

# DROGA, ADICCIÓN, DAÑO: FICCIONES CONTEMPORÁNEAS\*

GUSTAVO BARONA TOVAR\*\*

Recibido: 16 de noviembre de 2012  
Aprobado: 14 de diciembre de 2012

## RESUMEN

El presente artículo a partir de una revisión bibliográfica de fuentes históricas, antropológicas, estadísticas, etimológicas, médicas y psicológicas en torno al consumo y la prohibición de las drogas, demuestra que desde la implantación y expansión de los sistemas monoteístas del cristianismo y el Islam, la milenaria tradición de la humanidad con el consumo lícito de las drogas se transformó en prohibición. Pero además, la prohibición emerge también como el resultado de ideas colectivas representadas en el pensamiento político, moral y social que con frecuencia se apoya en conclusiones falsas derivadas de los modelos médico y psicológico. Una revisión de las fuentes permite plantear que la construcción colectiva de términos como droga, adicción y daño, como garantes conceptuales de la prohibición, pertenecen más al registro de la ficción que al de la ciencia. De la misma manera, los registros estadísticos más recientes, permiten plantear que la idea colectiva contemporánea del daño asociada al consumo y la adicción de las drogas, es una construcción que no tiene sustento real.

**Palabras clave:** droga, prohibición, daño, adicción, ficciones.

---

\* Este artículo está basado en el libro de mi autoría: Entre el placer y el hastío. Otra mirada al consumo, la adicción y la prohibición de las drogas. Deriva Ediciones, 2012.

\*\* Psicólogo. Magíster en Filosofía. Especialista en Hipnosis Clínica. Correo electrónico: gustabar@yahoo.es

## **DRUG, ADICTION, DAMAGE: CONTEMPORARY FICTIONS**

### **ABSTRACT**

From a literature review of historical, anthropologic, statistic, etymological, medical and psychological sources about consumption and prohibition of drugs, this article demonstrated that from the establishment expansion of the Christian and the Islamic monotheist systems, the millenary tradition of humanity on illicit consumption of drugs transformed into a prohibition. But also, it emerges as the result of collective ideas represented in political, moral, and social thought which are frequently backed in false conclusions derived from the medical and psychological models. A revision or literary sources allows to suggest that the collective construction of terms such as drug, addiction and damage as conceptual guarantor of prohibition, belong more to fiction that to science records. Similarly, the most recent statistical data allow suggesting that the contemporary collective of damage associates to drugs consumption and addiction is a construct without a real support.

**Key words:** drug, prohibition, damage, addiction, fiction.

### **ESBOZO HISTÓRICO**

En algún momento de la historia humana la búsqueda de nutrientes en el mundo vegetal debió conducir al descubrimiento de vegetales que no representaban utilidad alguna ni como alimento ni como abrigo, pero que si se ingerían o se frotaban sobre la piel, aliviaban el cansancio, disminuían el dolor y hacían la vida más tolerable (Shultes & Raffauf, 2004). Así, en los efectos de algunos hongos, raíces, bejuocos, cortezas, semillas, flores, hojas, cactus y frutos se encontró solución para las enfermedades. Buscando nutrición y abrigo la humanidad halló fármacos en las plantas. Pero los seres humanos debieron haber percibido que varios de los fármacos descubiertos, además de aliviar, modificaban las sensaciones y las percepciones a través de reacciones orgánicas y anímicas que se presentaban por breves períodos de tiempo o durante el transcurso de horas y días generando agrado y bienestar (Shultes & Hofmann, 2000). Estos fármacos, que además de alivio producen placer, se han

utilizado por la humanidad desde los inicios de sus formaciones culturales, y las agrestes condiciones del entorno son la causa para que no se hayan usado en unos pocos pueblos.

Para muchas sociedades las actividades de la nutrición, la curación, la recreación y el vínculo con los dioses, estuvieron estrechamente unidas al uso de estos vegetales, que en espacios sagrados y festivos expresaban la potencia de efectos reconocibles en la alegría, el frenesí, la desinhibición, la fortaleza y el alivio. Vestigios arqueológicos evidencian la presencia de las drogas en las costumbres humanas desde hace por lo menos 6.000 años. Todas las sociedades que han trazado los senderos de la historia humana durante los últimos 6 milenios, han encontrado en las drogas un aliado valioso para aliviar las enfermedades que deterioran el cuerpo, para recuperar las energías perdidas tras la fatiga del trabajo o del combate y para exaltar la sensibilidad hasta los límites del éxtasis o la locura cuando celebran sus rituales religiosos y festivos. Los pueblos que conformaron grandes civilizaciones como la Sumeria, la Egipcia, la del Indo, la China, la Persa, la Celta, la Griega, la Romana, la Nok, la Ifé, la Olmeca, la Tolteca, la Maya, la Azteca, la Tayrona, la Muisca, la Agustiniense, las de la Selva amazónica, la de Caral, la de Tiahuanaco y la Inca, entre muchas más, construyeron importantes manifestaciones culturales como la magia, la medicina, la religión y la recreación, a partir de los estados que emanan del placer encontrado en las drogas. Los efectos fisiológicos que genera la reacción química de las drogas en el organismo, fueron inscritos por medio del lenguaje en el orden simbólico de las más significativas construcciones culturales.

Hongos alucinógenos, amapola, bebidas alcohólicas, marihuana, coca, café, yagé, peyote, virola, daturas, brugmansias, belladona, mandrágora, beleño, yopo, iboga, khat, nuez moscada y tabaco, son vegetales que por sus efectos han hecho parte de las más valiosas expresiones culturales. Son portadores de alegría, gusto, satisfacción, comodidad, deleite, goce, dicha, regocijo, diversión, energía, fortaleza y bienestar, que son palabras con las que calificamos las sensaciones que se desprenden del particular estado corporal armónico conocido como placer y que valoramos como signos importantes. Esta estrecha relación entre drogas y placer aparece como un signo a lo largo de la historia.

Si bien a través de rituales y normas de comportamiento las antiguas civilizaciones controlaban o regulaban el uso de las drogas, nunca prohibieron su cultivo, su

comercio o su uso. Aunque los menores y las mujeres estaban excluidos de los rituales de consumo y se imponían estrictos castigos para quien las usara en los momentos inadecuados, la proscripción del opio, los alucinógenos, la marihuana, las bebidas fermentadas, el tabaco y la coca nunca fue impuesta ni por los gobernantes ni por los sacerdotes. Tampoco ningún imperio cuando sometió a otro intentó obligar al derrotado a abolir la arraigada costumbre sino que por el contrario cada vez que la guerra, el comercio o las catástrofes naturales cruzaron sus destinos, tanto el cultivo como el comercio y el uso de las drogas se multiplicaron. Hasta el siglo V d.C. para ninguna sociedad el uso de las drogas representó una amenaza para la moral, la salud individual o el bienestar colectivo.

Pero el ocaso del llamado mundo antiguo, paralelo a la expansión monoteísta del cristianismo y del Islam como religiones de Estado a partir de los siglos V y VI d.C. respectivamente, dio inicio a la persecución de una costumbre que había dejado huellas, que para entonces tenía quizá más de 4.500 años. El uso del opio, la marihuana, las bebidas alcohólicas fermentadas y los alucinógenos, se transformó en un hábito inmoral que atentaba contra los nuevos principios virtuosos establecidos en los cánones monoteístas. La difusión e implantación del cristianismo en la Europa medieval, conllevó a una guerra contra los rituales agrícolas de decenas de pueblos en los que el uso de opio, belladona, mandrágora, beleño, marihuana y hongos alucinógenos era parte fundamental de la herbolaria farmacológica y festiva. Considerado como expresión pagana, demoníaca y pecaminosa por las creencias cristianas, el uso de las drogas empezó a languidecer, aunque no a desaparecer de la práctica de ritos que a través de la fiesta daban gracias o reclamaban a las deidades por la abundancia o la precariedad de las cosechas.

Las amenazas, la persecución, la tortura y la pena de muerte a los asistentes de estos rituales, en los que el consumo de las drogas era el puente de comunicación con los múltiples dioses de la naturaleza, lentamente abrieron el camino a la imposición de la idea de la existencia de un solo Dios y a la práctica de rituales rigurosos de abstinencia. El conocimiento profundo y útil de las drogas para las creencias mágicas, medicinales y festivas de los curanderos o brujos y sus pueblos, fue asociado por el cristianismo con pactos con el demonio, con poderes sobrenaturales y con aquelarres donde el infanticidio y la sodomía eran supuestamente el motivo de los encuentros. Largos y oscuros siglos de terror soportaron personas inocentes cuyo único delito era la cercanía con antiguas tradiciones vinculadas al placer (Escohotado, 1994).

A finales del siglo XV, cuando la Europa cristianizada arribó a las costas de América, descubrió que de norte a sur, los habitantes de este continente tejían su cotidianidad con las preciadas hebras que arrancaban de sus vivencias con los alucinógenos, el tabaco, la coca y las bebidas fermentadas. Considerados como objetos de cultos demoníacos por los poderes de la cristiandad y como agentes de desorden social por las autoridades gobernantes de la potencia conquistadora, se convirtieron en el objeto de una cruel aniquilación. Las imágenes de la cruz y de la corona del Rey, las dos caras de la moneda imperial, se impusieron con fuerza sobre prácticas milenarias en las que el uso de las drogas era un pilar fundamental de la estabilidad colectiva. Paradójicamente, de este choque de civilizaciones, Europa adquirió el hábito del tabaco y el de la coca y América el de las bebidas destiladas y el del café.

Pero no solo las religiones monoteístas persiguieron el uso de las drogas por inmorales, pecaminosas, viciosas o porque sus ritos competían con los que se trataban de imponer a los pueblos conquistados. Además, durante los siguientes siglos, junto a los argumentos de las restricciones religiosas, aparecieron concepciones políticas y médicas que apoyaban los intentos de prohibición. Los gobernantes prohibieron la costumbre aduciendo razones morales, de orden público y fiscales. A su vez, los médicos argumentaban que las drogas perjudicaban la salud, podían llevar a la locura y provocar la muerte. Medidas como la destrucción de los cultivos, la confiscación de los bienes de los comerciantes, el cierre de los lugares de expendio así como el encarcelamiento, la tortura y la muerte de los consumidores eran frecuentes. La resistencia de los usuarios a abandonar los hábitos que se prohibían también fue la respuesta más común.

El uso de la aromatizada bebida del café, por ejemplo, que había sido descubierto por los árabes en el siglo VI d.C., fue durante siglos para los pueblos árabes islamizados una poderosa bebida que ayudaba a conservar la energía y facilitaba la vigilia exigida por la oración. Igual pensaban los misioneros cristianos asentados en regiones del Oriente Medio. Pero en el siglo XVI, diez siglos después de su descubrimiento y consumo permanente, algunos Ulemas de la Meca consideraron que era una bebida embriagante y que como tal atentaba contra la moral y la pureza exigidas por las normas coránicas. En algunos lugares del mundo árabe el consumo fue perseguido y castigado con la horca y la decapitación. En El Cairo los médicos demandaban su prohibición porque de acuerdo con sus criterios aclaraba la sangre, enceguecía la razón y podía producir la muerte.

Pero el café no solo resistió los embates de religiosos, gobernantes y médicos del mundo árabe sino que se expandió por el mundo. Desde Turquía llegó a Europa a principios del siglo XVII y también enfrentó feroces resistencias. Las mujeres londinenses en 1660 protestaban porque la bebida y los sitios de consumo robaban a los hombres tiempo que debían dedicar a sus familias. A finales del siglo XVIII los médicos franceses alegaban que la costumbre del café con leche producía lepra e infertilidad femenina. En los Estados germánicos se intentó prohibir porque había disminuido el consumo de la vigorizante y patriótica cerveza. Pero tal como había ocurrido en el mundo musulmán, en los europeos la cafeína sobrevivió como uno más los preciados hábitos que a través del placer tornan más tolerable el hastío de la rutina.

Igual ocurrió con la nicotina. Cuando desde América el tabaco empezó a conquistar el mundo, sus efectos fueron recibidos con precaución. Durante casi todo el siglo XVI fue admitido solo como una eficaz medicina en Europa y la costumbre de fumarlo, mascararlo o inhalarlo fue drásticamente perseguida en varios países durante el siglo XVII. En 1604 el Rey de Inglaterra conminaba a sus súbditos a erradicar el consumo porque era un hábito sucio y maloliente característico de los inmorales y bárbaros pueblos de América. El Zar de Rusia ordenaba cortar la nariz a usuarios y vendedores. La Iglesia católica excomulgaba a los consumidores, y en los países que se habían acogido al protestantismo los consumidores eran expulsados de las comunidades. En China los fumadores eran estrangulados por orden del Emperador y en Turquía el Sultán los hacía mutilar. Pero la pervivencia de la costumbre invalidaba las razones que pretendían erradicarla y la rebelión de los pueblos, el contrabando y la criminalidad fueron siempre las consecuencias de los intentos de prohibición. Finalmente el tabaco no solo fue aceptado por los poderes establecidos sino que el gravamen acrecentó sus arcas. España en 1611 fue el primer imperio en gravar el cultivo y el comercio del tabaco. En 1725 la Iglesia católica levantó la medida de la excomunión (Escohotado, 1994).

El hábito placentero de drogas diferentes al café y al tabaco a pesar de las amenazas tampoco se extinguió. En algunos países de África, así como en China e India, el uso de la marihuana resistió las acometidas de persecución de los misioneros cristianos. En estas mismas regiones, la costumbre del opio comido o fumado que había sido llevado por las oleadas del expansionismo musulmán, se resistió a desaparecer y en el siglo XIV la marihuana y el opio renacieron como sustancias medicinales en Europa.

En América los alucinógenos, el tabaco, la coca y las bebidas fermentadas, sobre todo las derivadas del maíz, sobrevivieron a las duras pruebas de la persecución. Finalmente el uso medicinal y recreativo de café, tabaco, opio, alucinógenos, marihuana, coca y bebidas alcohólicas fue aceptado superando los brotes regionales y esporádicos de la prohibición.

Drogas que posteriormente descubrió la ciencia occidental como la morfina, la cocaína y la heroína, se insertaron en las costumbres medicinales y recreativas sin sobresaltos, demostrando en la práctica que los consumidores ni eran inmorales ni enfermaban, ni enloquecían ni morían como pregonaban los partidarios del pecado, la enfermedad y el desorden social. El miedo a los terroríficos y fantasmales daños ocasionados por las drogas que la religión, la política y la medicina habían ayudado a construir, disminuyó o desapareció durante casi tres siglos, para reaparecer a mediados del siglo XIX e instalarse definitivamente a comienzos del siglo XX en las representaciones de la cultura occidental primero, y luego en las del todo el mundo.

Desde los primeros años del siglo XIX en varios países de Europa occidental, surgieron movimientos de reforma moral que tenían como propósito la educación de las clases proletarias que exigía el nuevo orden productivo de la sociedad industrial. La templanza, la higiene, el ahorro y la responsabilidad eran las metas pedagógicas de grupos conformados por religiosos, gobernantes y médicos que pretendían organizar el mundo familiar de los trabajadores para ayudar a la construcción de otras formas de producción y de organización social (Lipovetsky, 2000). En este novedoso escenario de intereses políticos, económicos, religiosos y morales, a mediados del siglo XIX en Europa surgió la idea de que algunas drogas podían producir adicción.

## LA APARICIÓN DE LOS TÉRMINOS DROGA Y ADICCIÓN

La palabra droga es de origen y significado incierto. En el idioma español aparece en el siglo XVI procedente probablemente de Francia. La fuente es quizá el francés *drogue*, de donde proviene la palabra *drug* del idioma inglés. Se cree que el francés y el inglés lo extrajeron del neerlandés y del bajo alemán que usaban el término *droghe vate* para referirse a cosas secas dentro de barriles. *Droghe* como adjetivo hacía referencia a lo que era transportado seco dentro de los barriles o *vate*. Los mercaderes de los puertos franceses e ingleses al descomponer la palabra dieron el

sentido de mercancía al término *droghe*. Droga en sus orígenes pudo haber sido el nombre genérico de mercancías dado por los comerciantes de Francia e Inglaterra (Corominas & Pascual, 1986).

La palabra droga ligada al concepto de mercancía, parece que no remite en sus orígenes a vínculo alguno con los fármacos que la humanidad ha utilizado durante milenios. La relación entre droga y fármaco está probablemente relacionada con la emergencia de fenómenos sociales del siglo XIX, como el poder que el discurso médico reclamaba. Las tradicionales prácticas de los boticarios, los farmacéutas, los teguas, los curanderos, los brujos, los sobanderos, los ensalmadores, las recetas caseras y el saber de la automedicación, competidores de la recientemente medicina profesionalizada, cedieron su lugar a una nueva manera de manejar las enfermedades y los remedios.

El avance de la ciencia química y el desarrollo de la industria farmacéutica europea, desplazaron la oferta farmacológica de los boticarios en el mundo occidental. La implementación de leyes que pretendían proteger al consumidor de fármacos elaborados a partir de sustancias desconocidas, abrió espacios a remedios preparados y comercializados por los grandes laboratorios europeos, que posicionaron en el mercado mundial los medicamentos químicos sintéticos. En Colombia a finales del siglo XIX, el término botica fue reemplazado por el de farmacia y posteriormente por el de droguería. El siglo XX lentamente fue absorbido por la oferta de medicamentos elaborados en los laboratorios (Rivero, 2010).

Se desconoce el lugar y el momento exacto en los que los preparados oficinales, fármacos o remedios, como se conocían las preparaciones secretas que se hacían en las boticas, fueron revestidos por el sentido de la palabra droga ya no como mercancía sino como sustancia farmacológica, sentido usado desde comienzos del siglo XX para calificar a su vez sustancias consideradas perjudiciales e ilegales. Resulta curioso también que las drogas ilegales fueran llamadas por el lenguaje cotidiano del siglo XX como mercancías. A partir de la prohibición y de la consideración de la palabra droga ya no como fármaco o remedio sino como el referente de un objeto dañino, lejos quedaron entonces las bondades de sustancias que hacían parte de los remedios utilizados durante siglos. Con el uso de opio, alucinógenos, alcohol, cocaína y marihuana, los pueblos encontraron alivio para las enfermedades, el placer de la recreación y un razonable autocontrol. Pero el significado contemporáneo de



palabras como adicción, droga y daño convirtió esta relación en una feroz amenaza (Szasz, 1994).

Al siglo XX confluyen todas estas transformaciones en las ideas y las prácticas, que condujeron de nuevo a la persecución de sustancias consideradas perjudiciales. Los movimientos abstencionistas y de la templanza, la lucha contra el alcoholismo como cruzada moral e higienista, la descripción por los médicos desde finales del siglo XIX de casos de abuso, sobredosis y muerte a causa del uso de morfina, cocaína y heroína, el sensacionalismo de los medios de comunicación que convertía los casos fatales en consecuencias inevitables de toda forma de consumo, el moralismo de los pedagogos que velaba por la defensa de la tradición, las amenazas apocalípticas de las iglesias que anunciaban el derrumbe de las virtudes, la concepción de superioridad de algunos países y el posicionamiento colonialista de Estados Unidos, generaron las condiciones para que se crearan imágenes colectivas que consideraban que el uso de algunos fármacos, llamados desde entonces drogas, iba en contra del bienestar individual y colectivo (Escohotado, 1994).

Nunca antes, ni en el mundo antiguo ni durante la expansión de las ideologías monoteístas durante la Edad Media europea, el consumo de drogas había sido considerado como una enfermedad. El hábito o era una conducta pecaminosa e inmoral como lo planteaban las religiones y los gobernantes o era la causa de enfermedades como creían los médicos, pero no se consideraba en sí mismo una patología tal como ocurrió a partir del planteamiento del concepto de adicción, un término que procede del discurso médico occidental de mediados del siglo XIX, ligado en su origen al consumo del alcohol. La concepción médica asumió que el uso del alcohol o de otras drogas sin control médico, era una patología física, un estado alterado del organismo producido por la presencia de sustancias químicas, que modificaba las condiciones de vida del usuario, una conducta compulsiva difícil de modificar por parte del individuo, que trastorna sus costumbres y puede conducirlo a la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, la adicción era una enfermedad que como tal debía ser tratada por la medicina (Giddens, 2000).

Durante algunos años la palabra manía fue el referente utilizado por la medicina para describir la relación de los sujetos con las drogas. La opiomanía, la morfinomanía y la cocainomanía, junto al alcoholismo, eran las palabras usadas para indicar un vínculo estrecho y patológico entre cada droga y los usuarios. Más que adicción

hasta finales del XIX, la idea de éxtasis, o de pasión o deseo desenfrenado, que es lo que significa la palabra manía, era la que predominaba como explicación de una enfermedad que se consideraba de origen orgánico y que era la consecuencia de la presencia de las drogas en el cuerpo (Jaffe, 1980). Desde el concepto de manía o de la pasión por las drogas, el discurso médico fue construyendo las imágenes y los significados relacionados con la adicción.

Del opiómano, el morfinómano, el eterómano, el cocainómano y el alcohólico, el discurso médico se deslizó hacia el término de adicto. La palabra adicto se ha relacionado con el participio pasado *addictum* del latín, que en la antigua Roma era usado como adjetivo para designar al hombre que para saldar una deuda se convertía en esclavo por carecer de los bienes suficientes para pagar. Este hombre se convertía en un descastado que voluntariamente perdía su condición social. El adicto se asemeja entonces a un esclavo voluntario que no sabe preservar su identidad, alguien que pierde un importante bien (Kalina & Kovadoff, 1987). Se ha planteado también que el término derivado del latín *ad-diure*, que significa adherirse o someterse, remite a una costumbre del feudalismo francés en la que un vasallo al no poder pagar una deuda contraída con el señor feudal, se convertía en esclavo de este y hacía extensiva la esclavitud a los miembros de su familia (Alonso-Fernández, 2003).

La figura del adicto la construyó la medicina a partir de las características de un enfermo que pierde la voluntad y la libertad. La dificultad de algunos usuarios para soportar síntomas físicos desagradables por la ausencia de la sustancia en el organismo o para mantener las exigencias de la vida en sociedad, fue considerada por la medicina como el referente universal de un hábito incontrolable que afectaba la fuerza de voluntad de todo consumidor. Todo aquel que usara drogas era en potencia un adicto o un habituado como también se les llamó. El placer que durante centurias produjeron las drogas, la medicina lo convirtió en el fantasma de la enfermedad. Pero también desde finales del siglo XIX, algunos médicos indicaban que no todos los consumidores de morfina y cocaína se convertían en habituados y señalaban que la palabra hábito era solo una locución que no aclaraba la conducta del consumo (Freud, 1996a).

Para unas pocas civilizaciones las drogas aún hacen parte de su entramado cultural, pero para la mayoría, estas costumbres que han sobrevivido al paso de los siglos como herencia milenaria, persisten desligadas de instituciones culturales como las de la medicina y la religión. A las drogas legadas por los antiguos pueblos, la civilización

occidental agregó otras como las bebidas alcohólicas destiladas, el éter, el cloral, el ajeno, el óxido nítrico, la morfina, la cocaína, la heroína, los barbitúricos, las anfetaminas, las metanfetaminas, el éxtasis, los tranquilizantes, el LSD, la ketamina, la DMT, los nitritos y las *spyces*, entre otras. Al arribar al siglo XX la humanidad poseía muchas más drogas productoras de placer que todas las conocidas durante los 4.000 años anteriores.

Paradójicamente el mismo siglo que había multiplicado la oferta de las drogas, asumió que por fuera de los lineamientos médicos o científicos, su uso debía considerarse como una actividad recreativa que podía conducir al abuso y por lo tanto a la enfermedad, la locura o la muerte. Sin razones farmacológicas, el consumo del café, el tabaco y el alcohol quedó excluido de la prohibición, trazándose una línea imaginaria entre remedios o fármacos lícitos e ilícitos, una división entre fármacos buenos y malos, que más que respaldos farmacológicos demostrables, ha esgrimido siempre argumentos contruidos desde la moral, los principios religiosos y políticos (Le Poulechet, 2005).

## LA PROHIBICIÓN COMO PROTECCIÓN CONTRA EL DAÑO

Así con las palabras adicción y drogas, en la medida en que la influencia de la religión y la moral de siglos anteriores empezaban a ser desplazadas por las concepciones del estado terapéutico conformado por los discursos de la medicina y posteriormente por los de la psicología, el siglo XX transformó el placer con los fármacos en la enfermedad de la adicción a las drogas, que como tal debía ser perseguida.

La prohibición desde un principio fue iniciativa de Estados Unidos, que presionado por los misioneros cristianos que en los países del Oriente Lejano veían en el uso del opio un obstáculo para la evangelización, encontró una fórmula que le permitía unir la salvación de las almas de pueblos bárbaros con la expansión de sus vínculos mercantiles y el despliegue de su política imperial. La primera reunión de los países invitados se realizó en Shanghai en 1909, de donde surgieron recomendaciones que perseguían la supresión progresiva de sustancias que podían dar lugar a abusos. Se propuso el control de la producción y la distribución del opio y las sustancias derivadas como morfina, láudano, tintura y polvos. La reglamentación se extendió también a la cocaína y sus sales (Escotado, 1994).

Se pactaron después otros convenios, acuerdos o protocolos que reglamentaban o ampliaban la lista de sustancias prohibidas entre 1925 y 1946, pues a pesar de la reglamentación propuesta a nivel internacional, el cultivo, el comercio y el consumo de las sustancias prohibidas continuaban en todo el mundo. Pero como la producción, comercialización y consumo recreativo, y por lo tanto placentero, ya no solo de opio, morfina, heroína, coca, cocaína, marihuana sino también de barbitúricos, anfetaminas y opiáceos sintéticos crecía, en 1961 la Organización de las Naciones Unidas preocupada por la salud física y el bienestar de la humanidad, suscribió la Convención Única Sobre Estupefacientes. Esta convención, que sustituyó todos los protocolos y convenciones previas, planteaba que el uso de drogas o la toxicomanía era un mal grave para el individuo y un peligro social y económico para la humanidad. Como la ONU consideraba que tenía la obligación de prevenir y combatir este mal, buscaba con la suscripción de esta convención una acción universal concertada que limitara el uso de estupefacientes a fines médicos y científicos y prohibiera su fabricación, exportación, importación, comercio, posesión y uso.

Pero el siglo XX corría con la frenética velocidad de los cambios que lo caracterizaron. La década de los 60 y su abierta búsqueda de objetos de placer irrumpió en Occidente con fuerza inusitada. Se expandió el consumo masivo de las drogas prohibidas junto al uso de otras no consideradas en las reglamentaciones, entre las que sobresalían alucinógenos vegetales como los hongos o semisintéticos como el LSD. Esta situación conllevó a que en 1971 se firmara por 71 Estados el Convenio Sobre Sustancias Psicotrópicas que entró en vigencia en 1976 y amplió la lista de las sustancias prohibidas por fuera del uso médico y científico. En 1988, aproximándose la última década del siglo, más de 100 países suscribieron la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas que entró en vigor en 1990. Por primera vez se hizo obligatoria la penalización para el consumo personal sin que este se considere un delito, sino que la Convención sugiere a las autoridades de los países firmantes elaborar políticas de tratamiento obligatorio para los consumidores.

El placer que producen las drogas se asume como una enfermedad inmanejable por el usuario, que los discursos y las prácticas de médicos y psicólogos tienen derecho a intervenir desconociendo la voluntad del consumidor. El adicto está en la obligación de obedecer. Entre 1990 y el año 2008 los organismos fiscalizadores de estupefacientes de la ONU, a los cuales pertenecen el 95% de los Estados afiliados al

organismo mundial, han implementado una serie de regulaciones contra el cultivo, el comercio, la fabricación y la posesión de más de 200 sustancias prohibidas hasta la fecha. Cien años después de iniciada la regulación dirigida inicialmente al opio, la morfina y la cocaína, el número de sustancias prohibidas que producen placer se ha multiplicado, el de consumidores también. A su vez, ha crecido a lo largo del siglo el número de personas que considera que la prohibición es un fracaso y que la razón para prohibir las drogas, ligada a la imagen del daño que causa, está construida a partir de prejuicios.

Los partidarios de la prohibición de las drogas sostienen que su uso no debe permitirse porque hace daño a quien las consume y porque atenta contra el bienestar colectivo. Los de la legalización argumentan que en aras de las libertades individuales no deben constreñirse las posibilidades de elección, así estas impliquen, sin que menoscaben las libertades de terceros, alguna forma de daño propio. Las dos posiciones se contraponen pero comparten la idea del daño. Surge entonces la pregunta: ¿Hacen daño las drogas?

Las drogas sí hacen daño, pero tal como lo demuestran las investigaciones de la psicofarmacología, solo cuando se consumen altas cantidades y durante un tiempo prolongado, es decir cuando hay una exposición crónica del organismo a la acción de las drogas (Brailowsky, 1999; Moizeszowicz, 2000; Álamo et al., 2009; Hernández, 2009; Meana et al., 2009; Kuhn et al., 2010). También hacen daño cuando se combinan entre sí, cuando son de mala calidad o cuando la predisposición genética del usuario así lo determina. El daño está asociado al abuso, definido como la conducta repetida del consumo recreativo o no médico de una droga a pesar de los problemas orgánicos o sociales que causa. También se ha propuesto la palabra dependencia para diferenciar conductas de consumo en las que el daño no es la característica principal (DSM-IV-TR, 2002). A pesar de que además de los anteriores términos, otros como toxicomanía o farmacodependencia se han propuesto por la medicina y la psicología a lo largo del siglo para identificar, explicar y tratar una patología que no es clara, el concepto de adicción y las secuelas del daño como el resultado del consumo de drogas se ha impuesto en las representaciones colectivas. El probable daño que produce el consumo crónico de las drogas tiene varias manifestaciones.

El daño puede referirse a efectos físicos. El consumo prolongado de altas cantidades de alcohol puede generar cáncer, alteraciones de memoria y del aparato digestivo.

Igual ocurre con el cáncer, dificultades respiratorias y cardiovasculares relacionadas con el uso de tabaco, o el de café que puede llevar a modificaciones de la respiración, excitación y aceleración del ritmo cardíaco, el de heroína a estreñimiento crónico, impotencia, detención del ciclo menstrual, problemas de oxigenación, el de cocaína a arritmia cardíaca, modificación del sueño, y el de marihuana a alteraciones de la memoria a corto plazo, de la atención y problemas respiratorios.

Aunque el éxtasis y los alucinógenos producen en ocasiones accidentes tóxicos fatales, no se conocen daños físicos ligados a su uso. Algunos investigadores sostienen que la exposición crónica del sistema nervioso central a la nicotina, el alcohol, la heroína, la cocaína y antidepresivos, produce modificaciones en subunidades de las proteínas G, que son estructuras bioquímicas ligadas al funcionamiento de los neurotransmisores y los receptores. Esta modificación se cree está relacionada con las conductas adictivas, toda vez que la presencia permanente de las drogas en el cerebro reemplaza el funcionamiento de los neurotransmisores y su retiro provoca alteraciones orgánicas (Álamo et al., 2009b).

Otra manifestación del daño ocasionado por la adicción o consumo crónico de las drogas, es el de modificaciones emocionales y cognitivas relacionadas con la alteración del funcionamiento de los neurotransmisores o de algunas áreas cerebrales. Ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, agresividad, paranoia, alucinaciones, dificultades de aprendizaje, alteraciones de la atención y del juicio y modificaciones de la imagen corporal, pueden presentarse por el uso prolongado de las drogas o por su suspensión, debido a la modificación del balance interno de los neurotransmisores dopamina y serotonina. Hipótesis de la neurobiología plantean, por ejemplo, que el consumo crónico de heroína altera la capacidad de planear el futuro a causa de una alteración en el funcionamiento de áreas de los lóbulos frontales (Damasio, 2009), y que el consumo prolongado de alcohol dificulta el aprendizaje debido a modificaciones de los receptores del neurotransmisor glutamato (Kuhn et al., 2010).

Una variedad diferente de síntomas puede presentarse también luego del retiro o suspensión de las drogas, y se manifiesta en una combinación de reacciones físicas y psicológicas que se conocen como síndrome de abstinencia y son comunes a la suspensión del uso de drogas como la nicotina, la cafeína, la cocaína y la heroína (DSM-IV-TR, 2002). Depresión, dolores musculares, cefalea, diarrea, calambres abdominales, sudoración, ansiedad, pérdida del apetito, alteraciones del sueño y

disfunciones sexuales, entre otras, son reacciones que pueden presentarse tan pronto la sustancia deja de circular en el organismo. Para muchas personas estos síntomas resultan intolerables y se asumen como el motivo para buscar de nuevo la sustancia, búsqueda que podría señalar el camino de la adicción o la disfuncionalidad.

Pero a pesar de los probables daños, los abusadores de drogas ilícitas casi nunca solicitan tratamiento para aliviar enfermedades físicas o emocionales originadas por el consumo, como si su incidencia fuera muy baja. El motivo principal para la solicitud de atención está vinculado con la dificultad para abandonar el hábito a pesar de los esfuerzos y/o al deterioro de sus vínculos sociales. El mayor daño observado en las personas que consumen grandes cantidades de drogas, es la dificultad que este genera en las conductas relativas a las exigencias sociales de las cuales dependen el cumplimiento de las normas de convivencia o las estrategias de autocuidado. Asistir a la escuela, trabajar para sostenerse a sí mismo o a su propia familia, respetar la propiedad privada, mantener hábitos de higiene o alimenticios, son comportamientos exigidos por el lazo social que el consumo crónico de las drogas puede llegar a modificar en algunas personas, convirtiéndoles en disfuncionales de acuerdo con la normatividad compartida.

Entre las drogas ilícitas, el consumo de heroína es el que más alta probabilidad tiene de causar problemas físicos y sociales al usuario. Entre todas las drogas, la nicotina es considerada la droga con mayor poder adictivo, y el alcohol la que más comportamientos violentos genera, más alteraciones físicas produce y la que mayor impacto negativo tiene sobre los vínculos sociales. Ahora bien, no todo consumidor de cantidades altas de droga se convierte necesariamente en adicto o disfuncional y se hace daño, como lo demuestran la experiencia y la comparación estadística. Y así mismo el supuesto daño es estadísticamente bajo cuando se comparan los registros.

## **EL DAÑO A LA LUZ DE LAS ESTADÍSTICAS**

Tal como lo revelan las estadísticas, el número de personas que se hacen daño buscando el placer que las drogas procuran, es reducido si se compara con la alta cifra de consumidores habituales o esporádicos. Inexplicablemente, este mismo fenómeno se presenta en los animales de laboratorio que son sometidos a la torturante y permanente estimulación con cocaína. Solamente en el 20% se presenta la conducta

repetitiva de la droga hasta el extremo de perder el interés en otras actividades o morir como consecuencia del consumo (Kuhn et al., 2010). Si se revisan las estadísticas oficiales sobre muertes relacionadas con el consumo de drogas ilícitas o solicitudes de tratamiento y se comparan con el número de usuarios, las cifras revelan que el daño que hacen las drogas no es alto y tiende a ser estadísticamente no significativo. Importa mucho el número de personas afectadas, dado que son vidas humanas las que se malogran, pero las causas de la enfermedad o la muerte parecen estar asociadas con causas diferentes a los efectos de las drogas mismas.

La mezcla de sustancias como heroína, alcohol y cocaína es altamente tóxica, igual que la de éxtasis o las benzodiacepinas y barbitúricos con alcohol. La adulteración y la baja calidad de la heroína y la cocaína también pueden tener desenlaces fatales. La utilización de jeringuillas usadas para el consumo de heroína puede producir enfermedades mortales como el VIH o la hepatitis B, y la combinación de alcohol y marihuana en conductores de vehículos resulta con frecuencia catastrófica. Los eventos diferentes a los efectos de las drogas elevan las estadísticas de muertes y enfermedades relacionadas con su uso. Cuando se obtiene información acerca del efecto de una o varias drogas como causa única de muerte, los datos son estadísticamente bajos comparados con el número total de consumidores.

En la Unión Europea en el año 2010, con información suministrada por 17 de los 27 países de la Unión, se reportaron 7.630 muertes relacionadas con el consumo de todo tipo de droga ilícita. Durante ese mismo año 32 millones de personas consumieron drogas ilícitas como marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas y éxtasis. El 90% de las muertes estuvo relacionado con el consumo de opiáceos (OEDT, 2011). Si cerca de 32 millones de personas consumieron alguna sustancia ilícita en Europa Occidental durante el año 2010, significa que el 0,024% de los usuarios tuvo un desenlace fatal. En otros países las cifras son semejantes. Cerca de 35'692.000 personas consumieron drogas en Estados Unidos en el año 2007, año en el que se reportó la muerte de 32.000 personas por causas relacionadas con sustancias ilícitas. Dado que se relacionan homicidios involucrados con el consumo, la cifra es más alta si se compara con la de otros países, pero si se aíslan los casos ligados exclusivamente al efecto de las drogas, el porcentaje al igual que en los otros países es estadísticamente bajo (SAMHSA, 2010).

En Colombia no existen estudios consolidados sobre el número de muertes relacionadas con el uso de drogas, pero la poca información recogida hasta la



fecha permite inferir que la situación es igual a la de cualquier otro país. Durante el año 2000 se llevó a cabo un estudio en centros de atención públicos y privados de 17 ciudades que registraban información sobre muertes, lesiones y detenciones relacionadas con el consumo. El estudio tenía como objetivo medir Indicadores Indirectos del Consumo de Drogas. Incluía el alcohol. La información analizada se había recopilado en varias instituciones entre los años 1995 y 1999 e incluía informes de entidades policiales, judiciales, hospitalarias y centros de atención a consumidores. Durante los cinco años, en 123 centros de atención se reportaron 2.180 solicitudes de tratamiento y en los centros hospitalarios se atendieron 1.244 casos por urgencias. En total se reportaron 1.212 muertes relacionadas por drogas durante los cinco años. El 90% de los decesos estaba relacionado con el consumo de alcohol (Rumbos, 2001). Los análisis forenses en todos los países demuestran que en la mayoría de estas muertes la mezcla de varias sustancias es frecuente. El alcohol casi siempre está presente en las causas de muerte asociadas a las drogas.

Entre el año de 1998 y 2002, en la ciudad de Cali, la segunda ciudad de Colombia con consumo de drogas según las encuestas, se realizó un estudio que tenía como población un muestreo aleatorio de 404 necropsias de las 17.434 realizadas durante los cinco años, para determinar mediante análisis de muestras de sangre y fluidos biológicos solicitadas por los médicos forenses, la presencia de sustancias psicoactivas asociadas con las muertes violentas. Al 61% de la muestra se le solicitó análisis de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol. El 53% de las muertes tenía como causa el homicidio. Otras causas de muerte fueron las muertes naturales no atendidas por médicos, los accidentes de tránsito, los suicidios y las muertes accidentales. Los resultados mostraron que la mezcla de alcohol, cocaína y marihuana, estaba presente en el 32% de las muertes por homicidio, accidentes de tránsito o suicidio. En las muertes accidentales no se encontró vestigios de consumo exclusivo de marihuana o cocaína, pero sí en el 48% de los suicidios. En las muertes naturales había evidencias de consumo exclusivo de alcohol. En este estudio el alcohol aparece también como una sustancia con alta incidencia sobre muertes relacionadas con drogas. El costo de este tipo de investigación se señala como un obstáculo para la recopilación de información más precisa (Bravo et al., 2005). En Colombia el número de muertes relacionadas con el consumo exclusivo de una o varias drogas ilícitas se desconoce.

Así como en todo el mundo las cifras estadísticas sobre el número de muertes debido al consumo de drogas ilícitas son bajas comparadas con el número de usuarios, igual

ocurre con la demanda de tratamientos para la adicción. Se estima que durante el año 2008 una cifra cercana a 4'500.000 personas de todos los países, solicitaron atención profesional en centros o programas de rehabilitación por el consumo de drogas (ONUDD, 2010). Si en el mundo cerca de 220 millones de personas mayores de 15 años y menores de 64 consumen drogas cada año según los reportes poblacionales (ONUDD, 2008), significa que el 2% de los consumidores solicita atención. De este porcentaje una parte lo hace por orden de los tribunales. Es posible que un alto porcentaje de los usuarios de drogas no tenga ninguna dificultad con su salud ni su comportamiento altere el bienestar colectivo, aunque su opinión no sea compartida por policías, jueces, médicos ni psicólogos. Pero ignorando la información científica, las estadísticas y la experiencia, se cree como se creía a finales del siglo XIX, que en todo usuario se producen las reacciones adversas y fatales que se observan en algunos y que consumo y adicción o disfuncionalidad son semejantes.

Colombia como el resto de naciones, presenta porcentajes de solicitudes de tratamiento para cualquier droga muy pequeños comparados con el número de consumidores. En el año 2004 en el país se realizó el Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento y Recuperación Social de Consumidores de SPA, que visitó 358 centros y reportó una población de 13.021 personas en tratamiento por consumo de psicoactivos, con una edad promedio de 26 años. El diagnóstico incluyó la atención por alcoholismo (Minprotección Social, 2009). De acuerdo con los datos del último estudio realizado en el país durante el año 2008, puede inferirse estadísticamente que 540.000 personas entre 12 y 65 años habían consumido drogas diferentes al alcohol en el transcurso del año (Minprotección Social-DNE, 2009). Si se toma como referente el consumo exclusivo de drogas ilícitas, esto es, sin incluir el alcohol, el porcentaje de usuarios de tratamiento, comparado con los 540.000 consumidores, puede ser inferior al 0,5%. Cuando observamos los porcentajes con relación a algunas drogas en particular, es más claro que el efecto del daño resulta casi insignificante.

Millones de personas, por ejemplo, consumen marihuana en el mundo y solo una pequeña franja demanda tratamientos, a pesar de la imagen colectiva que el siglo XX a partir de los discursos religiosos, morales, médicos y psicológicos construyó. Enfermedades respiratorias, reproductivas, cerebrales, emocionales, problemas con las normas y como un puente hacia el consumo de drogas duras o supuestamente más perjudiciales como la cocaína y la heroína, se han señalado como las consecuencias

inevitables del consumo de marihuana. Pero el consumo durante las últimas cuatro décadas de amplias franjas de la población, ha permitido observar que los efectos negativos sobre la salud y la convivencia que se anuncian son difíciles o imposibles de demostrar. El control de las dosis y de la frecuencia del consumo parece ser el comportamiento más habitual de la mayoría de usuarios.

En Colombia, de la población de Centros de Tratamiento censada en 2004, una cifra de 3.100 personas había solicitado atención por consumo de marihuana. Si cerca de 450.000 la consumen anualmente, significa que el porcentaje de demandas de ayuda es del 0,7% (Minprotección Social, 2004). En Estados Unidos, donde en el año 2008 la cifra anual de usuarios fue de 25 millones, el 1,2% o 300.000 personas estuvieron en tratamiento, la mayoría por orden de los tribunales (CICAD, 2009). En la Unión Europea, durante 2010 consumieron marihuana 23 millones de personas y 85.000 o menos del 0,5% solicitó algún tipo de atención (OEDT, 2011).

Aún cuando el consumo se haga de forma semanal o diaria, muchas personas desempeñan sus actividades sin ninguna dificultad. Los efectos de la marihuana no parecen ser obstáculos en el trabajo, el estudio, la práctica de los deportes y el adecuado funcionamiento de los vínculos sociales en muchas personas. El 80% de los encuestados en el estudio de 2008 realizado en Colombia que dijo haber consumido marihuana, manifestó no haber tenido problemas con la integridad física ni con el trabajo ni con el estudio, así como tampoco con la autoridad o haberse visto involucrado en actos de agresión a terceros (Camacho et al., 2011).

El porcentaje de personas que manifiesta sufrir algún tipo de daño a causa del uso habitual o esporádico de la cocaína, es mucho más bajo que el que genera el uso de la heroína. También es pequeño si se compara con el número total de usuarios. En EE.UU., el mayor consumidor de cocaína en el mundo, en el año 2007 murieron 6.360 personas por causas relacionadas con el consumo de cocaína y crack. Siete millones de personas consumieron las dos sustancias durante ese año. La muertes por cocaína representaron el 20% de todas las muertes relacionadas con drogas (SAMHSA, 2009). En el año 2008, por consumo de cocaína o crack 65.000 personas solicitaron o estuvieron en tratamiento (JIFE, 2009). La cifra de muertes representa menos del 0,1% de la muestra de usuarios, y la de solicitudes de tratamiento menos del 1%. Según los informes de 21 países de la Unión Europea, en el año 2009, de los 4 millones de personas que se presume consumieron cocaína, 900 murieron por

causas relacionadas con su consumo (OEDT, 2011). El 0,023% de los usuarios. Es posible que la cifra de muertes sea mayor dadas las dificultades de recolección de la información, pero aún así, es probable que el número siga siendo bajo comparado con el número de consumidores.

Ahora bien, el por qué un usuario de drogas puede llegar a convertirse en una persona llamada disfuncional o adicto y hacerse daño, es un interrogante sin respuesta a pesar de las hipótesis explicativas de la medicina, que plantean que la adicción puede ser una enfermedad con causas biológicas vinculadas a una alteración genética de los receptores de dopamina y serotonina o que puede tener relación con la transmisión hereditaria. Farmacológicamente se sabe además que la forma como los organismos metabolizan los fármacos está genéticamente determinada. El 90% de los fármacos usados en clínica son oxidados por un sistema enzimático conocido como citocromo P-450, que se encuentra sobre todo en el hígado de los humanos. El componente genético conlleva a que en la mayoría de las personas, las enzimas del mecanismo de funcionamiento de este complejo enzimático, metabolicen o descompongan y eliminen rápidamente los fármacos, o que en una minoría el proceso sea más lento, y también que en otras, la producción enzimática sea mayor y la metabolización sea ultrarrápida. En cada caso, la cantidad de fármaco necesaria será diferente dada la permanencia de éste en el organismo (Álamo et al., 2009b). Es probable que las diferencias individuales en el consumo de drogas estén determinadas por este mecanismo.

La psicología ha argumentado a su vez, que la causa de la adicción y del consumo de drogas en general, puede residir en estructuras de personalidad que tienen un yo débil, son inmaduras afectivamente, son impulsivas y mitómanas, que convierten la droga en un objeto fetiche, están fijadas al estadio oral y tienden al narcisismo. Se cree que estos tipos de personalidad se forman en la infancia a partir de familias o figuras de autoridades confusas y desdibujadas y de sociedades caóticas. Algunos investigadores consideran que estas construcciones teóricas hacen que el adicto se conciba como una víctima de la potencia química de la droga, la estructura familiar y la organización social, y no como una persona cualquiera que está tratando de interrogarse sobre su posición en el mundo, interrogación que quizá el hábito de la droga oculta (Le Poulichet, 2005).

Pero ni las hipótesis biológicas ni las psicológicas ni las sociológicas han servido para explicar o aliviar la supuesta enfermedad de la adicción, entre otras razones,

porque inexplicablemente la mayoría de las personas que consumen drogas, sin importar la cantidad o la frecuencia de consumo, abandonan el hábito al llegar a cierta edad, tal como lo revelan las estadísticas de consumo y de tratamiento, como si existiera una especie de hastío fisiológico del consumo. Como si el funcionamiento del organismo a una edad determinada, trazara diferencias entre el placer y el hastío producido por las drogas, como si el cuerpo trasmutara la repetición incesante del placer en la insoportable sensación del hastío.

El porcentaje de usuarios habituales y esporádicos de heroína, cocaína, marihuana y estimulantes anfetamínicos se reduce significativamente a partir de los 35 años. Entre los consumidores de estas drogas, según el último Estudio Sobre Consumo de Drogas realizado en Colombia, el 70% de quienes consumieron durante el año de aplicación de la encuesta, son personas cuyo rango de edad oscila entre los 18 y los 34 años, es decir son jóvenes (Minprotección Social-DNE, 2009). El placer que brindan las drogas parece una clara tendencia de los ardores y la pasión de la juventud. La experiencia señala a su vez que la búsqueda apasionada de los placeres mengua con el paso de los años.

El consumo de drogas, de acuerdo con la evidencia del abandono voluntario del consumo, no parece pues la manifestación de un tipo de personalidad o la expresión de una enfermedad, sino la juvenil y arrojada ruptura con la tediosa rutina, que el cuerpo mismo con el correr del tiempo se encarga de morigerar. Una causa desconocida incide para que las personas abandonen el consumo de las drogas cuando están promediando la tercera década de sus vidas. Con el efímero placer obtenido con las drogas, ocurre entonces lo mismo que ocurre con todos los placeres en los seres humanos. Buscando la modificación de las fuentes y de las sensaciones de hastío, la humanidad corre de prisa tras el placer, pero una vez lo encuentra y cree haberse saciado, rápidamente el hastío fisiológico que a su vez el placer produce, retorna al sujeto a las permanentes condiciones de la realidad.

De otro lado, la edad promedio de 31 años para los usuarios de drogas demandantes de tratamiento en Europa, de 34 para los de EE.UU., y de 26 para los de Colombia, revela el hecho, aún inexplicable, de que el abandono voluntario de los placeres que permiten las drogas al ingresar a la tercera década, para algunas personas, probablemente para el 2% de los consumidores, que es el porcentaje que demanda tratamiento, les resulta difícil y en ocasiones imposible. Quizá en el futuro la genética

y la neurobiología descubran entre los senderos moleculares la interrelación que los genes y algunas sustancias cerebrales tienen con comportamientos como el consumo de drogas (Fukuyama, 2008). Los datos también indican que no toda persona que usa por primera vez heroína o cocaína, drogas consideradas altamente adictivas, se convierte en adicto inmediatamente. El 90% de quienes usaron heroína alguna vez en la vida y el 85% de los que usaron cocaína, no usaron estas drogas de nuevo o no lo hicieron durante el año de realización de una encuesta en 2009 en Estados Unidos (SAMHSA, 2009).

Igual ocurre con el consumo de marihuana, una droga que los discursos médicos y psicológicos consideran peligrosa y el camino hacia el uso de drogas más fuertes. De acuerdo con las cifras del estudio realizado en Colombia, el 75% de quienes dijeron haberla usada una vez en la vida no volvió a usarla o no lo hizo durante el año previo. El 25% la consumió durante el año de la encuesta y el 15% durante el mes anterior (Minprotección Social-DNE, 2009). La mayor parte de quienes prueban drogas no las vuelve a usar, y entre quienes las siguen consumiendo, una alta proporción lo hace de manera esporádica y controlada, manifestando con el placer obtenido una clara relación de independencia.

El uso de las drogas, una supuesta plaga que al extenderse por el planeta debe ser exterminada con todos los medios posibles, es así mismo una idea construida sobre información distorsionada, si se tiene en cuenta que solamente el 5,3% de la población mundial de 4.177'000.000 de personas con edades entre 15 y 64 años, consumió drogas ilícitas durante el año 2006 (ONUDD, 2007). Aún con una cifra más alta de consumo, como se sospecha que ocurre, puede decirse que cerca del 90% de personas entre 15 y 64 años no está interesado en consumir drogas o por lo menos no lo hizo durante el año 2006. En una proporción menor pero igualmente significativa, ocurre lo mismo con el consumo de alcohol y tabaco. A la mayoría de jóvenes, a pesar de nuestros temores, las drogas no les interesan. Tienen acceso fácil a otros objetos de placer como los alimentos, el sexo, el juego, la música, el baile, la televisión y el mundo virtual. Pero además, quienes consumen, dan muestras de un aplomado autocontrol.

Así pues, la justificación para la persecución del placer que producen las drogas, pertenece más al registro de la religión, la moral, la política, la economía y la desinformación de los medios de comunicación que al rigor de la demostración.

Los discursos políticos, médicos, psicológicos y jurídicos con supuestos argumentos científicos, se empeñan en demostrar la existencia de fármacos peligrosos que deben ser regulados y de sujetos inferiores que deben ser ayudados a dominar sus placeres. Cuando los sujetos no logran el autodomínio deben ser recluidos, convertidos y desintoxicados, aunque no existan evidencias empíricas que demuestren el daño ocasionado. Los estudios de la estadística, que como disciplina refinó el siglo XX, indican que los efectos dañinos sobre el organismo y el comportamiento son casi insignificantes. Esto lo ha sabido desde siempre la humanidad. La droga es uno más de los enemigos que inventó el siglo XX (Szasz, 1994).

Aunque el placer que procuran las drogas hace poco daño a la persona que las consume y ninguno a terceros, al usuario de drogas se le persigue como a un delincuente y se le trata como a un enfermo, tal como hasta hace poco fueron tratadas las llamadas monstruosidades de la experiencia sexual por sacerdotes, pedagogos, juristas, médicos y psicólogos. La masturbación, por ejemplo, desde el siglo V hasta finales del siglo XVIII, fue considerada por el cristianismo como un pecado y como una desviación de la ley de Dios que exigía confesión y penitencia (Brundage, 2000). Los pedagogos creían que distorsionaba el carácter si no se controlaba y todo el mundo, tanto legos como profanos, estaban convencidos de que la placentera, íntima y universal práctica producía ceguera, locura y muerte. Durante el siglo XIX el discurso médico, con supuestas pruebas científicas, convirtió la masturbación en la fuente de varias enfermedades alimentando antiguos e infundados temores (Foucault, 2001). En la misma medida que hoy los argumentos utilizados en el pasado para prohibir la masturbación se consideran concepciones erróneas y prejuicios de una época, quizá con la prohibición de la droga ocurrirá lo mismo.

Cuando la búsqueda y la obtención del placer respetan las exigencias de los otros, no se quebranta ninguna ley. Consumir drogas es una experiencia placentera, por lo tanto individual, que no atenta ni contra la libertad ni contra la vida de ninguna persona. No puede ser un delito. Tampoco es una enfermedad, porque es una acción que se elige, en la que se asumen los riesgos y las posibles consecuencias negativas de la experiencia. Aunque algunos encuentran en ella el centro de su pasión y renuncian a los lazos que la mayoría tiende con el mundo, quizá no hacen nada distinto a invertir sus energías en una sola actividad, despreciando las múltiples ofertas de la vida (Freud, 1996b). El placer que procuran las drogas es superfluo, inútil y fugaz, como todos los placeres, y sus consecuencias fatales parecen ser una ficción

contemporánea, una imagen confusa y una idea errónea que intranquiliza, infunde miedo y lleva a la toma incorrecta de decisiones.

Resultó incomprensible para el siglo XX el hecho de que las drogas produzcan bienestar y no el malestar que colectiva y erradamente se sospecha que generan (Husak, 2001). ¿No estará preparado el siglo XXI, para tranquilidad de todos, a emplear los recursos técnicos y humanos que posee para saber con certeza a cuántas personas realmente enferma o mata el abuso de drogas? ¿No se podrá utilizar esta información para difundir una imagen más concordante con los hechos? ¿Habrá llegado el momento de darle un giro a nuestras imágenes colectivas? ¿No se podrán tomar decisiones que eviten los efectos adversos de contrabando, adulteración de sustancias y violencia que produce la prohibición y la guerra a las drogas? ¿No podríamos admitir que las drogas producen un placer como cualquier otro objeto y que su persecución es ineficaz?

## BIBLIOGRAFÍA

- Álamo, Cecilio et al. (2009a). Principios básicos de neurobiología. En: Salazar, Michel et al. *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- \_\_\_\_\_. (2009b). Principios básicos en neurofarmacología. En: Salazar, Michel et al. *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Alonso-Fernández, Francisco. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Ediciones TEA.
- Brailowsky, Simón. (1999). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica. México.
- Bravo, Pablo et al. (2005). <http://www.corazoneresponsables.org> . Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Colombia Médica*, Vol. 36, No. 3, pp. 146-152. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/357/361>
- Brundage, James. (2000). *La ley, el sexo y la sociedad cristiana en la Europa medieval*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Camacho, Adriana et al. (2011). El consumo de drogas en Colombia. En: Gaviria, Alejandro y Londoño, Daniel (compiladores). *Políticas antidroga en Colombia:*



- éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- CICAD –Comisión interamericana para el Control del Abuso de Drogas–. (2009). Convenciones. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/es/tratados/convenciónunica>
- Corominas, Joan y Pascual, José. (1986). *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Editorial Gredos. Madrid.
- Damasio, Antonio. (2009). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Editorial Crítica.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson S.A.
- Escohotado, Antonio. (1994). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, Michel. (2001). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, Sigmund. (1996a). La sexualidad en la etiología de las neurosis. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. (1996b). El malestar en la Cultura. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fukuyama, Francis. (2008). *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución tecnológica*. Montevideo: Ediciones B.
- Giddens, Anthony. (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Husak, Douglas. (2001). *Drogas y derechos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jaffe, Jerome. (1980). *Vicios y drogas*. México: Editorial Harper y Row Latinoamericana.
- JIFE –Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–. Informe anual. Informes anuales desde el año 2000 hasta el 2010. Disponibles en: [http://www.incb.org/incb/es/annula\\_report.html](http://www.incb.org/incb/es/annula_report.html)
- Kalina, Eduardo y Kovadoff, Santiago. (1987). *La droga: máscara del miedo*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Kuhn, Cynthia et al. (2010). *Trabarse. La más reciente y completa investigación sobre las drogas desde el alcohol hasta el éxtasis*. Bogotá: Random House Mondadori.
- Le Poulichet, Sylvie. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lipovetsky, Gilles. (2000). *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Meana J. Rufino.(2010). Drogas y enfermedad mental. En Critica No 967. Págs. 56-59. En:<http://www.sp.upcomillas.es/sites/corporativo/Documentos%20de%20>

[la%20Uninpsi/Intervenci%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica/MEANA,%20R.%20-Drogas%20y%20Enfermedad%20Mental.pdf](#)

Minprotección Social-DNE –Ministerio de Protección Social-Dirección Nacional de Estupefacientes-. (2009). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Disponible en: [http://www.corazonesresponsables.org/estudio\\_Nal\\_completo\\_psicoactivas.pdf](http://www.corazonesresponsables.org/estudio_Nal_completo_psicoactivas.pdf)

Moizeszowicz, Julio. (2000). *Psicofarmacológica psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

OEDT –Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías–. Informe anual 2009 y 2011. (2011). El problema de la drogodependencia en Europa. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/categoría3/coopera/pdf/informe2009.pdf>

ONUDD –Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–. Informe mundial sobre las drogas. Año 2006 a 2009. (2010). Disponible en: [http://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2006/wdr06\\_spanihs\\_vol2.www.pdf](http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr06_spanihs_vol2.www.pdf)

OMS. Organización Mundial de la Salud. 2001. Informe sobre la salud en el mundo. 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/enwhr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/enwhr01_es.pdf)

Rivero, Maryelis. (2010). Un caso de legitimación y construcción de autoridad: la curarina y el farmacéuta Henrique Luis Román 1884-1914. En: Guerrero, Javier et al. (compiladores). *Historia social y cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX*. Medellín: La Carreta editores E.U., Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

RUMBOS. Programa Presidencia de la República, Colombia. (2001). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años*. En: Minprotección Social-DNE –Ministerio de Protección Social-Dirección Nacional de Estupefacientes-. (2009) Estudio Nacional de Consumo de Drogas.

SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration–. Results from the 2008, 2011 National survey on drugs use and health. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2K8NSDUH/tabs/sect1pltabs1.htm>

Schultes, Richard y Hofmann, Albert. (2000). *Plantas de los dioses. Las fuerzas mágicas de las plantas alucinógenas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Schultes, Richard y Raffauf, Robert. (2004). *El bejuco del alma. Los médicos tradicionales de la Amazonia colombiana, sus plantas y sus rituales*. Bogotá: El Áncora Editores, Fondo de Cultura Económica.

Szasz, Thomas. (1994). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Editorial Anagrama.