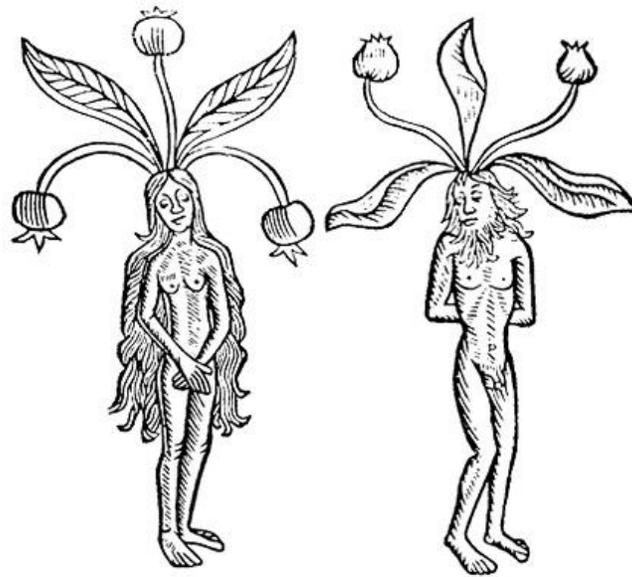


**LA DEFINICIÓN DEL ADICTO**  
**Las aproximaciones científicas al consumo de drogas**  
**Bogotá**  
**1960 - 2000**



*Mandrágoras*  
Autor desconocido  
imagen de dominio público

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE HISTORIA**  
**BOGOTÁ D.C.**  
**2016**



**LA DEFINICIÓN DEL ADICTO**  
**Las aproximaciones científicas al consumo de drogas**  
**Bogotá**  
**1960 - 2000**

**DIEGO ALEJANDRO CARO BARRETO**

TRABAJO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE HISTORIADOR

DIRECTORA DEL TRABAJO

**MARÍA FERNANDA DURÁN-SÁNCHEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE HISTORIA**  
**BOGOTÁ D.C.**  
**2016**





*La Universidad no se hace responsable  
por los conceptos emitidos por sus  
alumnos en sus trabajos de tesis. Solo  
velará por que no se publique nada  
contrario al dogma y a la moral  
católica y por que la tesis no contenga  
ataques o polémicas puramente  
personales; antes bien, se vea en ellas  
el anhelo de buscar la verdad y la  
justicia*

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de julio de  
1946



## Índice

AGRADECIMIENTOS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	9
La ciencia como práctica social y la construcción social de las enfermedades .....	9
Sobre el lugar y la contribución de este trabajo.....	16
<b>CAPÍTULO 1 MEDICALIZACIÓN Y CRIMINALIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGA 1960 – 1978</b> .....	<b>19</b>
1.1 El boom marimbero.....	20
1.2 La salud y el <i>bienestar</i> .....	21
1.3 Psicodélicos y psicoanálisis.....	28
1.4 La intervención: una enfermedad de jóvenes, una política desintegrada.....	42
<b>CAPÍTULO 2 LAS CIENCIAS MÉDICAS EN EL AUGE DEL NARCOTRÁFICO 1979 – 1990</b> .....	<b>49</b>
2.1 ¿Legalización o represión?.....	50
2.2 Reacomodación institucional.....	55
2.3 Los científicos y el bazuco .....	57
<b>CAPÍTULO 3 CIENCIA MÉDICA, NEOLIBERALISMO E INTERVENCIÓN 1990 – 2000</b> .....	<b>74</b>
3.1 Un terreno para el mercado: la perpetuación del modelo neoliberal en Colombia .....	75
3.2 En defensa de un mercado libre: vínculos entre antipsiquiatría y neoliberalismo en la obra de Thomas Szasz.....	78
3.3 La discusión científica: las drogas y el mercado .....	81
3.4 Tensiones entre ciencia y política, discurso y acción .....	88
CONCLUSIONES.....	94
BIBLIOGRAFÍA .....	101
ANEXO TRIADA DEL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL.....	110



## **Agradecimientos**

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración y el interés de varias personas. En primer lugar, debo agradecer a Jenny Milena Machetá, bibliotecaria de la Biblioteca Jorge E. Cavelier de la Academia Nacional de Medicina y al personal de la Biblioteca del Centro Distrital de Salud de Bogotá (CDS), quienes se tomaron su tiempo para ayudarme a localizar buena parte de las fuentes para este estudio y me permitieron trabajar en las instalaciones de la Academia y del CDS. También debo manifestar mi gratitud con Claudia Delgado de la Fundación Fundar, quien siempre mostró un gran interés en este estudio. Este trabajo nunca hubiera sido concretado sin la ayuda de mi directora de tesis, María Fernanda Durán-Sánchez, quien, a pesar de todos los contratiempos, me brindó su apoyo y se dedicó a la lectura cuidadosa de esta investigación. Finalmente, debo agradecer a mi familia por acompañarme a lo largo de mi formación como historiador. A todos ellos se les debe el resultado de esta investigación.



*Entre los animales es «comer o ser comido», entre los seres humanos, «definir o ser definido».*

Thomas Szasz.

*El hombre, universalmente, se droga. Podríamos aún preguntarnos si la toxicomanía no es aquello que lo define, al menos biológicamente. El hombre es un ser adicto.*

Michel Serres.



## Introducción

El propósito del siguiente trabajo es explicar el desarrollo de las aproximaciones científicas al consumo de drogas en Bogotá desde la década de 1960 hasta el año 2000, entendidas estas como un trabajo discursivo, de diagnóstico y de intervención. La explicación de las causas, la naturaleza y las consecuencias del consumo de drogas es un asunto que quedó conferido a la ciencia médica, al conformarse como un comportamiento patológico, susceptible de explicación científica y de intervención. En el curso de tres décadas, ha tenido lugar una serie de disputas y debates entre psiquiatras, psicólogos, toxicólogos y otros expertos sobre cómo abordar, desde su saber científico, un fenómeno cada vez más recurrente, a saber, una serie de sujetos que mostraban predilección por el consumo de sustancias ilegales, problema que en nuestro país empezó a hacerse paulatinamente visible a partir de la década de 1960 y que hoy parece ser una de las preocupaciones centrales de quienes formulan políticas públicas. De esta manera, el presente estudio, por un lado, se enmarca en la historia social de la ciencia y, por otro lado, aborda el tema de la droga desde una perspectiva distinta, ya que pretende profundizar en la dimensión científica del asunto; propiamente, la práctica discursiva que precede la intervención.

### **La ciencia como práctica social y la construcción social de las enfermedades**

Atendiendo a las tendencias más recientes –y también más adecuadas– en la historiografía y las ciencias sociales, la historia del discurso científico debe ser abordada de un modo particular. Este estudio no es un compendio de artículos científicos en el que se intenta elucidar una evolución en el método de disciplinas como la psicología o la psiquiatría, o en términos del sociólogo francés Pierre Bourdieu (2013, p. 13) este trabajo no constituye una «hagiografía científica», en la cual los nombres de individuos prominentes conforman una línea de continuidad invariable hacia la adecuación o hacia un indubitable avance. Por el contrario, en primer lugar, este trabajo asume una perspectiva de *discontinuidad* donde los cambios no implican necesariamente una mejora en el método o un incremento en la eficacia de la intervención, para este caso<sup>1</sup>; en segundo lugar, las ciencias médicas deben entenderse

---

<sup>1</sup> Para el caso del desarrollo de la psicología en nuestro país, Óscar Saldarriaga Vélez (2011) presenta una contribución para su estudio adoptando una perspectiva que toma en cuenta las continuidades y discontinuidades en dicho desarrollo.

como prácticas sociales, situadas históricamente y vinculadas con una estructura social que permite la producción de un conocimiento. Sin embargo, el discurso científico no es una manifestación parcial del curso de las relaciones políticas y económicas, sino que estas modifican sus *condiciones de emergencia* y no el propio discurso, por lo que el campo y el discurso científico mantienen una relativa autonomía (Foucault, 1993 p. 59; Bourdieu, 2000, pp. 11 – 15).<sup>2</sup> Para resumirlo con términos de la historiadora Diana Obregón (2003, p. 27) «todo conocimiento científico está arraigado en las formas dominantes de pensamiento de su tiempo».

Así pues, el presente trabajo establece un vínculo entre el desarrollo del discurso científico y una serie de transformaciones más generales de la sociedad colombiana -en especial el Estado-, en la medida en que el segundo elemento modifica las condiciones de emergencia del primero. De esta manera, este estudio está conformado por tres capítulos ordenados cronológicamente, en los cuales se puede ver, en conjunto, una relación entre las transformaciones sociales más amplias, como la estructura del Estado colombiano, y la producción científica del ámbito particular del consumo de drogas.

El primer capítulo empieza en 1960, momento en el cual confluyen una serie de elementos que contribuyen a darle forma a la producción científica sobre el consumo de drogas: en primer lugar, se encuentra un Estado colombiano regido por los principios establecidos por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), donde este debe ampliar su alcance para asegurarse del bienestar general de la sociedad y el consecuente aumento del crecimiento económico; dicho de otro modo, se está ante un Estado que busca conformarse como un Estado de bienestar. En segundo lugar, en esta década se produce el primer brote de cultivos ilícitos en el país, lo que emite una señal de alarma no sólo para los funcionarios del Estado, sino también para los médicos. En tercer lugar, el auge del psicoanálisis en esta época tiene incidencias notables en el saber científico, ofreciendo bases para la explicación del fenómeno del consumo de drogas.

---

<sup>2</sup> De hecho, según Foucault, disciplinas –cuyas fronteras entre sí son algo difusas– como la historia de la ciencia o la historia de las ideas se ven renovadas por el análisis del discurso, al reconocer al discurso como un dominio práctico limitado. El discurso no es un elemento que da cuenta de la generalidad de las relaciones sociales, sino que debe reconocerse cierto grado de autonomía en él (Foucault, 1993 pp. 61 – 62).

Este primer capítulo termina en 1978, dando paso a un momento distinto del cual se ocupa el segundo capítulo. Desde este punto, el auge del narcotráfico, en especial de cocaína, adquiere mayor fuerza como elemento determinante en la configuración de las relaciones de poder y la producción del conocimiento científico. Una de las consecuencias del crecimiento del tráfico de cocaína desde Colombia hacia Estados Unidos fue, en efecto, una diversificación y aumento de la oferta de drogas en el mercado negro nacional, lo que les presentó una preocupación adicional a los expertos en salud mental, ahora frente a un fenómeno adictivo que parecía crecer proporcionalmente a la oferta del mercado de drogas nacional. Adicionalmente, se empezaban a dibujar las primeras líneas de la privatización y de la desregulación mercantil a raíz de las evaluaciones negativas del modelo de «bienestar» que había sido preponderante en la década anterior. Como tercer elemento, sobre todo a partir de 1979 con el intento de integrar los hasta ahora dispersos servicios en Bogotá, se produjo una verdadera profesionalización de las disciplinas de la salud mental en Colombia, por ejemplo, al reconocerse formalmente desde el Estado la profesión psicológica y al incorporar los aportes ofrecidos por la toxicología, además de verse el emprendimiento de estudios de consumo más rigurosos con respecto a los de la década anterior. Este segundo capítulo presenta un punto intermedio entre la «época del bienestar» y una transición que se hace evidente a partir de 1990.

Lo que tiene lugar en los primeros años de la década de 1990 es la cristalización de las tentativas de la apertura económica, lo cual, en convivencia con la conciencia del fracaso de las políticas antidrogas elaboradas a partir de la década de 1970, establece nuevas pautas para la práctica científica y constituye el asunto del que se ocupa el tercer capítulo. Así, en la década de 1990 se produjo un replanteamiento y una revisión de los presupuestos con los que operaba la producción de conocimiento médico, al verse, como ya se señaló, ante una verdadera explosión del mercado y una falla evidente en los intentos por reducir el consumo y ampliar la efectividad de los tratamientos a los adictos. Al menos en el discurso propiamente científico, hay un punto de inflexión claro, pues aún existían una serie de roces entre lo que reclamaban los psiquiatras y las políticas del Estado. Esta aparente contradicción se materializa en una operación policial que tuvo lugar en Bogotá en el año 2000 cuando el gobierno distrital intervino la «Calle del Cartucho», un pequeño barrio en el centro de la

ciudad donde se sabía que se vendían drogas y el cual estaba habitado por un buen número de adictos.

Es notable, entonces, que práctica científica y configuración del Estado, conocimiento y poder social están íntimamente relacionados. El poder, no obstante, no es solamente represivo, sino que también es capaz de producir nuevas formas de relaciones y realidades. En buena parte, las reconfiguraciones en la política pública del Estado colombiano en materia de drogas ilícitas, más que representar una cristalización de las ideas psiquiátricas, son las que permitieron, hasta determinado punto, la consideración de nuevos elementos en la psiquiatría a propósito de la farmacodependencia, fueron ellas las que modificaron las condiciones de emergencia del discurso psiquiátrico sobre el consumo habitual de drogas.

La peculiaridad más notable de una historia social de la ciencia reside en que esta, al abordar el objeto (la práctica de un determinado saber científico) como un ejercicio inscrito en un entramado de relaciones de poder, permite elucidar conexiones que, si se estudiara la ciencia como un dominio autónomo frente a transformaciones más generales de una sociedad determinada, permanecerían ocultas o aparecerían muy superficialmente. Esto quiere decir que las relaciones cambiantes entre la ciencia y otros ámbitos de la actividad social son realmente opacas, pero aparecen con mayor claridad si se inscribe el quehacer de un saber científico en un conjunto de relaciones sociales más amplio. En este caso, si se quiere entender el problema del desarrollo de las aproximaciones científicas al consumo de drogas, sus preocupaciones centrales y los cambios en su discurso, su estudio no debe dissociarse de la consideración de las transformaciones del Estado colombiano y las modificaciones en su institucionalidad, las cuales, en última instancia, están estrechamente entrelazadas con la expansión del narcotráfico, sobre todo a partir de la década de 1980.

Aproximarse a las ciencias de la salud mental en su conjunto como una práctica social y como una práctica de poder tiene dos implicaciones adicionales, en especial en lo que se refiere a las fuentes: en primer lugar, los psiquiatras y los demás expertos médicos que se ocuparon de la drogadicción constituyen un grupo de poder. Según Obregón (2003, p. 30), quien está inspirada por la teoría social del sociólogo Pierre Bourdieu y el análisis del discurso propuesto por Michel Foucault, «la posesión de poder le concede a un grupo social la oportunidad para definir qué debe ser considerado como conocimiento aceptable, cuáles

enunciados deben tomarse como científicos y cuáles como no científicos»<sup>3</sup>. Bourdieu (2000, p. 14) señala que «los juicios sobre las capacidades científicas de un estudiante o de un investigador están siempre contaminados, en todos los niveles del "cursus", por el conocimiento de la posición que ocupa en las jerarquías instituidas». En otras palabras, los psiquiatras gozan de una posición privilegiada en la escala de poder de la cual son conscientes, y sus enunciados pueden orientar buena parte de la acción. En tal sentido, las ciencias de la salud mental, al alcanzar cierto grado de institucionalización, constituyen a un sujeto -el adicto- que debe ser intervenido por estrategias institucionales, usualmente llevadas a cabo desde el Estado. Lo que les otorga a los documentos aquí usados su estatus de «científicos» no es sólo su contenido –que muchas veces está provisto de juicios de valor que podrían juzgarse propios de un artículo periodístico– sino el reconocimiento de su posición. Todo juicio de la validez de una idea, al igual que la determinación de un carácter «normal» o un comportamiento «patológico», constituye una materialización de las relaciones de poder.

La segunda implicación que conlleva la adopción de esta perspectiva versa sobre la enfermedad misma. Al igual que la práctica médico-psiquiátrica, las enfermedades tampoco son entidades inmutables o ideas platónicas. Diana Obregón (2003, p. 29) explica esta cuestión con mayor precisión:

La medicina es una forma de práctica social que observa, codifica y entiende las enfermedades no como entidades trans-históricas, universales, sino en sus comunidades técnicamente organizadas y como parte de una sociedad más amplia. La medicina constituye un dominio altamente especializado de acción social, cuyos límites y contenidos son establecidos por prácticas sociales más extensas.

Es bajo este enfoque constructivista que se hace la lectura de la producción científica. Los psicólogos y psiquiatras no se limitaron a enumerar una serie de síntomas que, vistos en conjunto, constituyen la enfermedad que se conoce como «toxicomanía» o «farmacodependencia», sino que el ejercicio de estudiar una enfermedad supera las connotaciones propiamente científicas; como ya se ha dicho, lo que se busca es establecer una pauta, normalizar un patrón de comportamiento al tiempo que se patologiza otro. Así

---

<sup>3</sup> Desde luego, la explicación de la conformación de la «comunidad científica» como un campo autónomo, el establecimiento de sus límites y su posición en las luchas con otros campos es una tarea distinta a la que se propone este trabajo. El estudio de Edwin Herazo Acevedo (2015) puede resultar útil para examinar la conformación de la comunidad psiquiátrica entre 1960 y 1965.

pues, es común encontrarse con que los psiquiatras, al referirse a la farmacodependencia en un texto, también aludan a otro tipo de conductas que no tienen un carácter propiamente «médico» o «psicológico». No es raro entonces que la drogadicción apareciera asociada con conductas estrictamente criminales o «antisociales». Es así como la drogadicción no sólo es la *medicalización*<sup>4</sup> de una determinada conducta, sino también su *criminalización*. Si se tiene en cuenta esta ambivalencia, las tensiones entre la política pública y el discurso científico – como la intervención del Cartucho– resultan más comprensibles, pues el consumo de drogas representa no sólo una enfermedad, sino que también es un crimen.

Así, las fuentes utilizadas para la elaboración de este trabajo consisten en la producción psiquiátrica que ha sido localizada en distintas instituciones de la ciudad de Bogotá. La Academia Nacional de Medicina fue un importante «centro» del debate entre 1960 y 1990, de modo que organizó varios simposios y dedicó algunos números de su revista al tema del consumo de drogas en el periodo antedicho. No obstante, también se han utilizado artículos recogidos en compilaciones (como es el caso del informe de la Asociación de Instituciones Financieras (ANIF) de 1979 y el debate en el Congreso en 1994) destinadas, sobre todo, a servir como constancias de las disputas estatales y contribuciones a la elaboración de una política antidroga. Los estudios de consumo, más allá de los resultados que arrojan, también ofrecen una visión de los criterios metodológicos con los que los científicos designados abordaban el asunto del consumo de drogas. En resumen, la producción que haya sido elaborada desde el campo científico constituye la materia prima de este trabajo. Este material no es tan extenso como para plantear la imposibilidad de escoger fuentes, pero tampoco es tan escaso como para impedir la reconstrucción; de manera que este estudio constituye un esfuerzo factible.<sup>5</sup>

Es menester aclarar, adicionalmente, que este trabajo no pretende ser una historia de la política pública o los tratamientos públicos para adictos en sentido estricto. En lo que a ello se refiere, las fuentes son numéricamente menores y mucho más imprecisas. En los informes

---

<sup>4</sup> La noción de «medicalización», de acuerdo con Foucault, es un ejemplo de la relación entre poder y conocimiento. La medicalización se refiere al proceso por medio del cual un número creciente de aspectos del comportamiento humano que eran previamente considerados normales o anormales por el público en general pasan a ser asignados al control médico y redefinidos como salud o enfermedad (Obregón, 2003, p. 30)

<sup>5</sup> Y además, en otras ciudades donde también tenía fuerza el debate, como Medellín, puede encontrarse producción de este tipo.

y programas de los servicios de salud de Bogotá consultados, el asunto de las estrategias de prevención y atención a toxicomanías y farmacodependencias se revisa de soslayo. No se puede hacer una historia de algo que aún está por despegar, pese a todos los reclamos de la comunidad psiquiátrica. En rigor, una de las incomodidades recurrentes en el campo médico-psiquiátrico era la ausencia de una política integrada para prevenir el consumo y atender médicamente a quienes presentaban niveles de consumo problemáticos, vacío que aún está por llenarse. Empero, debe hacerse mención del lugar que adquieren los enfermos en la sociedad de acuerdo con los presupuestos teóricos de este trabajo; si bien el Estado le concedió un lugar relativamente marginal al trabajo de rehabilitación e intervención a la farmacodependencia, algunas estrategias –precarias, en todo caso, debido a la inacción del Estado y a la inicial imprecisión estadística sobre el consumo– intentaron llevar a cabo esta tarea, en ocasiones más o menos alejadas de las propuestas psiquiátricas.

Como corolario de lo antedicho, se tiene que el asunto del consumo no es tan novedoso como se suele plantear en las discusiones institucionales<sup>6</sup>. El hecho de que se piense que es más apropiado desplazar el tratamiento punitivo tradicional que se le ha dado al consumo de drogas –del cual no se duda en ningún momento– y en su lugar *asistir* al consumidor con el aparato de la salud pública en vista de su condición de enfermo, como si esto último fuera una propuesta de la década más reciente, proyecta la necesidad de darle un tratamiento al problema desde la historia. Con lo dicho no se pretende calificar este supuesto como ingenuo; de hecho, el propósito inicial de la investigación era identificar el momento en el que se produjo este desplazamiento de la percepción penal a las propuestas de salud pública y explicar cómo sucedió. Pero a medida que se avanzaba sobre la lectura de las fuentes –y también a medida que se encontraban textos más antiguos– la pregunta pasó a ser otra, dado que dicha transición de lo penal a la salubridad no existe y que, más bien, siempre se produjo este movimiento simultáneo de criminalización y medicalización. Esta es posiblemente la mayor contribución de este trabajo, pero cabe especificar algo más su lugar y su aporte a la historia de la ciencia en Colombia.

---

<sup>6</sup> Por ejemplo, el 14 de agosto de 2008 apareció en Caracol Radio una nota que aseguraba que el problema de la drogadicción ya era reconocido por el gobierno como un asunto concerniente a la salud pública, como si aquello no hubiera sido así en décadas anteriores. Más recientemente, en junio de 2012, el senador Juan Manuel Galán presentó un proyecto de ley en una plenaria de la Cámara para que el Gobierno reconociera la adicción «como una enfermedad», cuando esto ya estaba consignado en los estatutos de estupefacientes de 1974 y 1986.

## **Sobre el lugar y la contribución de este trabajo**

En términos generales, se puede decir que la novedad de este estudio radica, sobre todo, en su objeto. Metodológicamente, el trabajo recoge algunos aportes previos de estudios de historia de la ciencia en Colombia, que se han multiplicado en los últimos años. El ejemplo más claro es el libro *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia* (2003), como una versión ampliada de la tesis de doctorado de la historiadora Diana Obregón, que, como se ha podido observar, ha servido para construir buena parte del andamiaje teórico de este trabajo. Otro trabajo que versa sobre la construcción de una rama particular de la ciencia en Colombia es *Las fiebres del Magdalena. Medicina y sociedad en la construcción de una noción médica colombiana*, de la profesora Claudia Mónica García, en el cual explora los factores ideológicos y sociales que contribuyeron a la consolidación de la idea de las «fiebres del Magdalena» como parte de las enfermedades tropicales y su incidencia sobre la práctica médica en el país. Cabe mencionar, además, el libro de Carlos Ernesto Noguera, *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, publicado en 2003, y que muestra como las intersecciones entre el discurso médico y la política pueden elucidarse en las medidas públicas de higienización. De la misma forma, la *Historia Social de la Ciencia en Colombia* emprendida por iniciativa de Colciencias, dedica uno de sus tomos al desarrollo de la disciplina psiquiátrica en Colombia. La historia de la ciencia en nuestro país es un terreno que aún merece cuantiosas exploraciones, y una muestra de ello es que los estudios sobre el desarrollo de la psiquiatría, hasta el momento, se han ocupado de su desarrollo institucional.

Sin embargo, en el ámbito internacional pueden verse algunas iniciativas que, desde la historiografía, intentan reconstruir las aproximaciones al consumo desde el campo médico. El ejemplo más claro es la tesis de doctorado del historiador argentino Luciano Levin, *Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos para adictos en la Argentina, 1970 – 2005*, que intenta dilucidar los factores que influyeron en la conformación de unidades especializadas para adictos a las drogas en Argentina desde los pequeños apéndices en los hospitales públicos hasta los grandes centros de atención exclusivos para el tratamiento de toxicomanías o farmacodependencias. No puede pasarse por alto la obra del historiador británico Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500 – 2000*, que rastrea la relación entre la interpretación que se hizo en

occidente del fenómeno del consumo y la prohibición en gran parte del mundo, dando pie, así, al análisis de múltiples dimensiones, tanto la del consumo como la del tráfico y la legislación correspondiente.

También se han hecho esfuerzos recientes por indagar en la relación de los procesos científicos con procesos de otra índole, en especial por hallar los vínculos entre el proceso de desarrollo de una ciencia particular y los procesos de formación de un Estado. Los trabajos del historiador británico Steven Shapin son especialmente ilustrativos a este respecto.<sup>7</sup> Este trabajo también pretende contribuir a la exploración de la forma en la que el desarrollo de determinada ciencia se vincula o teje puentes con procesos de otro «orden» que discurren simultáneamente.

Este estudio constituye una continuación de la exploración de la historia de la ciencia como campo particular de la historia. Resulta pertinente sobre todo para la comprensión de un asunto social que ha suscitado múltiples controversias en los últimos años en campos distintos al del quehacer historiográfico. Profesionales del trabajo social o la psicología y la psiquiatría se han preocupado por encontrar las causas de un incremento sostenido del consumo de drogas, y este es un ejercicio que se ha repetido varias veces. Sin embargo, las reflexiones sobre su propio discurso son menos comunes<sup>8</sup>, por lo que no resulta banal una investigación histórica que permita elucidar las transformaciones discursivas y epistemológicas de una disciplina particular sobre un objeto específico.

Este trabajo espera hacer una contribución a un tema que, a pesar de haber suscitado álgidos debates durante más de treinta años, ha sido escasamente abordado desde una perspectiva historiográfica. Las reflexiones históricas sobre la forma en que la ciencia se ha aproximado a un fenómeno como el consumo de sustancias psicoactivas son necesarias si se quiere tener una comprensión cabal del problema, el cual ha incrementado su latencia en los debates contemporáneos. Se espera que este trabajo sea, además, una invitación para continuar la

---

<sup>7</sup> Véase, por ejemplo, *El Leviatán y la Bomba de Vacío* (Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2005), escrito en colaboración con Simon Schaffer; o véase, también *A Social History of Truth* (University of Chicago Press, 1994), en donde Shapin establece un vínculo entre las formas argumentativas de los científicos ingleses y la pauta de comportamiento caballeresca.

<sup>8</sup> La antipsiquiatría constituye una excepción. Es la primera corriente psiquiátrica que pone en suspenso las nociones fundamentales de la propia psiquiatría entre las décadas de 1960 y 1970. Sin embargo, en nuestro país estas reflexiones son más tardías (véase Cap. 3).

exploración de un tema que permite y merece muchas más aproximaciones no sólo desde la historia, sino desde otras disciplinas de las ciencias sociales. El acopio bibliográfico y de archivo que se presenta en este trabajo puede servir como plataforma para futuras investigaciones sobre el tema.

**Capítulo 1**  
**Medicalización y criminalización del consumo de droga**  
**1960 – 1978**

En el periodo comprendido entre las décadas de 1960 y 1970 tuvo lugar una serie de acontecimientos y modificaciones institucionales que incidieron en la conformación del discurso psiquiátrico sobre la droga y el consumidor. Por una parte, a lo largo de la década de 1970 proliferaron los cultivos de marihuana, fenómeno comúnmente conocido como «bonanza marimbera». Por otra parte, la práctica médico-psiquiátrica experimentó una serie de cambios institucionales en función de las proyecciones políticas, circunstancia que merece ser considerada para comprender las particularidades del discurso científico sobre la adicción.

### **1.1 El boom marimbero**

Entre la década 1960 y finales de la década de 1970, el sector agrícola del país –especialmente la zona norte–experimentó una crisis productiva. En departamentos como Guajira, Cesar, Magdalena y Antioquia, los precios del algodón cayeron debido a la aparición de las fibras sintéticas en el mercado; también se produjo una caída de los precios del azúcar y de las esmeraldas, produciendo una debacle en la industria azucarera y esmeraldífera en Valle del Cauca y Boyacá. (Betancourt y García, 1994, p. 45). La entrada de los llamados Cuerpos de Paz al país, provenientes de Estados Unidos, durante la presidencia de John F. Kennedy (1961 – 1963) y como parte del despliegue estratégico de la Alianza para el Progreso, que tenía como primer propósito la tecnificación de las actividades agrícolas, desembocó en el incremento de cultivos de marihuana para abastecer la cada vez mayor demanda del mercado norteamericano. De este modo, el crimen organizado, dedicado otrora al contrabando de bienes como licor o cigarrillos, había encontrado en la marihuana una actividad más rentable. Betancourt y García (1994, p. 50), siguiendo el informe del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS) sobre la presencia de cultivos de marihuana en la Guajira, indican que para 1974 el 80% de los agricultores cultivaban marihuana –con especial concentración en el sur del departamento– debido al crecimiento considerable de los salarios en comparación con lo que se podía obtener mediante otro tipo de actividad agraria.

Ante la presencia de droga en las calles de Estados Unidos, el presidente Richard Nixon (1969 – 1974), en 1971, accionó una serie de estrategias para cortar el suministro de droga proveniente del exterior, en especial de la marihuana y de la heroína. Nixon proponía, ante todo, razones morales para perseguir el tráfico y el consumo de drogas (Davenport Hines,

2003, pp. 405 - 406)<sup>9</sup>. Este pánico moral se desató como consecuencia de una serie de escándalos relacionados con el consumo de droga. En mayo de 1971, los congresistas Robert Steele y John Murphy presentaron un informe en el cual se indicaba que un 15% de los soldados en servicio en Vietnam eran consumidores asiduos de heroína. Murphy también argüía que los soldados que cometían actos de brutalidad en Vietnam –como violaciones y robo– lo hacían bajo los efectos de la marihuana (Zinberg, 1979, p. 78). Así, en 1973 se creó la Administración Para el Control de Drogas (*Drug Enforcement Administration* – DEA por sus siglas en inglés) como un apéndice del Departamento de Justicia para perseguir el contrabando y el consumo de drogas ilícitas.

Como consecuencia de las medidas persecutorias propulsadas por Nixon para intentar interrumpir el tráfico de drogas –sobre todo marihuana– hacia Estados Unidos, varios contrabandistas debieron abastecer el producto en el mercado colombiano. De este modo, la marihuana entró en circulación en las calles de las ciudades de Colombia, o al menos eso es lo que señalan varios psiquiatras de la época. A esto se suma otra coyuntura que debe ser tenida en cuenta en este análisis: la conformación de un sistema de salud para atender la mayor preocupación del estado: la búsqueda del desarrollo y el bienestar.

## **1.2 La salud y el *bienestar***

La política sobre el problema de la droga no fue el único ámbito en el cual el Estado colombiano tenía como referente a Estados Unidos. En materia de salud, se produjeron varias modificaciones institucionales encaminadas a agilizar los servicios, ampliar la cobertura y asegurar un nivel estable del presupuesto. Después de la Segunda Guerra Mundial, y en relación con la redistribución geoestratégica subsecuente, tomó fuerza el concepto de «bienestar», entendido como un avance progresivo hacia la prosperidad económica que mejoraría varios ámbitos de la vida social, de manera que el aparataje estatal se convirtió en un vehículo que garantizaría el camino hacia tal fin. En la Reunión de Ministros de Salud de Latinoamérica en 1963, para sintetizar las directrices del modelo de planificación institucional, se afirmaba que «una población sana y activa es fundamental para la economía

---

<sup>9</sup> Entre otras cosas, Nixon veía en la marihuana un elemento desestabilizador para el orden tradicional americano, de manera que una de sus propuestas fue borrar el «legado de Woodstock», un festival *hippie* en el que Nixon vio la manifestación de la decadencia moral de la clase media estadounidense (Davenport-Hines, 2003, p. 406).

y el progreso social [...] la salud es por tanto un componente esencial del desarrollo y el nivel de vida» (Yepes, 1990. p 154).

En contraposición con los conceptos tradicionales de «salubridad» o «saneamiento», el *estado de bienestar* implicaba una concepción más amplia de las prácticas sanitarias. Por una parte, dicho concepto daba a entender la salud como una inversión para el incremento productivo y no como un gasto, de manera que se esta se conformaba como un sector de la economía del cual debía ocuparse el estado. Por otra parte, este concepto de estado de bienestar comprendía no sólo a la estatalidad como tal, sino un estado de la sociedad y el individuo en varios ámbitos: la salud física, mental y ambiental del ser humano es indispensable si se quiere lograr un superávit productivo (Quevedo, Miranda y Hernández, 1993, p. 249). Además, la consideración de la incidencia del ambiente en la salud era un elemento que no existía en el modelo higienista, el cual constituía el referente previo para implementar políticas y programas de salud en el país.

En rigor, el modelo higienista difería del enfoque de salud pública en el sentido en que este entendía al individuo y al ambiente como esferas aisladas. El higienista norteamericano Milton Rosenau (1869 – 1946) señalaba que la categoría de higiene se refería a las personas, mientras que el saneamiento comprendía únicamente el entorno (Quevedo, 1993, p. 250). En términos operacionales, la salud pública veía a las personas y al ambiente en conjunto; una intervención aislada del individuo con respecto al ambiente o viceversa, se revelaba insuficiente para el tratamiento de cualquier enfermedad, dado que, bajo la óptica que luchaba por imponerse, la enfermedad surgía de la imbricación de estos dos elementos. Estas prácticas higienistas funcionaron incluso en el terreno del control de sustancias. El caso más notable es el del control sobre la producción y el consumo de chicha a finales del siglo XIX y principios del XX, en el cual las restricciones punitivas a la venta y al consumo constituían el horizonte de la acción.<sup>10</sup>

Las aproximaciones higienistas a la enfermedad también se revelaron menos adecuadas para el modelo de salud que se pretendía consolidar. Con la transición paulatina del modelo higienista al modelo de salud pública –que en la práctica psiquiátrica significó la transición

---

<sup>10</sup> Para obtener una visión más profunda de las prácticas higienistas en torno a la chicha en este periodo, véase Noguera (2003).

del modelo manicomial al modelo de hospitalización e intervención terapéutica ambulatoria–, la base conceptual tradicional para aproximarse a la enfermedad empezaba a ser inadecuada para las prácticas higiénicas. De este modo, se optó por el uso del concepto de «enfermedad multicausal». Con el modelo de salud tomando como guía principal el desarrollo de la ciencia estadounidense, la publicación del libro *Preventive Medicine for the Doctor and his Community* del profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard Hugh R. Leavell y del epidemiólogo E. Clark en 1958 propuso una nueva forma de entender la enfermedad. Este consideraba factores ecológicos en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad, que no brotaba del individuo mismo sino de la interacción con su entorno. La concepción multicausal se fundaba, según el médico Francisco Yepes (1990, p. 56) sobre una transposición de conceptos propios de la ecología y las ciencias ambientales a las ciencias de la salud. El autor describe y aprecia esta situación de la siguiente manera:

Es fácil deducir que, si los «factores ambientales» y los del agente solo establecen conexiones externas con el huésped o factor humano, se puede actuar fácilmente sobre ellos con medidas tipo ecológico sin necesidad de intervenir en la organización social. Así entendido el problema, ni la historia de la comunidad, ni sus formas de organización social, estarían comprometidos en la definición del perfil patológico de una comunidad específica y todo ajuste debe hacerse centrado en los desequilibrios del ecosistema para devolverle la funcionalidad, de la cual depende la salud, como equilibrio entre el agente, huésped y el medio ambiente (1990. p. 156).

Como un contraste evidente con las políticas higienistas que tuvieron resonancia en Colombia hasta las primeras décadas del siglo XX, la salud debía conformarse como un problema técnico, de manera que se requería de un personal altamente capacitado y especializado en higiene y en salud pública, personal que se formaba en su mayoría en universidades estadounidenses como Harvard y la Universidad Johns Hopkins, que entonces se ubicaban a la «vanguardia» de la asistencia en salud y, siguiendo los parámetros implementados en Estados Unidos, conformaban comunidades académicas en el país -como sucedió con la creación de la Escuela de Salud Pública de Medellín- (Quevedo, Miranda y Hernández, 1993, pp. 254 – 255). El punto de partida para la estructuración del modelo norteamericano fue el concepto de *salud pública* (*public health* en inglés). La higiene era una práctica que abarca acciones sobre el individuo y sobre el ambiente, pero en el plano operacional este ejercicio se mostraba frágil. En términos de Quevedo «La higiene dice en teoría lo que la salud pública llevará a la práctica» (1993, p. 254).

De este modo, desde finales de la década de 1950, se venían proponiendo una serie de reformas para eliminar los rezagos de las antiguas prácticas higienistas de corte francés y consolidar un sistema moderno, tomando como punto de partida las estructuras del modelo norteamericano de salud. Dichas reformas se profundizaron paulatinamente hasta que, a mediados de la década de 1970, se adoptó un sistema de salud a nivel nacional que adscribía a todas las entidades que prestaran los servicios correspondientes (Pulgarín Reyes, 2007). Estas reformas conllevaron no sólo la modificación de las dimensiones técnicas del servicio de salud, sino también varias transformaciones conceptuales en vista del objetivo del Estado colombiano y el Distrito Especial de Bogotá. Estas fueron las condiciones que dictaron la manera de implementar los programas para la salud.

Estas variaciones institucionales y conceptuales tuvieron incidencias en el terreno de la disciplina psiquiátrica, la cual experimentó cambios importantes en cuanto a sus procedimientos y reglas. En primer lugar, el *boom* de la psicofarmacología les permitió a los psiquiatras explorar nuevos métodos de tratamiento que amenazaban con sustituir los procedimientos precedentes. Uno de los avances más importantes en el terreno de la psicofarmacología fue la implementación de los benzodiazepinas, como el clordiazepóxido y el diazepam; esta exploración se dio a raíz de las limitaciones del uso de barbitúricos para tratar trastornos mentales, pues su campo de posibilidades terapéuticas era estrecho y había un alto riesgo de producir dependencia en los pacientes. (Kirkby, 2007). El descubrimiento de los fármacos no sólo tuvo lugar en las facultades de medicina y los laboratorios universitarios, sino que muchos de los avances fueron posibles gracias al financiamiento de la industria farmacéutica. (Tansey, 2007)<sup>11</sup>.

Estos descubrimientos psicofarmacológicos permitieron a los psiquiatras poner en entredicho los esquemas anteriores, propios del sistema manicomial, en el cual el enfermo mental no era sujeto de tratamiento o sujeto de derecho. En los manicomios u hospitales psiquiátricos

---

<sup>11</sup> La coyuntura actual permite ver, en este ámbito de las relaciones entre saber y poder, que la industria farmacéutica ha tenido incidencia directa en los movimientos que buscan legalizar la marihuana. Según algunas estimaciones (las cuales se pueden hallar en <http://www.portafolio.co/tendencias/marihuana-mejor-inversion-decada-56324>), el negocio de la marihuana ha tenido un crecimiento realmente sorprendente en la última década. Empero, para el estudio actual, ha sido más bien difícil localizar evidencia empírica que permita constatar con contundencia el papel de la industria farmacéutica en el discurso de la legalización si bien esto parece una realidad incontrovertible. Como ya se ha dicho, esto es algo más reciente y es un esfuerzo investigativo que aún debe llevarse a cabo.

hegemónicos, las personas eran sometidas a largos periodos de internación y no recibían tratamiento con fármacos. En vista de que los benzodicepinas podían usarse para tratar enfermedades mentales con mayor éxito que otros fármacos que le precedieron, en la medida en que ya no se necesitaba internar a los pacientes por largos periodos, de manera que se produjo una transición paulatina del modelo hegemónico de institución psiquiátrica o modelo manicomial, a un modelo descentralizado, ambulatorio y con hospitalización parcial, en contraste con el enclaustramiento típico del modelo manicomial. (Ardón y Cubillos, 2013, p. 14). Según el psiquiatra Kenneth Kirkby (2007, pp. 1445 – 1449) la introducción de los psicofármacos a mediados de siglo contribuyó a un proceso de desinstitucionalización y de «alivio del sufrimiento» de los pacientes, que entonces se encontraban recluidos en los centros manicomiales a la manera que lo estaban los tuberculosos o los leprosos en sanatorios específicos. Estos ajustes fueron percibidos por los psiquiatras como una merma paulatina del sufrimiento, la cual se puso de manifiesto, por ejemplo, con la eliminación del método del chaleco de fuerza en la segunda mitad del siglo XX.

Este alivio del sufrimiento que, en teoría, comportaba la incorporación de nuevas herramientas que sustituirían a los hospitales psiquiátricos por métodos descentralizados y más «humanos», como los tratamientos ambulatorios, es ambivalente. Por una parte, los adictos nunca fueron atendidos en centros manicomiales y se abogó por la implementación de psicoterapia de grupo y ciclos de hospitalización; por otra parte, tampoco llegó a consolidarse una política de atención a los consumidores problemáticos (véase apartado 1.4). En todo caso, y a pesar de una notable ambigüedad en el tratamiento de la salud mental, las relaciones médico-paciente tradicionales sí se vieron afectadas por la transición de esquemas, en particular con las pugnas entre corrientes del pensamiento en el campo médico.

Por ahora, es pertinente mencionar que la antipsiquiatría fue la corriente que, teniendo como portaestandartes a autores como Ronald Laing y Thomas Szasz, cuestionó con mayor fuerza el modelo del hospital psiquiátrico, propugnando un traslado de la atención de enfermedades mentales a los hospitales convencionales. La corriente de la antipsiquiatría fue la primera, desde las entrañas de la propia disciplina, en poner en entredicho el concepto de enfermedad mental y en entender la psiquiatría como una práctica de poder. Sin embargo, no existe la evidencia suficiente que indique que el movimiento antipsiquiátrico tuviera una resonancia

considerable en Colombia durante el auge del paradigma psicoanalítico más allá de las primeras y poco numerosas comunidades terapéuticas que se encargaron de las tareas de rehabilitación, sustituyendo la labor de los hospitales. Por el contrario, los psiquiatras colombianos se ceñían sin disconformidad al concepto de enfermedad mental para describir el abuso de drogas.

Sin embargo, una corriente que sí había logrado abrirse campo en la psiquiatría en Colombia –y en general, que se encontraba en auge en la comunidad psiquiátrica mundial– fue la del psicoanálisis. En la década anterior, concretamente en 1956, se había conformado el Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Colombia, fundado por el médico José Francisco Socarrás (1907 – 1995) a su regreso de Francia –y como miembro de la Sociedad Psicoanalítica Francesa– y sus discípulos (Peña Correal, 1993, p. 36). Más tarde, en 1962, bajo el liderazgo de Arturo Lizarazo –considerado el primer psicoanalista profesional de Colombia– se fundó la Asociación Psicoanalítica de Colombia (Peña Correal, 1993, p. 35). El psicoanálisis trajo varias consecuencias para la práctica psiquiátrica en Colombia; planteó una alternativa a los esquemas tradicionales de diagnóstico y tratamiento. En primer lugar, Arturo Lizarazo, inauguró la psicoterapia en el país. En segundo lugar, estos métodos lograron abrirse campo en la Academia, y la teoría psicoanalítica se convirtió en la corriente predominante del momento. En palabras de Eduardo Peña Correal «para muchos la teoría psicoanalítica se convirtió en la psicología» en la medida en que:

el psicoanálisis considera que a los fenómenos psicológicos hay que entenderlos tanto en términos de las interacciones de los individuos con otras personas, como en el efecto acumulativo de tales interacciones sobre el comportamiento actual; sin embargo, y consistentemente con las filosofías mentalistas, los psicoanalistas intentan explicar e interpretar fenómenos psicológicos en términos de principios internos de carácter psíquico, tales como las fuerzas inconscientes, la vida mítica y los instintos de muerte, el yo, el ello, el superyó. (Peña Correal, 1993, pp. 36 – 37)

Si bien el propósito central no es hacer una historia minuciosa del psicoanálisis, su auge en este momento reclama detenerse en la exposición de sus presupuestos fundamentales, con el fin de esclarecer las repercusiones que tuvo en la producción psiquiátrica. Aunque tuvo su periodo de auge a partir de la segunda mitad del siglo XX en Colombia, el psicoanálisis intentó consolidarse a finales del siglo XIX de la mano de Sigmund Freud, discípulo del neurólogo francés Jean-Martin Charcot, y el médico Josef Breuer. La teoría psicoanalítica proponía la existencia del inconsciente –una existencia virtual, incapaz de detectarse en el

cerebro o en el organismo— que «almacenaba» los deseos reprimidos del ser humano, de manera que buena parte de la acción humana era la manifestación de los impulsos reprimidos que luchaban contra la coacción. El trabajo del psicoanalista consistía en lograr que el paciente hiciera explícitos estos impulsos, con tal de que desaparecieran. Así, el psicoanálisis no sólo es un procedimiento médico, sino que pretende ser una ciencia en sí misma y ofrecer una interpretación general de la acción humana y de lo social (Hoyos Vásquez, 2011, pp. 115 – 131).

El psicólogo Rubén Ardila, quien se ha dedicado a estudiar la historia de la psicología en Colombia, coincide también en que la corriente predominante desde 1960 hasta 1970 fue la del psicoanálisis. Señala al respecto que en esta época

Predomina el psicoanálisis, por obra de médicos psiquiatras que fueron los profesores y decanos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional, el único centro de formación profesional de psicólogos que existió en Colombia entre 1947 y 1962. Estos médicos psiquiatras dieron un énfasis clínico al trabajo investigativo. Esta etapa psicoanalítica se extendió hasta comienzos de la década de 1970. (1999, p. 62)

Se puede decir que el psicoanálisis conformó, por utilizar un término del historiador de la ciencia Thomas S. Kuhn, el *paradigma* de la psiquiatría de entonces, entendido este como el conjunto de reglas que sirven como guía para las prácticas posteriores en una disciplina determinada. (Kuhn, 1962, p. 10 – 11).

No obstante, el hecho de que los modelos psicoanalíticos se consolidaran como la base para la investigación y la práctica médica no quiere decir que fueran reconocidos en términos formales. Si bien se alcanzó cierto grado de institucionalización de la práctica psicoanalítica, como ya se señaló, la especialización y la profesionalización y el reconocimiento ante el Estado constituyen un fenómeno más tardío<sup>12</sup>. Aunque la transición de un enfoque higienista a uno de salud pública tuvo cierto impacto en la aproximación a la enfermedad mental, este asunto todavía tenía un lugar marginal en la empresa de consolidación y centralización de las acciones sanitarias.

En todo caso, la ausencia de un vínculo directo con el Estado no impidió que psiquiatras y psicólogos se dedicaran al estudio de las alteraciones mentales. A lo largo de la década de 1960, tuvo lugar una prolífica serie de publicaciones de estudios psicoanalíticos sobre el

---

<sup>12</sup> Por ejemplo, la psicología no fue reconocida como profesión sino hasta 1983 (véase Cap. 2).

consumo de estupefacientes, por parte de psicólogos, psiquiatras y otros científicos médicos. Estos estudios no sólo se encargaban de presentar las propiedades farmacológicas de las sustancias en cuestión, sino que trazaban, adicionalmente, el perfil del consumidor. Vale hacer una precisión antes de exponer dichos textos; varios de ellos corresponden a tesis que fueron presentadas en universidades extranjeras (o de otras ciudades del país), pero que fueron recogidas por Humberto Roselli en su *Historia de la Psiquiatría en Colombia* de 1968<sup>13</sup>, cuando las pugnas en la comunidad médico-psiquiátrica en torno a la salud mental estaban en ebullición. En efecto, el propósito aquí es hacer una lectura bajo una luz distinta.

### 1.3 Psicodélicos y psicoanálisis

Diana Obregón (2003, p. 30), inspirada en los aportes foucaultianos, define la medicalización como una manifestación de la relación entre saber y poder, la conformación de un nuevo tipo de conducta. Así,

La noción de «medicalización» es un ejemplo de la relación entre poder y conocimiento. La medicalización se refiere al proceso por medio del cual un número creciente de aspectos del comportamiento humano que eran previamente considerados normales o anormales por el público en general pasan a ser asignados al control médico y redefinidos como salud o enfermedad.

En la década de 1960, varios psiquiatras colombianos, a través de su producción intelectual, confirieron un lugar específico al consumo de drogas; en concreto, una enfermedad mental.

En 1961, el químico farmacéutico Guillermo Cano publicó el estudio *La marihuana y sus peligros*, el cual había sido presentado como su tesis doctoral en la Universidad de Antioquia. Cano, además de hablar en detalle sobre las propiedades botánicas del cáñamo –del cual se extraen los cogollos que tienen el componente psicoactivo–, exponía los resultados de su uso en animales y contrastaba su consumo con la ingesta de bebidas alcohólicas. En contraposición con dichas bebidas, –las cuales, en su variante fermentada también habían sido blanco de prohibiciones–, señalaba Cano que:

Es de suprema importancia saber que los licores de alto contenido alcohólico antagonizan los *efectos psíquicos* de la marihuana por lo que el consumidor trata de evitarlo, esto nos explica el por qué se prefiera la marihuana por los *presidarios* y las personas que no pueden

---

<sup>13</sup> El trabajo de Humberto Roselli constituye uno de los primeros esfuerzos por trazar la historia de la disciplina psiquiátrica en nuestro país. En este caso, el libro se vale de fuentes primarias muy valiosas y dicentes para este trabajo, si bien el análisis histórico que presenta se distancia en forma importante del ejercicio que se pretende aquí.

emborracharse con licores. Esto constituye a mi modo de ver uno de los problemas principales en que radica la peligrosidad de la marihuana en nuestro país (Cano, citado en Roselli, 1968. pp. 394 – 395).

En 1965, Francisco Ardila Rodríguez presentó su trabajo *Aspectos Médico-Legales y Médico-Sociales de la Marihuana* en la Universidad Central de Madrid (hoy la Universidad Complutense de Madrid) como tesis de su doctorado en medicina. En este estudio, Ardila consideró no sólo los mencionados «efectos psíquicos» y la sintomatología del consumo habitual, sino que también, de manera similar a Cano, estableció un perfil de los consumidores de cannabis:

Los habituales de la yerba son gente de bajos fondos, cargadores, hampones, pequeños contrabandistas, braceros, vendedores ambulantes, homosexuales reconocidos, prostitutas de bajo cuño, delincuentes mayores habituales (atracadores y ladrones), asaltantes, bandoleros, población carcelaria masculina y femenina, bogas, choferes, pequeños artesanos [...] (Ardila, citado en Roselli, 1968. p. 396).

En este sentido, Ardila fue muy específico. No sólo se tomó la molestia de enumerar quienes eran estos *habitués* de la marihuana, sino que profundizó en el perfil de los consumidores basado en las estadísticas de personas sancionadas por porte o consumo de la yerba: «Es vicio e infracción del sexo masculino (1525 hombres y 99 mujeres infractores de 1961 a 1964); las edades más afectadas son las comprendidas entre los 18 y los 30 años [...] una notable diferencia se nota entre solteros y casados (1411 por 230 infractores)»; añadía que era un vicio propio de las grandes urbes. Finalmente, advertía que su consumo se estaba convirtiendo en un problema ascendente, al decir que «Goza de popularidad entre gentes cultas de la nueva ola y se han presentado casos de consumo en reformatorios de menores y en colegiales; es un vicio en etapa expansiva» y atribuía dicho fenómeno al hecho de que Colombia fuese «un país subdesarrollado con síntomas de un cambio social mal encauzado [...]» (Ardila, citado en Roselli, 1968. p. 396). El hecho de que no fuera sólo el hampa quien consumiera marihuana, sino que dicho consumo se extendiera entre las «gentes cultas» era, para Ardila, una manifestación del subdesarrollo. Si la droga es una amenaza para los procesos productivos, el perjuicio a los mejores hombres y no tanto al hampa de las ciudades era uno de los mayores temores de los expertos de la salud mental.

En la sección «Cosas del Día» del diario *El Tiempo* publicado el 28 de junio de 1968 (varios meses antes del simposio de la Academia Nacional de Medicina) se presentó una nota que aseguraba que el consumo de marihuana se había vuelto muy popular entre los jóvenes:

Entre nosotros –y las autoridades lo saben, como lo sabe todo hijo de vecino, la *hierba maldita* crece hasta en los parques y los lotes de engorde. Se negocia en cafetines y calles, en las aulas universitarias y en los campos de deporte [...]. La marihuana se está convirtiendo en una competencia para los cigarrillos, sin duda menos alevosos y más inocentes (*El Tiempo*, citado en Roselli, 1968, p. 398).

Es decir, lo que estaba mal visto era, como una sustancia ilegal, el consumo de marihuana. Otras drogas, como el mencionado cigarrillo, hacen parte de una conducta legitimada, en el sentido de que los cigarrillos comportan un daño menor.

El 2 de Julio de 1972, apareció también en *El Tiempo* un artículo del psiquiatra Miguel Echeverry titulado «Cómo salvar a los hijos de las garras del vicio», en el cual recogía el testimonio de un joven que consumió marihuana algunas veces, y luego formulaba un diagnóstico causal. Echeverry identificaba dos tipos de causas para la drogadicción:

Dos grandes grupos conforman las causas de las toxicofilias: las personales y las ambientales. Las ambientales están constituidas por las familiares, las sociales, las laborales y las epidemiológicas. Y las personales, por las psicológicas, y las perversiones de los instintos y la predisposición hereditaria

Como causas ambientales se pueden enumerar las siguientes: desavenencias conyugales cotidianas, antagonismos de los esposos, con incompatibilidad de caracteres, agresión física como moral, desarmonía constante, frecuentes amenazas de abandono (1972, 2 de julio. p. 5A)

Así, para Echeverry, la toxicomanía en los jóvenes era la expresión de un ambiente desestructurado o disfuncional que ponía en crisis el desarrollo «normal» de la personalidad: «Un joven sometido a todas estas expresiones negativas cae muy fácilmente en la angustia e inestabilidad de la personalidad». Después del diagnóstico, Echeverry ofreció señales para identificar a un joven toxicómano: «El pelo largo, las barbas, el vestido estrambótico y la conducta extravagante no son equivalentes de toxicomanía juvenil. Pero casi el ciento por ciento de los jóvenes toxicófilos usan cabellos largos, barbas, vestidos estrambóticos y tiene conducta extravagante» (1972, 2 de julio. p. 14).

El consumidor se estaba conformando como un sujeto que debía ser intervenido. Como se pudo ver, el criterio para definir a un adicto era muy amplio y no se basaba en la frecuencia del consumo como sucede con los estudios contemporáneos. En cambio, el sólo hecho de consumir sustancias psicodélicas era motivo de preocupación y, consecuentemente, de intervención. Sumado a ello, se daba por hecho que el consumo de sustancias específicas era propio de un grupo determinado; en este caso, era una conducta propia del proletariado

urbano y, en un número cada vez más grande, de jóvenes de todas las clases sociales que necesitaban solventar alguna flaqueza emocional.

El tema del consumo de drogas despertó cierta preocupación en la comunidad psicoanalítica institucionalizada. En la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 19 de septiembre de 1968, tuvo lugar un simposio a cargo de la Asociación Psiquiátrica de Colombia para discutir los peligros de la marihuana y el LSD en la juventud. Los encargados de las tres ponencias fueron los médicos Alfonso Martínez Rueda (1917-1993), Arturo Lizarazo y José Francisco Socarrás, todos miembros de sociedades psicoanalíticas. Ajustándose más o menos a la estructura de los estudios enumerados anteriormente, las presentaciones detallaban los aspectos farmacológicos de las sustancias, sus efectos sobre el cuerpo y la mente y, ulteriormente, establecían un perfil del consumidor. Alfonso Martínez Rueda, en su ponencia *Los peligros del LSD y otros alucinógenos*, describía sus efectos como «Deformaciones de las percepciones sensoriales» dado que los usuarios experimentaban una «sensación de expansión de la conciencia» (Martínez Rueda, 1968. p. 3). El ponente admitía saber muy poco sobre el LSD y otras drogas alucinógenas, pero se basaba en algunos estudios previos y testimonios de usuarios para determinar los rasgos del consumidor asiduo. Martínez Rueda recogía el testimonio del banquero neoyorquino Gordon Wesson, quien con su esposa había experimentado con hongos alucinógenos en México. «Ante todo, vi formas geométricas angulares, nunca circulares, ricamente coloridas», contaba Martínez Rueda citando a Wesson, «Después tomaron una estructura arquitectónica, con columnas o [alquitrabes] patios de un esplendor real, edificios con brillantes colores de oro, ónix, ébano, todo lo más armonioso e ingeniosamente concebido y de una magnificencia que sobrepasa la imaginación humana. Ahora aparecía claramente porque otras personas nos decían que los hongos conducen ahí donde está Dios». (Martínez Rueda, 1968. p. 3). Adicionalmente, se remitía a un estudio que apareció en *The American Journal of Psychiatry* ese mismo año, en el cual, según Martínez Rueda, algunos consumidores asiduos, sin estar bajo el influjo de la droga, aseguraban poseer facultades extraordinarias como encender fuegos con la mente y volar. (Martínez Rueda, 1968. p. 3).

Con una recolección semejante, el autor atribuía el consumo de drogas psicodélicas a factores inconscientes y, ante todo, una carencia afectiva que era solventada por las propiedades casi

mágicas de la droga. O incluso podía caerse en el vicio como resultado de un mero impulso curioso, lo que, en últimas, fue la motivación de Wesson para aventurarse a la experiencia alucinógena. Los adictos «buscan con la droga psicodélica suplir estas deficiencias y perder el sentimiento de profunda soledad que los atormenta» (Martínez Rueda, 1968. p. 4). En su estudio *generalidades psicodinámicas sobre toxicomanías*, volvía sobre este vacío emocional: «El toxicómano se encuentra ante un apremio instintivo tan precoz como las necesidades orales a las que está psicológicamente muy fijado» Ante esta constante búsqueda por suplir esta deficiencia, el adicto se recogía sobre sí mismo, estableciendo «Una dependencia extrema del objeto sustituto [...] tanto que para su obtención se puede caer fácilmente en conducta antisocial» (Lizarazo, 1968. p. 1). Tanto Martínez Rueda como Lizarazo se preocuparon por distinguir la toxicomanía de otras formas de consumo, en especial el consumo ritual entre los pueblos indígenas y el consumo con fines curativos, para paliar una dolencia; el abuso de una sustancia no se parecía a los usos rituales de «la más remota antigüedad» referidos por Martínez Rueda, sino que, más bien, había una intencionalidad algo más «oscura» detrás; por el contrario, su ingesta precipitaba al malestar. Por tanto, esta forma de consumo correspondía a , una disposición premórbida, un impulso que no nace de alguna forma ritual o la necesidad de mitigar una dolencia. En palabras de Arturo Lizarazo:

La causa, por supuesto, no reside en la droga sino en la *personalidad premórbida* de quien la usa: en el sujeto normal que la utiliza por necesidad médica no tiene repercusiones posteriores, pero en el adicto el primer objetivo lógico para su empleo se convierte en «malestar precipitante» y la droga adquiere el valor de un verdadero hallazgo al que se adosan tenazmente las significaciones antedichas (Lizarazo, 1968. p. 1) [cursivas propias]

El intento por establecer una forma particular del consumo fue el punto de partida para constituir un nuevo sujeto. Los autores tenían claro que, por ejemplo, el hábito de fumar marihuana entre jóvenes de las grandes ciudades, no se parecía en nada al consumo de sustancias similares entre los pueblos indígenas; es decir, no poseía ninguna connotación ritual. Martínez Rueda citaba la *Historia General de las Cosas de Nueva España* del misionero franciscano español Bernardino de Sahagún, quien describía un ritual de consumo de hongos entre los indios de la Nueva España durante la conquista de México en el siglo XVI (Martínez Rueda, 1968, p. 1). Después se remitía a la *Historia de las Plantas de Nueva España* de Francisco Hernández, médico de Felipe II, en la cual también se hacía referencia

a la «locura» causada por comer ciertos hongos (Martínez Rueda, 1968, p. 2). El consumo descrito por los ponentes tampoco tiene fines médicos. Martínez Rueda y Lizarazo también dejaban claro que el toxicómano no consumía marihuana o drogas psicodélicas con el fin de curarse de una enfermedad –al contrario, era una-. De este modo, el sujeto adicto se caracterizaba por ingerir psicoactivos con una disposición mórbida.

Es notable, además, que el consumo de drogas era abordado por estos autores como un asunto puramente mental, aparte de los malestares orgánicos que quedaban como consecuencia de un consumo regular. Una de las particularidades del psicoanálisis es que no abrazó tan ingenuamente, al menos de entrada, los pretendidos avances de la psicofarmacología. El filósofo Guillermo Hoyos Vásquez (2011, p. 125), quien también mostraba interés por los asuntos de la psicología, señala que «la autorreflexión psicoanalítica no puede ser reemplazada por una psicofarmacología que pretenda reducir la materialidad de la psique a *energía* instintiva». Con ello no se quiere decir que los psicoanalistas asumieran cierta ineffectividad de los psicofármacos, pero ellos no bastaban para anular los síntomas. Así pues, el consumo de drogas le planteaba un auténtico dolor de cabeza metodológico a la disciplina psiquiátrica.

Finalmente, Martínez Rueda y Lizarazo presentaban el trágico resultado del consumo habitual de drogas psicodélicas. Lizarazo señalaba que dicho desenlace es «casi siempre indeseable. A veces se suicidan. Más frecuentemente, por el abandono progresivo de la actividad productora, van cayendo en miseria económica, depauperización orgánica, y viene el deceso por afección intercurrente» (Lizarazo, 1968. p. 2). Por su parte, Martínez Rueda indicaba que los consumidores caían en «psicosis prolongada», «estados de pánico intenso» que podían requerir hospitalización e incluso conducir al suicidio. Sin embargo, el mayor peligro, decía Martínez Rueda,

El más generalizado entre los que usan alucinógenos en forma repetida y por largo tiempo, es el cambio en su personalidad y en sus actitudes. Se tornan en individuos extremadamente pasivos, sin iniciativas en la lucha por la vida diaria [...]. Realmente son sujetos que se «escapan» hacia su propio mundo interior, poblado de magia y fantasía (Martínez Rueda, 1968. p. 6)

El último ponente, José Francisco Socarrás, se ocupaba brevemente del consumo de marihuana. Describía su botánica y profundizaba en los peligros que implicaba el consumo. Los consumidores habituales presentaban varios males crónicos como la conjuntivitis,

trastornos digestivos, crisis diarreicas, anestesia en la punta de la lengua y bronquitis (Socarrás, 1968. p. 3) Señalaba que «el peligro más grande de la marihuana es que se asocia inevitablemente con otras drogas, cuyo consumo estimula». Lo anterior, porque Socarrás señalaba que «La marihuana produce adicción psicológica pero no física. El habituado siente la necesidad imperiosa del tóxico, más no experimenta síntomas de privación al dejarlo, como sucede con el alcohol» (Socarrás, 1968. p. 3).

Los tres autores convenían en que las drogas psicodélicas no producían ningún tipo de dependencia fisiológica. En contraposición con el alcohol, los problemas derivados del consumo de dichas drogas no eran suscitados por una necesidad, de algún modo «física»<sup>14</sup>, sino que radicaba en una deficiencia emocional, en flaquezas de la personalidad; de allí que se le conformara como una enfermedad mental, no sólo por los trastornos consecuentes al uso frecuente de la sustancia, sino a las configuraciones previas y a esta disposición premórbida enunciada por Lizarazo que llevaba a la toxicomanía. En el simposio, dada la caracterización de los consumidores habituales de psicodélicos, se desaconsejó su uso incluso con fines terapéuticos, aunque, como señala Martínez Rueda, las medidas punitivas habían convertido la producción y la distribución en una actividad lucrativa que había quedado en manos del hampa (Martínez Rueda, 1968. p. 7). Los riesgos de la marihuana, en términos de su efecto sobre el organismo, para los psiquiatras, eran menores en comparación con el alcohol. Sin embargo, el peligro radicaba en que –seguramente debido a su ilegalidad– conducía al consumo de otras sustancias. Así se conformó el famoso mito de la «droga-puerta» que revisaron los científicos más adelante (véase Cap. 2).

Con la creciente preocupación sobre el asunto del consumo de sustancias psicoactivas, se celebró en Bogotá el Primer Seminario de Drogas en 1972, organizado por el Instituto de Bienestar Familiar (actualmente el ICBF) y en el cual participaron científicos nacionales e internacionales y la Policía Nacional. La presencia de la Policía Nacional en el seminario da cuenta de que el problema no solamente tenía un carácter médico, sino que constituía un delito, no sólo en términos de las «conductas antisociales» que podía suscitar en el individuo, sino porque conformaba, por un lado, un *delito contra la salud pública* y al mismo tiempo, por otro lado, comportaba un riesgo para la seguridad social, en la medida en que la droga

---

<sup>14</sup> Esta distinción es en todo caso actual. Esta noción de dependencia conserva su vigencia (Nutt, 2007).

inducía a sus usuarios a caer en conductas «antisociales».<sup>15</sup> El objetivo del evento era hacer un balance del problema y proponer un esquema de trabajo para Colombia. La primera ponencia estuvo a cargo del Coordinador de Programas de Salud Mental y Drogas del Departamento de Estado de Estados Unidos, Frank Johnson, quién se refirió al consumo de drogas como una «pandemia», una enfermedad en expansión para la cual no se había encontrado ninguna inmunización o terapia efectiva (Ortegón Páez, 1981, p. 141). Johnson se refirió a la drogadicción como un problema, ante todo, de la juventud. En la síntesis presentada por el filósofo y novelista Rafael Ortégón Páez se señala que

hoy los jóvenes creen que pueden buscar felicidad en las drogas, con los resultados negativos de inadaptación psicosocial, desórdenes en el comportamiento, defectos de raciocinio y falta de coordinación, y todo esto constituye de por sí un gran peligro para esta sociedad de creciente complejidad, a causa de las drogas que hacen cambiar los patrones de conducta habituales en la persona, modificar el uso del lenguaje, la disciplina y el cumplimiento en el trabajo, con la consiguiente decadencia en el aspecto físico y en el vestir, signos de aparición de una personalidad opuesta, al volverse hostil y retraída una persona amigable, y viceversa la retraída y hostil transformarse en amigable, rechazando a los viejos amigos con ocultación de los nuevos (1981, pp. 142 – 143).

En vista de que era necesario establecer las dimensiones precisas del asunto, y partiendo del presupuesto de que el mayor grupo de riesgo lo constituían los jóvenes, Helena Espinosa de Restrepo, médica salubrista, propuso el método epidemiológico como el más adecuado para precisar la magnitud del problema. En rigor, sabiendo que la toxicomanía o farmacodependencia era considerada una enfermedad, y como tal, podía presentar ciertos índices de prevalencia, la epidemiología permitía conocer los grupos y las características de los grupos afectados. De modo tal que Espinosa señalaba que, para obtener cifras, los estudiosos podían recurrir a «historias clínicas y psiquiátricas, a los servicios hospitalarios, a los centros de información toxicológica, a las instituciones de rehabilitación de delincuentes, de inadaptados, etc.» (Ortegón Páez, 1981, p. 143). Por una parte, las instituciones sugeridas por Espinosa dan cuenta, entre otras cosas, del carácter dual del problema de la farmacodependencia; tiene, sin duda, una dimensión médica, pero también concierne a lo

---

<sup>15</sup> El decreto 1699 de 1964, y el decreto 1192 de 1976, por medio del cual se reglamentó el código de Policía, dan cuenta de esta situación. El primero explicitaba las penalizaciones a las que se sometían aquellos que incurrieran en «conductas antisociales» (tales como portar ganzúas o dinero falso) y consignaba que aquellos que perturbaran el orden público, por ejemplo, peleando en la calle, bajo el influjo de cualquier sustancia psicoactiva debía ser recluso en una colonia agrícola. En el decreto 1192 se consignaban las funciones de la policía, en virtud de la protección del orden público, que «resulta de la prevención y eliminación de los hechos que perturban la tranquilidad, la seguridad, la moralidad y la economía pública». Estos documentos pueden consultarse completamente en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/index.jsp>.

social en la medida en que el adicto es un sujeto transgresor, excluido de los procesos productivos y susceptible de incurrir en conductas criminales. Por otra parte, los estudios estadísticos subsecuentes –el primero aparecido en 1972– se valieron de la encuesta como herramienta de precisión de cifras y no de la revisión de archivos. Posiblemente, el trabajo con los archivos sugerido por Espinosa hubiera posibilitado a los psiquiatras construir un acumulado histórico sobre el tema –algo parecido a lo que se hace en este trabajo–. Sin embargo, la posterior visión en conjunto de los estudios de consumo permitiría elucidar una dirección ascendente.

En cuanto a las estrategias de tratamiento, y teniendo en cuenta este carácter dual de la farmacodependencia, el médico puertorriqueño Ives Thillet propuso un modelo de acuerdo a la experiencia en su propio país con consumidores de anfetaminas y heroína. El esquema fue resumido por Ortegón Páez de la siguiente forma: a) Motivación y remotivación del sujeto; b) Desintoxicación para resolver el problema inmediato de la dependencia física y c) Rehabilitación del sujeto y rehabilitación del ambiente (1981, p. 144). Sin embargo, según el mismo Thillet, el procedimiento no había sido exitoso debido a la falta de motivación de los adictos para continuar con el tratamiento –el cual requería de dos a tres años– por lo que la «deserción» era un problema frecuente. Respecto a la marihuana, que por entonces era la sustancia que más preocupaba a los médicos y las autoridades judiciales, la situación no era mejor. Según el puertorriqueño, la marihuana producía un síndrome de «Amotivación» para el cual no se había desarrollado ningún tipo de tratamiento

El así llamado síndrome amotivacional se ubicaba en el centro de las preocupaciones científicas acerca del consumo de drogas. Este es también uno de los supuestos que más se ha puesto en duda en el curso de los debates sobre el consumo de marihuana. En rigor, con este concepto se designaba la conducta anti-improductiva en la que incurría, tras un consumo prolongado y recurrente, el fumador de marihuana, y para el cual, al ser una enfermedad «puramente psíquica» todos los tratamientos existentes parecían ineficaces. (Ortegón Páez, 1981, p. 144). El concepto había sido acuñado por el psiquiatra estadounidense Loius J. West en 1972 para referirse a la pérdida de voluntad causada por el consumo de marihuana (Zinberg, 1979, p. 75). Médicos como Socarrás compartían esta visión; en este primer

seminario, puede verse un grado de consenso más o menos alto en lo que se refiere al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, en especial la marihuana.

Carlos Neissa, profesor de la Universidad Nacional, presentó una serie de factores adicionales que contribuían a la aparición del consumo problemático de drogas:

La adicción a las drogas existe donde hay complejo cultural urbano con altos y constantes índices de desempleo y subempleo, tanto de trabajadores especializados o no; donde hay quebrantamiento de la escala de valores, de los códigos morales tradicionales [...] (Ortegón Páez, 1981, p. 145)

Neissa fue más explícito al señalar la relación que guardaba el consumo de sustancias psicoactivas –con énfasis en la marihuana– y el comportamiento delincuencia típico de los bajos fondos de las grandes ciudades. Identificaba dos grupos «de riesgo» para la farmacodependencia:

El primero comprende a las víctimas de la desorganización social, los maleantes y los gigolos [...] La segunda clasificación comprende los que se hacen drogadictos por el uso continuo, y adolescentes incitados por traficantes o sugestionados por el grupo (Ortegón Páez, 1981, p. 146)

Finalmente, una de las preocupaciones presentes en el seminario era la falta de unificación de los criterios metodológicos. Uno de los aspectos en donde ello se reflejaba era el uso simultáneo de los términos «toxicomanía» y «farmacodependencia» para referirse al mismo problema. El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la farmacodependencia como un «estado psíquico y a veces físico, por la interacción entre un organismo vivo con un fármaco» (Ortegón Páez, 1981, p. 144) lo cual parecía una definición más apropiada en contraste con la de toxicomanía, que definía un «modo de conducta psicopática, caracterizado por la necesidad impulsiva de sustancias euforizantes y enebriantes» (Ortegón Páez, 1981, p. 146). Fue Luis Fernando Hoyos<sup>16</sup> quien llamó la atención sobre la unificación metodológica –empezando por adoptar una sola definición del término– y la necesidad de centralizar la investigación en las universidades, en vista de que se requería una «investigación científica multidisciplinaria, que permita conocer la verdad objetiva» (Ortegón Páez, 1981, p. 146). No obstante, ambos términos siguieron usándose en los estudios y eventos subsecuentes, y la investigación corrió a cargo de varias entidades –el primer estudio nacional en este nivel lo hizo la Universidad de

---

<sup>16</sup> Ortegón Páez sólo se refiere a «el doctor Luis Fernando Hoyos».

Antioquia y los siguientes estuvieron a cargo de la División de Estupefacientes o la Secretaría de Salud, para Bogotá—.

La Policía Nacional también estuvo presente en el seminario, y era, hasta ahora, la única institución que había emprendido una campaña más o menos coordinada de prevención y tratamiento en la ciudad, como se verá al final de este capítulo. Presentó una ponencia en el mismo seminario, titulada «Prevención y Recuperación de las Toxicomanías» y a cargo del Capitán Antonio Quiñones, jefe de la Sección de Campañas Especiales, que sintetizaba las medidas de educación y prevención emprendidas y que debían emprenderse entre la población con el fin de evitar la aparición de nuevos casos de consumo. Creación de una red de prevención, que comunicara los peligros del uso de drogas a través de seminarios, cursos, conferencias. Los objetivos establecían el análisis, evaluación y lucha contra las farmacodependencias en aspectos de disolución, delito y contravención, así como la implementación de estrategias para afrontar las «consecuencias» sociales derivadas del uso de sustancias psicoactivas (Ortegón Páez, 1981, p. 155). El hecho de que la Policía tuviera un rol tan activo en cuanto a la prevención y educación de consumo de drogas, sugiere que la dimensión penal —y moral— del asunto era más grande que las discusiones científicas en torno a él. En efecto, una de las consecuencias del consumo era los problemas con la ley y la cárcel.

Los esfuerzos por explicar las razones del consumo se inscriben en una campaña más amplia, promovida por el presidente de Estados Unidos, Richard Nixon (1969 – 1974). Dos años después de su llegada a la presidencia, Nixon señaló que «la droga» constituía «el enemigo público número uno» de Estados Unidos, declarando una «guerra» frontal al tráfico de sustancias psicoactivas ilícitas e inaugurando lo que hoy se conoce como «guerra contra las drogas», en especial a raíz de los escándalos suscitados por los supuestos índices de consumo de heroína en Vietnam (Davenport-Hines, 2003, pp. 405 - 411). Las medidas implementadas por Nixon en Estados Unidos se constituyeron como la pauta para una política antidrogas de escala global. Entonces, no era inusual el hecho de que quienes participaron en la implementación de estas políticas se consagraran como «guías» para los países que se adscribían decididamente a la política propulsada por Washington. Esta ronda de seminarios seguía este camino.

El segundo seminario de drogas se llevó a cabo en 1973. A grandes rasgos, los pronunciamientos no se distanciaban significativamente de lo que se había dicho en el Primer Seminario. Se recomendó reforzar las campañas de prevención y educación y emprender los aún faltantes estudios sobre el problema, ya que a las universidades interesadas se les había negado las solicitudes de financiación (Ortegón Páez, 1981, p. 173). Sin embargo, cabe resaltar algunos elementos mencionados. El seminario contó con la Participación de Joel Steimberg, Director de Programas de Tratamiento de Drogas en Cleveland, Estados Unidos, quien había coordinado varios programas de rehabilitación a heroinómanos desde 1971, año en el que el entonces presidente Richard Nixon declaró que la droga era el enemigo público número uno del país (Ortegón Páez, 1981, p. 159). Steimberg señalaba que los programas habían tenido éxito con consumidores avanzados, en la medida en que eran pocos los que sufrían una recaída y la mayoría lograban insertarse nuevamente en la vida laboral. Sin embargo, estos programas no habían funcionado con los consumidores que recién se iniciaban.

Steimberg sugirió, entonces, que el problema de la farmacodependencia no era causado por la droga misma, sino por la condición del sujeto. El autor se preguntaba por las causas que llevaban a una persona a consumir drogas, entre las cuales identificaba los problemas con el dinero, el ejemplo de los padres a los hijos y la promoción del consumo en televisión. No obstante, pese a la influencia externa, tomar drogas era una decisión individual. Así, Steimberg señalaba que la causa del problema no era la droga, sino la condición que llevaba a su consumo. Los esfuerzos debían estar orientados a aliviar la situación del sujeto más que el síntoma o el comportamiento mismo (Ortegón Páez, 1981, pp. 159 - 160). Este fue uno de las primeras tentativas por invertir la tesis, tan extendida por entonces, de que la droga era causante del malestar social. Más bien, su consumo compulsivo era su *expresión*. Sin embargo, esta concepción no se tradujo en políticas públicas, y más bien se retomó en el mismo seminario para hacer énfasis en el fortalecimiento de las campañas de prevención.

La atribución del consumo de drogas a circunstancias que superan al individuo –su entorno social, en especial el familiar, por ejemplo– pone de manifiesto el uso extendido del concepto de enfermedad multicausal, por lo menos en forma implícita. El consumo de droga pasaba a ser la enfermedad derivada de alguna perturbación en la relación individuo-ambiente. En

todo caso, la droga no perdió su connotación como un agente externo capaz de agravar la perturbación, o incluso de causarla. Eran los jóvenes quienes estaban mayormente expuestos a este tipo de padecimientos.

En el Seminario se presentó un estudio de las Naciones Unidas<sup>17</sup> sobre un simposio sobre el mismo tema, celebrado en París el año anterior. El eje articulador de la ponencia era el problema subyacente a la juventud, que, al encontrarse en un contexto cultural dramáticamente novedoso –el avance desbocado de la tecnología y el «derrumbamiento de los valores tradicionales»–, encontraba en la droga un referente de su generación.

En este ambiente de inestabilidad que no era propiamente el de los tranquilizantes en adultos, resultaba fácil a la juventud dudar de los principios que antes se consideraban intocables como los familiares, religiosos, educativos que aumentaban sus sentimientos de inseguridad y de angustia. Y así iban desapareciendo las motivaciones personales que antes hubieran tenido, y que ahora carentes de aquellas y plenos de incertidumbre frente al empleo, o dudosos acerca de la realidad de sus estudios, se sentían dispuestos a realizar el compromiso frente a un mundo al cual no le percibían sentido ni finalidad (Ortegón Páez, 1981, p. 162)

De este modo, en 1976 apareció el primer operativo de estudios de consumo entre escolares de secundaria en las ciudades del país. Estos estudios tenían un método y una estructura análogos, utilizando la encuesta y dividiendo a la población encuestada según el sexo, la edad, el nivel socio-económico y otros factores como «ambiente familiar, aspectos religiosos, pertenencia a grupos, determinantes del uso o rechazo de la droga, actitudes hacia las mismas [...]» (Ministerio de Salud, 1976b) de acuerdo con lo que establecen los criterios epidemiológicos. No obstante, la clasificación de las sustancias era menos detallada; se establecieron tres grandes categorías, alcohol, tabaco y psicoactivos (este último comprendía todas las sustancias ilegales, especialmente psicodélicos)

Para el caso de Bogotá, se encontró que el consumo de «psicoactivos» –siguiendo la categoría propuesta en el estudio–, entre hombres y mujeres era más o menos similar, siendo la marihuana el psicoactivo ilegal con mayor prevalencia. Se encontró que esta era mayor entre escolares de entre 15 y 24 años, sobre todo de nivel socio-económico alto. Aquí se cayó nuevamente en la cuenta de que el «vicio» no era exclusivo del hampa, sino que ahora se invertía la jerarquía: los jóvenes de clases alta consumían más marihuana que los de clases

---

<sup>17</sup> Ortégón no especifica quien es el ponente y se refiere únicamente a Naciones Unidas. En todo caso, es evidente el carácter global que adquiere el problema, en especial tras la rotunda proclama de Nixon

bajas. Sin embargo, se observó que el consumo era mayor en jóvenes que pertenecían a «grupos» –no se especifica de que tipo– y los que no pertenecían a ninguna religión (Ministerio de Salud, 1976b). El hecho de que se consideraran factores de diverso orden pone de manifiesto no sólo la creciente preocupación por el problema en el ámbito de las ciencias médicas, sino que se cae en la cuenta de la dimensión social del asunto, en especial en lo que se refiere a los jóvenes.

En junio del mismo año, la Revista Javeriana dedicó su número 425 al problema de las drogas y la juventud. El médico pediatra Ramón Córdoba Palacios publicó el artículo «Los adolescentes y las drogas» en el que presentaba «un análisis de los factores que en nuestra sociedad y fuera de ella están influyendo en forma franca sobre los adolescentes, para que se permitan expresiones de inconformidad a las cuales asistimos actualmente» (1976, p. 25).

Señalaba al respecto

Para mi cometido, el consumidor es el adolescente, la persona que se debate en la transición entre la infancia y la edad adulta bajo el impulso benéfico y a veces perturbador de fuerzas fisiológicas, psicológicas y sociales, que hacen de este periodo de la vida una época feliz o turbulenta según las respuestas que se desencadenen, las experiencias adquiridas en las anteriores etapas del desarrollo y la comprensión o la hostilidad del ambiente en el cual convive (1976, p. 28)

Arturo Lizarazo escribió, en este mismo número, un artículo titulado «La farmacodependencia, un problema de la familia», en el cual narraba la experiencia terapéutica que había tenido con dos familias cuyos integrantes más jóvenes –a quienes se refiere como Gervacio y Reinaldo– eran consumidores habituales de marihuana. El artículo hacía énfasis en las «refinadas técnicas de seducción» empleadas por los consumidores, las cuales contribuían a ampliar «el círculo de toxicómanos» y desembocaba, inevitablemente, en problemas familiares. Para Lizarazo, el adicto era esencialmente mentiroso, por lo que recomendaba un control estricto de los padres sobre su conducta, su dinero y sus amigos. (1976, p. 48). En vista de que una parte del problema, de acuerdo con el autor, se debía al desconocimiento mismo de la farmacodependencia, exhortó a «la edición, numerosa, de un folleto destinado a los padres de familia, donde en forma comprensible, resumida y práctica, se les ilustre en lo esencial sobre los aspectos que más interesan a su conocimiento» (Lizarazo, 1976, p. 49).

Lizarazo hacía énfasis, adicionalmente, en que las prácticas represivas o punitivas de los padres hacia los hijos podrían resultar contraproducentes. En su descripción del procedimiento terapéutico llevado a cabo con las dos familias, el autor señalaba que el tratamiento sería inefectivo «cuando los padres se escandalizan excesivamente ante el problema» o «cuando la rudeza, la irritación y el rechazo abierto o la agresividad y la violencia se convierten en norma educativa o pretenden por la fuerza la cesación del comportamiento adicto» (Lizarazo, 1976, pp. 48 – 49). En conformidad con esta tesis, la *Guía Educativa sobre alcohol y drogas* aparecida ese mismo año también desaconsejaba la adopción de métodos punitivos para encauzar el comportamiento. Estas aproximaciones, señalaba «lo mismo que la táctica de inspirar terror o miedo, no producen efectos duraderos, el estudiante no quiere que se le asuste o atemorice» (Ministerio de Salud, 1976a, p. 7).

Asimismo, esta guía establecía una clasificación más rigurosa de las sustancias y grupos poblacionales –por supuesto, entre la juventud–. Por una parte, definía las propiedades farmacológicas de las sustancias, y de acuerdo con esto, las clasificaba en drogas depresoras y sustancias químicas volátiles. Por otra parte, presentaba estrategias –como juegos y obras de teatro– que se podían llevar a cabo de acuerdo a las etapas escolares (Ministerio de Salud, 1976a, pp. 19 – 24). Como elemento final, presentaba una extensa lista del vocabulario utilizado por los jóvenes para referirse a las drogas o para dar cuenta de que estaban drogados (1976a, p. 25). Todo este material evidencia que, para entonces, la drogadicción se entendía como una enfermedad que empezaba en la juventud, o en la cual la población escolar constituía el mayor grupo de riesgo.

#### **1.4 La intervención: una enfermedad de jóvenes, una política desintegrada**

La psiquiatría, como una disciplina médica, constituyó al adicto como un sujeto que debía ser intervenido mediante varias estrategias con el fin de que se reincorporaran a los procesos sociales, por tanto, debe hacerse mención de las maniobras implementadas para el tratamiento de los farmacodependientes. Sin embargo, para el caso de Bogotá, estas intervenciones fueron precarias por lo menos hasta finales de la década de 1980. El problema de las farmacodependencias no le representaba al Servicio de Salud un asunto de mayor importancia, principalmente porque ningún órgano estadístico del sistema de salud de la ciudad presentaba cifras detalladas, más allá de la señal de alarma emitida por los psiquiatras

en la Academia Nacional de Medicina y por los periódicos. Los esfuerzos estaban más encaminados a atacar los primeros eslabones de la cadena de la droga, es decir, los de la fabricación y la distribución, en lo cual la División de Servicios Técnicos y Auxiliares de la Secretaría de Salud de la ciudad sí fue muy rigurosa. El hecho de que por entonces se diera el auge «marimbero», orientó las políticas públicas a combatir el tráfico y diseñar un programa de prevención y no de tratamiento. En realidad, la administración distrital tenía problemas de salud que parecían ser mucho más graves según los balances negativos presentados en los informes anuales. Gran parte de la población, en especial en áreas rurales, no contaba con acceso a servicios de acueducto y alcantarillado, y enfermedades como la tuberculosis y las infecciones venéreas eran prioritarias para las autoridades distritales (Pulgarín Reyes, 2007).

Las Comunidades Terapéuticas (CT) aparecieron como unas de las primeras entidades creadas exclusivamente para el tratamiento de consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas. Estas comunidades, en gran parte, estaban fundadas sobre una fuerte base religiosa o filosófica, más alejada de los criterios y procedimientos médicos, por lo que tenían un enfoque muy poco diferencial. En estas comunidades terapéuticas, a diferencia de otras formas de tratamiento, los individuos se procuraban sus propios medios de subsistencia, lo que servía de móvil para promover el cambio comportamental (Levin, 2013. p. 32).

En 1971, tras la presión por emprender campañas de prevención del consumo de drogas, la Policía Nacional inauguró el programa de Narcóticos Anónimos (NA) en Bogotá, siguiendo el modelo de tratamiento de Alcohólicos Anónimos (Pérez Gómez, 1988. p. 55), el cual sostenía que compartir experiencias entre los adictos ayudaban a que se mantuvieran «limpios». Aunque Alcohólicos Anónimos (AA) surgió en 1935, el modelo no sería implementado para adictos sino hasta la década de 1950, ya que AA no admitía toxicómanos en sus reuniones (Levin, 2013. p. 30).

Las concepciones institucionales sobre la droga se materializaron en el Estatuto de Estupefacientes de 1974, expedido durante la presidencia de Misael Pastrana Borrero (1970-1974). La expedición de este código constituye el primer intento por centralizar el control del tráfico de sustancias psicoactivas y exhortar al despegue de campañas preventivas, una labor dual que quedaba en manos del Ministerio de Salud. Este se encargaba de asegurarse

de que todas las drogas o fármacos (definidas vagamente por el Estatuto como cualquier sustancia que modificase las funciones orgánicas al ser ingerida) entraran al país en forma de medicamentos; también, en conjunto con el Ministerio de Comunicaciones, debía aprobar toda «campaña publicitaria tendiente a desestimular la producción, el tráfico y el consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica» al comprobar que la información de su contenido fuera «científicamente válida». (Colombia, 1974).

Lo antedicho manifiesta la confianza depositada en el discurso científico, pero también la ausencia de una política pública de *tratamiento*. En efecto, la magnitud del problema de la farmacodependencia no estaba muy bien estimado en términos cuantitativos, por lo cual, de entrada, había una imposibilidad de emprender una política pública. Empero, se desarrollaron otras estrategias para la rehabilitación de adictos.

Con gran dificultad para coordinar el trabajo de todas las instituciones de salud, el sistema de la ciudad echaba mano, –no sólo para el tratamiento de adictos sino para los servicios médicos en general– de instituciones privadas que proveían servicios médicos para enfermedades diversas. Así pues, la Fundación para la Rehabilitación de Alcohólico y Adictos (Fundar), una comunidad de rehabilitación que se había conformado como entidad sin ánimo de lucro en 1970 y que obtuvo su Personería Jurídica en 1971, se adscribió al Sistema de Salud mediante la Resolución 002524 de 1975. A diferencia de las comunidades terapéuticas coetáneas<sup>18</sup>, la Fundación Fundar tenía un enfoque propiamente médico. En su equipo se encontraban terapeutas físicos y psiquiatras formados profesionalmente. El centro estaba certificado para prestar atención en servicios residenciales y ambulatorios en atención a la drogadicción (Delgado, 2016).

Fundar fue una de las primeras instituciones en tratar a los adictos desde un enfoque psicoterapéutico que logró el aval del Estado. Fundar había sido constituida como un grupo estructurado, al igual que Narcóticos Anónimos, –y manteniendo vínculos con esta institución–, de manera similar a Alcohólicos Anónimos (AA), pero que aspiraba a la

---

<sup>18</sup> Daytop y Narcóticos Anónimos fueron dos comunidades terapéuticas en Estados Unidos que introdujeron un componente psiquiátrico en sus estrategias de tratamiento. Sin embargo, otras comunidades terapéuticas, como el Proyecto Uomo, tenían un enfoque menos apegado al uso de psicofármacos y más próximo al fortalecimiento del componente moral del individuo. Fueron Daytop y el Proyecto Uomo las CT que popularizaron la práctica a nivel internacional. Esta última, nacida en Italia, fue la que tuvo más resonancia en América Latina durante el auge de las CT. (Levin, 2013, pp. 30 – 35)

profesionalización, la cual logró mediante la incorporación de psiquiatras y otro personal a la comunidad. (Delgado, entrevista personal. 15 de febrero de 2016).

Debe recordarse que todo este intento de profesionalización y centralización de los servicios médicos no se extendió hasta los servicios de salud mental<sup>19</sup>. Había esfuerzos que no solo eran poco numerosos, sino aislados. Así, la pregunta que surge inevitablemente es por qué sucedía esto. En parte, puede responderse si uno se remite a los informes y programas de la Secretaría de Salud de Bogotá. El modelo de intervención epidemiológico necesitaba de cifras precisas para elaborar una intervención efectiva sobre los malestares que se proponía resolver. Esto no sucedía, evidentemente, con el problema de la farmacodependencia. El informe presentado al alcalde Aníbal Fernández de Soto por parte de los responsables de la División de Atención Médica de la Secretaría de Salud, que comprendía desde mayo de 1973 hasta abril de 1974 indicaba que existían ocho instituciones psiquiátricas que contaban con 917 camas (cupos hospitalarios) (Servicio de Salud de Bogotá, 1974b); los pacientes mentales, asimismo, podían recibir, según lo indicara el diagnóstico, un tratamiento ambulatorio u hospitalización. Si había poca integración para los servicios de salud mental, apenas existía un servicio para las personas que habían desarrollado dependencia de alguna sustancia. Cada zona de cubrimiento en salud en la ciudad –cuatro en total<sup>20</sup>- contaba con una unidad especializada a cargo de un psiquiatra. Estas unidades, empero, sólo realizaban tratamientos ambulatorios y no estaban bien reguladas por la División. En el balance estadístico presentado en el informe, apenas se cuenta con cifras para la atención en farmacodependencia entre 1973 y 1974. Se sabe que se llevaron a cabo 96 actividades –no se especifica cuáles o de qué tipo– sobre un total de más de 3.000 acciones de atención hospitalaria en total, pero, en contraste con otros trabajos –como el control sobre las farmacias para asegurarse del buen estado de los medicamentos y su procedencia legal– no se precisaban cifras sobre visitas programadas y realizadas o el porcentaje de cumplimiento (Servicio de Salud de Bogotá, 1974a, p. 74). Esta es una de las reminiscencias más notables de las prácticas higiénicas, no porque el enfoque de salud pública no exija un control sobre la producción de medicamentos, sino porque la minuciosidad con las que se lleva a cabo la

---

<sup>19</sup> La profesionalización de estos servicios se da hasta principios de la década siguiente, como bien se expresa en el capítulo 2.

<sup>20</sup> En el informe son cuatro zonas enumeradas, pero sin referenciación espacial. (Servicio de Salud de Bogotá, 1974b, p. 7)

labor de revisión contrasta con la ausencia de tratamientos especializados. Esto obedece a un razonamiento preventivo, en el que una regulación estricta del producto tiene como consecuencia una disminución de la demanda y del consumo. En términos de práctica sanitaria, es evidente que el problema de la farmacodependencia, y el de la salud mental en general, no era una preocupación central más que para los propios expertos del campo. Si bien los esquemas conceptuales de *public health* tuvieron cierta incidencia en la construcción de modelos para la aproximación a la enfermedad mental, ello tuvo menos eco en la institucionalidad; no llegó a consolidarse una infraestructura para el tratamiento de los padecimientos psíquicos. Además, en vista del carácter criminal y patológico de la farmacodependencia, su tratamiento estuvo a cargo de unidades cuyos fundamentos no eran propiamente «científicos», como las CT independientes y las Campañas Especiales de la Policía.

En todo caso, si bien no se dio la integración de los servicios a farmacodependientes, se había fijado la meta de quebrantar el modelo del manicomio para atender a pacientes psiquiátricos. En 1977, la División de Atención Médica de la Secretaría de Salud de Bogotá consignó un nuevo esquema de tratamiento para enfermos mentales, que comprendía etapas alternas de psicoterapia en grupo con estancias continuas clínicas, dejando de lado cualquier método característico de los hospitales psiquiátricos (Servicio de Salud de Bogotá, 1977).

Por su parte, se había hilvanado una relación entre jóvenes vulnerables –bien fuera por su condición socioeconómica pero en mayor grado por su ambiente familiar– y consumo de sustancias psicoactivas, en especial la marihuana, y en suma, también asoció el consumo con la debilidad individual engendrada en un ambiente familiar poco apropiado para el «desarrollo de la personalidad», conformando así un estereotipo de joven toxicómano: aquel que usaba las drogas como una expresión de inconformidad con el orden social o con su entorno más inmediato, y luego presentaba un consumo problemático que arrastraba consigo el deterioro de la salud, la degeneración moral y la cárcel. Esto respondía, en parte, a la concepción de que la enfermedad tenía sus raíces no sólo en el individuo, sino también en el ambiente. Uno de los «factores de riesgo», por usar un término médico, entonces identificado era el consumo por parte de familiares o amigos, aparte de la «desestructuración familiar» que llevaba a los trastornos afectivos. De este modo, la publicidad de prevención y educación

estaba orientada a causar impacto en la juventud. Eventualmente, el término juventud no sólo se refería a jóvenes de barrios marginales o de familias conflictivas, sino a la juventud en general, trabajadores y estudiantes (Ortegón Páez, 1981, p. 161). Sin embargo, como ya se ha señalado, se identificaba como un mal prevaleciente en el sexo masculino.

La visibilización del sujeto adicto no sólo vino investida de asociaciones con la juventud o con una amenaza a los valores tradicionales, sino que las condiciones de emergencia del discurso permitieron que este se sumara al rango de enfermedades mentales consideradas por los psiquiatras. Las proyecciones hacia el bienestar, que implicaban necesariamente una integridad productiva, permitieron la incorporación de la farmacodependencia como un asunto adicional en la disciplina psiquiátrica, que entonces también había considerado otra serie de factores como consecuencia del desarrollo del psicoanálisis. El farmacodependiente era un sujeto enfermo por su imposibilidad de insertarse en los procesos productivos. La marihuana se presentaba como una amenaza de este proyecto de bienestar debido a los trastornos que ocasionaba en los individuos que la consumían. La «lucha contra el vicio» enunciada por Humberto Roselli (1968, pp.) era una forma de asegurar el lugar de todos los individuos dentro del proceso de producción.

No obstante, esta visión de la marihuana como agente causal de conductas antisociales cayó en suspenso más adelante, en especial gracias a las asimetrías entre costos y beneficios de las medidas de represión contra las drogas. En 1976, apareció en *El Tiempo* un artículo del entonces Ministro de Justicia, Samuel Hoyos, que ponía en entredicho las medidas punitivas que había asumido el Estado hasta el momento para enfrentar el crecimiento del consumo de drogas. Hoyos reconocía el aumento del consumo especialmente entre los «escolares», y, asimismo, cuestionaba la efectividad del Estatuto de 1973: «Si el fin perseguido por el estatuto es alejar las drogas de nuestras gentes, o a nuestras gentes de las drogas, no lo ha conseguido». El encarcelamiento de personas encontradas con «una dosis personal de marihuana o pasta de librium o anfetaminas [...] representan para el Estado erogaciones que ascienden desde los 15 a los 20 millones de pesos». Hoyos se basaba en algunos estudios de consumo –nuevamente, con pocos o nulos criterios de diferenciación– especialmente entre adolescentes escolarizados que consumían marihuana para lanzar tales diatribas. (Hoyos, citado por Pérez Gómez, 1988, pp. 64 – 69). En 1979, la celebración de un simposio y la

publicación de un informe establecieron el punto de partida para algunos ajustes dentro del discurso psiquiátrico. Además, otra droga aparecida en el mercado negro se volvió el foco de atención de los psiquiatras. Las nuevas aproximaciones científicas al fenómeno adictivo inscritas en una transformación más general del Estado, el auge del tráfico de cocaína hacia Estados Unidos y la profesionalización en el ámbito de la salud mental constituyen el tema del siguiente capítulo.

**Capítulo 2**  
**Las ciencias médicas en el auge del narcotráfico**  
**1979 – 1990**

A partir de finales de la década de 1970 y hasta 1990 se dio una serie de ajustes institucionales que tuvieron implicaciones en el discurso científico sobre la drogadicción. En primer lugar, las evaluaciones del modelo asistencialista arrojaron como resultado una ineficiencia generalizada de los servicios médicos. Así, desde 1979 se dio un intento por integrar y profesionalizar los servicios médicos, y se asentaron las primeras unidades de atención especializadas en toxicología. En segundo lugar, y en relación con lo anterior, el auge del narcotráfico produjo una diversificación de la oferta de la economía subterránea, por lo que el campo científico, en lo que respecta a la drogadicción, amplió el rango de sus consideraciones. En particular, una sustancia derivada de la coca, el bazuco, recibió un alto grado de atención durante la década de 1980. Esto fue posible también gracias a un intento por revisar –y hasta cierto punto, desmontar– una serie de supuestos en torno al consumo de marihuana. El debate sobre la legalización irrumpió en la escena.

## **2.1 ¿Legalización o represión?**

El consumo de marihuana había preocupado a las autoridades judiciales y a los profesionales de la psiquiatría a lo largo de las décadas de 1960 y 1970. En 1979 la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF) publicó un informe del simposio celebrado el 15 de marzo de ese año titulado *Marihuana: legalización o represión*. Este contó con la participación del Presidente de la Asociación, Ernesto Samper Pizano, el Procurador General de la Nación Guillermo González Charry, y académicos nacionales e internacionales. Aunque el principal propósito de la discusión era evaluar las consecuencias de la política de represión hacia la producción y el tráfico de marihuana, algunas ponencias versaron exclusivamente sobre los aspectos psiquiátricos y sanitarios del consumo. Fue el Procurador quien se refirió en primer lugar al consumo de marihuana, resaltando la ausencia de una política pública para controlar este comportamiento, sobre todo por la falta de estimaciones precisas y las evidentes controversias dentro del campo médico sobre los efectos de la marihuana sobre el cuerpo. En rigor, había médicos que defendían la inocuidad de la marihuana frente a otras drogas y pretendían socavar el mito de la dependencia y el supuesto del síndrome «amotivacional» producido por su consumo regular. Otros, por el contrario, sostenían que el uso de la marihuana tenía efectos fatales sobre el organismo, y en especial, sobre la estructura cerebral.

En el informe se presentó un artículo titulado *La guerra a la marihuana* escrito por Norman Zinberg –que ya había aparecido en la revista *Psychology Today* en 1976–, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, en el cual desafiaba, con cifras en mano, una serie de supuestos arraigados en el imaginario médico en torno al consumo de marihuana. En primer término, se refería al síndrome amotivacional, hasta entonces un presupuesto consagrado en un sistema de creencias, según Zinberg, sin el suficiente soporte empírico. (Zinberg, 1979, p. 75). Zinberg se remitía a un estudio realizado en la Universidad de California en 1973 en el cual los doctores Joel Hochman y Norman Brill estudiaron una muestra aleatoria de 140 estudiantes y no encontraron diferencias de motivaciones entre los usuarios y los no usuarios (Zinberg, 1979, p. 76). También se refería al supuesto de que la marihuana era un paso previo para el consumo de heroína. El autor citaba un estudio llevado a cabo por David F. Duncan en 1974, en el cual los resultados mostraron que el 73% de los adictos a la heroína se habían iniciado en su consumo por el alcohol y no por la marihuana; al respecto, Zinberg señalaba que «la heroína es un depresivo y la marihuana es un estimulante», por lo que los consumidores tendrían un perfil bastante distinto (Zinberg, 1979, p. 78).

El mito de que la marihuana incitaba a actividades criminales, que había sido una de las banderas de la política de represión, también fue controvertido por el psiquiatra norteamericano. Este era un mito que había echado raíces mucho más atrás, según Zinberg, en la década de 1930 y reforzado por el senador John Murphy en 1971, al declarar que los soldados que cometían actos de violación y asalto en Vietnam lo hacían bajo el influjo de la marihuana (véase p. 17). Sin embargo, en un estudio preparado por Walter Bloomberg, quien tomó una muestra de 17.000 acusados desde 1930, se encontró que no existía ninguna relación entre el consumo de marihuana y el crimen (Zinberg, 1979, p. 79). Zinberg concluía, entonces, que

La marihuana epitomiza una nueva dirección de cambio social. Se popularizó en los años sesenta como parte de una onda de asaltos sobre las instituciones sociales establecidas. Además de haberse vinculado con los aspectos destructivos de este asalto, se le ha asociado con radicalismo, permisividad, falta de respeto por la autoridad, estilo poco convencional de vida e intereses que fluctúan entre la astrología y el culto al Zen. La información muestra además que hoy en día no solamente la gente joven fuma. Previamente algunas autoridades creían que en el bachillerato y la universidad su uso correspondía a una fantasía pasajera que se abandonaría al alcanzar la vida adulta. Las recientes encuestas indican que el uso de la marihuana continúa activo en los veinte y en los treinta (Zinberg, 1979, pp. 79 – 80).

De este modo, el artículo de Zinberg plantaba cara a ciertas convenciones del discurso médico. Básicamente, casi todos los supuestos que fueron el principio operativo del discurso psiquiátrico –la relación entre marihuana y crimen, el consumo de marihuana en la juventud, etc. –. No obstante, debe resaltarse un hecho adicional, y es el de las fechas de aparición de los estudios referenciados por Zinberg. En los «reportes cautelosos» –en contraste con los reportes alarmistas– listados por el autor al final del artículo, ninguno de ellos era posterior a 1975, y el primero había aparecido en 1970 (Zinberg, 1979, pp. 80 – 81)<sup>21</sup>. Aunque los psiquiatras colombianos veían una guía en la práctica psiquiátrica estadounidense, estos estudios referenciados por Zinberg no parecen haber tenido alguna resonancia en Colombia, más allá de las aclaraciones sobre el hecho de que la marihuana no producía dependencia física.

Esto, adicionalmente, contribuye a entender a los médicos locales no como receptores pasivos de conocimiento, sino como elementos activos en este proceso, en contraste con el modelo difusionista de centro-periferia, en el cual el conocimiento se produce en la «metrópoli» y es recibido con unanimidad en la periferia (Obregón, 2003, p. 32). Muchos de los artículos con los cuales se defendían y se sustentaban las controversias sobre los mitos alrededor del consumo de marihuana fueron publicados en la década anterior, justo cuando el escándalo sobre la marihuana se encontraba en auge. En este caso, la evidencia sugiere que pudo haber una omisión deliberada de estos trabajos, teniendo en cuenta la posición de Estados Unidos como referente de políticas punitivas y sanitarias, por parte de los científicos colombianos.

Otro de los participantes del simposio, Ramses Hakim, entonces rector de la Universidad Nacional –en donde se concentraba gran parte de la actividad académica en psicología y psiquiatría–, presentó una ponencia titulada *El uso crónico de la marihuana*. Hakim, aunque reconocía que la marihuana no causaba dependencia física, a como sí lo hacían el alcohol o la heroína, señalaba que su uso a largo plazo presentaba alteraciones en la estructura cerebral, concretamente problemas en el aprendizaje y la memoria y que podría inducir trastornos psicóticos como *delirium tremens* (Hakim, 1979, p. 29). María Teresa Camargo, directora

---

<sup>21</sup> Otro estudio –no citado por Zinberg– fue el de Edward Brecher (1972) sobre el consumo de marihuana en jóvenes. En este artículo, Brecher sostenía que los datos que se tenían sobre el consumo de heroína eran dispersos e insuficientes como para emprender campañas de represión

del Departamento de Promoción y Prevención de Salud Mental del Ministerio de Salud, se refería a los efectos de la marihuana sobre la salud, y, al igual que Zinberg, se remitía a estudios realizados en Estados Unidos que apuntaban a la descalificación de varias hipótesis psiquiátricas, como el hecho de que la marihuana producía disfunción sexual o inducía a comportamientos criminales o agresivos (Camargo, 1979, pp. 48 – 52). Jacob Shute, profesor de la Universidad de El Paso, Texas, se refería a potenciales usos terapéuticos de la marihuana, en especial en pacientes con glaucoma, ya que esta disminuía la presión intraocular. «Me extrañó», señalaba Shute «que ninguno de nosotros ha mencionado aquí que la marihuana se está usando en Estados Unidos de Norteamérica en investigaciones terapéuticas con buenos resultados» (Shute, 1979, p. 89). Aunque José Francisco Socarrás contravirtió las afirmaciones de Camargo y Shute al decir que, contrario a lo que sostenían, los «estudiantes consumidores muestran calificaciones regulares y son menos receptivos a las influencias familiares, menos fiables, trabajadores, respetuosos de la ley, que quienes no la fuman» y que el síndrome amotivacional era un hecho comprobado (Socarrás, 1979, p. 92), la mayoría coincidían con el Procurador y el Presidente de la ANIF al señalar que el supuesto de la extrema peligrosidad de la marihuana sobre el que se habían fundado la práctica psiquiátrica y la política pública debía ser revisado. Así, el simposio celebrado por la ANIF, en el cual, si bien no existió un consenso total, en este se pueden identificar las primeras líneas de un movimiento de descriminalización que se haría más notable con el curso de los años y el devenir infructuoso de las medidas punitivas.

Como ya se ha visto, este debate obedece menos a los avances científicos –dado que los estudios referenciados para demostrar la tesis de la inocuidad y los usos terapéuticos de la marihuana datan de la primera mitad de la década de 1970– que a la ineficiencia práctica de la política de drogas de la época, establecida por el Estatuto Nacional de Estupefacientes de 1974. A la publicación del simposio del 15 de marzo, le siguió un documento de Ernesto Samper Pizano titulado *La legalización de la marihuana* en 1980. El libro no ofrecía novedad alguna en cuanto a lo tratado en el simposio, pero explicitaba la propuesta de la legalización con base en los altos costos económicos y sociales que había cobrado la política represiva. Según Samper Pizano, 4.500 millones de pesos se distribuían en sobornos a funcionarios públicos y otros 1.400 millones de dólares en marihuana circulaban en el país (Samper Pizano, 1980, p. 27). El Presidente también enunciaba la existencia de una relación política

asimétrica con Estados Unidos. Mientras el país del norte promovía políticas de represión y encarcelamiento para los traficantes, según Samper, en estados como Vermont, Illinois, Hawai, Tennessee y Wyoming, la marihuana estaba despenalizada (Samper Pizano, 1980, pp. 1 – 16). El uso terapéutico de la marihuana no entraba en conflicto con la legislación federal de Estados Unidos.

El problema de la marihuana adquiría connotaciones evidentemente económicas. Ernesto Samper arguyó también que:

El poder de la economía subterránea está llegando a ser tan grande que ya no basta con las fórmulas simplemente represivas; la dimensión del problema excede los instrumentos para regularlo. Se precisan nuevas alternativas. Estamos, al fin de cuentas, entre reconocer a las mafias y re-encaminarlas o ser desconocidos por ellas y desencaminarnos todos. Así como sugerimos hace exactamente un año la legalización de la marihuana, como única forma de legitimar esos ingresos, así también nos parece hoy conveniente proponer la necesidad de dar a los capitales subterráneos válvulas institucionales de escape; el establecimiento de amnistías patrimoniales para estas inmensas fortunas, la posibilidad de invertirlos en títulos de rentabilidad y no representativos de propiedad y la concesión de estímulos especiales para que se registren públicamente serían las tres fórmulas para evitar que, por su mantenimiento en la clandestinidad, estos capitales y sus dueños acaben con nuestras instituciones y nosotros mismos, o las compren y nos compren que, para el caso, es lo mismo (Samper, 1980, pp. 11 – 17).

El debate subsecuente en torno a las drogas debe verse, en buena parte, a la luz de este clima de cuestionamiento a las políticas tradicionales y de los intentos por regular un problema esencialmente económico. Estas controversias de carácter político modifican, como lo señala Michel Foucault, las condiciones de emergencia del discurso, de manera que hay una reorganización dentro de la práctica psiquiátrica (Foucault, 1993, pp. 67 – 69). Dicho de otro modo, fue la ineficiencia de la política represiva y el fin de la bonanza marimbera la que posibilitó el rescate del discurso de la inocuidad y los potenciales usos terapéuticos de la marihuana.<sup>22</sup>

El asunto de la legalización volvió a discutirse en 1982 durante el Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia llevado a cabo en Medellín y organizado por la Universidad de Antioquia. Alfonso Reyes Echandía, profesor de la Universidad Externado y

---

<sup>22</sup> Una vez más, tampoco se descarta la incidencia de la industria farmacéutica. El hecho de que el simposio hubiera sido convocado por la ANIF dice mucho sobre la dimensión económica del problema. Empero, nuevamente, y con mayor certeza para esta época, se puede decir que la evidencia empírica que permite afirmar con un margen estrecho que la industria farmacéutica propulsó este discurso es muy difícil de localizar, más si se pretende hacerlo en función de establecer conexiones con este tema.

Magistrado de la Corte Suprema de Justicia y Miguel Sánchez Méndez, de la Universidad Nacional y procurador Delegado del Ministerio Público y miembros de la Comisión que redactó el Estatuto Nacional de Estupefacientes de 1974, rechazaron abiertamente las propuestas de legalización que se habían planteado entonces, con base en cifras que pretendían demostrar «la relación estrecha entre alcohol y delito», extrapolarlo a la relación al consumo de otras drogas. En cambio, Hernando Ruíz Hernández, de la ANIF, destacó la ineficacia de las políticas represivas e insistió en que el foco debía estar puesto sobre la prevención y propugnaba por el «consumo regulado» de la marihuana, de manera similar al alcohol y al tabaco (Sánchez Méndez, 1982, pp. 176 - 177)

## **2.2 Reacomodación institucional**

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, otro tipo de relaciones que trascienden las discusiones científicas como las relaciones políticas, modifican las condiciones de emergencia del discurso. La visibilización de la relativa inocuidad de la marihuana debe verse en relación con los nuevos esquemas institucionales que también indujeron algunos cambios en la práctica psiquiátrica. Hacia finales de la década de 1970 y a principios de la década de 1980, sobrevino una serie de modificaciones al sistema de salud, basada, ante todo, en el cuestionamiento a la efectividad del modelo de salud como inversión a cargo del sector público. Esta polémica se desató a raíz de, por una parte, el ambiente económico desfavorable en los países de la región –los países de América Latina presentaban altos niveles de endeudamiento, se registraron alzas en las tasas de interés y recortes en los niveles de financiamiento externo (Suárez, 2003, p. 32) – y, por otra parte, los balances negativos realizados por los informes<sup>23</sup>. Todo ello contribuyó a que se dudara de la eficiencia de la idea de lo que el sociólogo francés Loïc Wacquant llama «Estado providencia»<sup>24</sup> y el sistema de salud se insertara en la dinámica de liberalización del mercado.

---

<sup>23</sup> Los informes y balances de los programas ejecutados por la Secretaría de Salud de Bogotá mostraban que la prevalencia de las enfermedades crónicas era más alta de lo que se esperaba una vez fueran llevados a cabo todos estos programas. (véase Cap. 1).

<sup>24</sup> El trabajo de Wacquant (2008) se centra únicamente en las transformaciones en el ámbito penal durante la transición del llamado «Estado de bienestar» o Estado providencia al Estado neoliberal, en el cual se contraen las funciones asistenciales al tiempo que, de manera inversamente proporcional, se fortalece el aparato punitivo del Estado. Este doble movimiento se enmarca en una desregulación del mercado y la privatización de numerosos servicios que otrora habían permanecido en manos del Estado.

Es conveniente precisar que lo que se observa en la década de 1980 no es una desregulación absoluta, como sucedería más tarde, sino que comprende las primeras tentativas de desprenderse de un modelo incapaz de satisfacer las demandas globales de mercantilización y, sobre todo, ineficiente para cubrir las necesidades sanitarias de los habitantes de la nación. El incremento del contrabando de cocaína, por otra parte, se constituye como otro elemento determinante en el proceso de reacomodación institucional que experimentó el Estado colombiano en el curso de la década de 1980. Esto tuvo incidencias de diversa índole en el cubrimiento de los servicios de salud y la política antidrogas.

A grandes rasgos, siguiendo a Asa Cristina Laurell (2000, pp. 241 – 243), se pueden identificar las siguientes particularidades: En primer término, «se desplaza el reconocimiento de los derechos sociales por el combate a la pobreza». En segundo término, El «mérito» se convierte en la condición de acceso a los beneficios sociales; es decir, que el alcance de estos servicios implica una contraprestación por parte del individuo, ya sea como trabajo o como pago. Uno de los argumentos de la teoría fue que los servicios como la salud o la asistencia social eran demasiado costosos como para ser asumidos por el estado. Bajo estrictas restricciones fiscales, y con el fin de no producir una disminución de la rentabilidad, la prestación de servicios debía correr por cuenta de las entidades privadas. En resumen, la nueva arquitectura del estado pretendía que los servicios se distribuyeran bajo la lógica de compra-venta del mercado, ante la ineficiencia manifestada por el modelo de estado asistencialista.

Los balances negativos del funcionamiento y la efectividad institucional allanaron el terreno para las primeras tentativas de desregulación económica, en especial en materia de salud. Los balances de la Secretaría de Salud de Bogotá de 1976 indicaban una «alta tasa de incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas», problema que era «equivalente al de las ciudades industrializadas, sin que la ciudad se hallara propiamente preparada para hacer frente con medidas adecuadas» (Pulgarín Reyes, 2007. p. 62) En el Plan de Integración Nacional de la presidencia de Julio César Turbay Ayala (1979 – 1982) se contemplaba que «compartimos el criterio de la mayoría de economistas, sociólogos y politólogos de que el crecimiento económico, por sí solo, no garantiza mayor bienestar social, y de que exclusivamente mayor redistribución sin acumulación de capital y sin más acelerado crecimiento es una ruta que rápidamente agota su propia dinámica» (DNP, 1980) Según Christopher Abel el proceso de toma de decisiones en Colombia finalizando la década de 1970 «responde a una presunción

general en América Latina. Esta plantea la necesidad de disminuir los gastos sociales del Estado en la medida en que ellos no sean funcionales al proceso de acumulación de capital» (Abel, citado por Yepes, 1999, p. 167).

No obstante, la duda sobre los antiguos patrones de organización institucional permitió, también, una profesionalización de las prácticas psicológicas y psiquiátricas. En Bogotá, dados los resultados negativos de la conformación del Sistema Nacional de Salud, se cayó en la cuenta de que era necesaria una reorganización institucional, lo que dio cabida al intento por integrar los servicios de salud mental en 1979. Se eliminó la División de Servicios Técnicos y Auxiliares –que hasta entonces se encargaba de la atención en farmacodependencia– y las tareas de atención a pacientes psiquiátricos se trasladaron a la División de Atención Médica y se creó una sección de Servicios Médicos Especiales para otros tratamientos (Servicio de Salud de Bogotá, 1979; Pulgarín Reyes, 2007). Más tarde, en 1981, se creó el departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional y, en 1983, mediante la Ley 58, el gobierno reconoció la psicología como una práctica profesional formalizada, de modo que este periodo debe verse a la luz de un proceso de, profesionalización y formalización<sup>25</sup>.

Aunque el primer ensayo de liberalización económica en América Latina se había producido en Chile entre 1973 y 1990 bajo la dictadura de Augusto Pinochet, fue a principios de la década de 1980 que, gracias a la interrupción de los flujos de capital debido a la deuda externa en el continente, se cuestionó la efectividad de los esquemas previos. En Colombia la situación era algo distinta, por lo que la apertura económica total no se dio sino hasta principios de la década de 1990. La circulación de dineros del narcotráfico evitó que la crisis de endeudamiento tuviera mayor impacto en la década de 1980. En este sentido, Colombia logró escaparse, hasta cierto punto, de lo que se ha denominado la «década perdida» de América Latina, caracterizada por un estancamiento económico en las industrias nacionales del continente. (Díaz Londoño, 2011, p. 141).

### **2.3 Los científicos y el bazuco**

Mientras se ponía en la mesa la propuesta de la legalización, las autoridades contemplaban la necesidad de responder a la diversificación de la oferta de drogas en el mercado negro

---

<sup>25</sup> La psiquiatría y la psicología son disciplinas que eventualmente –y como cualquier formación discursiva– pueden ocuparse del mismo objeto de estudio, con preferencia por la enfermedad mental. Sin embargo, tienen en común su pretensión de ser una ciencia médica más que una ciencia social. Véase Ardila, 1999.

debido al fortalecimiento de un conjunto de organizaciones criminales en el país. Si la marihuana y las sustancias psicodélicas fueron tema de debate a lo largo de la década de 1970, a partir de 1980 otras drogas se incorporaron al abanico de sustancias estigmatizadas, en especial aquellas derivadas de la coca. Con la visibilización de los potenciales usos terapéuticos de la marihuana, se puso de manifiesto la necesidad de repetir el ejercicio con otras sustancias, que hasta ahora formaban parte de un conglomerado conocido como «droga». A principios de la década de 1980, términos como «estupefaciente» «alucinógeno» o «narcótico» se usaban para referirse, de manera general, a cualquier tipo de sustancias ilegales (Pérez Gómez, 1988, p. 74). En este momento, el campo psiquiátrico empezó a preocuparse por establecer estas diferenciaciones, en vista de que la marihuana ya no era la única sustancia que circulaba en las calles. No obstante, el desplazamiento anterior no quiere decir que se abriera un debate en torno a la liberalización absoluta del mercado de las drogas. Más bien, existían criterios de diferenciación más amplios, tanto entre los consumidores como entre una sustancia y otra. La categoría de «psicoactivos» del estudio de la década anterior, se desglosaba pormenorizadamente ofreciendo una descripción toxicológica y farmacológica de cada sustancia. La situación laboral, el nivel de formación académica, el sexo, la edad y la relación con la familia ampliaban el margen de elementos que podían incidir en la aparición de la farmacodependencia. El incremento del grado de atención al asunto del consumo de drogas ilícitas, así como la necesidad que ello conlleva de elaborar herramientas metodológicas más adecuadas a los hechos observables se materializa en esta sucesión de estudios, la primera en Colombia que se llevó a cabo de manera más o menos constante, aunque poco coordinada.

Sin embargo, aunque el cuestionamiento de las medidas punitivas posibilitó un giro cognitivo en las aproximaciones a la marihuana, la persecución se había intensificado dada la ebullición del tráfico de cocaína de Colombia a Estados Unidos. El fin de la «bonanza marimbera», a causa de la proliferación de cultivos en otros países como Jamaica y el propio Estados Unidos<sup>26</sup>, estuvo acompañado de la proliferación de cultivos de coca en varias regiones del país, que, de manera análoga al de la producción de la marihuana, estaba orientado a la satisfacción del incremento de la demanda en Estados Unidos. Esta etapa de narcotráfico a

---

<sup>26</sup> Esto sucedió principalmente por la versatilidad del cultivo de marihuana. A diferencia de otras plantas como la coca o la amapola, el cáñamo se adapta casi a cualquier condición ambiental.

gran escala, sumada a las políticas represivas del gobierno, condujo a la consolidación de cárteles de droga en el país y a la violencia subsecuente (Medina Gallego, 2012, pp. 151 – 153), de modo que el debate público estaba enfocado en la coca y sus derivados y la producción científica de la época había ampliado la vista sobre las sustancias, profundizando en las características específicas de cada una de ellas. Adicionalmente, la elección de Ronald Reagan como presidente de Estados Unidos (1981 – 1989) llevó a la reinstalación de las estrategias de «mano dura» contra el tráfico de drogas antes empleadas por Nixon. Reagan creía que la marihuana socavaba la lealtad de la clase media hacia los ideales republicanos y desplegó todo un aparato represivo para su persecución. (Davenport-Hines, 2003, p. 420)<sup>27</sup>.

Como consecuencia del fortalecimiento de los controles internacionales en el marco de las políticas punitivas promovidas por el gobierno Reagan sobre el tráfico de drogas, el *crack* (a veces referenciado como bazuco)<sup>28</sup>, un derivado de la coca que era más fácil de transportar y no se inhalaba vía nasal sino que se fumaba, apareció en el mercado negro de los Estados Unidos y se extendió hasta Colombia. El 24 de junio de 1983 se llevó a cabo un foro sobre bazuco en el Museo Nacional de Bogotá, el cual estaba a cargo de la Asociación Colombiana de Toxicología y Farmacodependencia. En primer término, se describió el bazuco como «un polvo blanco amarillento» contenido en una papeleta, cuyo precio podía variar entre 400 y 1000 pesos, lo que hacía fácil su transporte y su adquisición (Arévalo et al, 1983, p. 25). En segundo término, se describía el bazuco como un residuo del proceso de elaboración de la cocaína:

En el basuco, de sabor astringente, inoloro y poco soluble en agua, se ha podido identificar plenamente como principio activo la cocaína, en una concentración entre el 45% y el 50%. Se prepara de la base de coca, para lo cual se le agrega a partir de la hoja de coca, gasolina, cal, agua, alcohol, amoníaco, permangato de potasio y éter (Arévalo et al, 1983, p. 25).

Después, se describía la sintomatología:

La sintomatología psiquiátrica se caracteriza principalmente por taquicardia, ansiedad, inquietud, agudización del oído, alucinaciones auditivas y luego visuales, anorgasmia o prolongación del orgasmo, hay disminución de la libido, anorexia, insomnio, actitud general

---

<sup>27</sup> Una de las estrategias fue la fundación «Just Say No» («solo di que no», en inglés) creada por su esposa Nancy Reagan en 1982.

<sup>28</sup> En los periódicos y estudios de consumo de la época se le denomina «bazuco». A veces, la palabra se utiliza como sinónimo de crack, y en otros se refieren al bazuco como una droga más o menos distintas. Aunque no es claro si «bazuco» y «crack» son drogas distintas, lo cierto es que ambas son sustancias residuales del proceso de producción de cocaína (Bourgeois, 2010, p. 19) Se referirá la sustancia como bazuco, de acuerdo a lo consignado en el diccionario de la Real Academia Española.

de alerta, alucinaciones persecutorias y tendencia a permanecer encerrado; hay hipertensión arterial, hipertonía muscular e hiperreflexia, muchos pacientes relatan efectos laxantes y tos (Arévalo et al, 1983, p. 26)

Finalmente, el ponente argüía que el consumo de bazuco había aumentado por encima del consumo de otras drogas. Valiéndose de cifras de la Clínica Toxicológica Guillermo Uribe Cualla, desde 1981 la atención a casos de farmacodependencia por bazuco había aumentado. En 1981, los casos de atención por dependencia al bazuco correspondían al 25% del total de casos de atención en farmacodependencia; en 1982, esta cifra se elevaba al 50% y para 1983 los casos de bazuco constituían el 57% (Arévalo et al, 1983, p. 26).

La ANIF había señalado dos puntos que contribuyeron al desarrollo del debate psiquiátrico subsecuente. Por un lado, había socavado una serie de imaginarios en torno al consumo de marihuana; por otro lado, había enunciado la responsabilidad de Estados Unidos en el asunto del consumo. Estos dos puntos se rescataron en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina del 4 de agosto de 1983, en el cual se laureó el trabajo de Juan Antonio Gómez sobre sobre estupefacientes –quien se refería, en efecto, a Estados Unidos– y se señaló la responsabilidad del país norteamericano en el problema del consumo nacional. Además, el simposio daba cuenta de la preocupación suscitada a raíz del consumo de bazuco. Enrique Núñez Olarte señaló «Yo le tengo temor cuando en la televisión hablan del bazuco, porque eso está abriendo una serie de interrogantes a nuestra muchachada que [considero] muy peligroso» (Academia Nacional de Medicina, 1983, p. 7). El bazuco se había convertido, por encima de la marihuana, en la nueva droga peligrosa.

El 15 de agosto del mismo año, apareció en la Revista Semana un artículo titulado «Bazuco, el vicio del diablo» que recogía los testimonios de dos consumidores de bazuco que habían ido en un descenso paulatino hacia la degeneración:

Hace un año y medio, Gabriel S. se sentó al borde de una transitada avenida de Bogotá y no quiso volver a levantarse de allí. Tenía 26 años, y según confiesa "pasé días y noches tratando de decidirme a tirarme a un carro". Doce años antes había empezado a consumir drogas, pasando por las pepas para llegar finalmente al bazuko [sic]. Cuando se le cerraron todas las vías para conseguir decentemente el dinero para alimentarse el vicio -la familia lo había echado de la casa, no tenía ninguna posibilidad de encontrar trabajo- se unió a una banda de ladrones de carros. Fue a parar a la Cárcel Modelo. Hace unos meses ingresó al Instituto de Rehabilitación de Drogadictos "Revivir", donde arrastra penosamente su proceso de recuperación. "Lo que quiero es volver a ser persona a ver si puedo estudiar", dice levemente esperanzado. (Semana, 1983)

La cita anterior pone de manifiesto el producto del proceso de medicalización del consumo de drogas, el arquetipo de farmacodependiente y el individuo disfuncional objetivado por la ciencia médica. En términos de la práctica psiquiátrica, hasta ahora no se dieron cuestionamientos de sus funciones dentro de la sociedad. Los límites para definir los objetos de estudio de la psiquiatría siguieron siendo los mismos. Como se puede ver con claridad en la cita anterior –aunque ella corresponda, en efecto, a un reportaje– el lugar conferido al adicto sigue siendo el mismo, sólo que ya no es un consumidor de marihuana sino de bazuco. Al igual que en las representaciones del fenómeno adictivo presentes en la prensa de la década anterior, el estigma sobre el consumo no desapareció por completo. En la nota citada anteriormente, la visión estigmatizadora permanece con un alto grado de evidencia, sólo que el bazuco desplaza a la marihuana como la droga predilecta de los consumidores problemáticos.<sup>29</sup>

Más bien, lo que se produjo fue una sofisticación de las herramientas con respecto a su objeto de estudio, reflejada en una sofisticación de su propio lenguaje. Por ejemplo, en el foro sobre bazuco de 1983, se explica que existen dos variedades de coca, la *Erythoxylum novogranatense* y la *Erythoxylum coca* dependiendo de la región donde creciera la planta. Esta sofisticación, además, fue posible gracias a la fuerza que recobró la toxicología en la investigación de farmacodependencia. El Boletín No. 11 de la Asociación Colombiana de Sociedad Científicas –dentro de la cual se encontraba la Asociación Colombiana de Toxicología y Farmacodependencia– publicado en mayo de 1985, expresaba:

La Toxicología es una rama de la medicina hace algún tiempo olvidada, pero que se ha desarrollado vertiginosamente en los últimos quince años. De gran importancia en los países desarrollados y en vías de desarrollo como los nuestros, convulsionados, que hace frecuente la automedicación de tranquilizantes; la industria que produce contaminación ambiental y da

---

<sup>29</sup> El terror y el escándalo que producía el consumo de bazuco en la década de 1980 entre la prensa y la clase media colombiana se evidencia en el número de publicaciones que versaban sobre este asunto. Así pues, la nota de la Revista Semana referenciada más arriba no es la única de su tipo; en 1987, la misma revista publicó una nota titulada, en un tono notablemente alarmista *¡Basuco!*, en cual se refería no solo a los efectos de la droga sobre el organismo, sino a la «cultura del basuco». Esta misma revista afirmaba la predilección de la elite bogotana por el basuco y describía los sitios donde se consumía, aunque visto desde una perspectiva actual, el grado de fiabilidad de tales referencias es bastante dudoso, más cuando se conoce el bajo precio de la sustancia en el mercado negro. En todo caso, la prensa no era la única encargada de difundir este temor; en 1986 apareció un librito titulado *Basuco o patria*, una especie de testimonio personal escrito por una joven estudiante bogotana, Mónica Alvarado García, en el cual se describía, en un tono más literario, el descenso por la pendiente de la adicción a la droga experimentado por uno de los allegados de la autora. Además, este pánico coincidió con las alarmas suscitadas por la «epidemia de crack» en Estados Unidos, lo que pone de manifiesto el alcance global del tráfico de cocaína y sus derivados (véase Burgeois, 2010).

origen a esas enfermedades profesionales por causa tóxica. Hay un gran aumento del alcoholismo que se encuentra frecuentemente acompañado de farmacodependencia a sustancias como el “Basuco” que está destruyendo a nuestra juventud (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 1985)

Aunque la toxicología era una rama de la farmacología que, tal como lo señala Camilo Uribe en el Boletín antedicho, se venía desarrollando desde mediados de la década de 1970, en los primeros años de la década de 1980 tuvo acercamientos con la psiquiatría en nuestro país y logró consolidarse como una disciplina autónoma en las postrimerías de la década. De 1982 a 1987 el Departamento de Toxicología de la Universidad Nacional, parte de la Facultad de Medicina, vivió un proceso de tecnificación y sofisticación en términos de investigación y publicaciones. Para 1985, la Universidad de Antioquia contaba con una serie de programas de pregrado y posgrado de toxicología con una diferenciación de sustancias entre marihuana, LSD, barbitúricos, alcoholes y otras sustancias que se dividían según sus propiedades farmacológicas y sus efectos sobre ciertas zonas del organismo (OPS, 1985, pp. 37 – 56). Esta «reaparición» de la toxicología dentro del análisis médico se constituye como el primer factor que obligó a los psiquiatras, en cierto modo, a distinguir una sustancia de otra cuando presentaban trabajos sobre farmacodependencia.

La recuperación de los aportes de la toxicología evidencia una pugna en el campo científico, en concreto, cierto impulso por marginar la predominante teoría psicoanalítica, la cual, tal como se señaló en el capítulo anterior, trataba de explicar el fenómeno adictivo a partir de las razones que llevaban a una persona a consumir cualquier droga, olvidándose así de los efectos físicos de cada sustancia en el organismo hasta cierto punto. Tampoco debe uno confundirse y pensar que en este segundo momento los médicos y los psicólogos hicieron caer en el absoluto descrédito la teoría psicoanalítica, pero la consideración adicional de las propiedades de las sustancias permitiría arrojar luz sobre el problema del consumo. Dichas consideraciones, el aumento del grado de diferenciación entre una sustancia y otra y la consecuente desigualdad entre el consumo de una u otra lograron cristalizar en la legislación de la época.

En 1986, bajo la presidencia de Belisario Betancur (1982 – 1986)<sup>30</sup>, se redactó un nuevo código de estupefacientes que derogaba lo contemplado en el código anterior, de 1974. Esta

---

<sup>30</sup> Los intentos por modificar el código de estupefacientes se habían dado antes. No obstante, con el asesinato de Rodrigo Lara Bonilla por parte de narcotraficantes, la tarea se pospuso hasta 1986. (Pérez-Gómez, 1988)

nueva ley, entrada en vigencia a partir de 1987, daba cuenta de algunas de las distinciones empleadas en la psiquiatría. El nuevo estatuto establecía la diferencia entre la palabra «droga», definida, nuevamente de forma muy menuda, como una sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas y «estupefaciente», la cual hacía referencia a toda droga usada sin prescripción médica. (Colombia, 1986) En primer lugar, se distinguía entre medicamento y estupefaciente, siendo el primero una droga recetada por un médico, mientras que la segunda se ingería sin prescripción; se añadía el «psicotrópico» como una droga que actuaba sobre el sistema nervioso central, abarcando todas las sustancias prohibidas. La distinción era más rigurosa en cuanto a las adicciones:

e) Abuso: Es el uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos.  
f) Dependencia Psicológica: Es la necesidad repetida de consumir una droga, no obstante sus consecuencias.

g) Adicción o Drogadicción: Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga.

h) Toxicomanía: Entiéndase como dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas.

i) Dosis Terapéutica: Es la cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente.

j) Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo (Congreso de Colombia, 1986).

Adicionalmente, el Estatuto también diferenciaba las tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación. La primera se definía como el conjunto de estrategias encaminadas a «reducir y evitar la dependencia»; el tratamiento se refería a «los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga» y la rehabilitación era la actividad encaminada a reincorporar a los adictos a la «sociedad», en términos de los procesos productivos (Colombia, 1986)<sup>31</sup>. El tema de la farmacodependencia, sin duda, había sido discutido sobre todo en asociaciones con poca incidencia con la institucionalidad como las sociedades psicoanalíticas, pero ante un evidente crecimiento del consumo y la diversificación del mercado negro, el Estado y los psiquiatras se vieron obligados a replantear sus propuestas.

---

<sup>31</sup> Vale la pena mencionar que el estatuto también dictaba normas de reorganización institucional. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se fusionaron en el Ministerio de Protección Social, lo cual dejaba a expertos de diferentes ramos, en términos operativos, en una sola categoría. Sin embargo, ello no afectó considerablemente la producción psiquiátrica, por lo menos hasta 1990.

En vista de una necesidad institucional por fortalecer las herramientas para aproximarse al fenómeno adictivo, se celebró una ronda de nueve seminarios en todo el país, de los cuales cuatro se llevaron a cabo en Bogotá. Estos tenían como propósito capacitar al personal del Sector Salud en el diagnóstico e intervención en farmacodependencia y salud mental para reforzar los servicios. De este modo, se discutieron asuntos de diagnóstico, intervención y tratamiento, que daban cuenta de la consideración de nuevos factores por parte de los psiquiatras, y al mismo tiempo, la persistencia en el trabajo sobre elementos ya dilucidados por sus antecesores en la década de 1970. Andrés Acosta Puentes, coordinador del Servicio de Farmacodependencia del Hospital psiquiátrico San Isidro de Cali, propuso un sofisticado esquema de análisis para el abordaje de la farmacodependencia, elaborando un par de triadas basadas en el concepto procesual de enfermedad. En rigor, la primera triada enunciada por Acosta Puentes corresponde a la triada biopsicosocial, en donde la enfermedad es resultado de la interacción de tres factores principales: uno biológico, que indica la presencia de elementos que puedan predisponer el desarrollo de una enfermedad mental; uno psicológico, que comprende el proceso del desarrollo de la estructura de la personalidad; y uno social, también referido como «medio ambiental» (Acosta, 1986, p. 59) (véase Anexo).

Acosta también proponía varios niveles de atención, más o menos similares a la que se había planteado en el Código de Estupefacientes. Se refería a, en primer lugar un nivel de prevención primaria, orientado a impedir la aparición de nuevos casos mediante controles legales, información y educación; un nivel de prevención secundaria, que comprendía la detección precoz de quienes tenían acceso a sustancias que pudieran producir farmacodependencia; y un tercer nivel de prevención, para paliar los efectos del consumo en los que ya padecían farmacodependencia. (Acosta, 1986, p. 60)

Adicionalmente, el papel de la familia seguía siendo preponderante. En efecto, se habían desarrollado propuestas terapéuticas mucho más específicas, orientadas únicamente al grupo familiar, pero reconociendo que ella hacía parte del entorno social, visto este como un factor que contribuye a la aparición de la enfermedad. Acosta señalaba que el trabajo terapéutico familiar era indispensable en el nivel de prevención secundaria, puesto que la reconfiguración (negativa) de las relaciones familiares era uno de los síntomas tempranos de la enfermedad (1986, p. 60). La propuesta de Ana Cristina Rodríguez Pinzó, trabajadora social de la Unidad

de Salud Mental del Hospital Santa Clara de Bogotá, ofrece un cuadro más detallado. Coincidió, con Acosta, en el origen multicausal de la enfermedad: «En la actualidad es prescindible concebir la farmacodependencia como un fenómeno unicausal con consecuencias simples y unilaterales» (Rodríguez Pinzón, 1986 p. 101) y destacaba, de la misma forma, la idoneidad del enfoque biopsicosocial. Para Rodríguez Pinzón, el aspecto familiar era imprescindible en el abordaje ya que la insatisfacción de las necesidades biopsicosociales en el grupo familiar era un factor desencadenante de la farmacodependencia. Rodríguez Pinzón, siguiendo el modelo terapéutico del psiquiatra argentino Salvador Minuchin<sup>32</sup> –la teoría de la familia como estructura– y la teoría familiar sistémica de Selvinni Palazzoli, proponía un concepto de familia como un sistema compuesto por tres subsistemas relacionales (relación conyugal, relación padre-hijo y relación de hermanos) (Rodríguez Pinzón, 1986, p. 102). De este modo la farmacodependencia transformaba estos tres subsistemas.

Encontramos una inadecuada constitución del subsistema conyugal en términos de inafectividad, incumplimiento de roles, irresponsabilidad económica paterna, disturbios en los patrones de autoridad, maltrato físico y verbal, alcoholismo o farmacodependencia en alguno de los dos, marcada ansiedad en ambos, personalidades excesivamente pasivas o excesivamente autoritarias.

Por todo esto encontramos en el farmacodependiente una personalidad previa pasivo-agresiva, dependiente, sin posibilidad de toma de decisiones, aislamiento, introversión, retraimiento, temores exagerados, dificultad de adaptación a grupos y con patrones de autoridad.

La madre por lo general opta por el rol de víctima explotada y se convierte en la sobreprotectora y defensora del hijo ante el resto de la familia.

El padre se convierte en autoridad agresiva y persecutoria, presa del desconsuelo por la pérdida de su hijo.

Los hermanos adquieren cada uno un rol diferente, con rechazo y agresión y son colocados por los padres en el lugar de ejemplo para el enfermo (Rodríguez Pinzón, 1986 pp. 102 – 103)

---

<sup>32</sup> Los modelos estructurales de terapia familiar estaban en boga por entonces dado que buena parte de la obra de Minuchin se publicó a lo largo de la década de 1980 y ya tenía una influencia considerable en la academia. En 1979 se publicó *Familias y terapia familiar*, *Técnicas de terapia familiar* en 1984 y *Caleidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación* en 1985. Minuchin gozaba no sólo de un amplio prestigio en la comunidad psiquiátrica occidental, sino que también llegó a ocupar cargos importantes para la formulación de políticas públicas. A finales de la década de 1980 fundó el Family Studies Inc. en Nueva York e hizo parte de la *Mayor's Commission for the Foster Care of the Children*. (Conen, 2007)

Por supuesto, dada la alarma del bazuco entre los medios de comunicación y la comunidad psiquiátrica, este problema también tuvo su lugar en los seminarios de 1986. El médico anesthesiólogo colombo-canadiense Alejandro Jadad Bechara se refirió al peligro del bazuco en su respectiva ponencia: «Su consumo se ha difundido con una velocidad alarmante. No ha respetado grupo socioeconómico, ni edad, ni nivel intelectual ni sexo» (Jadad Bechara, 1986, p. 63). Como otros que se habían dedicado al estudio de las propiedades farmacológicas del bazuco, enunciaba primeramente las de la cocaína –y se refería a su consumo por parte de grupos indígenas de la zona andina– y destacaba las secuelas de su consumo, a la manera en que ya lo habían hecho otros psiquiatras:

La mayoría son obvias y condicionadas por los intentos de los individuos para conseguir el dinero necesario para mantener el consumo. Es por esto que se presentan pérdida de peso (para su aparición contribuye mucho la anorexia que produce la droga), descuido personal, deficiencias laborales o académicas, huida del hogar, incumplimiento de deudas, estafa, robo, prostitución y tráfico de drogas (Jadad Bechara, 1986, p. 68)

La ponencia de Jadad Bechara también traía a colación la importancia del factor familiar para el procedimiento terapéutico: «sería imposible dejar de lado a la familia misma. Es necesario concientizar a los padres de la seriedad de la situación y de la importancia de su papel para evitar el agravamiento del problema» (1986, p. 69). También, en consonancia con la aparición de patrones de diferenciación para el consumo, Jadad Bechara distinguía lo que llamaba «consumo recreacional» de la farmacodependencia; el primero se caracterizaba por el consumo de dosis pequeñas de cualquier droga y sobre todo, en «reuniones sociales», pero constituía un paso previo para la farmacodependencia (p. 68). Esta ponencia sobre el bazuco recoge tres de los elementos en discusión en esa década: el enfoque familiar, la sofisticación de los criterios para diferenciar a los consumidores y la preocupación por la aparición del bazuco en el mercado negro.

El año de 1986, para el abordaje de la farmacodependencia desde la psiquiatría, como ya se dijo, fue un año de profesionalización y sofisticación de sus herramientas a raíz de un hecho coyuntural: el crecimiento del tráfico de cocaína desde Colombia hacia Estados Unidos. El reforzamiento institucional, manifestado en la implementación –tardía– del Código de Estupefacientes y la creación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) pusieron de manifiesto la preocupación institucional por un problema que tiene una dimensión claramente económica, pero que requirió, inevitablemente, de la

disciplina psiquiátrica para enfrentarlo. De este modo, la reacomodación institucional que tuvo lugar a principios de la década de 1980 posibilitó, en cierta medida, un perfeccionamiento de las aproximaciones psiquiátricas al fenómeno adictivo. En el caso que aquí se ocupa, se puede decir que hay cierto avance en la práctica psiquiátrica, que se puede elucidar mediante la observación de esquemas indudablemente más complejos para el diagnóstico y el tratamiento, como la implementación de la triada biopsicosocial y el análisis psicofarmacológico-toxicológico de las sustancias. Estos cambios también se vieron reflejados en un nuevo estudio de consumo.

La Universidad de Antioquia, que entonces era una de las instituciones en Colombia que se encontraba en la «vanguardia» de estudios sobre farmacodependencia, hizo un estudio de consumo en todo el país que se publicó en 1987, por parte de Yolanda Torres, profesora de Epidemiología, y Lenn Murelle, becario de la Fundación Fulbright en un programa de investigación biomédica. Este fue el segundo estudio nacional, y el primero que se ajustaba estrictamente a la propuesta metodológica de la epidemiología<sup>33</sup>. Así pues, el estudio se hizo en cuatro ciudades del país, en rigor, Barranquilla, Medellín, Cali y Bogotá; se tomaba como muestra la población entre doce y sesenta y cuatro años de edad, excluyendo a la población institucionalizada (como el ejército, los reclusos y los hospitalizados) y a los habitantes de la calle, que no eran localizables mediante una dirección residencial (Torres y Murelle, 1987, p. 1). El propósito era, indudablemente, servir de base para la formulación de una política pública necesaria. En concreto:

Hacer el diagnóstico de la situación de consumo de sustancias que producen dependencia y alcoholismo, a través del conocimiento de la frecuencia y distribución del fenómeno por las principales variables de persona, lugar y tiempo, así como explorar algunas hipótesis sobre asociaciones causales, con el fin de servir de base para la orientación y evaluación de los programas de prevención de consumo de estas sustancias en el país (Torres y Murelle, 1987, p. 9)

Las variables observadas eran más numerosas que en cualquier estudio previo: se consideraban el nivel de escolarización, de urbanización (ciudad grande o pequeña) el grupo de edad, el sexo, la frecuencia de consumo, la situación laboral, el nivel económico y, por

---

<sup>33</sup> La mayoría de los estudios referenciados en el trabajo correspondían a textos con fundamentos teóricos producidos en Estados Unidos. Estaba el texto de Boyd y Wiessman, *Epidemiology of Affective Disorders: A reexamination an future decisions* publicado en 1981 y el de Hirschfield y Cross *Epidemiology of Affective Disorders, psycho-Social Risk Factors* publicado en 1982.

supuesto, la droga misma; en función de la concepción multicausal de la enfermedad, todas estas variables servirían para establecer factores de riesgo. De este modo, los resultados del estudio se pueden resumir de la siguiente manera: con excepción de los tranquilizantes, todas las sustancias estudiadas presentan una probabilidad de consumo mayor en los hombres que en las mujeres, con diferencias altamente significativas (p. 15) Ser separado o soltero también es un factor de riesgo. De cada 1.000 hombres, 678 son solteros y consumen alcohol, y 43 consumen tranquilizantes y 26 marihuana. De cada 1.000, 842 son separados y consumen alcohol, pero no consumen bazuco, cocaína, tranquilizantes o marihuana (p. 65). La edad de inicio para el consumo de la marihuana y el alcohol oscila entre los 17 y los 18, mientras que la de los tranquilizantes es de 32 y el bazuco de 22 (p. 134). Los hombres gastaron en el último mes 8.100 pesos para alcohol en el último mes y 12.000 para otras drogas, mientras que las mujeres gastan 1.400 para cada una (Torres y Murelle, 1987, p. 135).

Atendiendo a su propósito esencial, el estudio, por una parte, no recomendaba la legalización de las drogas ya que se creía que esta operación llevaría al incremento del consumo: «El anterior resultado hace no recomendable la legalización de las demás sustancias [las ilegales, aparte del alcohol y el cigarrillo] dado que se iniciaría como en el caso de las ya legalizadas, campañas de mercadeo con utilización de los medios masivos de comunicación, que a no dudar, llevaría un incremento no deseable en su consumo» (Torres y Murelle, 1987, p. 201).

Y, por otra parte, resaltaba la peligrosidad de las sustancias ilegales:

Cada una de estas sustancias y más en su conjunto están produciendo grave deterioro en el desarrollo del país por diferentes motivos: daño a la salud física y mental de la población. Gasto económico muy alto por el consumo, competitivo con inversiones para el desarrollo y el bienestar personal y social. Deterioro de las relaciones interpersonales en especial las familiares. Problemas laborales. Deserción estudiantil. Demanda de atención médica especializada. Aumento de los problemas legales en forma directa e indirecta. Por último pero no menos importante, no se puede olvidar como elemento especial a considerarse participación como uno de los factores de la compleja red multicausal de la violencia e inseguridad actuales» (Torres y Murelle 1987, pp. 208 - 209).

Entre el estudio de 1972 y el de 1987 existen diferencias metodológicas importantes –sin mencionar, desde luego, que ambos se valen de la encuesta como herramienta para precisar las cifras– que es menester resaltar para comprender las transformaciones en los procedimientos sanitarios y psiquiátricos que se llevaron a cabo. Primero, es obvio que el segundo estudio consideró de antemano que el consumo de drogas y la farmacodependencia no son comportamientos o padecimientos propios de la población juvenil o escolar. Se

encontró, en efecto, que aunque la prevalencia de consumo de drogas –en especial aquellas que son ilícitas– tenía lugar en grupos poblacionales jóvenes, esta práctica se extendió hacia otros grupos poblacionales, aunque debe recordarse que los jóvenes permanecieron largamente en el centro de los debates y constituían el objetivo primordial de las políticas preventivas. En segundo lugar, la categoría de «psicoactivos» (véase p. 37) se desglosó y se consideró un abanico de sustancias que para psiquiatras y toxicólogos eran bien distintas. No obstante, los esfuerzos institucionales estaban concentrados en la juventud.

Las apreciaciones de estos estudios no están, en todo caso, demasiado lejos de los juicios valorativos típicos de la primera producción psicoanalítica del tema. Los desplazamientos y la reconfiguración del entramado del poder no permiten, como se verá más adelante, discutir el tema de la legalización de las drogas más allá de decidir si es o no recomendable a partir de lo que se observa en la superficie de estos estudios. Sin embargo, lo que sí permite la elaboración de todo este material son unas bases algo más sólidas para emprender una acción de prevención (pues ya se ha dicho y se ha podido constatar que el tratamiento tiene un lugar marginal frente a este primer aspecto) por parte del Estado.

Atendiendo a las sugerencias de los psiquiatras, en 1987 la Alcaldía Mayor de Bogotá publicó un «Manual de prevención integral» para la drogadicción, dirigido a un público amplio, en especial a los medios de comunicación y al sector educativo. A grandes rasgos, puede decirse que el texto parte de la premisa de que si se conocen los puntos centrales del asunto de la drogadicción, se puede prevenir su consumo, sobre todo en la juventud. De esta suerte, el texto recoge varias de las propuestas de los psiquiatras hechas en años anteriores. Por ejemplo, se explicitan los tres niveles de prevención sugeridos por Andrés Acosta Puentes (Escallón, 1987, pp. 30 – 32). El manual constituía una extensa guía para docentes y medios de comunicación sobre la implementación de estrategias con estudiantes escolares. En rigor, el manual propugnaba la difusión pública –mediante afiches publicitarios o anuncios de televisión– de mensajes claros y afirmativos –una simple frase como «di no a la droga» acompañada de sugerencias para emplear el tiempo bastaría para transmitir la idea cabalmente–, así como la creación de grupos de estudio y trabajo con los estudiantes, a fin de que emplearan su tiempo libre provechosamente, pues su mal empleo era una puerta de entrada al consumo de drogas (Escallón, 1987, pp. 64 – 77).

Una vez más, es posible constatar que las asociaciones y los estereotipos conformados por la comunidad científica una década más atrás no desaparecen. Si la drogadicción o la farmacodependencia es una enfermedad, bajo los enfoques de salud pública que consideran factores y grupos de riesgo para emprender iniciativas de intervención, ser joven conllevaba el potencial de entrar en contacto con sustancias psicoactivas y, cuando el caso fuera más grave, sucumbir ante la farmacodependencia. Así pues, las estrategias subsiguientes estarían dirigidas a un público evidentemente joven; a una población en etapa escolar o universitaria que no había desarrollado un grado de capacidad suficiente como para, como lo decía Nancy Reagan, «decir no a la droga».

En un manual similar publicado en 1988 bajo el título *¿A qué se le llama drogadicción?* Se abordaba el asunto del tratamiento. Para las secuelas propiamente orgánicas dejadas por el consumo de cualquier tipo de droga, era claro que había que emprender una tarea de desintoxicación, dependiendo de la sustancia, la cantidad y la frecuencia con la que se consumía (Escallón, 1988, p. 26). El asunto es otro en lo que se refiere al tratamiento: «En cuanto al tratamiento propiamente dicho, existe una gran variedad de enfoques y de prácticas. No hay manera de determinar definitivamente y “a priori” cuál es el mejor o el más apropiado para cada caso particular». De este modo, el manual sugería las estrategias de psicoterapia individual –cuya eficacia era más bien dudosa frente a métodos grupales– y terapias grupales, como la psicoterapia familiar o la terapia de grupo y las propias comunidades terapéuticas, en las cuales, según el manual «las personas no son tratadas como pacientes sino como personas inmaduras, y hasta infantiles [...]» (Escallón, 1988, pp. 26 – 27).

Es evidente que el incremento de la preocupación por el consumo de sustancias y tratamiento del problema en una forma más sofisticada, gracias a cierto grado de interdisciplinariedad (como se pudo ver con la incorporación del análisis toxicológico detallado) no desembocaron necesariamente en una redefinición del problema de la farmacodependencia, y más específicamente, del sujeto adicto. Más arriba se referenció un manual que da cuenta de ello: por una parte, hay un intento de consolidar una política pública integrada, de nivel nacional, para la intervención; por otra parte, el enfermo farmacodependiente sigue apareciendo como un desviado, o como lo explicita el propio manual, un menor de edad que debe estar bajo la

tutela de los expertos. Es decir, la enfermedad se infantilizó para justificar la intervención desde las políticas públicas.

En lo que se refiere estrictamente a la política pública, hay también rasgos de continuidad manifiestos. Aunque el estatuto de 1986 reconoce la farmacodependencia como una enfermedad que debe ser asistida por el Estado, las políticas preventivas se mantuvieron como punta de lanza de las estrategias para hacer frente al consumo. La rehabilitación de adictos planteaba a los psiquiatras problemas de un alto grado de dificultad. En ese sentido, era mejor si no había adictos que rehabilitar, por lo que los esfuerzos estaban concentrados en los programas de prevención y educación. Hoy se puede decir que estas estrategias han sido un gran fracaso, pues, como se verá más adelante, los estudios evidencian un incremento sostenido en el consumo.

En el terreno del discurso médico, el análisis es sin duda más preciso, en buena parte gracias a la profesionalización de las disciplinas dedicadas a la salud mental, pero los resultados de las investigaciones presentan cierta prolongación en relación con las apreciaciones de la década anterior. Por ejemplo, ante la prevalencia del consumo en el sexo masculino, se señalaba que «El pertenecer al sexo femenino en Colombia se comporta como un factor de protección para el alcoholismo y las demás sustancias» (Torres y Murelle, 1987, p. 202). Adicionalmente, y como se referenció líneas más arriba, el discurso de la peligrosidad de la droga permaneció vigente. Lo que es realmente novedoso a lo largo de este momento es la incorporación de métodos más sofisticados para el análisis que, en última instancia, arroja unas conclusiones más o menos similares. Sin embargo, con ello no se quiere decir que no se produjera algún tipo de modificación en la disciplina psiquiátrica o que no se registrara ningún avance. Al contrario, la visibilización de asuntos como la inocuidad de la marihuana y el análisis toxicológico permitieron que la psiquiatría puliera sus propuestas, en el sentido de la incorporación de nuevas herramientas (extraídas en buena parte de la toxicología) y el diseño de nuevos esquemas de intervención, en especial en el plano del tratamiento familiar.

Es pertinente hacer énfasis en la diferenciación entre varias formas de consumo, en especial la dicotomía trazada entre el consumo «recreativo» y la farmacodependencia y formas de consumo rituales comunes, por ejemplo, entre sociedades indígenas. En 1988 se publicó la

*Historia de la Drogadicción en Colombia*<sup>34</sup> editada por el psiquiatra Augusto Pérez, la cual se remontaba a la práctica del consumo de coca entre los pueblos de la región andina antes del siglo XVI, en el cual se vislumbraba un «antecedente» del consumo moderno, pero ningún comportamiento patológico (Pérez, 198 pp. 11 – 22). De la misma forma, el estudio antedicho de la Universidad de Antioquia enunciaba la antigüedad misma de lo que hoy llamaríamos una práctica de intoxicación: «El fenómeno del uso de sustancias que producen dependencia es tan antiguo como el hombre. Diferentes formas de consumo y sustancias han sido descritas por los historiadores desde antes de la era de Cristo» (Torres y Murelle, 1987, p. I). De una forma más o menos similar a la que Arturo Lizarazo y Alfonso Martínez Rueda establecieron la dicotomía entre el consumo moderno y el consumo por parte de los grupos indígenas, los psiquiatras de la década de 1980 preservaron este modelo. Esto es explicable si se entiende que la psiquiatría es una práctica social moderna –y si se quiere, «occidental»– que encuentra sus límites cuando se topa con comportamientos que no se ajustan a los patrones de la modernidad, como es el caso de los grupos indígenas. En otras palabras, esta dicotomía es, en cierto modo, una maniobra para facilitar la definición de los límites de la psiquiatría.

Sin embargo, si la farmacodependencia y el consumo ritual «premoderno» son dos comportamientos distintos, surge inevitablemente el interrogante por las explicaciones del fenómeno. Como lo señala Augusto Pérez «Pretender que los indígenas son drogadictos es un abuso del lenguaje que revela una falta de comprensión total de contextos culturales diferentes al nuestro, así como de órdenes en la organización social que no son susceptibles a ser reducidos a las formas como evaluamos nuestra vida cotidiana» (1988, p. 11). Así pues, ¿A qué se debía el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas en las sociedades contemporáneas? El mismo Pérez atribuía este comportamiento a un malestar social: «Los problemas esbozados en el numeral anterior [el consumo abusivo de ciertas drogas en varias capas de la población] se ven agravados por los profundos desequilibrios de la sociedad colombiana» (1988, p. 113). Entre los elementos precipitantes al consumo, Pérez

---

<sup>34</sup> Desde luego, todo trabajo historiográfico, como el del profesor Pérez, permite una lectura doble. Por un lado, puede leerse como resultado de un trabajo de investigación que ayuda a comprender el fenómeno sobre el que versa. Por otro lado, puede hacerse una lectura del texto como *discurso*, como una unidad operativa autónoma relacionada con un contexto cultural y político. Como se pudo observar, se ha efectuado esta doble lectura en el presente trabajo.

destacaba, tomando un concepto del sociólogo francés Emile Durkheim (1858 – 1917), una «anomia» en la sociedad colombiana, de manera que el país experimentaba «la destrucción de los lazos sociales tradicionales que aíslan al hombre y lo dejan sin valores, sin convicciones que puede compartir con otros, sólo comunicación» (1988, p. 55).

Estos interrogantes surgieron a partir de un sentimiento generalizado de fracaso de la guerra contra las drogas. Si el objetivo era reducir la oferta y la demanda, claramente, no se estaba logrando esto. Al contrario, el consumo parecía aumentar al ritmo que lo hacía la variedad de sustancias que copaba el mercado negro. Esta coyuntura obligó a los psiquiatras a preguntarse por las causas de la adicción a las drogas, lo cual, subsecuentemente, los obligaría a preguntarse por los propios límites de su disciplina. Las preguntas por el origen de la drogadicción y su naturaleza misma, como las que se han mencionado anteriormente deben ser al menos enunciadas si se quieren comprender los debates subsecuentes en la psiquiatría colombiana en torno al fenómeno adictivo. El siguiente y último capítulo se ocupa de lo que, en términos de la ciencia médica como formación discursiva, representa un cambio epistemológico mucho más evidente en las aproximaciones a la drogadicción.

**Capítulo 3**  
**Ciencia médica, neoliberalismo e intervención**  
**1990 – 2000**

Aunque la corriente antipsiquiátrica se dio a conocer entre la comunidad científica a principios de la década de 1970, sus propuestas, en nuestro país, no fueron retomadas sino hasta la década de 1990. Este fenómeno tiene dos dimensiones observables. Por un lado, si el objetivo de las herramientas elaboradas por los psiquiatras a lo largo de dos décadas era hacer inteligible cierto tipo de comportamiento para intervenir sobre él y paliar sus efectos negativos, claramente no lo había logrado; por el contrario, la tendencia del consumo era el incremento sostenido. Por otro lado, y en parte derivado de lo anterior, las proclamas a favor de la legalización tomaron fuerza, teniendo como telón de fondo no sólo el cuestionamiento al entramado conceptual de la psiquiatría, sino al auge de las ideas neoliberales irradiadas desde Estados Unidos. El siguiente apartado explora esta segunda dimensión del asunto.

### **3.1 Un terreno para el mercado: la perpetuación del modelo neoliberal<sup>35</sup> en Colombia**

Si en la década de 1980 se esbozaron las primeras líneas de privatización y desregulación mercantil en Colombia, la década de 1990 se caracteriza por una apertura más clara a dichos esquemas, en especial durante la presidencia de César Gaviria Trujillo (1990 – 1994). Los lineamientos establecidos en el Consenso de Washington (1989) fueron el horizonte regulador de los reajustes en política económica de América Latina. En términos generales, siguiendo a Jorge Díaz Londoño (2011, pp. 139 – 140) dichas reformas se fundamentan en los siguientes elementos: una estricta disciplina fiscal (una reducción y priorización del gasto público) y una reducción de la intervención del Estado en la economía (promoción de inversión extranjera directa (IED), garantía de los derechos de propiedad privada y tasas de interés determinadas por el mercado). En el Capítulo 2 se hizo referencia al proceso de liberalización y desregulación, pero es menester detenerse en su profundización en la década de 1990 y su impacto sobre dos ámbitos cruciales para la comprensión del problema del discurso científico sobre la drogadicción: la desregulación del mercado.

---

<sup>35</sup> El uso del término neoliberalismo comporta ciertos riesgos. En primer lugar, sus orígenes no son del todo claros, como tampoco lo es el objeto que designa. En segundo lugar, varios autores adeptos a esta corriente han rechazado el término. Aquí se hace uso de este para referirse al conjunto de conceptos y prácticas que, a grandes rasgos, comprenden una reducción de las funciones del poder estatal para dar vía libre al mercado, teniendo como fin último el crecimiento económico. Esta gran premisa coincide con la tesis de los autores liberales de la economía clásica como Adam Smith. Véase Londoño (2011). Así pues, el uso que se le da en este texto no tiene el objetivo de juzgar como bueno o malo, positivo o negativo, cierto modelo, sino dar cuenta de una configuración específica de la sociedad y el Estado.

Lo que tuvo lugar en Colombia durante el periodo de gobierno de Gaviria fue una apertura abrupta y no gradual. Entre 1990 y 1994 se redujeron drásticamente los aranceles para muchos productos industriales, se contrajeron los controles a las importaciones y se concedió igualdad jurídica a inversionistas nacionales y extranjeros. Con la contracción de las funciones económicas del Estado, Colombia se incorporó a la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1994 (Díaz Londoño, 2011, pp. 145 – 147). Lo que se planteó en la década anterior, a raíz de la supuesta ineficiencia de los modelos del Estado de bienestar, se perpetuó en la década de 1990 y significó no sólo una serie de ajustes en materia de política económica, sino una transformación en el conjunto de la sociedad.

El carácter súbito de la retracción de las funciones del Estado tuvo una drástica incidencia en los servicios de salud, dificultando el acceso de gran parte de la población a la atención hospitalaria y los medicamentos. La reforma a la salud y la seguridad social se efectuó mediante la Ley 100 de 1993, propuesta por el senador Álvaro Uribe Vélez y la representante a la cámara María del Socorro Bustamante. Los servicios de salud quedaron a cargo de empresas privadas –Empresas Promotoras de Salud (EPS)–, que ofrecían el Plan Obligatorio de Salud (POS) y participaban en los procesos de recaudo y afiliación del Seguro Social. Los hospitales públicos se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE) manejadas bajo criterios de eficiencia económica (Díaz Londoño, 2011, pp. 159 – 160).

Uno de los argumentos de la doctrina era que los servicios de salud eran demasiado costosos como para ser asumidos por el Estado, por lo que se creó un único paquete de servicios públicos para quienes comprobaran su insuficiencia económica para acceder a los servicios del Estado. Aquellos que demostraran que no podían cubrir el monto total de la cotización exigida (el 12% del salario base) eran los únicos afiliados al régimen subsidiado (Laurell, 2000, pp. 242 – 243; Londoño, 2011 p. 160). Adicionalmente, se estableció una diferenciación binaria de los servicios de salud en función de su prioridad, de modo que el Estado atendiera aquellos que eran «esenciales», fundamentales para preservar la vida; los

«discrecionales» comprendían aquellos servicios que eran usados, justamente, a discreción de las personas y no constituían un consumo básico (Laurell, 2000, p. 243)<sup>36</sup>.

En Bogotá, la concreción de esta reforma estableció una descentralización en la parte operativa y financiera de la Secretaría de Salud y la consagró como un ente de regulación pero no de ejecución de programas. Según el Análisis del Distrito Capital del año 1990 a 1998, la Secretaría de Salud debía asegurar la articulación, la dirección, la vigilancia o el control del sistema, pero no debía prestar servicios. La Secretaría «controlaba la ejecución de los programas de salud, avalaba la prestación de servicios mediante estudios de control [...] y respondía por el cumplimiento de las normas vigentes para el registro y aprobación de las instituciones que prestaran servicios de salud en el área del Distrito Capital» (Pulgarín Reyes, 2007, p. 86). De este modo, las tareas de tratamiento a adictos quedaban, sobre todo, en manos de servicios de salud privados.

Sin duda, se había allanado un terreno para el libre mercado siguiendo las directrices del nuevo liberalismo. El monto total de la venta de empresas públicas entre 1990 y 1998 fue de 3.882 millones de dólares, y las importaciones de todo tipo de productos crecieron en el transcurso de un periodo menor a diez años (Díaz Londoño 2011). Esta apertura económica, como ya se mencionó, tuvo incidencias en todos los ámbitos de la sociedad, incluido el campo científico, donde el problema de la farmacodependencia pasó a vincularse con el del mercado. En este aspecto, la apreciación de los científicos estaba dividida; había quienes defendían con vehemencia la liberalización del mercado de la droga, mientras que otros atribuían al mercado el consumo rampante. El más notable defensor de la desregulación económica y uno de los teóricos más prominentes de la antipsiquiatría, Thomas Szasz, se alineaba en el primer lado. Además, su propuesta entretecía su postura económica con los aspectos teóricos de la corriente científica a la que se adscribía y lo que tenía que decir acerca de la salud mental y el consumo de drogas. La importancia de Szasz está dada por ser un referente de la época; el trabajo de Szasz constituye el caso arquetípico del argumento que entrelaza el trabajo psiquiátrico con la configuración del Estado.

---

<sup>36</sup> Las consecuencias en el acceso a la salud de la perpetuación del modelo neoliberal en el mundo son analizadas con mayor detalle en Vicente Navarro (edit.), *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville, NY: Baywood Publishing Company, pp. 179 – 212.

### **3.2 En defensa de un mercado libre: vínculos entre antipsiquiatría y neoliberalismo en la obra de Thomas Szasz**

Aunque la obra de los exponentes de la antipsiquiatría, como Thomas Szasz y Ronald D. Laing, tuvo difusión entre la década de 1960 y la década de 1970 en Estados Unidos, propuestas similares no fueron adoptadas por los psiquiatras colombianos sino hasta momentos posteriores (véase p. 21). Esta postura alcanzó un mayor grado de difusión en la década de 1990 a raíz de una coyuntura claramente política. En 1992 se publicó *Our Right to Drugs. The Case for a Free Market* de Thomas Szasz, y un año más tarde ya existía una edición en español, *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre. Nuestro derecho a las drogas* no constituía, en efecto, un trabajo de corte estrictamente psiquiátrico, pero si existía continuidad entre este libro y el resto de la obra de Szasz; a esto se le sumaba otro elemento: la defensa de las propuestas de Milton Friedman sobre una drástica reducción de las funciones intervencionistas del Estado en las operaciones mercantiles. Así pues, en el libro de Szasz se conjugaban algunos de sus postulados fundamentales sobre los conceptos psiquiátricos y sus propias percepciones sobre el Estado y la economía.

Es pertinente volver sobre una de las premisas centrales de Thomas Szasz en lo que se refiere a la práctica psiquiátrica. Para Szasz, un tanto a la manera de los constructivistas de las ciencias sociales (aunque sin olvidarse de su influencia por parte de los teóricos neoliberales y el filósofo positivista Karl Popper), las alteraciones comportamentales no constituían ninguna enfermedad en sí misma o un padecimiento dado, sino que «la psiquiatría se origina cuando las personas dejan de interpretar esos comportamientos (poco convencionales) en términos religiosos y existenciales y comienzan a interpretarlos en términos médicos» (Szasz, citado por Kirkby, 2007, p. 1443). Es menester poner de relieve los puntos centrales que ilustran en forma adecuada la concepción antipsiquiátrica-liberal de Szasz. El primero de ellos se refiere a la concepción que tenía Szasz sobre el cuerpo. Para el psiquiatra norteamericano, el cuerpo constituía una *propiedad*, de modo que cada individuo podía disponer de él como lo deseara; el hecho de decidir sobre el propio cuerpo constituía un *derecho* que había sido, además, contemplado por los «Padres Fundadores» de los Estados Unidos.

Para ejercitar tales derechos, el hombre debe ser un adulto autodisciplinado, titular de un derecho anterior a los que ellos enumeraron; un derecho tan elemental que nunca les pareció

a los Redactores necesario nombrarlo, y mucho menos que su protección requiriese específica salvaguarda. Así consideraron ellos la autopropiedad, porque, como Locke, supusieron que precede a todos los derechos políticos, y porque –como modelo de la Ilustración protestante– comprendieron claramente la distinción entre Dios y estado, uno mismo y la sociedad (Szasz, 1993, p. 36)

La tendencia en los años recientes, según Szasz, había sido justamente la contraria: las facultades coercitivas del Estado sobre el individuo se habían ensanchado, y ello se hacía manifiesto en el control estatal sobre la medicina y las drogas. Remitiéndose a Thomas Jefferson, Szasz despotricaba contra esta propensión de fortalecimiento del Estado:

En realidad, aunque solamente de pasada, Thomas Jefferson aludió a la importancia crucial de la autopropiedad como cuestión política. Ridiculizó a los aspirantes a una inmiscusión estatista en nuestras dietas y drogas recordando a sus lectores que «en Francia el emético fue una vez prohibido como medicina, la patata como artículo de alimentación... Si el gobierno nos prescribiera nuestra medicina y nuestra dieta, nuestros cuerpos se hallarían en el estado en que nuestras almas se hallan ahora». Pero ¿no es eso precisamente lo que nuestro gobierno está haciendo en la actualidad? ¿No es eso lo que esperamos de él, y le pedimos? Atolondradamente aceptamos que el estado «nos prescriba nuestra medicina y nuestra dieta como si este ejerciese su deber ilustrado, garantizándonos nuestro derecho a la salud –en vez de rechazarlo como un torpe expolio de nuestro derecho a nuestros cuerpos y a las drogas que deseamos. [...] Personalmente mantengo, por extraño que pueda parecer, que hemos perdido nuestro derecho más importante: el *derecho a nuestros cuerpos* (Szasz, 1993, pp. 37 – 38). [cursivas propias]

En relación con lo antedicho, el psiquiatra conjugaba su predilección por las ideas neoliberales con su indudable desagrado por el paradigma freudiano que, según él, había dominado el panorama de la psiquiatría desde su nacimiento a finales de siglo XIX. Ello se hace visible, de entrada, en la contraposición explícita que hizo el autor entre Ludwig von Mises, uno de los teóricos más conocidos del neoliberalismo, y Sigmund Freud, insignia del psicoanálisis. Szasz (1994, pp.48 – 49) se refirió a Ludwig von Mises como «el genio menos conocido de nuestro tiempo» aludiendo a uno de sus presupuestos más célebres, a saber, que la propiedad privada de los medios de producción constituye el punto de partida para el bienestar y la felicidad. Por el contrario, Szasz le concedía a Freud el estatus de «el charlatán con más éxito de nuestro siglo», cuya obra *El malestar en la cultura* era uno de los referentes teóricos de los «inclinados científicamente a ser enemigos del capitalismo». Más adelante, Szasz criticaba a Freud al decir que este hacía sus negocios en dólares mientras hacía apología a la Revolución Rusa<sup>37</sup>. Este punto se continúa desarrollando en la obra de Szasz cuando se

---

<sup>37</sup> Es pertinente aclarar que Szasz no sólo reñía con Freud por sus opiniones sobre la Revolución Rusa, sino que el propio paradigma psicoanalítico inaugurado por Freud le molestaba especialmente. En el libro primero de *El mito de la enfermedad mental*, Szasz identifica en las investigaciones de Charcot sobre la histeria el nacimiento

refería a la «sovietización» del mercado de las drogas en Estados Unidos (1994, pp. 101 – 104) para designar las decisiones de la Asociación de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drugs Administration*, FDA, por sus siglas en inglés), las cuales, en opinión del autor, guardaban una gran similitud con la administración de la Unión Soviética.

Otra de las consecuencias de la guerra contra las drogas era una modificación en la relación médico-paciente, la cual, en términos de Szasz, se había degradado. Con la prohibición, los consumidores habían aprendido a representar el papel de pacientes para obtener una droga que solo se suministraba bajo prescripción médica, mientras que los médicos habían aprendido a sacar provecho de esta situación para «agradar a personas de importancia prestándoles servicios, o sacar provecho de los indigentes». No está de más mencionar que Szasz también continuaba una polémica desatada en años anteriores, referente a las connotaciones racistas de la guerra contra las drogas. Con cifras en mano, Szasz mostraba cómo la guerra contra las drogas constituía todo un espectáculo de estigmatización y persecución contra negros e hispanos, lo que contribuía a avivar las pugnas raciales persistentes en los Estados Unidos (Szasz, 1994, pp. 160 – 172).

En resumen, la guerra contra las drogas, al menos para Szasz, era una cruzada contra las libertades individuales y la propiedad privada. Pero también era, además, el terreno donde se hacían manifiestas todas las concepciones erróneas sobre la enfermedad mental. Ese clima de duda e inquietud sobre los presupuestos fundamentales de las políticas antidrogas y los de la propia psiquiatría marcaron el debate en los últimos años del siglo XX. Este debate está influido, además, y como se pudo notar en los párrafos anteriores, por un auge de las ideas neoliberales. Aunque los científicos colombianos no repitieron al pie de la letra lo señalado por Thomas Szasz, si conservan cierta deuda con la corriente a la que este se adscribe. En primer lugar, la psiquiatría fue abriéndose campo progresivamente en el discurso científico de nuestro país al ser cuestionadas algunas de las nociones fundamentales de la práctica médico-psicológica; en segundo lugar, el debate está entrelazado con la dinamización de la

---

de la psiquiatría moderna, profundizadas por Freud y Breuer. Szasz hace un cuestionamiento a las nociones freudianas a lo largo del libro primero, para concluir que la definición de histeria como enfermedad es demasiado vaga, y en general, la propia noción de «enfermedad mental» (Szasz, 1976, pp. 29 – 105). Como resultado de este razonamiento silogístico, queda el hecho de que la drogadicción es sí un mito.

lógica de la desregulación mercantil. En este sentido, hay científicos que conservan cierta deuda con Szasz.

### 3.3 La discusión científica: las drogas y el mercado

Este tercer momento, en lo concerniente a los debates científicos sobre la naturaleza del consumo de drogas, es un momento de dudas. Pero también es un episodio en el que la relación entre política y economía y ciencia se hace más evidente. Estos cuestionamientos parten, en primer lugar, de algo que ya se había sugerido a principios de la década de 1980: la ineffectividad y el carácter contraproducente de la política punitiva en materia de sustancias ilícitas. Entre el 23 y el 27 de agosto de 1993 tuvo lugar un seminario organizado por la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional –que, como ya se sabe, junto con la de Antioquia constituyeron centros de gran actividad en el debate sobre el problema droga– en el cual participaron funcionarios del estado y expertos del campo científico. La discusión del problema de las drogas siempre tuvo este carácter dual (jurídico-científico) y cualquier producción acerca de este no podía soslayar la dimensión penal que comportaba cualquier discusión del asunto.

El psiquiatra Luis Carlos Restrepo, consultor científico de la Unidad Coordinadora de Prevención Integral de la Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá, presentó una ponencia titulada *La fruta prohibida: aproximación ecológica al problema de las drogas*. Restrepo también hacía explícito el problema de las drogas como un problema de mercado pero, a contrapelo de la propuesta de Szasz, encontraba en este un terreno fértil para el incremento del consumo en una dirección negativa. Entonces, Restrepo (1994) señalaba que

El llamado "problema de las drogas" tiene su origen en el creciente consumismo ligado a la dinámica del mercado mundial, dentro del cual se articula como mercancía ideal. Si lo importante, al vender un producto, es su capacidad para exaltar el imaginario del consumidor ofreciéndole identidades de recambio [...] no podemos negar que el psicoactivo es una mercancía perfecta que se acopla como ninguna a la feria de ilusiones del mercado. El consumo de psicoactivos, que encontramos en rituales ancestrales de la sociedad, ha empezado a convertirse en problema *no tanto por la sustancia misma como por su articulación a la moderna sociedad industrial*, poniendo al descubierto la miseria afectiva e interpersonal que se esconde tras los fuegos artificiales del consumismo» (p. 209) [cursivas propias]

El péndulo que oscilaba entre la *personalidad premórbida* del adicto y la *sustancia misma* se detiene y la génesis del fenómeno adictivo estriba en la naturaleza misma de lo social, en la articulación del consumidor y de la droga con la sociedad de mercado. En otros términos, las razones del consumo, para Restrepo, no deben buscarse en la personalidad del adicto ni en

su entorno inmediato, como tampoco deben intentar rastrearse en las propiedades toxicológicas de la sustancia misma; lo nocivo de la droga no es ella, sino la connotación de mercancía que adquiere cuando se incorpora a las dinámicas del mercado. Aquí el psicoanálisis resuena con cierta fuerza, y los ecos de *El malestar en la cultura* de Sigmund Freud (citado por Restrepo) son notables no sólo en Restrepo, sino también la ponencia *Droga: poder y despenalización* del economista Jorge Child. Child (1994, p. 162) fue más explícito en su atribución del consumo a este malestar social suscitado por las dinámicas consumistas: «Una motivación de este consumo, tal vez la más fuerte, más fuerte aún que la angustia del desempleo y la necesidad de calmar el hambre, es el malestar en el que nos va sumiendo el vértigo de la sociedad urbana de consumo y la sinrazón de encontrar un camino invadido por los mensajes de los medios». Child continuando con esta línea freudiana del mercado, el cual juega con la insatisfacción perpetua del ser humano, señalaba que «Si la vida nos es impuesta por contradicciones heredadas u orgánicas, nos traerá muchos conflictos insolubles y no podremos prescindir de *calmantes*» (1994, p. 163),

Hay varios aspectos que atraviesan los trabajos hasta ahora citados y que deben ser referidos con mayor detenimiento. Al volver sobre los trabajos de Child y Restrepo, se constata una vinculación efectiva del problema del consumo de drogas ilegales con la explosión comercial que discurría con el desarrollo del capitalismo avanzado. Independientemente de que Szasz o Restrepo mostraran su aprobación o, en el caso explícito de Restrepo, su desdén al curso del desarrollo social (esto es, la introducción del modelo neoliberal que, sobre sus dinámicas fundamentales, llevaría a una liberalización total del mercado de las sustancias ilícitas) en relación con el problema de la droga, lo cierto es que lo que se dice sobre la adicción, en la medida en que no se puede desligar de la dinámica del mercado, evidencia el lugar de la apertura económica y la perpetuación del neoliberalismo como elemento determinante en la producción científica. La repercusión más importante en términos epistemológicos del cambio de rumbo anunciado por la aplicación del modelo de desregulación y el cuestionamiento a la política antidrogas implementada hasta el momento coincidió con lo que es, quizás, lo más novedoso en tres décadas de discusión sobre el así llamado «problema droga».

La perspectiva constructivista del «problema droga» fue sistematizada y explicitada poco más tarde, en 1995, en un congreso sobre toxicomanías organizada por la Fundación Universitaria Luis Amigó (Funlam) en Medellín, el otro «centro» del debate. La trabajadora social argentina Graciela Touzé, siguiendo a la psicóloga y estudiosa de las representaciones sociales Denise Jodelet y al sociólogo Erving Goffman (1922 – 1982), marcó el punto de partida de la empresa de la Funlam: comprender el problema para orientar la acción. Touzé expresaba que el problema de las drogas no constituía una realidad en sí, no había nada sustancial bajo el concepto de «problema droga»; era pura representación. Así pues, Touzé deconstruía, a partir del examen de las representaciones, las nociones con las que habían operado las instituciones sobre el problema de las drogas. En particular, refería tres tipos de efectos consecuencia de las representaciones sociales, que habían cristalizado en las aproximaciones convencionales al problema de la droga:

- a) Distorsiones: todos los atributos del objeto representado están presentes, pero se acentúan o merman de manera específica. Es el caso de las representaciones de «la» droga, que torna imposible reconocer la diversidad de sustancias con diferentes efectos y los modelos de consumo perfectamente diferenciados.
- b) Suplementación: conferir al objeto representado los atributos, connotaciones que, en propiedad, no le pertenecen. En la representación social es fácil advertir cómo se asigna a las sustancias ilegales la «capacidad» de producir desviación, sin advertir que esta es el producto de haber sido declaradas «fuera de la norma» y no viceversa.
- c) Reducción o rebaja: supresión de atributos pertenecientes al objeto, resulta en la mayor parte de los casos del efecto represivo de las normas sociales. En la representación social del usuario de drogas, éste es considerado un individuo que ha perdido toda capacidad de control. Adviértase la potencia de esta representación como justificativa del actuar sobre los «otros» (Touzé, 1996, p. 16).

De este modo, Touzé sistematizaba como, a partir de un juego de representaciones, los científicos y funcionarios estatales de antaño habían constituido un objeto de intervención. Y cabe señalar, además, que acertó en su apreciación del problema, sobre todo para el periodo del predominio psicoanalítico. Claramente hubo una distorsión a la hora de abordar el problema, como se vio, por ejemplo, en el estudio de consumo entre escolares de 1972, donde las sustancias ilegales se agrupaban en la categoría de «psicoactivos» sin el menor intento de desglose. Más adelante, siguiendo esta misma línea, Touzé cuestionaba la intervención:

El usuario de drogas empieza a asociarse con los jóvenes de las áreas marginales urbanas cuyas conductas se consideran «desviadas». Al consumo de conductas se suma el delito tendiente a procurárselas. La representación predominante entonces es la del peligro para la salud pública [...] La percepción social distingue entonces claramente entre el traficante-delincuente y el usuario-enfermo.

Se mantiene la respuesta penal para el primero en tanto que para el segundo se impone la intervención terapéutica (Touzé, 1996, pp. 24 – 25).

Touzé encontraba un tratamiento punitivo transversal al problema del consumo de drogas, en el cual la terapia médica funcionaba como otro tipo de castigo, al imponerse desde la ley hacia el individuo. La revisión de los antecedentes permitió ver la dimensión punitiva del problema de forma más clara.

En 1995 apareció otro artículo de Luis Carlos Restrepo en la *Revista Colombiana de Psicología*. Allí, el autor continuaba con el desarrollo de su tesis sobre la incorporación de la droga como mercancía en la era neoliberal, pero lo hacía, además a partir de la diferenciación con las otras formas de consumo, en especial las formas rituales que son descritas constantemente por los psiquiatras. Para Restrepo (1995, p. 62):

En las sociedades antiguas o extáticas, el psicoactivo cumple el papel de mediador de socialización y de reforzador del aprendizaje, pudiendo decirse que la experiencia derivada de su uso es tan importante para un miembro de estas culturas como lo puede ser para nosotros el paso por la escuela y el aprendizaje de la lectoescritura.

Dicho esto, la tesis central de Restrepo era que el consumo drogas, fuera esta tabaco o marihuana, constituía un ritual legitimado por la cultura. Así, los motivos de la prohibición se percibían ahora como esencialmente culturales y contingentes, variables históricamente. Por ejemplo, Restrepo (1995, p. 73) señalaba que el consumo de cigarrillos era socialmente aceptado debido a que no entraba en tensiones con los valores de una sociedad productivista:

Las propagandas de las empresas tabacaleras saben manejar muy bien símbolos de libertad, plenitud, autonomía, dominio y coraje, que hacen parte capital de nuestra mitología cotidiana. Basta analizar semiológicamente las propagandas de Marlboro, Mustang o cualquier otra marca, para confirmarlo. Pero también es cierto que la nicotina, por su específico efecto sobre el cerebro, refuerza conductas orientadas a la concentración en el trabajo, la maximización de la atención y otras habilidades, necesarias para ser productivos en medio de las exigencias laborales contemporáneas

Asimismo, empezaba a suceder con la marihuana y la cocaína, que con sus efectos de estimulación y mejora de la vigilia y la agilidad mental, llevaban a «una cierta megalomanía, efectos deseables en la pujante microcultura de los ejecutivos compulsivos del poder, la fama y el éxito» (Restrepo, 1995, p. 63).

Estas nuevas aproximaciones al problema del consumo, de un corte notablemente distinto a las que pudieron ser apreciadas en los capítulos 1 y 2, pueden comprenderse si se considera lo siguiente: en primer lugar, la ineficiencia de las medidas para reducir el consumo (como

se puede ver en los estudios que mostraban una tendencia indudable hacia el crecimiento) hicieron que los psiquiatras volvieran a poner sobre el tapete la cuestión de la naturaleza del consumo de drogas; en segundo lugar, en estos años tiene lugar una explosión interdisciplinaria que, al incorporar elementos de varias disciplinas no-médicas, contribuye a la redefinición de los problemas. Como lo afirmó Juan Carlos Cortés en la Comisión Accidental del Senado de la República de 1993, el problema debía abordarse también desde la filosofía y la psicología (Sánchez Méndez et al., 1993, p. 321). Esto también es notable en el ya citado análisis de Gabriela Touzé.

Estos postulados, aunque no comparten por completo el argumento de Szasz, conservan cierta deuda con el psiquiatra norteamericano y, en general, con la corriente antipsiquiátrica. Es evidente que, al contrario de la propuesta de Szasz, los científicos colombianos intentaron explicar el consumo compulsivo de drogas –es decir, aquel que desemboca en la decadencia física y económica, y en el peor de los casos, en conductas antisociales– a partir de la articulación de la apertura del mercado y de la droga. No obstante, Restrepo sí compartía con Szasz la perspectiva de que la prohibición era un ejercicio de coacción sobre las libertades fundamentales:

«La obesidad, sabemos, es producto en parte de un consumo compulsivo de cierto tipo de alimentos y a nadie se le ha ocurrido penalizarla. Como tampoco al consumo compulsivo de analgésicos, azúcares y hasta estimulantes y antidepresivos moderados como el ají, base de la dieta indoamericana» (1955, p. 66).

Los desplazamientos en el entramado de relaciones de poder están claros: la apertura económica, en combinación con el incremento del consumo, hizo posible –y urgente– la revisión de ciertos presupuestos de las ciencias médicas. Entre otras cosas, es claro que las ciencias médicas en sí mismas, como un dominio autónomo, se revelaron válidas pero insuficientes para la comprensión del problema. Sin embargo, aún debe hacerse más explícito, para entrar en el terreno de la ciencia propiamente dicha, cuál es el cambio o la novedad específica en el saber médico.

Para explicar cuál fue la reorientación del debate, debe recordarse uno de los supuestos fundamentales con los que las ciencias de la salud mental operaban –y con el cual lo sigue haciendo hasta hoy en gran medida– y justificaba la intervención. En rigor, el intento por

diferenciar dos formas de consumo, el esfuerzo por trazar una línea divisoria entre formas de consumo aceptables y reprobables. Esta división, con frecuencia se expresaba entre la justificación –más no aprobación– «culturalista» del consumo de alucinógenos entre los pueblos prehispánicos y el reproche del consumo compulsivo característico de las sociedades industrializadas. Es en este ejercicio donde yace no sólo la base de la intervención, sino la definición misma de farmacodependencia o drogadicción.

La drogadicción no es sólo una enfermedad, sino una conducta reprochable. Si la configuración general de la sociedad, expresada en los planes de la CEPAL y más adelante en la desregulación del mercado y una nueva constitución del Estado, era lograr el crecimiento económico en ruta al «desarrollo» –como lo es también en gran medida el día de hoy– el consumo de drogas aparece como un ritual anacrónico impropio de las complejas sociedades «modernas». Como ya se señaló más arriba, la contraposición entre lo «moderno» y lo «particular» parece cristalizar con gran claridad en el asunto del consumo de drogas. Disociar las formas de consumo observables en la sociedad colombiana del siglo XX de otras formas de consumo fue uno de los esfuerzos primordiales de muchos psiquiatras, psicólogos y médicos de la segunda mitad del siglo, como se ha podido apreciar en los dos capítulos anteriores. Es justamente en este último esfuerzo donde radica el giro en los debates, un viraje, por demás, consonante con las tendencias constructivistas en otros campos. Es decir, la línea divisoria trazada y repisada por varios años permanece allí, la diferencia del consumo es clara. Lo que sucede es que el problema de la droga empieza a percibirse como un problema socialmente construido.

El carácter disfuncional de las estrategias de intervención empleadas hasta el momento llevó, de este modo, a un replanteamiento del problema. Si bien el horizonte seguía siendo dar una solución a la cuestión de cómo hacer frente al problema droga (tráfico y consumo), surgió una pregunta que debía responderse con anterioridad: ¿cómo nos hemos planteado el problema? Estas preocupaciones son particularmente visibles en el análisis de Touzé: «La droga se identifica como un ente mágico, se le asocian poderes y capacidades contaminantes se le explica como algo eterno a la sociedad que amenaza a la población "sana"» (1996, p. 18). Es de resaltar como Touzé no está preocupada tanto por «la familia» o los riesgos «morales», «psíquicos» o «físicos» que conlleva el consumo, sino que sus apreciaciones son

de otro orden. Antes de entrar a intervenir el problema, surgía la necesidad de plantearse como realmente era, y ello implicaba volver sobre la imaginación y el andamiaje conceptual con el cual se abordaban los tratamientos.

Esto se conecta con lo que Szasz, cuya prominencia está dada por los desplazamientos en la sociedad materializados en la implementación de la política económica neoliberal, señalaba sobre las drogas al proponer un ejercicio que diera cuenta de las connotaciones casi míticas de la droga, aunque este proponía, como se ha visto, su incorporación al mercado como un bien de consumo más entre otros.

Además, también es notable que buena parte de la argumentación se fundamentaba en la explicación cultural ofrecida por el psicoanálisis freudiano, la cual, a pesar del avance de la antipsiquiatría, no perdió su predominio desde la década de 1970 –y lo que constituía, justamente, uno de los ejes de la crítica Szasz–, al menos en el terreno del saber científico sobre la farmacodependencia. Sin embargo, la aproximación que adoptaron hacia la enfermedad mental puede considerarse un eco tardío de la antipsiquiatría. En rigor, Szasz (1982, pp. 15 – 28) proponía que una revisión de los fundamentos de las disciplinas de la salud mental, contribuiría a reformular los conceptos sobre los que estas funcionaban, entre ellos la noción de enfermedad mental, que para el psiquiatra norteamericano resulta demasiado vaga y muy poco útil en términos operativos.

Es indudable que se efectuó una revisión de las operaciones mediante las cuales se levantaba nociones como «toxicomanía» o «farmacodependencia» de manera que el problema revestía un carácter distinto. Esto fue posible también en la medida en que se echó mano de las aportaciones de otras disciplinas, entre ellas sociología. Visto desde una perspectiva más amplia, otro elemento que permitió este intento de reformulación y «deconstrucción» conceptual fue la manifiesta ineffectividad de una política pública orientada a «prevenir» cualquier forma de consumo, así como estrategias de tratamiento dispersas en un trabajo poco coordinado. Entre los estudios llevados a cabo entre 1992 –que también es el primer estudio nacional de salud mental– y 1996 podía elucidarse una indudable tendencia al incremento del consumo de todo tipo de drogas ilícitas. Por ejemplo, el estudio de 1992 (DNE, 1992, p. 264) señalaba que el consumo de heroína constituía una «nueva epidemia para los consumidores y la sociedad en general», y el estudio de 1996 mostraba una reducción en la

edad del inicio de consumo; las personas por debajo de los 20 años que alguna vez habían consumido droga en su vida constituían un grupo mucho mayor que en años anteriores (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 2011, p. 50).

La reducción del consumo empezaba a aparecer como una quimera para los científicos, de manera que la cuestión de la legalización volvía a ponerse sobre el tapete. Sin embargo, esto tampoco pasó de ser una mera sugerencia. La acción estaba orientada, en todo caso, a reducir el problema del consumo y emprender estrategias para rehabilitar a los consumidores problemáticos. La psicóloga Elsa Strauss Cortissoz (1995, p. 80) señalaba que «en Bogotá hay un problema serio de consumo de drogas, que requiere intervenciones que impidan el crecimiento del problema y lo reduzcan tanto como sea posible». Sin embargo, las políticas para reducir el consumo, al igual que los tratamientos a los adictos, habían mostrado ser inefectivos. El diagnóstico de Strauss era que los conocimientos sobre el problema droga «no son consultados por los legisladores, ni por quienes gobiernan, ni por los terapeutas que se vinculan a los servicios de tratamiento», de manera que había cierta esterilidad en la aplicación de los saberes, lo que hacía que los especialistas se vieran frustrados «en su deseo de curar al adicto, porque el deseo de "cura" sólo existe en el terapeuta y en los parientes del adicto» (Strauss Cortissoz, 1995 p. 78). Es conveniente, entonces, profundizar sobre las tensiones entre el saber científico y la intervención pública para comprender este cambio en el discurso y la naturaleza de la acción.

### **3.4 Tensiones entre ciencia y política, discurso y acción**

Ahora bien, si se vuelve con mayor detenimiento a los estudios de consumo, se hace evidente que, en primer lugar, el primer propósito de estos no es dilucidar el arquetipo de adicto, sino ver los patrones del consumo entre la población en general, por lo que el problema del tratamiento adquiere un carácter relativamente marginal; como se indicaba en el estudio de 1996, «para poder realizar un análisis de las características de un adicto, sería necesaria una encuesta más detallada, que sobrerrepresentara a los consumidores de drogas y así permitiera identificar de manera más exacta los consumidores recurrentes» (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 1996 p. 51). En segundo lugar, sabiendo que estos, al ser elaborados por «expertos» de la salud mental para darle una base a la intervención, se puede ver cierta continuidad con respecto a los estudios anteriores, aparte de los cada vez más numerosos

criterios de selección y encuesta. En efecto, no debe pensarse que todas las contemplaciones de los psicólogos, psiquiatras y otros expertos de la salud mental quedaran consignadas en los estudios, pero en términos de la *intervención*, se recogían los aportes de las décadas anteriores. El estudio de 1992 presentaba un modelo de intervención que no había sufrido casi ninguna alteración desde que se planteó entre finales de la década de 1970 y la década de 1980, el cual era, en rigor, un programa preventivo fundado sobre la difusión de información y la educación destinados a «fortalecer aspectos del carácter psicológico y social» a fin de contrarrestar la influencia ambiental de las drogas (DNE, 1992, p. 77). De la misma forma, el estudio de consumo de 1993 planteaba que cualquier investigación en salud «debe partir de que el continuo salud enfermedad se explica con la definición de su origen multicausal y la posibilidad de que su análisis, en especial cuando se aplica a la salud mental, se realice mediante el modelo biopsicosocial» (Ministerio de Salud, 1993, p. 295). En el estudio de 1996, se presentó a más de la mitad de los consumidores frecuentes como pertenecientes a los estratos bajos (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 1996, pp. 45 – 47). Una de las quejas de Strauss Cortissoz era que se había atribuido «a las clases económicamente deprimidas el mayor consumo de psicoactivos ilegales. Las investigaciones no se realizan en función del sujeto, sino en función de la condición económica, a la cual se le atribuye la causa de la ingesta» (Strauss Cortissoz, 1995, p. 80).

Lo cierto es que incluso en el terreno de la precisión cuantitativa y la elaboración de esquemas de intervención, el trabajo no estaba del todo coordinado. Por ejemplo, el Estudio de consumo de 1993, llevado a cabo por la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud, incorporaba cifras sobre el consumo de sustancias inhalantes. Se sostenía que en el estudio anterior «Los inhalantes tampoco se consideraron [...] por tener un patrón de consumo más ligado al estilo de vida de los niños de vida callejera» (Ministerio de Salud, 1993, p. 264). Sin embargo, al decir «estudio anterior», el trabajo de 1993 no se refería al estudio de 1992 realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes –que en todo caso tampoco cuantificaba el consumo de inhalantes– sino al de 1987 (véase p. 63). Esto demuestra que el trabajo de estimación de la magnitud del consumo, incluso desde el Estado, tampoco tenía un grado adecuado de coordinación aun cuando los tres estudios (el de 1992, el de 1993 y el de 1996) pretendían un alcance nacional. Por demás, el estudio de 1993, para el caso de los inhalantes, «presentó sus mayores frecuencias para los dos indicadores en el estrato social bajo-bajo» (Ministerio de Salud, 1993, p. 264) reforzando así las aproximaciones en función

del estereotipo contra las que despotricaba Strauss. Los puntos de acceso a la intervención y al tratamiento no presentaron cambios importantes en relación con el discurso científico.

Debe tenerse en cuenta, además, que si el estatuto de estupefacientes de 1986 –vigente hasta el momento– contemplaba el tratamiento a los adictos como una función pública, pero la introducción del modelo neoliberal, al restringir el acceso a la salud transfiriendo los servicios de atención médica a los privados o coordinando el trabajo de las instituciones públicas bajo una estricta disciplina fiscal, tampoco permitió el despliegue de una estrategia integrada. En 1995 dejó de funcionar el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado (creado en 1987), que les facilitaba alimentación, albergue y tratamiento médico a los farmacodependientes y difundía información sobre los peligros del consumo de drogas (Pulgarín Reyes, 2007, p. 73), dejando un vacío en los tratamientos que vino a ser llenado, nuevamente, por estrategias de intervención externas al Estado. Entre estas se contaba la ya mencionada Fundación Fundar, que tuvo que adscribirse al nuevo sistema de EPS para ser reconocida como entidad de salud por parte del Distrito.

Adicionalmente, durante el último año de la Alcaldía de Enrique Peñalosa (1998 – 2000), se concretó un plan de renovación urbana que tenía como foco la intervención del llamado Cartucho (localizado en lo que antes se conocía como Santa Inés), un barrio en el centro de la ciudad próximo a las sedes del gobierno nacional donde se concentraba buena parte de la venta de droga y consumidores habituales de esta.<sup>38</sup> Esta acción se enmarca en un proyecto más amplio de «renovación urbana» que fue una de las banderas más prominentes de la Alcaldía de Peñalosa (Robledo y Rodríguez, 2007, pp. 160 – 161). Sin embargo, si bien se sabía que El Cartucho era habitado por adictos y en él se movía una buena cantidad de droga y aunque se llevaron a cabo algunas acciones asistenciales para la gente sin hogar que vivía en el centro de la ciudad, pero esta intervención no sólo tiene como horizonte el «embellecimiento» de la ciudad, sino que allí cristalizan, con un alto grado de notabilidad, los estereotipos que había afirmado el discurso científico de las décadas anteriores.

La intervención a la calle del Cartucho fue una estrategia predominantemente policial. Era bien sabido que en el barrio se concentraba una buena cantidad de población indigente, pero

---

<sup>38</sup> No debe pensarse, sin embargo, que se presupone la relación entre indigencia y enfermedad mental. En efecto, lo que se produjo a lo largo de tres años fue un movimiento de medicalización de la indigencia, donde la enfermedad mental aparecía se asociaba a la indigencia pero no se ofrecía ningún tipo de evidencia que corroborara esta relación. En Estados Unidos, esto hizo parte de un plan de limpieza urbana similar al de Bogotá durante la alcaldía de Edward Koch en 1982, que, a grandes rasgos, contemplaba la represión de cualquier conducta que comportara una alteración del orden público. Véase Arline Mathieu, «The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression» en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 7, no. 2 pp. 170 – 184.

el objetivo primordial de Peñalosa, en su primera alcaldía, era desalojar 28 edificaciones por orden judicial, en las que operaban vendedores de drogas y prostitutas. En la ciudad, decía el alcalde, no se permitirían más «repúblicas independientes» (El Tiempo, 1999). Una vez fuera recuperado el sector, entraría ser parte de un proyecto de renovación urbana que se extendería hasta los primeros años del nuevo siglo. Empero, el desalojo de la calle del Cartucho estuvo lejos de ser una intervención llanamente «asistencial»; la ejecución del plan encontró un gran escollo. En marzo de 2000, cuando se efectuaban las operaciones de desalojo e intervención, los habitantes del sector, la mayor parte indigentes o «recicladores» se involucraron en enfrentamientos con la policía. Estos tuvieron como resultado una persona muerta y nueve heridas. Los manifestantes reclamaban que el plan de desalojo los dejaría a merced de un futuro incierto; según estos, la Administración Distrital no daba garantías de ocupación o alojamiento (El Tiempo, 2000).

Es indudable, pues, que la intervención del Cartucho obedece, ante todo, a un proyecto de renovación urbana antes que a la «rehabilitación» de los adictos, o incluso, a frenar las actividades criminales que allí se llevaban a cabo. No obstante, y a pesar del anquilosado y airado desalojo de la zona, las administraciones anteriores a la de Peñalosa estaban llevando a cabo planes de reinserción de los indigentes y adictos que frecuentaban el barrio.

Si bien fue hasta el año 2000 que se inició la renovación del sector de El Cartucho tras un violento desalojo, el proceso de «recuperación» llevaba ya varios años funcionando, y durante la primera alcaldía de Antanas Mockus (1995 – 1997) se emprendieron algunas acciones asistenciales para los enfermos mentales que habitaban el sector. Este programa da cuenta de la naturaleza misma de la farmacodependencia tal como se constituyó desde el discurso científico: una enfermedad cuya cura estriba en la reincorporación de los pacientes en actividades productivas. Como lo señala Ángela María Robledo (Robledo y Rodríguez, 2007, p. 176), en la administración de Mockus se hacen evidentes dos principios: la protección de la vida y la productividad ciudadana. El programa de Mockus se estructuraba en tres etapas de atención. En rigor, se la primera etapa consistía en un acercamiento, sobre todo a las poblaciones que se encontraban en mayor condición de vulnerabilidad (los viejos, los niños consumidores, las mujeres embarazadas y los niños no escolarizados). Después de esta identificación, se emprendía una estrategia de intervención en dos niveles:

#### Atención especializada

En este estadio es atendida la población con problemas psicológicos, psiquiátricos, adictivos y de codependencia que ameritan procesos terapéuticos especializados. Se realiza un proceso secuencial y progresivo que consiste en la recuperación de rutinas cotidianas, establecimiento

de normas de convivencia, trabajo sobre sus derechos y sus deberes ciudadanos, proceso que se involucra al grupo familiar a partir del análisis y el cuestionamiento de su realidad con el fin de lograr un restablecimiento mínimo, tanto afectivo como emocional, que facilite su adaptación a la sociedad y su inclusión laboral, así como la construcción de nuevos proyectos de vida.

#### Atención complementaria

Esta atención comprende acciones de «estabilización social», «fortalecimiento de capacidades productivas» y «vinculación al empleo productivo» que buscan vincular a los ciudadanos y ciudadanas habitantes del sector a la red de servicios sociales que ofrece el Distrito y a opciones de generación de ingresos (Robledo y Rodríguez, 2007, pp. 176 – 177).

Es evidente que en estos programas de intervención cuajaron los lugares comunes que se tenían sobre la drogadicción. El programa de Mockus referenciado más arriba no dista mucho, en efecto, de los modelos de intervención planteados anteriormente. Sin embargo, esto no resulta sorprendente si se tiene en cuenta que el propósito de los científicos no era, a partir de la revisión, subvertir los esquemas de prevención y tratamiento tradicionales, sino redefinir la explicación *causal* de la drogadicción, sin que se presentaran mutaciones importantes en los modelos de intervención. Al centrarse en las causas, consecuentemente, el foco de la discusión, si bien esto era tenido siempre en cuenta, no era reelaborar por completo los modelos de prevención y tratamiento (estos últimos no variaron mucho en treinta años), sino tratar de establecer las causas de un consumo que incrementaba en forma apabullante con el paso del tiempo.

Más bien, lo que se puede observar es un intento de *decriminalizar* el consumo de drogas, disociar esta conducta –ya fuera en forma «recreativa» o «adictiva»– del crimen y del ámbito penal para darle un tratamiento de otro orden. En este sentido si pueden evidenciarse ciertas conquistas en el terreno de la política. La más importante de todas ellas, quizás, es la despenalización formal de la dosis personal mediante la Sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, con la cual se levantaban las penas a quienes tuvieran cierta cantidad de droga, aunque esta nunca llegó a establecerse con exactitud. Adicionalmente, durante el gobierno de Andrés Pastrana (1998 – 2002), mientras este se encontraba negociando el Plan Colombia con Estados Unidos, una estrategia sin precedentes para combatir el cultivo y el tráfico de drogas ilícitas con la ayuda del aparato militar norteamericano, también se produjo un esfuerzo por hacer frente al asunto del consumo, aunque este hacía parte de la vieja estrategia por echar mano de servicios no-estatales para atender a los adictos. Así pues, se inició el programa Rumbos (hoy Corporación Nuevos Rumbos) en 1999 presidido por

Augusto Pérez-Gómez y tomando la investigación como base para la prevención y el tratamiento (Larreamendy-Joerns y Vence, 2011, pp. 125 – 126).

Una explicación adicional desde Pierre Bourdieu puede contribuir a la comprensión de las fricciones existentes entre ciencia y política; sin embargo, es necesario recordar antes varios puntos clave. En primer lugar, es claro que las nuevas aproximaciones científicas, antes de acercarse a la drogadicción, versan en primer lugar sobre la ciencia misma. Los análisis presentados en el primer apartado de este capítulo entendieron que antes de redefinir la naturaleza objetiva de la drogadicción, era necesario revisar una serie de presupuestos y asociaciones de la psicología, la psiquiatría y otras disciplinas médicas habían usado para constituir el consumo de drogas como su objeto. En segundo lugar, no debe olvidarse que estas reevaluaciones estaban inscritas en un contexto de desregulación mercantil que suscitó aprobación o pánico entre los científicos. En tercer lugar, el horizonte de la acción no varía: este siguió siendo la reducción del consumo y la reincorporación de los enfermos a los procesos «productivos», como bien se reflejó en la política de intervención. Bourdieu (2007), señala que existe una lógica de la práctica, una reflexión condicionada por la urgencia de la acción.

En ese sentido, los cuestionamientos de las autoridades científicas no estaban orientados a evadir totalmente el problema de la farmacodependencia, sino a minar los anteriores modelos a través del reconocimiento de sus fundamentos para sustituirlos por unos más adecuados, más reflexivos si se quiere, o en menor medida, hacerlos más flexibles. La urgencia que presenta el incremento del consumo no demandó la evasión de una respuesta o una reacción –esto es, el abandono de todo intento de intervenir el problema– sino una adecuación, la cual se logró, en el caso concreto, mediante la revisión de las convenciones utilizadas en el campo científico, pero que aún no ha cristalizado en la política. Las tensiones entre la política y las intervenciones médicas y asistenciales –o incluso policiales–, el incremento sostenido del consumo y la búsqueda de las causas del consumo son las que dominan la discusión actual sobre el problema de la droga.

## Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha podido observar como las disciplinas médicas se aproximaron al consumo de drogas en el transcurso de tres décadas en relación con la configuración del Estado colombiano. Rastrear la «medicalización» del consumo de drogas desde sus orígenes es una tarea imposible y, en principio, mal planteada. Sin embargo, a pesar de la corta magnitud del periodo aquí referido (cerca de cuarenta años), se ha hecho visible el movimiento de las disciplinas dedicadas a la salud mental en cuanto al consumo de drogas. En efecto, existen grandes continuidades; la lectura de los documentos aquí referida se asemeja a muchas apreciaciones recientes en varios aspectos. La drogadicción es con frecuencia abordada desde una perspectiva policial; muchos de los juicios sobre la drogadicción contenidos en los artículos científicos de la época estudiada no han desaparecido por completo.

Con todo, se ha presentado una serie de disputas en cuanto al tratamiento de la farmacodependencia, lo cual ha resultado en modificaciones efectivas en la manera en que los científicos expertos en salud mental se ocupan del comportamiento compulsivo al que se le llama adicción. En confluencia con la configuración del Estado, particularmente determinada por la violencia y el narcotráfico, se puede ver una dirección: una tendencia, por lenta que sea, y por obstaculizado que se encuentre su intento por parte de las apreciaciones más conservadoras, a la descriminalización del consumo. Esto es lo que se debate en el campo científico. Antes de desglosar con más pormenor este aspecto, debe precisarse bien a qué se referían los estudiosos cuando usaban categorías como farmacodependencia, drogadicción o toxicomanía, lo cual es una cuestión de álgido debate hoy en día y su devenir será uno de los puntos de orientación para lo que se haga en el futuro.

En primer lugar, hay algo que ha permanecido implícito a lo largo del texto pero que, en este momento de cierre, puede ser afirmado con contundencia. La explicación de las causas por las que una persona decide ingerir una droga *ilegal* fue un asunto que preocupó a los expertos de ciertas disciplinas, tratando de dotarlo de sentido, de hacerlo inteligible, de manera que se definió como una *enfermedad mental*, dado que sus causas estribaban en alguna carencia afectiva del consumidor, en una perturbación de su relación –que se presupone armónica–

con su ambiente social y natural como lo suponían las concepciones multicausales. De este modo, la enfermedad tiene un carácter ambivalente: es una manifestación de la conmoción en la relación individuo-ambiente y al mismo tiempo es un padecimiento en sí mismo que tiene la posibilidad de acarrear otros males, ya no mentales sino orgánicos, si se continúa el consumo de la sustancia. La cuestión que surge de todo esto es bajo qué criterios el consumo de drogas puede considerarse patológico, o en otros términos, en qué momento un consumidor se vuelve exclusivamente un adicto.

Trazar una frontera entre un consumo «curioso» o «normal» y un consumo «problemático» o una adicción fue en empresa que, como se pudo ver, llevaron a cabo los psiquiatras y otros expertos de la salud mental a lo largo de muchos años, pero que desde dichas disciplinas siempre permaneció relativamente borrosa. Se puede plantear la pregunta de un modo algo más trivial pero también más claro ¿Cuál es la diferencia entre un individuo que consume marihuana ocasionalmente, digamos, unas dos veces a la semana, y una persona que fuma bazuco a diario? De entrada, es obvio que la respuesta es, en parte, las propiedades farmacológicas de la droga, dado que entre una sustancia y otra varía el grado de potencialidad de producir dependencia y sus efectos nocivos en el organismo. Sin embargo, si la respuesta se redujera a la contemplación de las propiedades de cada sustancia, una explicación farmacológica hubiera bastado para entender y maniobrar sobre el fenómeno adictivo. Sin embargo, una de las virtudes del análisis del discurso científico en relación con su objeto particular y la sociedad en la que se desenvuelve es que enriquece la respuesta al verla desde otra perspectiva. En rigor, lo que se quiere decir acá es que un individuo se torna en adicto cuando incurre en conductas *improductivas* o *antisociales*. Es en el abandono de las actividades productivas donde el consumo deja de ser recreativo y pasa a ser problemático, es cuando el sujeto cae en la «miseria económica» descrita por Arturo Lizarazo a finales de la década de 1960, cuando se hace necesaria una intervención.

Para no extenderse más en la explicación de esta idea y dejarla más clara, es conveniente recordar una de las observaciones hechas por Obregón (2003) en su estudio sobre la lepra. Los médicos del siglo XIX, en su percepción de la lepra, guiaron su lectura en buena medida por una serie de apreciaciones heredadas de la Edad Media (como el hecho de asociar la lepra con un antiguo mal bíblico). Lo que sucede en este caso es algo distinto. Si bien los

psicólogos y psiquiatras se guiaron hasta cierto punto –como sucede en la primera década, en 1960– por relatos de exploradores del siglo XVI que versaban sobre los rituales alucinógenos de ciertos grupos indígenas, estos expertos siempre se empeñaron en diferenciar este consumo ritual, del que llegaron a enterarse por medio de estas crónicas, de la forma de consumo de la que eran testigos (y de la que somos testigos aún). Si la farmacodependencia o drogadicción es una enfermedad en la medida en que el individuo incurre en conductas improductivas, ella sólo tiene la posibilidad de conformarse como tal en sociedades muy diferenciadas y con una amplia división del trabajo, donde uno de los horizontes reguladores más grandes de la actividad humana sean el superávit productivo y el crecimiento económico, tal como lo planteaban los modelos de la CEPAL o del Consenso de Washington; situación que, no está de más aclarar, no ocurre en grupos humanos «premodernos», los cuales se muestran realmente distintos en su configuración a las sociedades del siglo XX. A diferencia de la lepra, que permaneció en las contemplaciones de los psiquiatras por varios siglos, la farmacodependencia se incorpora como un elemento novedoso al abanico de enfermedades conformadas por la ciencia médica.

Sin embargo, la descripción de la patología de la drogadicción no se limitó a la enumeración de síntomas –que bien podían exceder lo meramente orgánico y pasar a ser de carácter «social»–, sino que comportó, al mismo tiempo, toda una actividad de *criminalización* de dicha conducta. Como señala Obregón (2003) es habitual que la descripción de las enfermedades comprenda también una estigmatización de los individuos considerados enfermos. Pero en el caso de la drogadicción sucede algo peculiar. Generalmente, la creación de un cordón sanitario es una de las estrategias de intervención para evitar el contagio,<sup>39</sup> pero los drogadictos no fueron confinados propiamente a un cordón sanitario, sino que se adoptó un tratamiento punitivo avalado por algunos científicos, aunque esta perspectiva fuera abandonada paulatinamente por ser inefectiva y, a la larga, contraproducente. Al tratarse de un tema no sólo médico sino legal y penal, la actitud de los individuos adictos oscilaba entre lo penal y lo médico, aunque el péndulo parece detenerse, al menos en los últimos años, en el lado de la medicina. Esta tendencia a descriminalizar el consumo en el ámbito de la ciencia

---

<sup>39</sup> Esto sucedió con los leprosos y con las epidemias de viruela en el virreinato de Nueva Granada a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Sobre este último caso, véase Silva, R. (2007), *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada. Contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de modelos culturales*, Medellín, La Carreta Editores.

o, en otras palabras, volver al problema un asunto puramente médico, no es paralelo a las políticas públicas del Estado. Más bien, si se recoge todo lo que se discutió en el simposio de la ANIF, en el Congreso o en la Funlam, y se pone junto al desarrollo de las políticas de intervención y prevención, se observa una relación ambivalente y hasta contradictoria. En principio, podría decirse que las políticas públicas están uno o varios pasos más atrás que las discusiones en otras esferas. Sin embargo, la relación entre el discurso y la intervención y la ciencia y la política debe ser esclarecida y concretada con mayor detalle. Es claro que el conocimiento sobre el consumo de drogas como una enfermedad no influyó en forma significativa en la institucionalización de la práctica médico-psicológica o en la conformación de un servicio de salud mental unificado. Por el contrario, las primeras estimaciones (las de la década de 1970) sobre el consumo de drogas eran demasiado vagas e imprecisas como para emprender una política de nivel nacional o incluso distrital para reducir el consumo. No obstante, la necesidad de una normatividad unificada para prevenir el consumo y tratar a los adictos fue aumentando su grado a medida que se era más consciente de que el consumo también incrementaba. Sin embargo, es evidente que todo aquello por lo que se abogaba desde la comunidad científica no cristalizaba necesariamente en la legislación ni en las políticas, ni del Estado colombiano ni del distrito de Bogotá. En contraste, se puede observar una gran distancia y hasta una contradicción entre la investigación y la discusión científica y la formulación de políticas públicas.

En un primer momento, en especial entre la década de 1960 y la década de 1970, como dice José Francisco Socarrás, las medidas represivas y las de salud pública marcharon de la mano. Sin embargo, la permanencia del tratamiento al problema droga, tanto en el tráfico como en el consumo, en la penumbra de la ilegalidad demostró que era necesario cierto viraje. En los casos más extremos, se llegó a plantear una liberalización total del mercado de las drogas. Aquí se puede ver la principal tendencia de la discusión: una tendencia a la descriminalización del consumo. Esta idea no debe malinterpretarse. No es que inicialmente, como se supone con cierta frecuencia, el consumidor fuera considerado un delincuente o un mero infractor para constituirse luego como un enfermo. A diferencia de este supuesto, y como se señaló en la apertura de este trabajo, el consumo de drogas siempre ha tenido este carácter dual, aunque, en el curso de los años, su dimensión criminal se fue reduciendo en

consonancia con las percepciones cada vez más negativas de las políticas antidrogas propulsadas por Estados Unidos desde los primeros años de la década de 1960.

En todo caso, el discurso científico no era armónico con lo que se resolvía en la política pública. Aunque hay un viraje evidente en el concepto de enfermedad a principios de la década de 1990 y entonces se podía prever algún cambio en los tratamientos, esto último nunca llegó a ocurrir por varias razones. Estas razones varían en el transcurso de las tres décadas aquí examinadas, pero, vistas en conjunto, permiten comprender de modo general el relativo «atraso» de los esquemas de intervención con respecto a la discusión en el campo médico-científico. La precariedad fiscal del Estado y su precaria institucionalidad sobre la totalidad del territorio comprendido por su jurisdicción también se reflejaban en el ámbito particular de la salud. En el Distrito de Bogotá, la alcaldía disponía de muy pocos recursos para ejecutar los planes que se pretendía. Estas deficiencias se atribuyeron con harta frecuencia al modelo estatal general y sirvieron para justificar la transición a la desregulación, y cuando esto sucedió, el acceso a la salud se dificultó en gran medida. Un servicio de salud de dicho talante difícilmente podía satisfacer las expectativas de los científicos en cuanto al tratamiento de las adicciones. Por otra parte, debe tenerse presente que el consumo no representó un problema realmente serio sino hasta la década de 1980, la época del auge del narcotráfico. Las primeras cifras y estimaciones cuantitativas realizadas en las décadas de 1960 y 1970, en comparación con los análisis ulteriores, no ofrecen una base sólida para una política de intervención.<sup>40</sup>

Y si durante el predominio del Estado de bienestar no llegó a consolidarse un servicio integrado para los adictos o siquiera para los enfermos mentales, la introducción de los esquemas de gobierno neoliberales continuó obstaculizando esta tarea. Al conferir los

---

<sup>40</sup> Una de las suposiciones más frecuentes sobre este asunto es que Colombia pasó de ser un país «productor» a un país «consumidor». Esto es un mito en varios aspectos. En primer lugar, se ha podido constatar que el incremento del consumo de drogas ilícitas no es una preocupación tan reciente como se piensa habitualmente. Desde luego que el consumo presenta un aumento constante, pero esto debe matizarse, pues la «sensación» de un aumento desmedido obedece más a la manera alarmista con la que se reporta en la prensa, y a veces en el campo de la política pública. Por otra parte, es falso que el consumo haya alcanzado niveles de gran alarma, como se pretende presentar en más de una ocasión, si se compara el consumo de nuestro país con otros países de América Latina y del mundo. En el último reporte de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), se observa que el mayor nivel de consumo en las Américas se presenta en Estados Unidos, y Argentina y Chile están por encima en consumo de cannabis. (véase United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6)

servicios de salud al sector privado y al establecer una jerarquía para su prestación, la intervención continuó siendo llevada a cabo, por un lado, de manera marginal por la administración de la ciudad y atendida por comunidades que se adscribieron póstumamente a los servicios de salud. A esto se suma que, junto con la retracción del papel asistencial del Estado, se produjo una ampliación de su apéndice punitivo (Wacquant, 2007), lo que recrudeció la violencia asociada al narcotráfico en las décadas de 1980 y 1990. En suma, la propia configuración estatal fue uno de los mayores impedimentos para la consolidación de lo que, en términos de Michel Foucault, constituye una política progresista; esto es, una que reconozca las condiciones históricas y las reglas y la autonomía de las prácticas, como tampoco se ha logrado esto en muchos otros terrenos (Foucault, 1993, p. 70).

El ejercicio del poder político, no obstante, no fue un terreno del todo infértil para el debate y la práctica científica. Mucho de lo ocurrido en el terreno de la política contribuyó a formar y modificar las condiciones de posibilidad del saber médico-psicológico. Este hecho es más notable en las discusiones sobre la legalización de la marihuana, en las cuales la revisión de las políticas represivas hacia el tráfico de drogas contribuyó a ampliar el conocimiento que se tenía hasta ahora sobre los efectos de esta sustancia en el organismo y contemplar su legalización. Asimismo, el *boom* «consumista» suscitado por la apertura económica que se efectuó entre 1990 y 1994 fue un punto de apoyo para la renovación de la discusión, y sentó una nueva perspectiva para el abordaje del problema y la recuperación de ciertos aportes de la antipsiquiatría y la corriente freudiana de la psicología y la psiquiatría. ¿En qué sentido las estructuras del Estado permitieron la renovación de la discusión psiquiátrica? Esto sólo se entiende si se tiene en cuenta que, a partir de cierto momento, sobre todo en los últimos años de 1970 y a lo largo de la década de 1980, la configuración del Estado estuvo determinada en buena medida por el auge del narcotráfico. Así pues, esto implicó una multiplicación de las medidas punitivas contra los delitos relacionados con droga, las cuales, tras cierto tiempo, se revelaron realmente contraproducentes, lo que obligó a replantear la discusión en los ámbitos institucionales. En una etapa anterior, durante el auge del discurso del «bienestar», la normalización de conductas corrió a cargo de los científicos. Y las conductas consideradas normales eran aquellas que eran armónicas con la ambición de superávit productivo del Estado colombiano.

A lo largo de este trabajo se ha podido observar que las estructuras sociales preexistentes, lejos de restringir la acción y las prácticas únicamente, constituyen también un referente para los agentes. En ese mismo sentido, el conocimiento producido en Estados Unidos, el mayor punto de orientación de gran parte de la comunidad científica, no se difundió sin alteraciones hacia nuestro país, sino que se hizo una interpretación activa de este saber; en el mejor de los casos, llegó a atribuirse una responsabilidad a Estados Unidos por el aumento del consumo.

Este trabajo ha tomado una de las dimensiones del problema droga –la del consumo– y ha hecho una lectura de ella desde un enfoque particular de la historia de la ciencia. Se espera que haya sido suficiente para, en primer lugar, dejar claro el alcance de esta historia social de la ciencia en términos de los objetos posibles y de su variedad metodológica, y, en segundo lugar, poner en la mesa la necesidad de darle una lectura desde otra perspectiva al problema de la droga en nuestro país, enriqueciendo los análisis que ya existen sobre el narcotráfico a fin de renovar, aunque sea en la forma más mínima, la discusión sobre el consumo de drogas en general y avanzar en la comprensión de un problema que parece ser cada vez más urgente.

## Bibliografía

### Fuentes primarias

- Acosta, A. (1986), «Abordaje, diagnóstico y manejo del farmacodependiente», en Ministerio de Salud, *Seminarios intervención en crisis, salud mental y farmacodependencia*, Ministerio de Salud, Bogotá, pp. 59 – 62.
- Arévalo, J. et al (1983) «“Basuco” resumen del foro sobre “Basuco” organizado por la Asociación Colombiana de Toxicología Farmacodependencia» en *Revista Medicina*, No. 7, pp. 25 – 27.
- Camargo, M. (1979) «Marihuana y salud», en Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), *Marihuana: legalización o represión*, Bogotá, s.e., pp. 43 – 58.
- Camargo, P. (edit.), (1994) *La legalización de la droga. Polémica entre el Presidente y el Fiscal General, Informe y Conclusiones del Congreso de la República*, Santafé de Bogotá, D.C., Ediciones Jurídica Radar, 1994.
- Child, J. (1994), «Droga: poder y despenalización», en Sánchez Méndez, M. et ali, *La legalización de la droga. Polémica entre el Presidente y el Fiscal General*, Santafé de Bogotá, Jurídica Radar.
- Córdoba Palacio, R. (1976, junio), «Los adolescentes y las drogas» en *Revista Javeriana*, Vol. 86, No. 425, Bogotá, pp. 25 – 35.
- Delgado, C. (2016, 26 de febrero) entrevistada por el autor, Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (1980), *Plan de integración nacional 1979 – 1982*, Bogotá, s.e.
- Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (1992), *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*, Bogotá: CIDNE.

- Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (1993), «Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas» en Colombia, en Sánchez Méndez, M. et ali, *La legalización de la droga. Polémica entre el Presidente y el Fiscal General*, Santafé de Bogotá, Jurídica Radar.
- Echeverry, M. (1971, 2 de Julio), «Como salvar a los hijos de las garras del vicio» en *El Tiempo*, Bogotá, p. 5A – 14.
- *El Tiempo* (1999, 10 de marzo) «El Cartucho» [en línea] disponible en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-892522>
- *El Tiempo* (2000, 2 de marzo) «Rebelión en el Cartucho» [en línea] disponible en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1306504>
- Hakim, R. (1979), «El uso crónico de la marihuana», en Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), *Marihuana: legalización o represión*, Bogotá, s.e., pp 27 – 33.
- Jadad, A. (1986), «El basuco» en Ministerio de Salud, *Seminarios intervención en crisis, salud mental y farmacodependencia*, Ministerio de Salud, Bogotá, pp. 63 – 69.
- Lizarazo, A. (1968, 29 de septiembre) «Generalidades psicodinámicas sobre las toxicomanías» en Academia Nacional de Medicina, *Acta No. 28 sesión ordinaria del 29 de septiembre de 1968*, Bogotá.
- Lizarazo, A. (1976, junio) «La farmacodependencia, un problema de la familia», en *Revista Javeriana*, Vol. 86, No. 425, Bogotá, pp. 39 – 49.
- Martínez Rueda, A. (1968, 29 de septiembre) «Los peligros del LSD y otros alucinógenos» en Academia Nacional de Medicina, *Acta No. 28 sesión ordinaria del 29 de septiembre de 1968*, Bogotá.
- Ministerio de Salud (1976) a, *Guía educativa sobre drogas*, Bogotá, Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud (1976) b, *Prevalencia en farmacodependencia entre escolares de secundaria*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Ortegón Páez, Rafael (1981), *Vorágine alucinante en la historia de las drogas*, Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- Restrepo, L. (1994), «La fruta prohibida: aproximación ecológica al problema de las drogas», en Sánchez Méndez, M. et ali, *La legalización de la droga. Polémica entre el Presidente y el Fiscal General*, Santafé de Bogotá, Jurídica Radar.
- Restrepo, L. (1995), «Drogadicción: patología de la libertad» en *Revista Colombiana de Psicología*, no. 4, pp. 62 – 66.
- Rodríguez Pinzón, A. (1986) «Familia y farmacodependencia», en Ministerio de Salud, *Seminarios intervención en crisis, salud mental y farmacodependencia*, Ministerio de Salud, Bogotá, pp. 101 – 104.
- Samper Pizano, E. (1980), *La legalización de la marihuana*, Bogotá, ANIF.
- Sánchez Méndez, M. (1982), «Congreso Internacional sobre alcoholismo y farmacodependencia», en *Anuario de derecho penal y ciencias penales* Tomo 35, Fascículo 1, 1982, pp. 175-177.
- *Semana* (1983, 15 de agosto) «Bazuco, el vicio del diablo» [en línea] disponible en <http://www.semana.com/especiales/articulo/bazuco-el-vicio-del-diablo/3272-3>, recuperado: 30 de marzo de 2016.
- Servicio de Salud de Bogotá D.E. (1974)a, *Programa*, Bogotá D.E., s.e.
- Servicio de Salud de Bogotá D.E. (1974)b, *Informe al señor Alcalde Mayor*, Bogotá D.E., s.e.
- Servicio de Salud de Bogotá D.E. (1977, febrero), *Seminario sobre políticas, planes y programas, conclusiones y recomendaciones*, Bogotá D.E., s. e.

- Shute, J. (1979), «Los estupefacientes: sus acciones en el organismo humano» en Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), *Marihuana: legalización o represión*, Bogotá, s.e., pp. 83 – 89.
- Strauss Cortisoz, E. (1995), «Drogas – drogadicción: confusión y fronteras» en *Revista Colombiana de Psicología*, no. 4, pp. 77 – 82.
- Szasz, T. (1976), *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Szasz, T. (1993), *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Socarrás, J. (1968, 29 de septiembre) «La marihuana» en Academia Nacional de Medicina, *Acta No. 28 sesión ordinaria del 29 de septiembre de 1968*, Bogotá, s.e.
- Socarrás, J. (1979) «Opiniones del profesor Socarrás», en Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), *Marihuana: legalización o represión*, Bogotá, s.e., pp. 91 – 93.
- Touzé, G (1996). «La construcción social del problema droga» en Grupo Internacional de Investigación en Toxicomanía. *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*. Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigó, 1996
- Zinberg, N. (1979), «La guerra a la marihuana», en Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), *Marihuana: legalización o represión*, Bogotá, s.e., pp. 75 – 81.

### **Fuentes secundarias**

- Ardila, Rubén (1999, junio), «Las ideas psicológicas en Colombia» en *Revista de Estudios Sociales* No. 3, Bogotá. pp. 59 – 67.
- Ardón Centeno, N. y Cubillos Novella, A. (2012, julio – diciembre) «La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960 – 2012» en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol 11 No. 23, pp. 12 – 38.

- Betancourt, D. y García, M. (1994), *Contrabandistas, marimberos y mafiosos. Historia social de la mafia en Colombia (1965-1992)*, Bogotá, Tercer Mundo, 1994.
- Bourdieu, P. (2000), *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (2007), *El sentido práctico*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.
- Bourgois, P. (2010), *En Busca de Respeto: vendiendo crack en Harlem*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno.
- Brecher, E. (1972) «Heroin on the youth scene - and in Vietnam» en *The consumers Union report on Licit and Illicit Drugs*,
- Camacho, A.; Gaviria, A. y Rodríguez, Catherine (2011) «El consumo de droga en Colombia» en Gaviria Uribe, A. y Mejía Londoño, D. (comps.), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*, Bogotá, D.C., Universidad de los Andes. pp. 41 – 65.
- Conen, M. (2007), «Ressourcenorientierung als therapeutische Grundhaltung : Salvador Minuchin zum 85. Geburtstag» en *Familiendynamik*, Jg. 32, No. 1, pp. 41-54.
- Davenport-Hines, R. (2003), *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500 – 2000*, México D.F, Fondo de Cultura Económica.
- Díaz Londoño, J. (2011), *Estado, poder y neoliberalismo en Colombia. Análisis sociológico a finales del siglo XX*. Manizales, Editorial Universidad de Caldas
- Foucault, M. (1991) «Politics and the Study of Discourse» en Burchell, G.; Gordon, C. y Miller, P. (edits.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago, The University of Chicago Press, pp. 53 – 72.

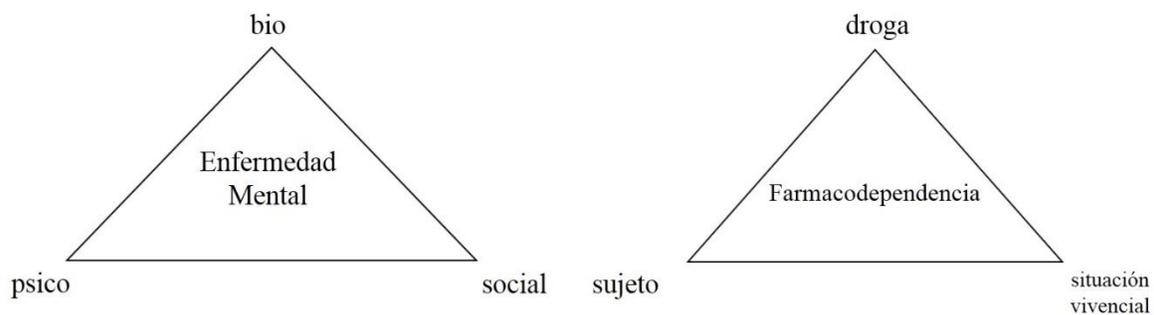
- García-Ruiz, S. *et al.* (2010, enero – diciembre) «El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas» en *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*. No. 12, pp. 129 - 142.
- Hoyos Vásquez, G. (2011) «Positivismo y psicoanálisis» en Trujillo, S. y Carvajal, M. (edits)., *Historias y debates de las psicologías en Colombia*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 115 – 131.
- Kirkby, K. (2007), «Consecuencias socio-sanitarias de la introducción clínica de los psicofármacos», en López-Muñoz, F y Álamo, C. (dir) *Historia de la Psicofarmacología. Tomo III. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 1435 – 1450.
- Kuhn, T. (1970), *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Larreamendy-Joens, J. y Vence, M. (2011), «La demanda como drama: la prevención y el tratamiento del uso de drogas en Colombia» en Gaviria Uribe, A. y Mejía Londoño, D. (comps.) *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá: Universidad de los Andes. pp. 121 – 145.
- Laurell, A. (2000), «La política de salud en el contexto de las políticas sociales» en *Revista Nueva Gaceta*, vol. 1 no. 1.
- Levin, L. (2013, junio) «Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970 – 2005», en *Eä Journal*, Vol. 5 No. 1, disponible en [https://issuu.com/eajournal/docs/articulo\\_levin\\_tratamiento\\_adictos](https://issuu.com/eajournal/docs/articulo_levin_tratamiento_adictos), recuperado: 15 de marzo de 2016.
- Medina Gallego, C. (2012) «Mafia y narcotráfico en Colombia, elementos para un estudio comparado» en *El prisma de las seguridades en América Latina. Escenarios regionales y locales*, Buenos Aires, CLACSO.

- Noguera, C. (2003), *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Universidad EAFIT.
- Nutt, D. et al. (2007, marzo), «Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse», en *The Lancet*, vol. 369, pp. 1047 – 1053.
- Obregón Torres, D. (2002), *Batallas contra la lepra: estado medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Banco de la República.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1985), *Cursos de toxicología a nivel de grado y posgrado en América Latina*, México, Eco.
- Peña Correal, T. (1993) «La psicología en Colombia: historia de una disciplina y una profesión» en Kalmanovitz *et al* (edits.) *Historia Social de la Ciencia en Colombia*, tomo IX, Bogotá, Colciencias.
- Pérez Gómez, A. (ed.) (1988) *Historia de la drogadicción en Colombia*, Bogotá D.C., Tercer Mundo Editores.
- Pérez Gómez, A.; Mejía Trujillo J. y Becoña Iglesias, E. (2015). *De la prevención y otras historias. Historia de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y Europa*, Bogotá, California Editores.
- Pulgarín Reyes, M. (2007), *Historia Institucional: Secretaría de Salud de Bogotá, 1910 – 2007*, Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá
- Quevedo, E.; Miranda Canal, M. y Hernández Álvarez, M. (coords.), (1993), *Historia Social de la Ciencia en Colombia*, tomo VII. Bogotá: Colciencias.
- Robledo Gómez, A. y Rodríguez Santana, P. (2008), *Emergencia del sujeto excluido: aproximación genealógica a la no-ciudad en Bogotá*, Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana.

- Rodríguez Carranza, R. (2012, mayo - junio), «Los productos de cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina», en *Salud Mental*, vol. 35, no. 3, pp. 247 – 256.
- Rodríguez Díaz, F. et al., (1997) «Drogodependencia y delito, una muestra penitenciaria», en *Psicothema*, vol. 9, no. 3, pp. 587 – 598.
- Rodríguez Pulido, F (2012), «Las declaraciones: Hawai, Atenas, Madrid, Caracas, Hamburgo y Tenerife» *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol. 32, n. 115, pp. 607-612.
- Roselli, H. (1968) *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Bogotá D.E., Editorial Horizontes.
- Saldarriaga, O. «La psicología antes de la psicología: notas para una historia de la psicología en Colombia» en Trujillo, S. y Carvajal, M. (edits.), *Historias y debates de las psicologías en Colombia*. Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, pp. 55 – 62.
- Suárez, Edilma (2003) «Políticas de salud colombiana en los modelos de desarrollo» en *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. Vol. 5 Nos. 1 y 2. pp. 29 – 39
- Tansey, T. (2007), «El papel de la industria farmacéutica en el desarrollo de la psicofarmacología», en López-Muñoz, F y Álamo, C. (dir.) *Historia de la Psicofarmacología. Tomo III. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 1167 – 1186.
- Torres, Y. y Murelle, L. (1987), *Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia*, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud.
- Wacquant, L. (2010), *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*, Barcelona, Gedisa.

- Yepes, F. (dir.), (1990), *La salud en Colombia: documento general*. Bogotá: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación. Tomo I.

**Anexo**  
**Triada del enfoque biopsicosocial**



Adaptado de Acosta (1986)