

Cannabis medicinal y recreativo: una hermenéutica crítica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de marihuana

Lynch, F. (2020). Cannabis medicinal y recreativo:
una hermenéutica crítica de las nociones de salud
y enfermedad relativas al consumo de marihuana.
Revista Cultura y Droga, 25(30), 196-218.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.9>

*Fernando Lynch**

Recibido: 2 de diciembre de 2019
Aprobado: 5 de junio de 2020

Resumen

Se plantea una lectura hermenéutica crítica de las nociones de salud y enfermedad implicadas en la prohibición de las drogas psicoactivas, de entre las cuales la marihuana constituye un caso paradigmático. Se observa que, según su raigambre religiosa, la noción de salud subyacente a la prohibición reside en el ideal de completa sobriedad inherente a la lógica abstencionista. Se destaca que el concordante presupuesto naturalista del diagnóstico de enfermedad, en tanto confiere todo el poder a la sustancia, conlleva consecuencias de-subjetivantes. Ejemplificando el caso con la legalización del consumo medicinal de cannabis, se concluye considerando la siguiente paradoja: mientras en estos casos se acepta que la marihuana es un medicamento, por cuanto se ha producido su aprobación social generalizada, por el contrario, en tanto su consumo recreativo no conlleva una utilidad manifiesta, terapéutica en particular, sigue siendo considerado una práctica viciosa, una conducta enfermiza que sigue ameritando su condena social.

Palabras clave: salud, enfermedad, cannabis, marihuana.

* Licenciado en Ciencias Antropológicas, Sección de Etnología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: fernlync@yahoo.com.ar.  orcid.org/0000-0002-2547-0928. **Google Scholar**



Medical and recreational cannabis: a critical hermeneutic of the notions of health and disease related to the consumption of marijuana

Abstract

A critical hermeneutic reading of the notions of health and illness involved in the prohibition of psychoactive drugs is proposed, of which marijuana becomes a paradigmatic case. It is observed that, according to its religious roots, the notion of health underlying the prohibition resides in the ideal of complete sobriety inherent to the abstentionist logic. It is emphasized that the concordant naturalistic presupposition of the diagnosis of disease, inasmuch as it confers all the power to the substance, entails de-subjective consequences. Exemplifying the case with the legalization of the medical consumption of cannabis, the conclusion considers the following paradox: while in these cases it is accepted that marijuana is a medicine since it has been widely approved by society, on the contrary, as long as its recreational consumption does not have a clear therapeutic utility, it is still considered a vicious practice, an unhealthy behavior that continues to deserve social condemnation.

Key words: health, disease, cannabis, marijuana.

Introducción¹

Se plantea una consideración hermenéutica crítica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de drogas psicoactivas objeto de prohibición legal, de entre las cuales la marihuana asoma como un caso paradigmático. Instituidas socialmente, estas nociones subyacen y en última instancia convalidan a la política vigente. Han sido razones de orden sanitario que determinadas drogas, en función de su atribuida nocividad y su consiguiente pretendido alto grado de adicción, han sido declaradas ilegales y se ha dictaminado una sanción penal hacia quienes no

¹ Una primera versión de este trabajo se ha presentado en las *II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina. Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos*, 25, 26 y 27 de noviembre de 2019, Centro Cultural Haroldo Conti, Bs. As.

acatan las disposiciones jurídicas correspondientes. Se considera así en principio que, debido a su alto grado de toxicidad, el consumo de estas sustancias conlleva un perjuicio inevitable, en especial en lo que hace a las condiciones psíquicas que caracterizan a un sujeto normal. De allí la tendencia coincidente de los términos con los que desde el discurso oficial, tanto científico en general como médico-jurídico en particular, se las (des)califica: tóxicas, estupefacientes, narcóticas, alucinógenas. Se ha diagnosticado que quienes recurren al consumo de estas drogas padecen una *patología*, la enfermedad de la drogadicción o toxicomanía. De acuerdo con esto, la única opción saludable es la completa abstención de su consumo, por cuanto la salud mental se identifica con un *ideal de sobriedad*.

Esta noción de sobriedad se concibe en términos de “lo natural”, como aquel estado de bienestar que se obtiene llevando un modo de vida socialmente correcto, y que por supuesto evite los riesgos de consumos que se consideran insalubres². A su vez, a diferencia de cualquier enfermedad o dolencia que produce algún malestar al sujeto, quien en principio reconoce por sí mismo estar padeciendo un trastorno, en este caso, así como se presupone que la auténtica salud consiste en no consumir estas sustancias, *se dictamina unilateralmente* la condición de enfermo de quien no se atenga a la prescripción de la abstinencia. No importa la percepción respectiva del sujeto consumidor, puesto que, dado el carácter estupefaciente de la droga, su poder enajenante, habría perdido su libre capacidad de decisión. De allí la necesidad de protegerlo de sí mismo, por cuanto el Estado acude a la prohibición, lo que conlleva que el diagnóstico sanitario se vea implicado con un mandato jurídico. La vida saludable, pues, no sólo se restringe a lo natural, la abstinencia, la sobriedad, sino que se la reduce a la *obediencia* a las autoridades.

En síntesis, la noción hegemónica de salud ha entronado a la sobriedad psicoactiva no sólo como un ideal sino como una *obligación*, y el consumo de cualquier sustancia que altere dicho estado normal, que produzca experiencias de embriaguez que escapen a los criterios de la habitualidad establecida, se define como *patológico*.

² Sin embargo, contracara de esta concepción naturalista de la salud es la gran cantidad y variedad de fármacos sintéticos que los psiquiatras recetan a sus pacientes. Viene al caso advertir que, a diferencia de las sustancias psicoactivas que agudizan la percepción de los problemas personales y pueden ocasionalmente brindar ideas para superarlos —así como producen notables mejorías en el estado de ánimo—, estos fármacos suelen tener una influencia sedante al respecto —por no decir “narcótica” —, haciendo pues que el bienestar provenga más por “dejar atrás” dichos problemas que por situarlos “enfrente” y así ver con claridad cómo encararlos (Schultes y Hofmann, 1989).

Vienen al caso un par de aclaraciones sobre el significado equívoco de dos términos con los que se suele definir la experiencia resultante del consumo de sustancias psicoactivas. Por un lado, se habla de “estado alterado” de conciencia, dando por supuesto que dicha alteración es negativa respecto al estado “normal” o habitual. Sin embargo, se ha señalado que lo promovido por estas sustancias es más preciso calificarlo como un estado *alterno* de conciencia, no algo desvirtuado respecto al estado normal, sino simplemente una variación suya, una alteración de las propiedades perceptivas y cognoscitivas que no dejan de mantener su propia racionalidad (Furst, 1980). Por otro lado, definidas como “alucinógenas”, se presupone que estas drogas serían productoras de imágenes puramente ilusorias, que provocan una “distorsión de la percepción” de la realidad. Empero, se ha puesto de relieve la cualidad de genuinas *visiones* propiciadas por tal estado alterno, visiones de las que se tiene plena *conciencia* de derivar de la experiencia emprendida, así como se mantiene un efectivo *recuerdo* de lo entonces acontecido una vez terminada —en notorio contraste con lo propio de la ebriedad etílica—. En una palabra, antes que alucinógenas, determinadas sustancias —LSD, DMT, mescalina, psilocibina, ayahuasca, marihuana— son propiamente *visionarias* (Escohotado, 1995).³

Entendemos que el sentido equívoco, cuando no falaz, de varios puntos del planteo “sanitarista-securitario” de la política de drogas vigente, algunos de los cuales veremos a continuación, es un aspecto de suma importancia que brinda un principio de explicación del *fracaso*⁴ de esta, pasado ya prácticamente un siglo de su implementación.

Orientación metodológica: hacia una hermenéutica de la diagnosis

De acuerdo con lineamientos metodológicos que responden a una *perspectiva hermenéutica*, en contraste con las explicaciones objetivistas sustentadas en el carácter científico natural del saber médico, nuestro trabajo pretende colaborar en una *comprensión* en profundidad del objeto bajo estudio. A tal fin se propone una *interpretación* de nuestra problemática a través de una consideración *dialógica* suya

³ No deja de ser irónico que, además de la marihuana, varias de las sustancias psicoactivas prohibidas han revelado tener una incuestionable eficacia terapéutica. Al respecto pueden verse, entre otros, Fontana (1965), Masters y Houston (1974), Fisher (1997), Palma (2001), Groff (2005) y Pollan (2015).

⁴ Formulaciones expresas de este fracaso pueden verse en Fiore (2012), Tenorio Tagle (2010), De Rementería (2009). Discusiones críticas de la política vigente pueden verse en Emmerich (2015), Renoldi (2014), Valença (2010), AA. VV. (2003), Carneiro (2002), Roncoroni (2001) y Henman (2003).

que ponga de relieve la naturaleza *intersubjetiva* de sus condiciones constituyentes (Gadamer, 1991). Según una orientación hermenéutica expresa, es a través del diálogo que, clarificando los malentendidos que puedan producirse en cualquier acto comunicativo, en concomitancia a un más profundo recíproco reconocimiento humano se logran niveles crecientes de comprensión mutua.⁵

Sin embargo, como en tantos otros problemas de orden sociopolítico, lo problemático del caso de la prohibición de las drogas y sus concomitantes nociones de salud y enfermedad está en que el “conflicto de las interpretaciones” (Ricoeur, 1988) y su correspondiente lucha por el reconocimiento no se dirime en verdad en una arena neutral. En efecto, en cuanto el sustento institucional de la política de drogas se basa en una presupuesta fundamentación científica, el discurso sanitario-jurídico oficial se ha vuelto prácticamente incuestionable. Con el objeto pues de ofrecer una interpretación alternativa a la predominante, orientaremos nuestra lectura hermenéutica según los lineamientos de la *Teoría Crítica* tal como han sido desarrollados desde la Escuela de Frankfurt (Horkheimer, 1980, 2007).

Teniendo en cuenta que los presupuestos naturalistas del saber científico hegemónico promueven una lectura mecanicista de nuestro objeto en los términos lineales de causas y efectos, consideramos que la praxis médica dirigida a la “cura” de la “enfermedad” del mero consumo de drogas prescribe una instancia terapéutica que lleva a tratar a los pacientes como asuntos técnicos antes que como personas, tendiendo en última instancia a promover su objetivación. En términos críticos de esta diagnosis, nuestra interpretación se orienta en el sentido de una *hermenéutica profunda* tal como fuera formulada por Jürgen Habermas (1987, 1991). Desde esta perspectiva, si se reconoce la injerencia del *interés* propio de las ciencias sociales críticas, ya no *instrumental* como el de las ciencias empíricas, ni exclusivamente *práctico* como el de las ciencias histórico-hermenéuticas, el objetivo final del conocimiento hermenéutico crítico es indisoluble de un interés por la *emancipación*.

Teniendo en cuenta el contexto histórico de conformación de una desigualdad estructural en el seno de nuestra sociedad moderna, dicho objetivo emancipatorio solo es alcanzable en la medida en que se pueda superar la disfunción ideológica inherente a una *distorsión sistemática de la comunicación*. Poniendo de relieve la eficacia práctica de la terapia psicoanalítica, Habermas propone modelar una

⁵ Una lectura hermenéutica jurídica crítica de la prohibición de las drogas puede verse en Lynch (2013).

metodología hermenéutica crítica de acuerdo con los lineamientos ofrecidos por los principios de la psicología profunda desarrollada en principio por Sigmund Freud. A través del desenvolvimiento de un diálogo que promueva la *autorreflexión*, se aspira a llegar a iluminar aquellos aspectos significativamente conflictivos de la propia historia que, en virtud de la virulencia de las cualidades (sobre)represivas del sistema social en el que estamos inmersos, han quedado soterrados en la dimensión inconsciente de la vida humana.

De acuerdo con esto, pues, esperamos que la interpretación crítica que aquí exponemos del diagnóstico de enfermedad atribuido al consumo de drogas en general, y de marihuana en particular, colabore en alguna medida con lo que Antonio Escohotado (1992) ha dado en llamar una *ilustración farmacológica*. En tal sentido, el interés de orden teórico-práctico que nos anima se orienta a promover una puesta en evidencia de las condiciones de distorsión sistemática de la comunicación en que, según entendemos, se encuentra sumido el planteamiento científico del problema de las drogas en la actualidad; de entre las cuales, a la luz de las discusiones actuales referentes de la contraposición entre cannabis medicinal y recreativo, el caso de la marihuana constituye un caso paradigmático.

Dimensión intercultural de la prohibición de las drogas

En primer lugar, surge el interrogante acerca del *criterio de selección* de las drogas objeto de prohibición, puesto que no queda claro por qué se han incluido algunas que no producen adicción (LSD, mescalina, psilocibina), mientras que se han excluido otras sustancias reconocidamente tóxicas y adictivas (alcohol y tabaco en primer lugar). En perspectiva antropológica, es manifiesto que los motivos de tal selección, antes que sanitarios, han sido en realidad de orden *cultural*: se trata de un notorio caso de *discriminación étnica*.

Es reconocido que, alentada por predicadores puritanos a fines del siglo XIX en EE. UU., la propaganda prohibicionista tuvo un anclaje social en la asociación de las drogas perseguidas con minorías extranjeras: el opio con los chinos, la cocaína con los negros y la marihuana con los latinos, mexicanos en particular (Escohotado, 1994). Consecuentemente, a lo largo de siglo XX se ha constatado que existe mundialmente una relación inextricable entre las problemáticas de la migración y la drogadicción (Sorman, 1993). En tal sentido, así como en lo social las drogas prohibidas son concebidas como algo de procedencia *extranjera*, como productos

extraños, en lo personal sus propiedades se perciben como de propiciar experiencias de *extrañamiento*, de provocar una extrañeza mental inherente al desorden psíquico que promoverían.⁶

De allí que, lejos de responder a criterios sanitarios objetivos, las nociones de salud y enfermedad que sostienen la prohibición de las drogas están inspiradas en un singular caso de *segregación cultural*, que ha devenido una manifiesta *discriminación social*. En concordancia con la prédica puritana, esta cruzada contra las drogas conjuga una suerte de “sustrato religioso” —por un lado la lógica sacrificial propia del chivo expiatorio (Szasz, 1993; Lynch, 2015), por otro el ideal de sobriedad como un mandato absoluto— con dictámenes políticos que proscriben determinadas sustancias hasta el extremo de sancionar penalmente a quienes transgreden la ley.

Otra incumbencia antropológica relativa a la variabilidad cultural de las nociones de salud y enfermedad concierne, no tanto a su diversidad socio-étnica, sino a sus transformaciones de índole histórica. Por ejemplo, hace algunos siglos fueron consideradas nocivas y por ende prohibidas sustancias como el café, el té, el cacao, la yerba mate, el tabaco; no obstante ello, en el transcurso del tiempo todas ellas han ido siendo incorporadas a los regímenes alimenticios actuales —sin ignorar que, consumida en exceso, cualquiera de ellas puede ser perjudicial—. Dada la falta de fundamentos consistentes de su proscripción, surge la pregunta acerca de si no está llegando el momento de que suceda lo mismo con la marihuana. Lo cual, según entendemos, implicará una *replanteo de las nociones de salud y enfermedad* impuestas en relación con el consumo de drogas en general.

El diagnóstico de “enfermedad mental”: el presupuesto naturalista

Lo que nos lleva a interrogarnos, ¿por qué estas experiencias psicoactivas que alteran la habitualidad de la conciencia son consideradas patológicas? Una cuestión clave, advertida por Thomas Szasz (1984), es la relativa a la (im) pertinencia de la misma categoría de “enfermedad mental”. Aquí nos introducimos en otra dimensión antropológica, ya no concerniente a la diversidad cultural, a la discriminación étnica, sino a la fundamental distinción entre naturaleza y cultura —y correlativas distinciones entre materia y espíritu, cuerpo y mente, objeto y sujeto—. Lo equívoco de la noción de enfermedad mental reside en confundir estas dos esferas de la realidad,

⁶ Sobre la dimensión étnica de la política de drogas pueden verse Henman (1986) y Lynch (2008 y 2014b).

proyectando la facultad de diagnóstico de patologías orgánicas, de enfermedades corporales objetivas, hacia un dominio que, más allá de depender naturalmente de un soporte biológico para su existencia —en primer lugar el cerebro—, se desenvuelve en términos cualitativamente diferentes a los fisiológicos. En tanto se trata de órdenes netamente distintos, la caracterización de “enfermedad” del dominio de lo mental es en realidad *metafórica*.

En su sentido fisiológico, la noción de enfermedad nos refiere a disfunciones orgánicas en gran medida observables o detectables por medios empíricos, las que son objeto de tratamientos médicos donde el componente subjetivo del paciente es mínimo. En cambio, enfermedad mental es un diagnóstico basado en una determinada teoría psicológica de la mente, y sus principales evidencias empíricas son los síntomas del paciente; los cuales son interpretados según los lineamientos teóricos respectivos —que no dejan de cambiar según el devenir histórico, así como cambia a su vez la noción de lo que se entiende por un sujeto “normal”—. En nuestro caso, más allá de las consecuencias conductuales efectivas, el síntoma en cuestión es el mero consumo de una sustancia, la que se considera la *causa objetiva* de la enfermedad diagnosticada.

Es preciso destacar este presupuesto epistemológico del saber médico, la asunción *naturalista* que subyace a su sesgada definición de enfermedad mental⁷. A diferencia de otras patologías psíquicas que pueden deberse a factores genéticos o sociales, se entiende que la drogadicción es una enfermedad mental de carácter personal: se es enfermo por decidir consumir una sustancia que se concibe como patogénica. Más allá de las consecuencias objetivas de tal consumo —con sus obvias variabilidades subjetivas—, si producen realmente desórdenes psíquicos, si generan efectivamente delirios mentales, o bien si simplemente potencian la imaginación o propician un buen estado de ánimo, ello no importa en absoluto; lo que se considera determinante es el mero *acto de consumo*. Tal poder enajenante se les atribuye a estas sustancias que la única posibilidad de no caer en su dictadura psíquica es abstenerse por completo de consumirlas. De allí su erradicación del libre mercado por decisión política —penalización incluida.

Y así como se produce cierta con-fusión ontológica en cuanto a la misma concepción de los desequilibrios psíquicos, proyectando un diagnóstico en esencia orgánico al

⁷ Críticas del determinismo biológico en general y del farmacológico en particular pueden verse en Martínez Hernández (2007) y en Muñoz Robles (2012), respectivamente.

orden de lo mental —con su consiguiente reduccionismo naturalista—, se produce a la vez una (con)fusión disciplinaria en lo que hace a las correspondientes disposiciones sanitarias y jurídicas. En síntesis, un consumidor de drogas no sólo es un *enfermo*, sino también un *criminal*. Se sanciona por ende un *doble castigo*, el supuestamente natural que se padecería al caer en la drogadicción, y el propiamente social infringido por las autoridades del caso. Viene al caso señalar que semejante reforzamiento disciplinario ignora la sabia indicación de James Frazer formulada en torno al tema del tabú del incesto: “Lo que la naturaleza misma prohíbe y castiga no tiene necesidad de ser prohibido y castigado por la ley” (citado en Freud, 1985, p. 162).

No obstante, el carácter comprensivo de la legislación contempla que los detenidos por las fuerzas del orden, en lugar de sufrir encarcelamiento como los demás delincuentes, se sometan a un tratamiento de rehabilitación a fin de que puedan “curarse” de semejante enfermedad. Es menester, empero, advertir la baja proporción de personas enviadas a los centros terapéuticos que alcanzan el objetivo buscado. Se ha reconocido el problema de la falta de “demanda” de los allí enviados, es decir, la *falta de reconocimiento personal* de estar padeciendo un trastorno, y por ende aceptar someterse a un tratamiento —compulsivo—. Lo cual dificulta la instalación del proceso de transferencia, instancia esencial de la eficacia terapéutica (Kameniecki, 2001). Por otro lado, se ha advertido la marcada impronta *moralizante* de los tratamientos (Renoldi, 2001-2012). Impregnados de una prédica religiosa, el pretendido proceso de curación toma la forma de una suerte de *conversión* —como lo da a entender el expreso propósito de “rehabilitación” de los afectados, una rehabilitación moral de una conducta desviada.

Desde la teoría psicoanalítica se ha cuestionado la validez del diagnóstico oficial de la enfermedad de la drogadicción (Le Poulichet, 1987; Vera-Ocampo, 1987). En especial se han advertido las distorsiones conceptuales derivadas del supuesto naturalista: en tanto asume la lógica explicativa de las ciencias naturales, centrada en la linealidad mecanicista causa/efecto, dicho supuesto no sólo desconoce la dinámica *interactiva* del consumo de drogas, sino que conlleva una cancelación de la propia *subjetividad* del consumidor. En cuanto se presupone que la enfermedad es causada unilateralmente por la sustancia, se deja de lado la *relación* que establece el sujeto con la misma, negando en última instancia tanto su capacidad de respuesta como su propia *responsabilidad* al respecto.

Se trata de un caso paradigmático donde se produce lo que Michael Taussig (1995) ha llamado la *reificación del paciente*: según la “construcción clínica de la realidad” inherente al predominante enfoque instrumental de la medicina, se produce en consecuencia una cosificación de la persona. Ilustrativa al respecto es la condición de la *abstinencia*. En la medida en que se confiere semejante poder de sujeción a la sustancia, se pretende que el paciente, según lo dictaminado por los expertos, simplemente se abstenga por completo de su consumo. Y así como se magnifica el poder de la droga, se minimiza la capacidad de decisión del sujeto, al punto de sumirlo en la mera obediencia a los dictados de la autoridad.

Un aspecto fundamental para poner de relieve es la cualidad *ambivalente* de las propiedades psicoactivas de las drogas; tal como lo revela la antigua voz griega *phármako*, una droga puede ser *tanto un remedio como un veneno*. Si bien en potencia es ambas cosas, que su consumo se actualice en uno u otro sentido depende fundamentalmente de las condiciones en que se lo realice. El punto clave al respecto es la *dosis*, puesto que el margen de toxicidad de cualquier sustancia depende en primer lugar de la *proporción* en que es ingerida.

Se puede aceptar que un consumo desmedido de cualquier sustancia psicoactiva puede tener consecuencias perjudiciales en un sentido estupefaciente o narcótico; empero, ello no es correcto cuando el consumo se mantiene dentro de ciertos límites, cuando está adecuadamente auto-controlado. En estos casos, sin duda el de la mayoría de los millones de consumidores en todo el mundo, la atribución de un carácter patológico a dichas experiencias es por completo infundada. Tal como ha advertido Douglas Husak (2001), se ha producido el error de *generalizar a partir de los peores escenarios* —reverso especular de ignorar los mejores, por cierto—. Según el término predominante en la actualidad, el diagnóstico oficial se ha focalizado en los “consumos problemáticos”, negando la realidad mucho más corriente de los satisfactorios.

De allí que, para quienes tienen experiencia en el tema, el mandato de la abstención absoluta resulta absurdo y sin sentido, basado más en la ignorancia y los prejuicios que se tienen al respecto que en un conocimiento fidedigno. Sin embargo, ha sido tan eficaz la propaganda oficial que, para la mayoría de la población, incluso para unos cuantos consumidores, el consumo de las drogas prohibidas sigue manteniendo su estatus patológico. Por ende, si bien en las últimas décadas se han realizado numerosas críticas serias y bien fundadas a la prohibición, a cierto nivel se mantiene

prácticamente incuestionable —aunque ampliamente desobedecida—. Ello se debe a que, en esta compleja y polémica problemática, conspiran en tal sentido una serie de intereses entrelazados: económicos de parte de laboratorios —y narcotraficantes—, políticos de parte de legisladores y ciertos funcionarios, de autoridad de parte de la corporación médica.

Control social y medicalización de la vida

En sentido análogo a lo observado por James Frazer, Elías Neuman (1990) ha puesto de relieve la irreductible paradoja: si se define a los drogadictos como enfermos, ¿por qué la ley los victimiza como delincuentes? Aquí es donde se conjuga esta complicidad médico-jurídica que, en cuanto sobre-determina la cualidad sancionable de la conducta definida toxicómana tanto en su faz patológica como en su faz criminal, nos refiere a un caso de *duplicidad disciplinaria* pasible de ser entendida a través del concepto elaborado por Herbert Marcuse de *represión excedente*.⁸

En su relectura de la teoría psicoanalítica elaborada por Freud, Marcuse (1983) destaca la inherente conflictividad que engendra el fundamental antagonismo entre el principio de placer y el principio de represión. Observa que, a fin de dirigir las energías disponibles hacia la organización del trabajo, la vida humana tal como la conocemos sólo es posible bajo cierto grado de *represión* de los impulsos biológicos (Marcuse, 1983). Esta formulación, empero, se basa en el supuesto de que la satisfacción de las necesidades de la vida social está signada por una inevitable *escasez*. Si bien este presupuesto es dado por universal, es la expresión de una situación histórica particular, donde el problema de la organización de la *escasez*, la distribución desigual de las riquezas, ha devenido un *factor de dominación* (Marcuse, 1983, pp. 47-49). Por consiguiente, en la sociedad moderna se introducen *controles adicionales* que constituyen lo que Marcuse llama *represión excedente*. Observa que si bien en los últimos tiempos, ante la falta de justificación del mantenimiento de la dominación por el estado de *escasez*, los mecanismos de defensa del orden establecido a través del fortalecimiento de los controles ya no se ejercen sobre los instintos sino *sobre la conciencia* (Marcuse, 1983, pp. 49-50 y 56-57).

⁸ Un análisis de la “duplicidad disciplinaria” médico-jurídica que caracteriza a la política a la política de drogas puede verse en Lynch (2017b). Una consideración de esta problemática respecto un caso particular puede verse en Campos y Álvarez (2017). Una lectura hermenéutica crítica de la política de drogas que desarrolla la pertinencia de la noción de *represión excedente* puede verse en Lynch (2015).

Una ilustración del carácter sobre-represivo en la configuración de la “realidad toxicómana” nos la ofrece la obra de Carlos Rodolfo Hügel (1997) sobre la relación entre la política de drogas y la definición de enfermedad. Analiza allí el proceso histórico que ha acontecido en función de la instauración del *paradigma de enfermedad* como base conceptual de la conducta toxicómana. De acuerdo con el contexto histórico-social de pluralización cultural y de disgregación de la tradición, Hügel pone de relieve el hecho antropológico del surgimiento de una notable diferenciación de estilos de vida, una gran variedad de subculturas. Interpreta al respecto que, así como las prohibiciones de mate, té o café del siglo XVII constituyeron una estrategia defensiva del feudalismo contra la dinámica emergente de la burguesía, la prohibición de ciertas sustancias psicoactivas puede verse como la estrategia defensiva de la racionalidad burguesa. De allí que, ante los imperativos del orden legal, la situación de los consumidores pase a un segundo plano, justificándose su represión y castigo. En función de la gran peligrosidad de estas sustancias, esta política sustenta *la tesis de la abstención total* (Hügel, 1997, pp. 6-10).

Si bien argumenta Hügel que se ha producido un desplazamiento en cierto modo positivo del paradigma de la criminalización al de la medicalización, advierte empero que el cambio de tratamiento dado al enfermo, aunque inhibe el castigo por la infracción de la norma, ha legitimado tratamientos humillantes para los “pacientes”. Con fundamentos paternalistas en favor de la cura y *por su propio bien, pero en contra de su voluntad*, semejante concepto de enfermedad es un medio idóneo para penetrar en todos los ámbitos personales, reducir los conflictos a conductas patológicas, así como establecer las expectativas de capacidad productiva y normalidad. Se oculta así que lo esencial del disturbo psíquico es la *desviación de las normas* sociales y morales, un problema más *político* que médico (Hügel, 1997, pp. 28-32).

La palabra “vicio” responde ahora a un diagnóstico médico que conceptúa el fenómeno como una enfermedad anímica o mental. Si bien se amplió analógicamente el concepto de vicio para incluir todas las formas de dependencia, tanto de sustancias como de actividades, bajo la prohibición se produjo una *interpretación divergente con relación a las adicciones legales e ilegales*. Mientras en el primer caso —alcohol, nicotina— la adicción es una pérdida de control del consumidor, en el segundo caso todavía se define la adicción como una capacidad y poder de la droga en función de disposiciones individuales (Hügel, 1997). De este modo se impuso una “terapia única y para todos” que tendió a bloquear la diferenciación y el desarrollo de ayudas

que podrían satisfacer las variaciones individuales⁹. Como afirmara Taussig respecto al proceso clínico de “reificación del paciente”, el adicto se ve sometido a un esquema rígido, donde no tiene ningún margen de acción, sino que es transformado concretamente en un objeto, el cual es adiestrado en forma acelerada para un nuevo comportamiento bajo presiones y amenazas veladas.

Sin embargo, muchas investigaciones destacan que un alto porcentaje de fracasos del tratamiento se debe al bajo grado de aceptación de parte de los adictos. En tanto no se consideran excepciones, el objetivo del tratamiento —la capacidad de vivir sin drogas— es de orden *absoluto*. De allí que se haya señalado que esta “teoría del sufrimiento” carece de fundamentos éticos, jurídicos y científicos. Así como, por el otro lado, puesto que perciben diferencias vitales entre su autoimagen y el retrato ajeno, la adjudicación de enfermedad es *rechazada* por muchos consumidores (Hügel, 1997). Argumenta Hügel que con la medicalización del problema drogas *aumenta el control social*, el que además se expande a otras instituciones con margen de influencia para la profesión médica¹⁰. Aunque esta forma de control social pueda parecer más humana que la propia del modelo de la criminalización, es a su vez más insidiosa e incisiva: se producen así crecientes intervenciones en los procesos de socialización, trasladándose las formas de ejercer control hacia ámbitos ocultos o menos visibles. Significativo es que parecería haber una diferencia esencial entre consumir sustancias psicoactivas bajo la supervisión médica o de un modo autónomo. Como subrayara Szasz, se descalifica cualquier forma de automedicación con base en principios de profesionalismo más que farmacéuticos en sentido estricto (Szasz, 1981). Entre los aspectos problemáticos de concebir el mero consumo como enfermedad —además de que muchos consumidores logran evitar sus consecuencias negativas—, se ignora la falta de paridad entre el efecto de las drogas sobre el organismo humano en general y sus posibles efectos psíquicos particulares¹¹ (Hügel, 1997).

Señala en suma Hügel que con la patologización del consumo de drogas se reduce en gran medida la visión sobre estilos de vida e inclinaciones individuales, se niegan las situaciones que llevan a un consumo controlado, las que son mal interpretadas y por ende estigmatizadas. Usando los conceptos de refamiliarización y resocialización,

⁹ Subrayando la importancia de considerar la diversidad de las toxicomanías, desde el psicoanálisis Sylvie Le Poulichet (1997) ha advertido la inconsistencia teórico-práctica de referirse a la toxicomanía.

¹⁰ Al respecto pueden verse los análisis específicos de Mac Rae (1997) y Misse (2003).

¹¹ Vale decir, en tanto se asume expresamente la prevalencia de la lógica de causa a efecto, se desconoce la índole *interactiva* de la relación entre sustancia y sujeto. Sobre este punto véase Le Poulichet (1987).

se da a entender que el sujeto tiene que empezar de nuevo para ser socialmente aceptable. En tanto no se requiere que los sujetos consumidores asuman conducta sea autónoma, sino sólo que se abstengan de la droga, se los *infantiliza*. Definido como *enfermo*, se lo trata como tal; aunque ello implica una desvalorización permanente de su carácter, por lo que ya no pueda afirmar legítimamente su posición, al consumidor se lo presiona fuertemente para que acepte esa etiqueta o diagnóstico¹² (Hügel, 1997).

De acuerdo con esto, pues, es verosímil interpretar la política de drogas como un *vehículo de control social*, de afianzamiento del dominio que las autoridades, jurídicas y sanitarias en primer lugar, mantienen sobre la población. Basado en una falaz descalificación y hasta infantilización de los consumidores, este dominio es consecuente con una pronunciada *medicalización* de la vida social. No solo la concepción predominante de lo que se considera una persona “normal” y “saludable” ha sido definida arbitrariamente por las autoridades jurídicas y sanitarias, sino que las condiciones concretas de la atención de cualquier patología deben descansar exclusivamente en manos de los expertos¹³. El caso del consumo de drogas pone en evidencia que el diagnóstico oficial, al dictaminar la existencia de la enfermedad de la drogadicción unilateralmente desde la autoridad médica hacia el imputado enfermo, deja de lado la crítica cuestión de la existencia de un *reconocimiento* de algún malestar por parte de este. Tal falta de reconocimiento se interpreta como un síntoma de la enfermedad padecida, una resistencia en sentido psicoanalítico, o bien una muestra de la “evasión de la realidad” producida por los mal llamados alucinógenos. Lo que está en juego es justamente *la capacidad de las propias personas para evaluar su condición saludable o enferma*.

A su vez, en el ámbito jurídico se ha producido un colapso de las categorías de víctima y victimario: la persona que es víctima de la droga es a su vez su propia victimaria, puesto que sería ella misma quien se estaría autolesionando. Estamos ante un atípico caso en el cual se dictamina una sanción penal para una conducta que, en principio, *no produce un daño hacia un tercero* (Husak, 2001). Ello ha llevado a varios juristas a declarar *inconstitucional* la norma que dictamina

¹² Testimonio de lo cual lo ofrece el estudio antropológico de Brígida Renoldi (2001) de los tratamientos de drogadictos en tanto “ritos de pasaje”. Da cuenta allí de la impronta *moral* que los atraviesa así como de su *baja eficacia terapéutica*. Al respecto véase también Renoldi (2012).

¹³ Si algo se descalifica sin atenuantes desde la corporación sanitaria es la automedicación. En su postulación de una *teología de la medicina*, Thomas Szasz (1981) sugiere que con el pasaje del interés medieval en la salvación al interés moderno en la curación, los médicos han llegado a asumir el papel de genuinos “sacerdotes de la salud”, lo que les confiere una suerte de autoridad absoluta sobre sus pacientes.

dicha sanción, puesto que atenta contra la advertencia de nuestra Carta Magna según la cual el Estado no debe interferir en las decisiones que son de incumbencia personal de los ciudadanos (Neuman, 1991; Marinho, 2013). Se trata de una condición de tutelaje, quizás coherente en regímenes totalitarios, pero insostenible en un orden en verdad *democrático*. En cuanto lesiona el derecho elemental a elegir los propios objetos de consumo, se ha señalado que la prohibición de las drogas atenta contra la “salud democrática” de nuestras repúblicas modernas (Romaní, 2007).

En tanto la política prohibicionista mina el sentido de responsabilidad personal inherente a todo ciudadano de la nación, cuyo Estado de Derecho ha consagrado los valores democráticos de libertad e igualdad, conlleva una *minorización de la subjetividad* (Lynch, 2018). Un instrumento idóneo para afianzar este nuevo modo de dominación, esta sujeción de los ciudadanos a la autoridad indiscutible de los expertos es el creciente proceso de medicalización promovido desde las altas esferas. En el marco de la contraposición de sus utilidades terapéuticas y lúdicas, es ilustrativo al respecto el paradigmático caso del consumo de marihuana.

Cannabis medicinal y recreativo: percepciones encontradas de una misma planta

Resulta esclarecedor considerar las nociones de salud y enfermedad en juego con relación a la contraposición generada entre cannabis medicinal y cannabis recreativo. Que la marihuana tiene propiedades beneficiosas para aliviar determinadas dolencias es algo que se sabe desde hace milenios. De hecho, hasta que advino la prohibición, diversos preparados de cannabis se ofrecían abiertamente como remedios para ciertos malestares. Sin embargo, desde su proscripción hace casi un siglo, de acuerdo con las autoridades médicas pasó a ser considerada exclusivamente como una sustancia dañina, negándose en principio sus propiedades terapéuticas.

Ahora bien, en estos últimos años se ha producido un giro notable en la percepción social de la marihuana, uno de cuyos síntomas es el desplazamiento de este término, históricamente peyorativo por su sobrecarga de discriminación étnica hacia los latinos, por el más políticamente correcto, en virtud de ascendencia científica, de *cannabis*.

Existen al respecto dos factores a tener en cuenta. En primer lugar, una cualidad de esta planta es su bajo margen de peligrosidad —en absoluto incompatible con la práctica de numerosas actividades, algunas de alto riesgo físico, otras de índole artística e incluso intelectual—; ello es consecuente con el hecho de que su consumo se ha expandido a millones de personas en todo el mundo. A su vez, dada la facilidad de su producción doméstica, es creciente el número de sus consumidores que la cultivan —desafiando la prohibición por un lado, atentando contra el negocio del narcotráfico por el otro—¹⁴. En tanto muchas de estas personas se han organizado y manifestado públicamente para reivindicar la *licitud* y por ende su *derecho* al consumo y al cultivo de marihuana, han dado lugar a un movimiento cannábico de alcance mundial de vastas proporciones.¹⁵

En segundo lugar, está la incuestionable puesta en evidencia de las *propiedades terapéuticas* de la marihuana; aunque conocidas desde hace mucho tiempo, recién ahora son reconocidas a nivel general. Lo en verdad sorprendente al respecto, y es lo que me ha motivado a prestar atención a este peculiar fenómeno, es la amplia aceptación social de lo que se conoce como *cannabis medicinal*. De hecho, así como el uso terapéutico legal de la marihuana existe desde hace más de dos décadas en varios estados de la misma cuna de la prohibición (Grinspoon y Bakalar, 1997), también son cada más los países que lo han ido contemplando en su legislación en estos últimos tiempos.

En Argentina hace dos años se sancionó la Ley del Cannabis Medicinal, aprobada por unanimidad en la cámara de diputados. También fue unánime la celebración de este avance por parte de los medios masivos, tan conservadores en general al respecto. No tan unánime ha sido la conformidad respectiva de los miembros del movimiento cannábico, puesto que esta ley no sólo es muy restrictiva en cuanto a las enfermedades que contempla, sino también en relación con las condiciones de acceso a tales productos. Pero lo en verdad problemático, que evidencia los infundados prejuicios hacia la condición patogénica de esta planta, es que se ha dejado de lado una de las principales reivindicaciones de los militantes: el reconocimiento del

¹⁴ Un comentario sobre “la singularidad cannábica: la posibilidad del auto-cultivo” puede verse en Lynch (2017).

¹⁵ Durante 2013 y 2014 participé de la Agrupación de Agricultores Cannábicos Argentinos (AACAA); en colaboración con algunos de sus miembros elaboramos el texto “Apología del cannabis. Reivindicación del consumo y el cultivo de marihuana”, el cual puede verse en Lynch (2017a).

derecho al auto-cultivo —como han dado el ejemplo en primer lugar Uruguay y después Canadá, así como algunos estados de EE. UU.¹⁶

Aquí es donde aflora la cuestión crítica relativa a la contraposición entre cannabis medicinal y recreativo. Lo que se ha legalizado, así como ha sido en gran medida aceptado por la población en general, es la utilización de la marihuana como un *medicamento* —por supuesto bajo el estricto control de las autoridades—. Pero lo que se mantiene estigmatizado, como lo indica el rechazo de habilitar el auto-cultivo, es el consumo *recreativo* de la misma planta. Sucede que la ambivalencia propia del fármaco, tal como han señalado tanto Szasz como Le Poulichet, se actualiza como *remedio* cuando es facultada por el *experto* del caso, pero lo hace como *veneno* en cuanto se consume por *decisión propia*, no sólo sin autorización de algún facultativo, sino sin que exista una intención terapéutica. Dicho consumo, llamado recreativo, lúdico, que puede ser con fines sociales, festivos, espirituales¹⁷, artísticos, intelectuales o simplemente relajantes o placenteros, es descalificado como un *vicio*, y lleva todavía el estigma de ser de una u otra forma una conducta patológica¹⁸. De allí su rechazo legal y social, reverso especular de la amplia aceptación de su utilización medicinal. Esta situación ilustra la creciente medicalización de la vida social moderna, motivada por la confluencia de los intereses económicos de los laboratorios, de numerosos funcionarios políticos y de las autoridades sanitarias en general —así como de determinados asistentes sociales en particular.

Es de destacar que, en consonancia con el presupuesto naturalista del diagnóstico oficial, la antítesis entre cannabis medicinal y recreativo pone de manifiesto el predominio de la *razón instrumental* en nuestra sociedad¹⁹. Se trata de la concepción de raigambre utilitarista según la cual “el fin justifica los medios”, o bien, condiciona en gran medida la percepción de las cosas según su eventual utilidad: en tanto el fin

¹⁶ Sobre la singularidad americana de esta tendencia hacia la legalización del consumo recreativo de marihuana puede verse Lynch (2014a).

¹⁷ Una breve reflexión sobre la “dimensión espiritual del consumo de cannabis” puede verse en Lynch (2017). Sobre las cualidades de la experiencia de los denominados “psiconautas”, así como una discusión crítica de antinomia “delito-derecho” que atraviesa a la “cultura cannabis”, puede verse en Albano (2007).

¹⁸ En su lectura de “la fabricación del vicio” concerniente al consumo de drogas, Henrique Carneiro (2002) sostiene que se ha gestado al respecto *un nuevo racismo*, de orden bio-político antes que biológico. Convergente con dicha lectura, un análisis de la prohibición en términos de un dispositivo de-subjetivante puede verse en Lynch (2018).

¹⁹ De acuerdo con Charles Taylor (1994), junto al exacerbado individualismo y la creciente tecnologización de la vida cotidiana, la primacía de la razón instrumental es una de las principales fuentes del “malestar de la modernidad”. En concordancia con el planteo de Taussig de la reificación del paciente, advierte Taylor que el enfoque tecnológico de la medicina ha llevado a que los pacientes sean tratados como meros asuntos técnicos antes que como personas.

es el alivio o curación de una dolencia, estamos ante una medicina, por lo que la marihuana es aceptable; en cambio, en cuanto el fin del consumo es el mero placer o el disfrute de experiencias alternas de conciencia, la misma substancia es condenable. Aunque pareciera que así se logra superar la preconcepción substancialista de las drogas en general, puesto que se reconocerían sus diversas propiedades según sus diferentes modalidades de consumo, en realidad se la está reafirmando para cada caso en particular: en el primero la marihuana es indudablemente un medicamento —certificado por los profesionales respectivos—, en el segundo, por el contrario, la misma planta es en cambio un producto nocivo, hasta patogénico.²⁰

Conclusiones

En nuestra interpretación, la duplicidad disciplinaria político-sanitaria que caracteriza a la política de drogas se corresponde con *la ambivalencia ético-moral* que atraviesa la posición prohibicionista: como lo han denunciado tanto Marcuse en su análisis de la represión excedente, como Taussig en su puesta de manifiesto del proceso de reificación del paciente, lo problemático del caso es la justificación de la producción efectiva de un *mal*, el castigo por la falta cometida, bajo los términos de la producción de un supuesto “bien” al damnificado —su recuperación como persona digna, como un sujeto restaurado de derecho de acuerdo con Antoine Garapon (1994)²¹. Esta pretensión “humanitaria” de proteger a quienes se dañan a sí mismos por consumir drogas encubre la intención propiamente político-sanitaria de recuperar a los adictos —o bien a los “desviados” — a una vida normal —según la normalidad es decretada por las autoridades—. El carácter falaz del diagnóstico médico se revela en que, de acuerdo con el mecanicismo unilineal inherente a sus presupuestos naturalistas, la definición de esta enfermedad está basada en una evaluación errónea acerca de las propiedades de estas substancias, ignorando la dinámica relación interactiva entre la substancia y el sujeto.

De acuerdo con el discurso oficial, pues, saludable solo es el consumo facultado por los expertos, el que cumple con la función de aliviar alguna enfermedad o dolencia.

²⁰ A su vez, en tanto se mantiene una estricta separación entre ambos campos, se deja de lado que la distinción entre lo medicinal y lo recreativo no es tan estricta como se supone, puesto que un consumo medicinal puede favorecer actividades recreativas —potenciar el disfrute de actividades artísticas—, así como un consumo recreativo puede tener consecuencias terapéuticas o simplemente beneficiosas para el estado de ánimo del consumidor.

²¹ Esta forma de hipocresía es ilustrada por la expresión “no tomes esto como un castigo, puesto que es por tu propio bien”, expresión que Gregory Bateson (1986) considera inherente al anudamiento de un *doble vínculo*; lo que no es casualidad, puesto que es justamente la estructura de un doble vínculo la que caracteriza la duplicidad disciplinaria en cuestión: se trata de mensajes que se contradicen en diferentes niveles comunicacionales (Lynch, 2017).

La salud, de acuerdo con la pregnancia del discurso medicalizante, es aquella que se atiene a los dictámenes de las autoridades, políticas en cuanto a los alcances legales de la prohibición, sanitarias en cuanto a su fundamentación científica. En contraposición, el consumo al margen de tales lineamientos oficiales se considera una conducta enfermiza. De allí la paradoja según la cual, mientras la implementación del cannabis medicinal se aprueba en general —o habría que precisar, *en teoría*—, en un sentido directamente proporcional se sigue rechazando la del cannabis recreativo.

Lo que deja de lado la mirada instrumentalista, que el cannabis medicinal pone en evidencia, es lo concerniente a la *dimensión política* de la prohibición en el marco de nuestro modo de vida democrático. Puesto que, más allá de la eventual utilidad de estos consumos tan singulares, lo que está en juego es el *reconocimiento de la licitud* del acto en cuestión, el ejercicio de la *libertad* correspondiente; y por ende, el reconocimiento del *derecho* a consumir dichas sustancias sin un motivo medicinal —y por supuesto, sin la autorización correspondiente de los profesionales—. Esto nos remite a la crucial disyuntiva sobre qué modelo de ser humano se sostiene, qué modelo de sujeto consumidor se prefiere, si uno *heterónimo*, atenido a acatar ciegamente los diagnósticos y dictámenes de las autoridades; u otro más bien *autónimo*, uno que confíe en su propia decisión sobre qué cosas consumir y cuáles no, y que asuma en consecuencia la *responsabilidad* de sus acciones²². Hay que tener presente que la política de drogas vigente, con su pesada carga moralizante a costas, no hace otra cosa que socavar la dimensión propiamente ética de la vida humana, la correspondiente a la facultad de evaluación personal de la bondad o malignidad de las conductas a seguir.

En fin, habría que considerar en qué medida una condición efectiva para mejorar la salud de la población en general es acabar con esta absurda prohibición, y en consecuencia, dejar libradas a las decisiones de los ciudadanos las elecciones relativas a sus objetos de consumo. Sería saludable en lo físico, puesto que una vez legalizado el comercio de todas las drogas se podrían conocer fehacientemente las propiedades y cantidades de las sustancias dadas. Saludable en lo social/mental, ya que transparentaría muchos aspectos de las relaciones sociales que se han ido enturbiando por la imposición arbitraria e infundada de la prohibición. Saludable en lo democrático, puesto que se reconocería el ejercicio de una libertad humana básica y el inherente derecho republicano a practicarla bajo la propia responsabilidad ciudadana.

²² Sobre la antítesis de autonomía y heteronomía referida a la experiencia psicoactiva, puede verse Carneiro (2008).

Referencias

- AA. VV. (2003). *Las drogas, entre el fracaso y los daños de la prohibición*. Inchaurreaga, S. (comp.), CEADS-UNR / ARDA.
- Albano, S. (2007). *Cultura Cannabis: ¿Delito o derecho?* Buenos Aires: Quadrata.
- Bateson, G. (1986). *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Buenos Aires: Marcos Lohlé.
- Campos, M.S. & Álvarez, M.C. (2017). Pela metade. Implicações do dispositivo médico-criminal da “Nova” Lei de Drogas na cidade de São Paulo. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, 29(2), 45-73.
- Carneiro, H. (2002). A fabricação do vício. Recuperado de www.neip.info
- Carneiro, H. (2008). Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. Em *Drogas e Cultura: Novas Perspectivas*. B. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. MacRae y H. Carneiro, (Org.), Salvador, Edufba, pp. 65-87.
- De Rementería, I. (2009). La guerra de las drogas: cien años de crueldad y fracasos sanitarios. *Nueva Sociedad*, (222), pp. 70- 80.
- Emmerich, N. (2015). *Geopolítica del narcotráfico en América Latina*. México: Iapem.
- Escohotado, A. (1994). *Historia de las drogas, Vol. I*. Alianza, Madrid.
- Escohotado, A. (1995) *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- Fiore, M. (2004). Tensões entre o biológico e o social nas controversias médicas sobre uso de ‘drogas’. XXVIII Reunião Anual da ANPOCS. Recuperado de www.neip.info
- Fisher, G. (1997). Tratamiento de la esquizofrenia infantil utilizando LSD y psilocibina. *MAPS*, VII (3).
- Fontana, A.E. (1965). *Psicoterapia con alucinógenos*. Buenos Aires: Losada.
- Freud, S. (1985). *Tótem y Tabú*. Madrid: Alianza.
- Furst, P. (1980). *Alucinógenos y cultura*. México: F.C.E.
- Gadamer, H.G. (1991). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.
- Garapon, A. (1994). El toxicómano y la justicia: ¿cómo restaurar al sujeto de derecho? En *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos*, A. Ehrenberg (comp.), Nueva Visión, Buenos Aires.
- Grinspoon, L. y Bakalar, J. (1997). *Marihuana. La medicina prohibida*. Barcelona: Paidós.

- Grof, S. (2005). *Psicoterapia con L.S.D. El potencial curativo de la medicina psiquedélica*. Barcelona: Los libros de la liebre de Marzo.
- Habermas, J. (1987). *Conocimiento e interés*. Madrid: Tecnos.
- Habermas, J. (1991). *Ciencia y técnica como "ideología"*. Madrid: Tecnos.
- Henman, A. (1986). A guerra às drogas é uma guerra etnocida. En *Diamba Sarabamba*, Henman & Pessoa (orgs.), Sao Paulo, Ground.
- Henman, A. (2003). ¿Guerra a la coca o paz con la coca? *Foro Social Temático. Cartagena de indias*. Recuperado de http://www.mamacoca.org/fsmt_sept_2003/
- Horkheimer, M. (1974). *Teoría crítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Horkheimer, M. (2007). *Crítica de la razón instrumental*. La Plata: Terrama.
- Hügel, C.R. (1997). *La Política de drogas y el paradigma de enfermedad*. Buenos Aires: Depalma.
- Husak, D. (2001). *Drogas y derechos*. México: F.C.E.
- Kameniecki, M. (2001). Iluminados abstenerse. *Encrucijadas. Drogas ilegales: hipocresía y consumo*, 1(8).
- Leach, E. (1985). *Un mundo en explosión*. Barcelona: Anagrama.
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lynch, F. (2008). El sustrato étnico de la política de drogas. Fundamentos interculturales y consecuencias sociales de una discriminación médico/jurídica. *Runa. Archivo de las Ciencias del Hombre* (28), 141-168.
- Lynch, F. (2013). Legislación del vicio: ¿vicio de la legislación? Una hermenéutica jurídica de la prohibición de las drogas". *International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (21), 55-90.
- Lynch, F. (2014a). América, Tierra de Gracia. Democracia, drogas y derecho en el Nuevo Mundo. *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 12, 105-120.
- Lynch, F. (2014b). Diversidad cultural y discriminación jurídica: la dimensión etnocida de la política de drogas. *Trama*, 5(5), 33-42.
- Lynch, F. (2015). *Las drogas en cuestión. Una perspectiva antropológica*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Lynch, F. (2017a). *Maná y tabú. Notas etnográficas sobre la cuestión de las drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Lynch, F. (2017b). Cuando la terapia es ley, ¿vale la pena? Sobre la duplicidad disciplinaria médico-jurídica de la política de drogas. En *El orden cuestionado. Lecturas de antropología jurídica*, 57-80. Ed: M. Carrasco y N. Luxardo. San Martín: Universidad Nacional de San Martín.

- Lynch, F. (2018). Diagrama de un dispositivo. Prohibición de drogas y constitución de subjetividad. *Runa. Archivo de las Ciencias del Hombre*, (28), 137-152.
- MacRae, E. (1997). O Controle Social do Uso de Substâncias Psicoativas. En Passeti, E. & Silva, R. (Orgs.). *Conversações Abolicionistas – Uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva*. São Paulo – SP: IBCCrim/PEPG-PUC, pp.107-116.
- Marcuse, H. (1983). *Eros y Civilización*. Madrid: Sarpe.
- Marinho, D. (2013). *A inconstitucionalidade da proibição das drogas*. Universidade Candido Mendes, Niterói. Recuperado de www.neip.info
- Martínez Hernández, Á. (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Mari Luz Esteban ed., OSALDE, Bibao, pp. 11-43.
- Masters, R.E.L. & Houston, J. (1974). *L.S.D. Los secretos de la experiencia psicodélica [The Varieties of Psychedelic Experience (LSD)]*. Bruguera, Barcelona.
- Misse, M. (2003). As Drogas como Problema Social. *III Simpósio Internacional sobre Alcool e Outras Drogas*, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro. Recuperado de www.neip.info
- Muñoz Robles, M. (2012). Contra el determinismo farmacológico: sociología de las drogas y reflexividad. *Sociedad Hoy*, (23), 21-31.
- Neuman, E. (1991). *La legalización de las drogas*. Buenos Aires: Depalma.
- Palma, D. (2001). *Ayahuasca. La medicina del alma*. Ayahuasca-Wasi. Proyecto de investigación shamánico transpersonal. Recuperado de <http://www.ayahuasca-wasi.com/>
- Pollan, M. (2015). The Trip Treatment. Research into psychedelics, shut down for decades, is now yielding exciting results. *The New Yorker, Annals of Medicine*. Recuperado de <https://www.newyorker.com/magazine/2015/02/09/trip-treatment>
- Renoldi, B. (2001). ‘Estar Sano es Ser Persona’. El caso de los usuarios de drogas en tratamiento. *Cuadernos de Antropología Social*, (13), I.C.A., F.F. y L., UBA.
- Renoldi, B. (2012). La salud como atributo moral: usuarios de drogas y tratamientos de atención, en M. Epele (comp.) *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre el consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia, pp. 207-232.
- Renoldi, B. (2014). Los problemas de las soluciones: Una lectura antropológica de la política en las drogas ilegales. *Apuntes de Investigación del CECyP*, (24), 120-143.

- Ricoeur, P. (1988). *Hermenéutica y acción*. Buenos Aires: Docencia.
- Romani, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Roncoroni, A. (2001). ¿Guerra a las drogas o a los consumidores? *Encrucijadas. Drogas ilegales: hipocresía y consumo*, 1(8).
- Schultes, R.E. y Hofmann, A. (1989). *Plantas de los Dioses. Orígenes de los usos de los alucinógenos*. México: F.C.E.
- Sorman, G. (1993). *Esperando a los bárbaros. Sobre inmigrantes y drogadictos*. Buenos Aires: Emecé.
- Szasz, T. (1981). *Teología de la medicina. Los fundamentos filosófico-políticos de la ética médica*. Barcelona: Tusquets.
- Szasz, T. (1984). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Taussig, M. (1995). *Un gigante en convulsiones*. Barcelona: Gedisa.
- Taylor, C. (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós.
- Tenorio Tagle, F. (2010). Las políticas en torno a las drogas: una guerra inútil. *Alegato*, (76), 13-28.
- Valença, T. (2010). *O processo civilizador e a estigmatização das drogas*. Recuperado de www.neip.info
- Vera Ocampo, E. (1987). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Buenos Aires: Paidós.