y Pedrero (2017),

[...] la prescripción de cócteles medicamentosos, preferiblemente caros, sin contar con evidencias ni de la patología que dicen tratar ni de su utilidad para hacerlo. [...] Si este discurso de la adicción-como-enfermedad fuese sólo una estrategia retórica para ganar el derecho a diversos servicios para personas que los necesitan, entonces todo esto podría no ser muy importante. Sin embargo, la adicción-como-enfermedad se ha utilizado para otros fines, sin duda menos nobles. En efecto, la industria farmacéutica, a través de cuantiosas inversiones en marketing, impulsa esta creencia, que le permite tener un inmenso mercado cautivo de ‘enfermos crónicos’, los cuales deben medicarse de por vida y sufrir los llamados efectos secundarios más o menos graves de dicha medicación. Las consecuencias de ello es que los réditos económicos de las compañías farmacéuticas y de los profesionales que, más allá de sus intenciones, siguen sus dictados, van ligados a procesos de mayor sufrimiento por parte de las personas que se encuentran en estas situaciones, al asumir ellas mismas, en muchos casos, que ‘un adicto será siempre un adicto’, con lo cual, el proceso de recuperación se ve enormemente dificultado, pues creerse esta sentencia es uno de los principales factores que favorecen la recaída. Aceptar que su cerebro

⁶ El concepto de “estilo de vida” en ciencias sociales, con algunas aportaciones significativas como la de Menéndez (1998) para el campo de la salud, se ha trabajado de manera específica en el campo de las drogas (Dumont & Clua, 2015; Clua, 2018).

⁷ Se puede ver una actualizada revisión de los distintos conceptos de adicción en Dávila y Gómez (2019).

está enfermo, que siempre lo estuvo y siempre lo estará, no es algo que fortalezca la autoestima. Si además se le exige, como en todos los programas de drogas, que haga cambios en su vida, que se resista al consumo, que cambie de amistades, que rediseñe su vida, el adicto puede llegar a pensar si él es capaz de hacer todo eso con un cerebro enfermo. (p. 3-4)

Muchos autores defienden que presentar las adicciones asociadas a la enfermedad mental como una enfermedad biológica no reduce el estigma, sino que lo redobla, pues uno, además de adicto, es enfermo mental, produciéndose una serie de bloqueos y retroalimentaciones entre adicción, enfermedad mental y estigma; en realidad, el estigma está en el propio diagnóstico (Trujols, 2015). Sea culpa de un espíritu o de los genes, da lo mismo, el hecho es que la concepción de la enfermedad cerebral refuerza la creencia de que los enfermos mentales no tienen control interno. Y este prejuicio, que estaría en el núcleo del estigma que afecta a drogodependientes y enfermos mentales, puede llegar a los propios profesionales, como nos indicaría, entre otros, el ejemplo de las relaciones entre categorización del cannabis y presencia de un mayor o menor diagnóstico de psicosis con relación a esa categorización que en seguida veremos.

En cambio, acudir a las explicaciones sociobiopsicoculturales⁸, además de responder mejor a la realidad (con sus inherentes complejidades), contribuye a crear una narrativa que permite responsabilizar al entorno y a la sociedad y, por lo tanto, manejar mejor las distintas variables implicadas en los procesos que configuran las drogodependencias. Al focalizarse en las personas y sus entornos, en sus motivaciones y capacidades, dejando de lado la obsesión por centrarse en la enfermedad, han mostrado las posibilidades de una ayuda profesional a las personas que la necesiten por sufrir los efectos negativos de problemas relacionados con sus consumos de drogas.

Otros autores como Raikhel y Garriott (2013) o Lewis (2017), uno de los impulsores, junto con Nick Heather (2017), de una red internacional de más de 150 investigadores, el *Addiction Theory Network*, críticos con el enfoque del NIDA, abonan que la tesis de la adicción como enfermedad cerebral no se sustenta, ni desde las ciencias

⁸ Utilizo adrede este neologismo para subrayar, de acuerdo con el planteamiento teórico de este trabajo, el marco referencial principal (“socio” y no “bio”) y la importancia también de los factores culturales, junto a los biológicos y psicológicos.

biológicas, ni desde la ciencias sociales y humanas. Pero más allá del campo estricto de los estudios sobre drogas, la afirmación de que la adicción es un proceso comportamental y no una enfermedad cerebral crónica, se puede hoy en día sostener con mucha mayor contundencia si lo situamos en el trasfondo de conocimientos que nos aportan los avances de las neurociencias (Gazzaniga, 2012; Frazzetti, 2014), de la epigenética (Carey, 2013), las últimas síntesis sobre el cerebro (Eagleman, 2017), o la articulación de diversas perspectivas biológicas, cognitivas y socioculturales a la que obliga la necesidad de poder explicar campos como el “efecto placebo” o la psiconeuroinmunología (Moerman, 2002; Seppilli, 2011). Todas estas perspectivas vienen a demostrar que lo que podríamos considerar determinante en última instancia en el comportamiento humano sería el contexto sociocultural o, en todo caso, las relaciones que se establecen entre dicho contexto y el cerebro humano, cosa muy distinta a considerar a este como una especie de “*deus ex machina*”.⁹

2. *El caso del cannabis*

Veamos ahora un caso en el que, desde una perspectiva distinta a la del apartado anterior, pretendemos reforzar nuestro argumento principal. La primera parte de este apartado consistirá en el repaso de una serie de informes avalados por instituciones, científicas o políticas, que cumplan un requisito mínimo de cientificidad en el campo de las drogas, como es que contemplan en su enfoque metodológico la articulación entre contextos, sujetos y sustancias. Lo cual significa que no vamos a considerar los numerosos experimentos que se centran sólo en uno de los elementos de esta tríada, normalmente la sustancia o el individuo, y distinguiremos aquellos que no han sido tenidos en cuenta para orientar las políticas sobre el cannabis, de aquellos que sí. En segundo lugar, discutiremos algunos de los temas clásicos en relación con el cannabis, básicamente por parte del prohibicionismo —más allá de la adicción, ya tratada en el apartado anterior—, como son las psicosis juveniles y el fracaso escolar. Para ello, nos basaremos principalmente en distintas partes de un trabajo colectivo que elaboramos recientemente (GEPCA, 2017).

a) Informes científicos no considerados

Según señalamos en dicho trabajo colectivo,

⁹ Hay mucho epígono que, tomando la parte por el todo, se dedica a postular el “cerebrocentrismo” como el sumum de las neurociencias, etiquetando cualquier tipo de fenómeno con el prefijo “neuro”, desde la psicología o la economía, a la estética o el deporte. Ver, al respecto, Vidal y Ortega (2017).

[...] en 1893 se presentó en la Cámara de los Comunes británica el *Indian Hemp Drugs Commission Report*, en el cual se desvinculaba el cannabis de problemas mentales severos, degradación moral y consecuencias físicas graves. En el mismo sentido concluyen los informes *Panama Canal Zone Report* de 1925, 1931 y 1933; el comité designado concluyó en los tres informes que el cannabis presentaba escasos efectos perversos entre el personal, y que no suponía ninguna amenaza para la disciplina militar, y en consecuencia se sugirió descartar cualquier iniciativa punitiva. Ambos informes fueron redactados antes de la implementación en EE. UU. de la *Marihuana Tax Act* (1937), que representa la primera ley federal de fiscalización del cannabis. Fiorello La Guardia, alcalde de Nueva York, encargó en 1939 a la Academia de Medicina de Nueva York un estudio sobre la incidencia social y los aspectos médicos y clínicos de la marihuana. Los resultados contradecían las opiniones del comisario Anslinger¹⁰ sobre desviación, delincuencia y enajenación de los fumadores de marihuana. El informe La Guardia marca el punto de inflexión de la influencia política sobre la ciencia, porque a partir de entonces, el conocimiento científico estuvo supeditado a los intereses morales del prohibicionismo.

A lo largo del siglo XX, se encargaron más estudios e informes sobre la toxicidad y peligrosidad del cannabis, todos ellos, en cierta medida, coincidían en apuntar su escasa peligrosidad, o al menos, en señalar como se sobredimensionaban sus efectos nocivos. La mayoría fueron descalificados o tomados poco en consideración y su influencia política fue nula. Ejemplos de ello son el *British Wooten Report* (Reino Unido, 1969), el *Le Dain Commission Report*, (Canadá, 1970), el *Consumer Union Licit and Illicit Drugs* (EE. UU., 1972), el *National Commission on Marihuana and Drug Abuse* (EE. UU., 1972), *Commission of the Australian Government* (Australia, 1977), *National Academy of Sciences Report* (EE. UU., 1982). (Martínez-Oro y Romani, 2017, p. 224-225)

A estos habría que añadir, por lo menos, el Informe *Pelletier* (Presidencia de Francia, 1978), y el Informe *Roques*, encargado por el gobierno francés (Academia Francesa de Ciencias, 1998).

Así como el *Marihuana Tax Act* de 1937 pudo influir en la consideración de los informes científicos de la época, habría que subrayar también que, en junio de 1971,

¹⁰ Un clásico ejemplo de “empresario moral” (según la expresión de Howard Becker), que fue el gran impulsor del prohibicionismo en EE. UU.

el presidente Nixon declara la guerra global a “la droga”, con toda la presión que eso conlleva en hacer caso, o no, de los resultados de los estudios científicos, sea sobre el cannabis, una de las sustancias estrella que se englobaban bajo el epíteto de “la droga”, sea en relación a los estudios sobre la adicción iniciados por Alexander ya mencionados.

b) Informes científicos considerados

Por otro lado, en los Países Bajos fue el único sitio donde, estatalmente, los informes científicos encargados para evaluar la peligrosidad del cannabis (*Hulsman Committee* de 1969 y el *Baan Committee* de 1972) se tuvieron en cuenta para la elaboración de su política al respecto, traducándose en 1976 en la reforma de la Ley del Opio neerlandesa, que permitió la implementación del famoso modelo holandés de *coffee-shops*. A pesar de las dificultades que haya podido presentar, el nivel de consumo de los holandeses, estos últimos treinta años ha acostumbrado a estar por debajo de la media de Europa, y no han aparecido especiales problemas en torno a dicho consumo (OEDT, 2019).

También deberíamos mencionar, aunque a nivel local, el experimento del barrio londinense de Lambeth, que reguló la distribución de cannabis y midió por un período de seis años variables como las actividades policiales, las tasas de delincuencia (diferenciando drogas de no drogas), el bienestar subjetivo y objetivo de los más de 200.000 habitantes de este céntrico barrio de Londres, e incluso el atractivo del barrio medido en la evolución comparativa de los precios de la vivienda (Adda, 2014). La conclusión fue que:

la regulación aumenta la eficiencia y que por tanto la nueva política muestra un grado óptimo de equilibrio ya que, por ejemplo, con los mismos recursos la policía resuelve más delitos de no-drogas de los que habrían sido víctimas los ciudadanos y que habrían quedado impunes (y que era un impacto negativo), lo cual produce un sentimiento de mayor seguridad del que a su vez se deriva un mayor grado de bienestar subjetivo y una clara mejora de la imagen del barrio. (Comas, 2017, p. 202)

Aunque solo fuera en términos de la eficacia de las políticas prohibicionistas mantenidas por EE. UU., Inglaterra o Francia, en comparación con los intentos holandeses, o experimentos locales como el de Lambeth, de establecer unas políticas

alternativas visto el fracaso de las anteriores, el balance es muy claro. No es casualidad que, con el paso de los años, distintos gobiernos se hayan visto obligados finalmente a alinearse con las orientaciones de la mayoría de los informes científicos, como ha sido el caso de Uruguay, Canadá o bastantes de los estados de la unión norteamericana.

c) Algunos clásicos: psicosis juvenil; fracaso escolar

Dos de los temas “estrella” con los que se intenta mantener en todo su vigor el prohibicionismo, quizás porque afectan sobre todo a la juventud, son las relaciones del cannabis con las psicosis y el fracaso escolar.

Psicosis juvenil y otros trastornos mentales

Respecto a las relaciones cannabis-psicosis, la mayoría de los estudios no han podido establecer una relación causa-efecto en relación con la alta prevalencia del consumo de cannabis en sujetos con enfermedades como la esquizofrenia, sino que la explican por la vulnerabilidad genética de determinados individuos, así como complementariamente, por la hipótesis de su uso como automedicación, precisamente en estos casos de mayor predisposición genética (PNSD, 2006, p. 47-54).

El libro de Szerman (2012), elaborado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), tiene un capítulo dedicado al tema en el que se afirma que no está demostrado que el cannabis sea una “causa necesaria, ni suficiente” para causar un trastorno psicótico, aunque se constata un mayor riesgo de desarrollar psicosis en adolescentes con consumos intensos y habituales. Por otro lado, un experto señala el potencial del cannabidiol (CBD, uno de los cannabinoides del cannabis) como anti-psicótico, dato que invitaría a pensar sobre el potencial de determinadas variedades de cannabis para reducir, en lugar de aumentar, la incidencia de la psicosis.

Las relaciones causales entre consumir cannabis y desarrollar un trastorno psicótico, o cualquier otra enfermedad mental son muy difíciles de establecer. Por ejemplo, la esquizofrenia es una enfermedad que aparece en la juventud, edad en la que hay más consumos de cannabis, y la co-ocurrencia de un fenómeno no implica causalidad. Factores de confusión ocurren igualmente cuando se relacionan otros trastornos psicológicos, como la ansiedad o la depresión, con el consumo de cannabis. No es objeto de este informe resolver el debate

científico sobre las relaciones entre consumo de cannabis y aparición de trastornos mentales, debate, por otra parte, que está aún muy lejos de quedar resuelto con la evidencia científica disponible. La cuestión aquí es más bien reflexionar si políticas más punitivas reducirían la incidencia de enfermedades mentales entre consumidores de cannabis. Ya hemos visto más arriba que incluso campañas masivas dirigidas a concienciar a los jóvenes sobre los riesgos psiquiátricos de consumir cannabis pueden tener una eficacia limitada. Pero en lo que sí puede tener incidencia es sobre la carga de estigma que soporta el usuario con problemas mentales. Primero, por usuario, y, segundo, por enfermo mental. Sin duda, lo deseable es que nadie al que no le sienta bien el cannabis haga un uso que pueda empeorar su salud mental, pero también es una realidad que muchos enfermos mentales utilizan cannabis porque les alivia su sintomatología o los efectos secundarios de la medicación. Sea como fuere, el hecho de que el control del cannabis sea por medio de la persecución penal aumenta las probabilidades de que alguien sea diagnosticado de una enfermedad mental, quizás porque en la conciencia de muchos facultativos sigue prevaleciendo la idea de que la enfermedad mental puede ser una consecuencia causal del consumo de cannabis. (Bouso y Parés, 2017, p. 133-134)

Esto último lo confirmaría la investigación de Hamilton et al. (2013) sobre las relaciones entre la reclasificación administrativa del cannabis y los ingresos hospitalarios y diagnósticos de psicosis provocadas por consumo de esta sustancia en Inglaterra. En 2004, de las tres categorías (A, las más peligrosas y con mayores sanciones, B y C, menos riesgosas) en que se clasifican las drogas ilegales en este país, el cannabis pasó de la B, donde había estado desde 1971, a la C. Pero en 2009, con el argumento de las relaciones entre cannabis de alta potencia y esquizofrenia, se volvió a situar a la B. Significativamente, entre 1999 y 2004 hubo un aumento de ingresos por psicosis relacionadas con el consumo de cannabis. Pero al volver a situar el cannabis de la lista B a la C en 2004, hubo un cambio significativo de tendencia, pues los ingresos por psicosis relacionadas con el consumo de cannabis disminuyeron hasta 2009. Tras la segunda reclasificación del cannabis en 2009 (de la C a la B) volvieron a aumentar los ingresos.

Fracaso escolar

Entendemos por fracaso escolar aquel itinerario educativo que queda truncado porque no alcanzan los resultados requeridos para superar la enseñanza obligatoria básica, por lo que se le conoce también como abandono escolar temprano. Nadie discute la necesidad de evitar el consumo de cannabis y otras drogas a edades precoces, y que un consumo sistemático se puede asociar a un menor rendimiento escolar. Pero una cosa es constatar los efectos neurocognitivos del cannabis sobre la memoria o la capacidad de concentración¹¹, y otra es establecer relaciones de causa-efecto entre el consumo de dicha sustancia y el fracaso escolar, lo cual no es más que una presunción ideológica. Veamos algunos datos locales y nacionales, para el caso de España y Europa.

Un ejemplo sería el análisis cruzado, por un lado, de los datos (desagregados entonces por municipios) de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid que se pudieron analizar en un seminario realizado hace unos años con profesorado de dicha Comunidad, en los que se podía destacar que el nivel de fracaso escolar en Rivas Vaciamadrid se situaba en el 6-7%, mientras que en la ciudad colindante de Arganda del Rey era de un 40%. Y, por el otro, los datos de la Agencia Anti-Droga de Madrid, que informaban que el consumo de cannabis alguna vez por los adolescentes, en la misma época, era en las dos ciudades en torno a un 25%. No hay que saber mucha sociología para deducir que si el consumo no refleja grandes diferencias territoriales y el fracaso escolar sí, entonces ambos fenómenos dependen de otras variables. (Romani-Eiroa, 2015, pp. 35-37)

En el conjunto de España, el fracaso escolar pasó del 31,6% en 2003 al 24,9% en 2013¹², así que mientras solo ha decrecido ligeramente, el consumo de cannabis en los últimos 30 días durante el mismo periodo ha bajado de manera más drástica: del 25,1% en 2004 al 16,1% en 2012, por lo que no se puede establecer una relación directa entre los dos fenómenos.

¹¹ Aunque habría que distinguir los efectos agudos de aquellos a medio-largo plazo de un consumo intensivo y reiterado de cannabis antes de los 17 años, aspecto sobre el que hay análisis divergentes. En todo caso, siempre será más productivo intentar ver qué hay detrás del hecho de que un adolescente de esa edad haga este tipo de consumo, que no engañarse —y, de paso, dar a la sustancia un poder que no tiene— atribuyendo causas simples a un fenómeno complejo.

¹² Ministerio de Educación y Ciencia, Datos y Cifras del curso escolar 2013-2014. 16 de septiembre de 2013. <http://www.mecd.gob.es/prensa-mecd/actualidad/2013/09/20130916-datos-cifras.html>

Asimismo, en los datos europeos (sobre abandono escolar Eustat¹³ y de prevalencias de consumo en jóvenes EMCDDA¹⁴), tampoco encontramos que los países con mayores prevalencias de consumo entre sus jóvenes sean los que tienen tasas de abandono escolar más altas. Mientras la República Checa, cuyos jóvenes ocupan el tercer lugar en cuanto a mayores consumidores de cannabis de Europa es el segundo país con menor índice de abandono escolar, nos encontramos con la situación inversa en Rumanía, que es el quinto país con más tasa de fracaso escolar, pero el que menos cannabis consume en Europa.

Sintomáticamente, la discusión sobre la relación entre el cannabis y el fracaso no es explícita ni entre muchos de los autores que discuten y conocen el fenómeno del fracaso y/o abandono escolar, ni tiene visibilidad en las mismas memorias del Ministerio de Educación. Si esta relación fuera tan clara, estos foros especializados darían buena cuenta de ello [...] postular que el consumo de cannabis comporta inexorablemente el fracaso escolar es banalizar el cannabis. Lo que no se puede menospreciar es el entorno social en el cual se consume ni las condiciones de vulnerabilidad de determinados individuos. (Bouso y Parés, 2017, p. 155-156)

Las políticas emanadas del prohibicionismo han llevado a dicha banalización, y para justificarlas y enmascarar sus raíces morales, se ha creado una disciplina (la “ciencia” del abuso y la dependencia a las drogas) que, para averiguar los mecanismos biológicos que se hallan detrás de las conductas adictivas, se ha centrado en estudios realizados en animales, consiguiendo dificultar la comprensión de que lo que en mayor medida determina el tipo de uso que se haga de estas sustancias no es tanto su farmacología, como los factores contextuales en los que se produce su consumo (Zinberg, 1984). Y como hemos visto en el caso de Alexander, el problema no es tanto las investigaciones con modelos animales, sino centrarse sólo en ellas, y que se hayan hecho con la perspectiva metodológica que ha dominado esta disciplina, heredera del positivismo más rancio, buscando relaciones monocausales causa-efecto que han oscurecido totalmente los factores contextuales. Y el hecho de tener en cuenta dichos factores tiene unas consecuencias teórico-metodológicas –y políticas– que acaban cuestionando los argumentos simplistas del prohibicionismo.

¹³ Eustat 2014 http://www.eustat.eus/elementos/ele0006800/ti_tasa-de-abandono-escolar-prematuro-de-la-poblacion-total-de-18-24-anos/tbl0006878_c.html#axzz3n8jVKwbZ

¹⁴ EMCDDA Statistical bulletin 2011 <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpsfig3>

Otro problema es que de complejas y rigurosas investigaciones biomédicas o psicofarmacológicas, y ya sea de manera interesada por parte de autoridades y burócratas prohibicionistas, o por desconocimiento y por la propia lógica de los periodistas y los media, sólo llega al gran público aquello que está de acuerdo con la *doxa* prohibicionista, mientras que lo que la cuestiona se considera ruido (Martínez Oró, 2018).

En definitiva,

la variable determinante no es el cannabis, es el entorno social en el cual se consume, y cuanto más seguro es éste, en el sentido de una intensa vida comunitaria, buenos servicios públicos, especialmente la educación, redes asociativas densas, cuidado de la cultura, facilidad de acceso a los deportes, presencia de valores no capitalistas, etc., menos fracaso escolar tenderá a existir. Así que afirmar que el cannabis es causa de fracaso escolar no sólo es falso, sino que tiene unas consecuencias políticas: por un lado, culpando a los adolescentes o a sus padres, justificamos el feroz ataque al Estado social que existe actualmente, pues parece que el fracaso escolar y otras enfermedades y traumas sean culpa de las drogas, y no de unas políticas dirigidas a dismantlar los servicios públicos y a propiciar unas condiciones de vida cada vez más difíciles, inestables y cargadas de incertidumbre para los procesos de inserción de los jóvenes a la vida adulta. Y por el otro, escondemos las posibilidades, diríamos que la necesidad, de la acción política y de unas formas de intervención local a través de las cuales sí se puede mejorar la vida de las personas y realizar una política preventiva comunitaria eficaz en relación a las drogas y la juventud¹⁵. (Romani- Eiroa, 2015, p. 35-37)

¹⁵ Hace unos diez años, época en que se recogieron los datos a los que nos referíamos hace un par de páginas, Rivas Vaciamadrid era un municipio en que el 95% de sus habitantes vivían en cooperativas de sindicatos, donde sólo existía escuela pública, con una fuerte inversión municipal en educación, el desarrollo de pedagogías muy actualizadas y un fuerte compromiso parental en el Consejo Escolar, y que recibía las mejores evaluaciones, incluso mejores que escuelas privadas de gran prestigio del centro de Madrid. Desde 1979 ha sido gobernado por la izquierda y, desde los inicios de los 90 hasta por lo menos 2015, más en concreto, por IU.

Discusión conclusiva: ciencia, drogas y poder

Para entender mejor la siguiente discusión, creemos que sería interesante complementar la perspectiva antropológica que hemos sostenido hasta aquí con la propuesta sobre el fármaco que, en el límite entre distintas ciencias naturales y humanas, proponen Gutiérrez-Choquevilca et al. (2017), cuando afirman que:

[...] el blanco de la antropología moderna es un imperio medio, situado entre “naturalezas” y “sociedades”, que ve como emergen objetos híbridos provenientes de unas y de otras, [...] el *pharmakôn* designaría el acceso, en un equilibrio inestable, a una forma de control (“*maîtrise*”) sobre los procesos vivos, que tiene como característica la inestabilidad y la reversibilidad. Gestualidad, dosis y respeto por los protocolos instituidos por las normas sociales precipitan su inclinación (“*basculément*”), pudiendo transformarse cada especie en remedio (medicamento) o veneno. (p. 9-12)

Esta óptica ayudaría a explicar cómo la irrupción de la modernidad en forma de prohibicionismo tendió a romper –a distintos ritmos y con diferentes intensidades, según cada una de las múltiples realidades locales–, estos delicados equilibrios a través de la imposición de controles burocrático-institucionales ligados a la creación de nuevas formas de ver el mundo. Y también como las grandes capacidades tecnológicas que caracterizan nuestro mundo actual, ayudan a redefinir este “imperio medio de naturalezas-sociedades” desde otro ángulo. Una parte significativa de esta redefinición en las sociedades neoliberales sería la activación de ciertas relaciones individuos-sustancias, en unos determinados entornos. La modernidad propone un rol cada vez más central de las sustancias, fármacos o drogas en su sentido más amplio, que transitarán desde los procesos de medicalización (Conrad y Schneider, 1980) o la “biopolítica” (Foucault, 2013), pasando por la gestión de los riesgos (Castel, 1981), hasta la actual “neuropolítica”.

En efecto, el poder del cerebro o de las sustancias son elementos centrales de unos discursos sobre la vida que forman parte de procesos relacionados con nuevos mecanismos de control social que han surgido en las sociedades postfordistas y neoliberales y que atañen a muchos aspectos de nuestra vida social. Se trata de

[...] relatos que privilegian las explicaciones de la aflicción en términos de disfunciones cerebrales, dificultando una conciencia de las dimensiones sociales del sufrimiento y, a la vez, enmascarando el hecho de esta misma obstaculización. Mientras que el *self* se imbrica indefectiblemente en la vida social, las neuronarrativas imaginan un malestar estructurado en términos de individualidad y cerebralidad. (Martínez-Hernández, 2017, p. 308)

Todo ello forma parte de los procesos contemporáneos que llevan desde un tipo de control social predominantemente coercitivo, a uno tendencialmente más propositivo, mediante la configuración del deseo para el mercado, supuesto “locus” de la libertad individual, donde el juego entre los distintos actores ayudaría a que encontrarán ahí la satisfacción de sus necesidades. Este tipo de control social incluye la utilización de un conjunto de técnicas socio-políticas, dirigidas a producir la construcción de subjetividades humanas acordes con la “flexibilidad” del mercado: cultura del consumo asociado a la obligación de la felicidad; empresas del ocio, el espectáculo y la comunicación que, no por casualidad, cada vez se confunden más; si esto no resulta, uso intensivo de las técnicas “psi” y de la industria de la autoayuda o, finalmente, medicalización de los trastornos. Pero, como plantea Rose (2007),

sería engañoso interpretar el rediseño contemporáneo acerca de los límites de lo político como una mera ‘reducción del papel del Estado en la sociedad. Por un lado, hemos visto la difusión de los mecanismos que Deleuze caracterizó bajo la rúbrica de ‘sociedades de control’, en la que la conducta es continuamente monitoreada y reconfigurada por las lógicas inmanentes al interior de todas las redes de prácticas. En tales prácticas somos continuamente sujetos de procesos de integración funcional: ‘el proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida’, ‘el reentrenamiento continuo’, ‘la constante presteza para el trabajo’, ‘el consumo incesante’ (Deleuze, 1995). Pero estos procesos de modulación continua de la conducta han estado acompañados por la intensificación de la intervención política directa, disciplinaria y, frecuentemente, coercitiva. (p. 135)

Mientras que en los mecanismos de control social más clásicos de la modernidad, de tipo coercitivo, uno de los usos básicos de las sustancias que estamos analizando se encuadrará en los discursos e instituciones médicas, en la llamada “posmodernidad” esta necesidad de estar siempre *performativamente* preparados para ser los mejores empresarios de nosotros mismos, en un mundo en que las diferencias y los malestares

se agudizan, conduce a una funcionalidad de las sustancias para tales situaciones que es distinta:

[...] en lugar de emplear el poder opresor característico del modelo disciplinario, se hace uso de un poder seductor y smart que apela a las dimensiones pre-reflexivas. En el ámbito psicopolítico el self no sólo acepta con entusiasmo los intentos de optimización de sí mismo, por ejemplo, consumiendo antidepresivos, sino que se auto-explota unificando en su interior las figuras hegelianas del amo y del esclavo. Como indica Han: ‘La psicopolítica neoliberal está dominada por la ‘positividad’. En lugar de operar con amenazas, opera con estímulos positivos. No emplea la ‘medicina amarga’, sino el ‘me gusta’ (2014, p. 57). (Martínez- Hernández, 2017, p. 311)

El lugar central de control y gestión de todos estos procesos sería el cerebro, que tiene en los fármacos uno de los instrumentos básicos de la “caja de herramientas” de la que dispone para estar siempre en perfecto estado de revista. Este “cerebrocentrismo” esconde las raíces socioculturales de nuestra existencia y la sociabilidad constitutiva del ser humano, y no es de extrañar que, en coherencia con ello, señale las adicciones como una de las grandes lacras de la humanidad. Ya hemos visto que esto que llamamos adicción o dependencia puede existir, pero sin la generalización ni, sobre todo, el carácter orgánico que se le atribuye desde esta posición. De hecho, la especie humana es dependiente del grupo social en el que nace por naturaleza; sin esta interdependencia mutua que nos constituye como personas no seríamos humanos, aunque los discursos que acompañan a los procesos de individualización característicos de la civilización occidental y las actuales técnicas de gobierno procuren hacerlo olvidar con la creación de la figura del individuo-héroe capaz de conseguir todo lo que se propone, no sólo en el cine o en el cómic, sino en la vida real.

La neuropolítica, pues, consistiría en esta técnica de gobernabilidad que, al afirmar que los conflictos y sufrimientos humanos se originan en el cerebro, pretende esconder la raíz sociopolítica de los mismos, y orienta su “resolución” a través del impulso de una serie de actividades que puedan condicionar comportamientos (desde el deporte a la industria del espectáculo, pasando por una variada oferta de terapias), en las cuales el consumo de drogas o fármacos tiene un papel crucial de regulador de las mismas. Según los grupos socioculturales, o situaciones de que se trate, este uso de

fármacos podrá ser autónomo y, por lo tanto, conseguirse directamente en el mercado (sea legal o ilegal), o deberá pasar por el control de los estamentos sanitarios. No tiene por qué ser lo mismo utilizar una sustancia para el placer o el bienestar de una persona, que para ayudar a revertir un proceso patológico. En ambos casos se trataría de usos razonables, el problema se presenta cuando acaban siendo una “vía única”: ante cualquier malestar, disfunción o problema vital, habrá una sustancia mágica que te lo solucione. Así, no sólo la base del sistema social que provoca dichos problemas queda intocada, sino que se garantiza la sostenibilidad de uno de los negocios más dinámicos del mismo, como es el conjunto de industrias del fármaco, legal o ilegal.

El análisis crítico que identifica la posición estratégica de las drogas en los procesos de control social en las sociedades neoliberales reconoce también que esto no es una novedad. En muchas sociedades el uso de sustancias estaba integrado en un conjunto de rituales político-religiosos que expresaban, y construían al mismo tiempo, ciertas cosmovisiones hegemónicas en ellas. Pero quizás lo que sí resulta más novedoso, es que el lugar de aquel discurso, que no sólo admitía, si no que ensalzaba explícitamente los valores culturales dominantes en aquellas sociedades, lo ocuparía ahora un supuesto discurso científico, que sitúa la ciencia como un elemento neutral, libre de valores e intereses, que sería la referencia última de verdad e indiscutibilidad.

Pero ya sabemos que no hay nada más lejano de la ciencia que su indiscutibilidad, pues como nos demuestra la historia de la ciencia, si esta no pone en cuestión continuamente sus objetos de estudio, no podría ser denominada como tal. Creo que un principio metodológico enriquecedor para poder ir avanzando en ella es el de que cuantas más perspectivas se sea capaz de articular para analizar e intentar explicar un fenómeno, de manera coherente con una teoría crítica¹⁶, mucho mejor; entre otras cosas, para que el impacto de nuestros conocimientos en la sociedad se oriente en unas direcciones y no en otras, pues sabemos que el conocimiento siempre acabará siendo aplicado, y ello tendrá unas consecuencias.

Las explicaciones de los problemas de drogas —reales o supuestos— vistos en este texto, empezando por aquello que se define como problema o no, se resolverán

¹⁶ Me refiero que no sirve para ello cualquier tipo de eclecticismo ingenuo o ateorico, sino una cierta adecuación de nuestros instrumentos analíticos a las especificidades de los distintos procesos en presencia. Un buen ejemplo de lo que afirmo aquí en el campo de las drogas podría ser el libro ya citado de Comas (2019) que plantea la necesidad de articular siete perspectivas teórico-disciplinares distintas para poder disponer de unos análisis útiles, tanto desde el punto de vista teórico como de la intervención social.

de manera distinta según la explicación de estos esté centrada en el poder de una sustancia o del cerebro; o bien en una de tipo sociobiopsicocultural.

La explicación cerebrocéntrica, además de querer extender continuamente sus dominios (de la adicción a las psicosis, los problemas alimentarios o las supuestas disfunciones sexuales... y más allá) en el marco de la neuropolítica, por sus propias características es incapaz de proponer otras soluciones que no pasen, muchas veces, por la incapacitación de los sujetos (sujetos, valga la redundancia y la literalidad de la expresión, a las órdenes de los especialistas correspondientes) y por los sufrimientos que conlleva una vida ligada a los efectos del consumo cruzado de varios fármacos. La incapacitación no es sólo individual, de quienes sufren esos procesos, si no colectiva, al negar y esconder los aspectos socioculturales y políticos del sufrimiento y bloquear así las capacidades de cambio social que pueden contribuir a disminuir dicho sufrimiento, que siempre serán colectivas. Pero no sólo eso, sino que además contribuye a consolidar el actual sistema socioeconómico, generador de sufrimiento, al apostar por el apoyo decidido a grandes negocios como los de las farmacéuticas¹⁷.

En cambio, las explicaciones de tipo sociobiopsicocultural deberían dar una cierta capacidad de empoderamiento a los grupos primarios afectados, pues implican la participación de éstos, y del conjunto de la sociedad, en los procesos de recuperación. Participación, además, que es garantía de eficacia en esos procesos, y contrasta con las relaciones jerárquicas impulsadas por las “políticas de los expertos” (farmacológicos, en el caso que nos ocupa) que, al final, impiden soluciones prácticas.

Referencias

- Adda, J., McConnell, B. & Rasul, I. (2014). Crime, and the depenalization of cannabis possession: Evidence from a Policing Experiment, *Journal of Political Economy*, 122(5), 1130-1202 <https://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/depenalization.pdf>
- Alexander, B., Coombs, R.B., & Hadaway, P.F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), 175-179.
- Bouso, J.C. y Parés, Ò. (2017). Contextualización de los efectos socio- sanitarios del cannabis en España. GEPCA, *Cannabis, de los márgenes a la normalidad. Hacia un nuevo modelo de regulación*. Barcelona, Bellaterra: 129-166.
- Carballo, J.L., Fernandez-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., Carter Sobell, L., Dum, M. &

¹⁷ Me refiero a los grandes negocios, no al hecho de que, hoy por hoy, no tenga que existir una industria farmacéutica, aunque creo que debería de ser muy distinta.

- García-Rodríguez, O. (2007). Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: A Methodological Review of the Literature from 1999 through 2005 in Kinglemann, Harald & Linda Carter Sobell (Eds.) *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*. Boston, Springer.
- Carey, N. (2013). *La revolución epigenética. De cómo la biología moderna está reescribiendo nuestra concepción de la genética, la enfermedad y la herencia*. Mataró, Intervención Cultural Eds.
- Castel, R. (1981). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona, Anagrama.
- Clua, R. (2018). Estilos de vida de los usuarios de las Salas de Consumo Higiénico de Barcelona. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 18 (2), 79-89.
- Comas Arnau, D. (2017). Las nuevas políticas de control del cannabís, GEPCA, *Cannabis, de los márgenes a la normalidad*. Barcelona, Bellaterra.
- Comas Arnau, D. (2019). *Drogas y delitos: aproximación criminológica a las sustancias psicoactivas*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1980). *Deviance and Medicalization: From badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Count the Cost. (2012). The alternative world drug report, London: Count the Cost.
- Courtwright, D.T. (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona, Paidós.
- Cruz, O.S. (2014). *Nonproblematic Illegal Drug Use. Drug Use Management Strategies in a Portuguese Sample. Journal of Drug Issues*, 4 December: 1-18.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid/ México, Turner/ F.C.E.
- Dávila Cañas, L. y Gómez Vargas, M. (2019). *Aproximaciones conceptuales y prácticas a las adicciones en una muestra bibliográfica. Drugs Addict. Behav.*, 4 (1), 89-109.
- Deleuze, G. (1995). «Postscript on control societies» in *Negotiations*, New York, Columbia University Press.
- Duff, C. (2005). Party drugs and party people: Examining the “normalization” of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16 (2): 161-170.
- Dumont, G. y Clua, R. (2015). Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Aposta Digital. Revista de Ciencias Sociales*, 66, 83-99.
- Eagleman, D. (2017). *El cerebro. Nuestra historia*. Barcelona, Anagrama.
- Edwards, G. & Arif, A. (Comps.). (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra, O.M.S.
- Ehrenberg, A. (Dir.). (1991). *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris, Eds. Esprit.
- Escotado, A. (1989). *Historia general de las drogas*. Madrid, Alianza Ed.
- Feyerabend, P.K. (2000). *Diálogo sobre el método*. Madrid: Cátedra
- Foucault, M. (2013). *Obras esenciales*. Barcelona, Paidós.

- Frazzetti, G. (2014). *Cómo sentimos. Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones*. Barcelona, Anagrama.
- García Jiménez, L. (2008). Aproximación epistemológica al concepto de ciencia: una propuesta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend. *Andamios*, 4 (8): 185-212.
- Gazzaniga, M.S. (2012). *¿Quién manda aquí?: El libre albedrío y la ciencia del cerebro*. Barcelona, Planeta.
- GCDP, Global Commission on Drug Policy. (2014). *Asumiendo el control: Caminos hacia las políticas de drogas eficaces*, Rio de Janeiro: GCDP.
- GEPCA, Grupo de Estudios de Políticas del Cannabis, (2017), *Cannabis, de los márgenes a la normalidad. Hacia un nuevo modelo de regulación*. Barcelona, Bellaterra.
- Gootenberg, P. (2016). *Cocaína andina. El proceso de una droga global*. Lima, La Siniestra Ensayos- Universidad Nacional de Juliaca.
- Gutiérrez-Choquevilca, A.-L. (2017). “Introduction. Transformer la nature, anthropologie du pharmakôn”, *Guérir- Tuer, Cahiers d’Anthropologie Sociale*, 14, 9-24.
- Hamilton, I., Lloyd, C., Hewitt, C. & Godfrey, C. (2013). Effect of reclassification of cannabis admissions for cannabis psychosis: a time serie analysis. *International Journal of Drug Policy*, 25 (1): 151-156.
- Hari, J. (2015). *Tras el grito*. Barcelona, Paidós.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona, Herder. [Citado en Martínez- Hernández, 2017]
- Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10 (1): 115-124. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486515/>
- Heyman, G.M. (2013). Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 29-59.
- Husak, D.N. (2001). *Drogas y derechos*. México, F.C.E.
- Kuhn, T. (2001). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Leshner, A.I. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*, 278 (5335): 45-47.
- Lewis, M. (2017). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*, 10: 7-18.
- López Restrepo, A. (2018). Ilusiones defraudadas: auge y caída del comercio legal de coca y cocaína en los países andinos. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45 (2), 233-260.
- Martínez-Hernández, Á. (2017). “El secreto está en mi interior”. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos”. En: Perdiguero, E. & Comelles, J.M. (Eds.) *Promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales*. Publicacions URV, Tarragona: 305-320.

- Martínez Oró, D.P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los usos de drogas*. Barcelona, Bellaterra.
- Martínez Oró, D.P. (2018). A propósito de la adicción al cannabis. *Revista Cáñamo*, 246, 52-55.
- Martínez-Oró, D.P. y Romani, O. (2017). Modelos de regulación del cannabis. GEPCA *Cannabis, de los márgenes a la normalidad. Hacia un nuevo modelo de regulación*. Bellaterra, Barcelona: 223-261.
- Measham, F. & Shiner, M. (2009). The Legacy of Normalisation: The role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people's drug use. In *International Journal of Drug Policy*, 20 (6), 502-508.
- Menéndez, E.L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI (46): 37-67.
- Moerman, D.E. (2002). Explanatory mechanisms for placebo effects: cultural influences and the meaning response. Guess et al. (Eds.) *The Science of the Placebo. Toward an interdisciplinary research agenda*. London, BMJ Books: 77-107
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa.
- OEDT. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- ONUDD. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*.
- Parker, H. (2005). Normalization as a barometer: recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. In *Addiction research and theory*, 13 (3), 205-215.
- Peele, S. (1990). Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220.
- PNSD (2006) *Cannabis. Informes de la Comisión Clínica*. Madrid, PNSD.
- Puerta, C. y Pedrero. E.J. (2017). La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. *LasDrogas.Info* (mayo 2017). Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Raikhel, E. & Garriot, W. (Eds.). (2013). *Addiction Trajectories*. London: Duke University Press.
- De Rementería, I. (1995). *La elección de las drogas. Examen de las políticas de control*. Lima, Fundación Fiedrich Ebert.
- Romani, O. (1999). *Las Drogas, sueños y razones*. Barcelona, Ariel (1ª ed.).
- Romani, O. et Comelles, J.M. (1991). Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence. *Psychotropes*, 6 -3-, 39-59 (Montréal).
- Romani, O. y Eiroa, F.J. (2015). *Adolescencia, juventud y drogas*. Barcelona, Postgrado Salud Mental Colectiva UOC.
- Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8), 110-150.
- Seppilli, T. (2011). Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 15 (38), 903-14.

- Szerman, N. (Dir.). (2012). *Patología dual y psicosis: un desafío en la clínica diaria*. Madrid, Enfoque Editorial. http://www.patologiadual.es/docs/libro_pdual_psicosis.pdf
- Trujols, J. (2015). The brain disease model of addiction: challenging or reinforcing stigma? *The Lancet Psychiatry*, 2, 292.
- VV.AA. (Miguel Díaz y Oriol Romani, Coords.) (2000). *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona, Grup Igia- Institut Municipal de Salut Pública- F.A.D.
- Vidal, F. & Ortega, F. (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subject*. New York, Fordham University Press.
- White, W.L. & Kelly, J.F. (2010). Introduction: The Theory, Science and Practice of Recovery Management. In Kelly & White (Eds.) *Addiction Recovery Management*. New York, Humana Press: 1-8.
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.