

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Toxicomanías y malestar en la cultura uruguaya (1930 – 1970)

Representaciones sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas
en el discurso médico

Lic. Cintia Daiana Peraza Rosas

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Director de Tesis y Director Académico: Dr. José Guillermo Milán Ramos

Co-Directora de Tesis: Mag. Leticia Aszkinas Browarski

Montevideo, Uruguay

2022

Resumen

En esta tesis abordamos, a partir de un enfoque discursivo, las representaciones sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas en el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970. Dicho período se corresponde con la consolidación de las lógicas de sentido *prohibicionistas* que actualmente imperan y que se están intentando fragmentar para posibilitar otros tratamientos del problema.

Nos circunscribimos al discurso médico en virtud del papel fundamental que la medicina adquirió en la sociedad uruguaya de la época acompañando el proceso de normalización de la misma, a la vez que nos remitimos a otros de los principales pilares discursivos sobre drogas de cuyos elementos y resonancias se habría impregnado aquel: el *discurso jurídico* y el *discurso moral-religioso*.

El corpus de esta investigación lo constituyen materiales discursivos provenientes de las siguientes fuentes: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *Revista Vivir*, *Diario La Mañana*, *Diario La Tribuna Popular*, *Revista El Lazo Blanco* y *Congreso Médico del Centenario*. El análisis de los mismos muestra que las representaciones que circulaban en la sociedad sobre las drogas, así como sobre los usos y los usuarios de las mismas, habrían sido el resultado del entrecruzamiento, el límite, la fractura entre formaciones discursivas. También muestra que la categoría *género* habría atravesado el fenómeno del uso de drogas desde el mismo momento en que éste comenzó a configurarse como un problema en Uruguay, dando lugar al surgimiento de valoraciones y significados diferenciales respecto al consumo de sustancias psicoactivas en mujeres y hombres.

En esta tesis también concebimos y discutimos la toxicomanía en términos de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar* – en virtud de la gravitante influencia del psicoanálisis en la cultura popular y en la subjetividad de la época – y describimos los abordajes terapéuticos y psicoterapéuticos específicos que se llevaban a cabo para tratarla.

PALABRAS CLAVE: droga, toxicomanía, discurso médico, Uruguay.

Abstract

In this thesis we address, from a discursive approach, the representations of drugs, drug use and drug users in the medical discourse in Uruguay during the period between 1930 and 1970. This period corresponds to the consolidation of the *prohibitionist* logics of meaning that currently prevail and that are trying to be fragmented in order to make possible other treatments of the problem.

We confine ourselves to medical discourse because of the fundamental role that medicine played in Uruguayan society at the time, accompanying the process of normalization, while at the same time, we refer to other main pillars of discourse on drugs whose elements and resonances would have permeated: *the legal discourse and the moral-religious discourse*.

The corpus of this research is constituted by discursive materials from the following sources: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *Revista Vivir*, *Diario La Mañana*, *Diario La Tribuna Popular*, *Revista El Lazo Blanco* and *Congreso Médico del Centenario*.

The analysis of these sources shows that the representations that circulated in society about drugs, as well as about the uses and users of drugs, were the result of the intertwining between the limit, the fracture and the discursive formations. It also shows that the category of *gender* has been present in the phenomenon of drug use from the very moment it began to become a problem in Uruguay, giving rise to the emergence of differential values and meanings regarding the use of psychoactive substances in women and men.

In this thesis we also conceive and discuss drug addiction in terms of *symptom*, *suffering* and *discomfort* – by virtue of the gravitating influence of psychoanalysis on popular culture and subjectivity at that time – and describe the specific therapeutic and psychotherapeutic approaches that were used to treat it.

KEY WORDS: drug, drug addiction, medical discourse, Uruguay.

*Para Bastiaan,
por traer el amor
y la libertad
a mi vida.*

Índice

Agradecimientos	6
Introducción	7
0.1. Presentación del problema de investigación	7
0.2. Objetivos y enfoque metodológico	10
0.3. Antecedentes y fundamentación	12
0.4. Descripción de la estructura de la tesis	22
Capítulo 1: Sujeto, sociedad y drogas	24
1.1. Sujeto y sociedad moderna	24
1.2. Concepciones sobre la droga	29
1.2.1. Paradigmas y discursos explicativos del uso de drogas	31
1.2.2. La triada sustancia-persona-entorno y los usos de drogas	35
1.3. Las drogas en el mundo	37
1.3.1. Prohibicionismo	41
1.3.2. Gestión de riesgos y daños	51
1.4. Las drogas en el Uruguay	52
Capítulo 2: Fundamentos teórico-metodológicos	58
2.1. Representaciones sociales: Serge Moscovici y Denise Jodelet	58
2.1.1. Consideraciones generales sobre las representaciones sociales	58
2.1.2. Objetivación y anclaje	61
2.2. Discurso e ideología: Teun van Dijk	62
2.3. Discurso y formación discursiva: Michel Foucault y Michel Pêcheux	65
2.4. Síntoma, sufrimiento y malestar: Christian Dunker	68
2.4.1. La dimensión del síntoma: enfermedad e intento de curación	68
2.4.2. La dimensión del sufrimiento: las narrativas de sufrimiento	69
2.4.3. La dimensión del malestar: la toxicomanía como solución	70
2.5. Procedimientos	71
2.5.1. Etapas metodológicas	72
2.5.2. Fuentes para la construcción del corpus	73
2.5.3. Formaciones discursivas y representaciones sociales identificadas	75
2.5.3.1. Apuntes sobre las formaciones discursivas identificadas	75
2.5.3.2. Apuntes sobre las representaciones sociales identificadas	76

Capítulo 3: Toxicomanías y malestar en la cultura uruguaya (1930 – 1970)	80
3.1. Representaciones sobre las drogas.....	80
3.2. Representaciones sobre los usos de drogas	88
3.3. Representaciones sobre los usuarios de drogas.....	100
3.4. Modos de intervención respecto al uso de drogas	103
Capítulo 4: Consideraciones finales	124
Referencias	132
Apéndice	144

Agradecimientos

A Guillermo Milán, por impulsarme hacia la investigación.

A Leticia Azskinas, por su orientación.

A mis compañeras y compañeros; especialmente a Lauren, Paula y Santiago, por su apoyo y empatía.

A mi familia, por generar las condiciones para que estudiar siempre fuera una prioridad; especialmente a mi madre, por transmitirme el amor por el saber.

A Bastiaan, por ser mi mejor compañero y estar a mi lado en cada instancia de este proceso y de mi vida.

A la *Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII)* y a la *Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC)*, por el apoyo para hacer posible esta producción de conocimiento¹.

¹ La investigación que da origen a los resultados presentados en la presente publicación recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) bajo el código POS_NAC_2018_1_152047 y de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) a través del Programa Iniciación a la Investigación, Convocatoria 2019.

Introducción

0.1. Presentación del problema de investigación

El consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales es un fenómeno complejo y dinámico que ocurre a nivel global y genera amplias repercusiones en todos los niveles de la sociedad. La época actual ha sido caracterizada como una *toxicomanía generalizada* (Sinatra, 2000), pareciendo haberse priorizado la respuesta al malestar por la vía del consumo, dentro del conjunto de opciones paliativas que Freud (1930/1992) postulaba en *El malestar en la cultura*. El discurso capitalista intentaría obturar la falta intrínseca al sujeto, taponar su castración, colmar su vacío estructural con objetos del mercado, buscando tapar “un agujero que es imposible de tapar” (Miller, 2015, p.23). Los sujetos son empujados a la búsqueda de satisfacciones instantáneas y, entre los diversos objetos ofrecidos por el mercado para intentar cubrir la falta, las drogas ocupan un lugar preponderante. Actualmente, las drogas potenciarían el rasgo del mercado que quiere hacer de cada sujeto un "consumidor", produciéndose sustancias cada vez más variadas fuera de control, en “laboratorios” clandestinos. A base de mezclas de algunas sustancias legales y otras prohibidas, se han pluralizado las distintas sustancias que pueden ser usadas como drogas, evidenciándose el fracaso de las políticas represivas (Sinatra, 2016). Por otra parte, el actual uso de fuertes caldos de tabaco en las Antillas, el consumo de toloache en América Central, el peyote en ciertos grupos mexicanos, el uso de rapés psicotrópicos y pociones de ayahuasca en la cuenca del Amazonas y del Orinoco, de vegetales con ibogaína en ciertas regiones de África y de la coca en el ámbito andino son algunos ejemplos que evidencian que el uso ritual de ciertas sustancias psicoactivas capaces de inducir trances aún se mantiene en muchas culturas del mundo (Arrieta, Tagliazucchi y Gurvich, 2017; Guerra, 2006).

De esta manera, vemos que no sólo no ha sido posible eliminar el consumo, sino que ha surgido un mercado virtualmente inmanejable, conformado por una continua pluralización de sustancias. El fracaso de la *guerra a las drogas* resultaría cada vez más evidente y es por esto que, a nivel mundial, se están ensayando distintas alternativas, pretendiendo no sólo reducir los daños potenciales del uso de drogas y los producidos por las propias políticas, sino también habilitar con el máximo cuidado la obtención de beneficios que los sujetos pueden alcanzar mediante su uso (Mansilla, 2017; Palacios, 2003).

Desde hace algunos años Uruguay está asistiendo a un cambio de paradigma en materia de drogas: desde el *prohibicionismo* hacia la *gestión de riesgos y daños*, donde prima “una concepción del ser humano como persona dotada de libertad y responsabilidad,

con la facultad de poder usar las drogas de acuerdo con el respeto al libre desarrollo de su personalidad” (Silva, 2016, p.116). Este paradigma está orientado hacia la *descriminalización del usuario*, la *promoción de salud* y el *consumo responsable*. De acuerdo con la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, Período 2016-2020 y la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 presentadas por la Junta Nacional de Drogas, organismo rector en la materia, el Estado uruguayo se ha comprometido con la mejora de la calidad de vida de la población, abordando el problema mundial de las drogas en el marco de un enfoque integral, equilibrado y multidimensional, centrado en las personas y comunidades, integrando principios e instrumentos de Derechos Humanos e incluyendo una perspectiva transversal de género (Junta Nacional de Drogas, 2016a; Junta Nacional de Drogas, 2021).

Las lógicas de sentido prohibicionistas que imperan actualmente a nivel global y que actualmente se están intentando “fragmentar” para hacer posibles otros tratamientos del problema, en Uruguay comenzaron a configurarse paulatinamente a partir de la tercera década del siglo XX, a partir de la construcción de un discurso que concebía las drogas como un *flagelo* y asimilaba su uso a la *degradación* del usuario, considerándolo como un *desviado*, *enfermo* o *delincuente*. En la construcción de dicho discurso se destacó el especial protagonismo de la clase médica higienista que jugaba un importante rol en el gobierno (Garat, 2013; Silva, 2016). En este sentido, esta tesis se propone indagar las concepciones y representaciones sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas en el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970, el cual se corresponde con la consolidación del prohibicionismo como estrategia dominante. Asimismo, se propone rastrear los abordajes terapéuticos y psicoterapéuticos específicos que se llevaban a cabo para tratar la toxicomanía, y, considerando la necesidad de realizar investigaciones que se enfoquen “específicamente hacia las (...) mujeres y su relación con las drogas, sobre una perspectiva de género” (Secretaría Nacional de Drogas, 2012, p.56), pretende rastrear las características, significados y valoraciones diferenciales atribuidos al consumo de drogas en mujeres y hombres desde el momento en que el consumo de drogas comienza a ser concebido como un problema en nuestro país.

El escenario uruguayo de la época estaba en plena transformación: las primeras décadas del siglo XX se corresponden con la consolidación del estado batllista²,

² El batllismo fue una tendencia política dentro del Partido Colorado liderada por José Batlle y Ordóñez, quien ideológicamente pertenecía al liberalismo radical y anticlerical y, como tal, defendía las libertades individuales, la propiedad privada y el progreso de la civilización. José Batlle y Ordóñez llevó a cabo sus mandatos de gobierno durante dos períodos: de 1903 a 1907 y de 1911 a 1915. En nuestra historia, se denomina Primer Batllismo al período caracterizado por su protagonismo central en la consolidación de la autoridad estatal en todo el territorio nacional, y por la influencia del reformismo que impulsó. Abarca las primeras tres décadas del siglo XX (Caetano, 2011; Ortega, Beltrán y Mitjavila, 2018).

caracterizado por un reformismo³ que circuló por seis grandes ámbitos: político, económico, social, fiscal, rural y moral, y que “bregaba antes que nada por la integración moderna del país” (Caetano, 2011, p.25).

El Uruguay del primer tercio del siglo XX se encontraba atravesando un proceso de modernización marcado por el afianzamiento del Estado, la edificación de un sistema de protección social inédito en el continente y avanzado para su época, y la secularización e higienización de la vida social. Se trató de un período caracterizado por el ascenso del estamento médico y la medicalización de la vida (Barrán, 1993; Barrán, 1995; Caetano y Rilla, 1996).

Por aquella época, en tanto el cuerpo era considerado un bien inestimable, no sólo los enfermos eran objeto de la medicina, sino también los sujetos sanos. *La salud era el sustituto de la religión*: así lo señalaba el médico Mateo Legnani (citado por Sapriza, 2001), quien sentenciaba que la enfermedad no perdonaba a los que vivían intensamente. Los médicos trabajaban a favor del adoctrinamiento de las conciencias y la normalización de las conductas en cada una de las esferas de la vida cotidiana, fomentando el orden, la limpieza, la disciplina, el ahorro, y luchando contra el juego, los vicios, la prostitución (Barrán, 1995). De esta manera, se inculcaban sensibilidades acordes, capaces de mantener el orden deseado, pues, tal como señala Rose (citado por Milán, 2018), “la forma más poderosa de actuar sobre las acciones de otros es cambiar las formas por las cuales ellos se gobiernan a sí mismos” (p.2). Con Foucault (2004/2006) sabemos que el ejercicio del gobierno no se caracteriza por la imposición de leyes a los hombres, sino que “se trata de disponer cosas, (...) de utilizar tácticas y no leyes, o utilizar al máximo las leyes como tácticas; hacer de tal suerte que, por una serie de medios, pueda alcanzarse tal o cual fin” (p.125). Los médicos de la época propagaron el orden moral establecido bajo el “ropaje” prestigioso de la ciencia, legitimando con su saber ciertas maneras “normales” de actuar y calificando de enfermos a los que se desviaban de la norma (Barrán, 1994). Dentro de esta órbita, en la que se condenaban los “excesos” y se prevenía sobre el peligro de ceder ante el placer y la pasión (Barrán, 1995), el uso de drogas, considerado como una amenaza de perturbación del

³ El proyecto reformista y democratizador de Batlle se orientaba, en lo político, a la desconcentración del poder de gobierno a través de un sistema colegiado de presidencia, a la amplia politización de la sociedad y a la reforma republicana a nivel de la ciudadanía y las instituciones (sufragio universal completo). En lo económico, el reformismo apuntaba a la asunción del Estado de un rol empresarial apuntando a la expansión económica a través de las nacionalizaciones, estatizaciones y la promoción de la industria a través del proteccionismo. La reforma social se orientaba al apoyo al movimiento obrero, el desarrollo de una legislación social protectora y obrerista y de medidas solidaristas con los sectores más pobres. Por su parte, la reforma rural apuntaba a la eliminación progresiva del latifundio ganadero y la promoción alternativa de un país de pequeños propietarios; la reforma fiscal se orientaba al incremento de los impuestos a los ricos y el descenso de los impuestos al consumo; y la reforma moral, al incremento de la educación, la defensa de una identidad nacional cosmopolita, la laicización del Estado (Caetano, 2011).

orden, fue convertido en una patología. Considerando a los adictos como enfermos que había que curar, la amenaza quedaría neutralizada, y el sistema, reasegurado.

Dicho contexto también estuvo marcado por la crisis de la psiquiatría organicista-positivista, el surgimiento del psicoanálisis y la progresiva constitución del campo psicoterapéutico en Uruguay. La psiquiatría organicista-positivista que condenaba “las nociones de alma y espíritu por anticientíficas y sin realidad material” (Barrán, 1995, p.127) y atribuía a las enfermedades mentales un origen físico-cerebral (alcoholismo, sífilis, antecedentes hereditarios, infecciones, gasto de energía en la sexualidad, alimentación inadecuada, eran los motivos de la patología mental), admitía fisuras: además de las causas tóxicas, las causas infecciosas y la herencia mental mórbida, aceptaba la existencia de las causas morales de la enfermedad (Barrán, 1995).

De acuerdo con Milán (2018), durante el período considerado en esta investigación el campo psicoterapéutico uruguayo se caracterizaría por una superposición y transición entre acciones psicoterapéuticas constituidas, infiltradas y diferenciadas en relación al dispositivo médico psiquiátrico, y acciones desarrolladas en continuidad y/u oposición al dispositivo freudiano. Asimismo, las acciones psicoterapéuticas estarían relacionadas con los modelos e ideales sociopolíticos y los discursos de transformación social de la época, en particular, con el liberalismo, el republicanismo y las formas de intervencionismo estatal que atravesaban y se inscribían en las prácticas de los sujetos.

0.2. Objetivos y enfoque metodológico

Esta investigación se ha propuesto, como objetivo general, indagar, desde un abordaje discursivo, cómo fueron concebidos y representados las drogas, los usos y los usuarios de drogas por el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970.

En particular, procuramos construir un relato empíricamente fundamentado acerca de las narrativas que han conducido a concebir a las drogas como “flagelos” y a sus usuarios como “desviados”, “enfermos” o “delincuentes”, así como identificar representaciones acerca de los usos de drogas, considerando la configuración de valoraciones y significados diferenciales atribuidos al consumo en función del género. Asimismo, se discutirá la toxicomanía en términos de “síntoma”, “sufrimiento” y “malestar”, y se describirán los abordajes terapéuticos y psicoterapéuticos específicos que se llevaban a cabo para tratarla.

Para abordar tales cuestiones ha sido necesario, en un primer momento, construir un relato empíricamente fundamentado que diera cuenta de la situación de las sustancias psicoactivas en Uruguay a lo largo del siglo XX, a los efectos de ubicar cronológicamente sus diferentes momentos. Para esta investigación, se ha elegido el recorte cronológico que

abarca desde 1930 hasta 1970, en tanto se correspondería con la consolidación del prohibicionismo como estrategia dominante en materia de drogas. La tercera década del siglo XX uruguayo representaría el comienzo de la configuración de un discurso que “demoniza” el consumo de drogas al asimilar su uso a la degradación moral y física del usuario (Garat, 2013), discurso que paulatinamente se va fortaleciendo hasta alcanzar la cima en 1974 mediante la aprobación del Decreto-ley N°14294 y la ratificación de las Convenciones de Naciones Unidas, con lo cual se inicia la represión propiamente penal de las actividades vinculadas a drogas ilegales, respondiendo al mandato de *guerra a las drogas* proveniente de Estados Unidos (Silva, 2016).

Se ha realizado una búsqueda, relevamiento y selección de publicaciones científicas y de divulgación científica uruguayas durante el mencionado período, así como de material de prensa escrita que recoge las repercusiones sociales del fenómeno en cuestión. Las fuentes que han dado lugar a la construcción de nuestro corpus de materiales discursivos han sido las siguientes:

- *Revista de Psiquiatría del Uruguay,*
- *Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis,*
- *Diario La Mañana,*
- *Diario La Tribuna Popular,*
- *Revista El Lazo Blanco,*
- *Congreso Médico del Centenario.*

El análisis del corpus fue realizado a partir de los desarrollos teórico-metodológicos de Serge Moscovici (1961/1979) y Denise Jodelet (1986; 2008) sobre *representaciones sociales*, y de Teun van Dijk (2004; 2005; 2006) sobre *discurso e ideología*. Asimismo, hemos introducido algunas referencias a trabajos de Michel Foucault (1969/1979) y de Michel Pêcheux (1975/2016; 1983/1997; 1983/2014) sobre las categorías de *sujeto y formación discursiva*, haciendo un uso operativo de tales elementos.

Dado que los materiales discursivos analizados están permeados por el psicoanálisis, en virtud de su gravitante influencia en la cultura popular y en la subjetividad de la época, incorporamos en el análisis algunas categorías psicoanalíticas. En este sentido, tomamos los aportes de Dunker (2011, 2015), quien realiza una articulación entre las categorías de *síntoma, sufrimiento y malestar*, habilitando una discusión sobre la toxicomanía sin someterla a la “violencia sólida de los diagnósticos concentracionarios” (Dunker, 2015, p.189).

0.3. Antecedentes y fundamentación

Escohotado (1989/1998), en su obra acerca de la historia y la fenomenología del uso de drogas a nivel mundial, señala que, hacia el año 1900, todas las drogas conocidas se encontraban disponibles en droguerías y farmacias y que si bien existían adictos a algunas de ellas (morfina o heroína, por ejemplo), el consumo no era un asunto político, jurídico o de ética social. De acuerdo con el autor, una serie de causas habrían conducido hacia la "reacción norteamericana" ante tal *laissez faire* en materia de drogas, dando como resultado el comienzo de la demonización de algunas sustancias psicoactivas, ubicándose "las aspiraciones del estamento médico", las "presiones del movimiento prohibicionista" y la "tensión social que se vincula a minorías, inmigrantes y marginales" (p.451) como causas específicas. En este contexto, la *American Medical Association* (Asociación Médica Americana) y la *American Pharmaceutical Association* (Asociación Farmacéutica Americana), en el intento de lograr un monopolio sobre las drogas, realizaron un pacto con el *Prohibition Party*⁴ a partir del cual plantearían el consumo de psicofármacos en términos de una "epidemia" que nada tendría que ver con las "esencias americanas". De este modo,

el Pleno de la corporación farmacéutica declara que «las drogas pueden destruir el alma», el Pleno de la corporación médica alude al «diabólico comercio de drogas», y la conciencia prohibicionista acepta que «el poder de los fármacos resulta divino cuando, sin intromisiones, son dispensados por terapeutas responsables» (p.454).

De acuerdo con Escohotado, la alianza entre puritanismo y terapeutismo, consumada a inicios del siglo XX, se coordina con la expansión de Estados Unidos sobre el planeta y se cristaliza en leyes. La *Convención Internacional del Opio*, firmada en La Haya en 1912, sería el primer acuerdo internacional entre Estados con el fin de regular el comercio de estupefacientes y restringir su uso a los fines científicos y/o médicos, y a la que posteriormente se le irían sumando nuevas medidas de control a nivel mundial.

Davenport-Hines (2001) repasa la historia global de las drogas durante el período comprendido entre 1500 y 2000, localizando la década de 1890 como el momento en que, en Estados Unidos, los médicos comenzaron a opinar de manera hostil sobre los consumidores habituales de drogas, inicialmente considerados víctimas de los errores de farmacéuticos y médicos o de su automedicación imprudente. A partir de ese momento "la drogadicción empezó a ser considerada el resultado de una serie de decisiones voluntarias y no de la mala suerte" (p.155), desplazándose la preocupación por los *habitués* iniciados en el consumo siguiendo las orientaciones del médico, por el temor por el consumo de cocaína de prostitutas, proxenetas, jugadores y maleantes.

⁴ El *Prohibition Party*, *Partido de la Prohibición* o *Partido Prohibitivo* es un partido político de los Estados Unidos de América constituido en 1869, parte integrante de un movimiento mayor denominado "Movimiento por la Templanza", el cual abogaba por la abstención del uso de alcohol y cualquier otra sustancia que representara una amenaza para el "dominio propio" (Mansilla, 2017).

Mientras tanto, en Europa, bajo la vigencia de la Teoría de la degeneración de Morel – definida en su *Tratado de degeneración de la especie humana* (1857) –, el drogadicto era descrito en términos análogos al “individuo degenerado”.

Morel intentó dar respuesta a las dificultades con las que la psiquiatría clásica se enfrentaba, tales como la multiplicación de alienados internos en asilos y el fracaso del “tratamiento moral” de Pinel y Esquirol como promesa terapéutica, creando una clasificación confiable de las patologías mentales que contemplara su etiología. De este modo, los procesos de degeneración, susceptibles de afectar a individuos, familias y poblaciones de manera más o menos profunda, resultarían de una serie de influencias mórbidas, físicas o morales, tales como: (1) intoxicación: causas climáticas (suelo pantanoso, epidemias, miasmas palúdicos, aire viciado) y abuso de alcohol, opio u otras sustancias; (2) medio social: conjunto de circunstancias que afectaban negativamente a las clases pobres, tales como las producidas por actividades industriales, la miseria y las profesiones insalubres; (3) afección mórbida anterior o temperamento malsano: causas que suponen una predisposición hereditaria que da lugar a delirios epilépticos, histeria, hipocondría, ideas delirantes, manía, melancolía, parálisis general, idiotismo e imbecilidad; (4) inmoralidad: se refiere a las aberraciones en el ejercicio de las facultades intelectuales y de los sentimientos morales de las que derivan ciertas marcas o estigmas en los organismos; (5) enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia, tales como los retardos mentales y el idiotismo congénito, producto de un desarrollo deficitario del cerebro; e (6) influencias hereditarias: causa general y universal, presente necesariamente en todas las formas de degeneración (Caponi, 2009).

De acuerdo con Morel (citado por Caponi, 2009), los seres degenerados constituían “un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” (p.428) y sobre ellos sería posible hacer recaer una serie de intervenciones correctivas. De este modo, la psiquiatría se amplió y se transformó en un espacio de saber y de intervención que salió de los muros del asilo para dedicarse a la gestión completa del espacio social (Caponi, 2009).

Una muestra de la asimilación entre drogadicción y degeneración existente en esta atmósfera europea dominada por la degeneración nerviosa y la decadencia, la constituyen las apreciaciones del médico húngaro Nordau. En efecto, este médico, admirador del criminalista italiano Lombroso, advertía en 1895 que “una nación que recurría regularmente a las bebidas alcohólicas, el tabaco, el opio, el hachís o el arsénico ‘podía descender rápidamente a los más bajos escalones de la degeneración, a la imbecilidad, a la pequeñez” (Davenport-Hines, 2001, p.160).

Haremos referencia ahora a algunos trabajos que han abordado la situación de las drogas en América Latina y en la región. En México, a partir de una investigación sobre la historia social y cultural de las drogas entre 1840 y 1940, Pérez (2016) destaca el papel que

tuvo el discurso médico desde la segunda mitad del siglo XIX en el afianzamiento de la inquietud acerca de las “sustancias que degeneran a la raza”, discurso que enfatizó los efectos negativos de las drogas en el organismo, desplazando al discurso religioso que asociaba el estado alterado de conciencia con la hechicería. La revisión del autor muestra que habría existido una diferenciación en la percepción y calificación de las distintas drogas y los distintos consumidores: mientras sustancias como el opio estaban asociadas al exotismo de lo oriental, sustancias como la marihuana estaban asociadas a las clases populares.

En Colombia, a partir de archivos de las instituciones municipales de higiene, revistas y tratados de farmacia, publicidades de medicamentos y compendios de legislación farmacéutica de la región de Antioquia entre 1900 y 1940, García (2007) hace referencia al papel protagónico que el poder médico oficial tuvo en el proceso de “medicalización del medicamento”. Éste habría sido un proceso de normalización de la producción, prescripción y venta inserto en un proyecto nacional de higienización y medicalización, que habría implicado el pasaje de la libre circulación de las *drogas heroicas* a su vigilancia por las autoridades sanitarias. De acuerdo con el autor, el poder médico oficial tuvo un papel protagónico en dicho proceso, incorporando exámenes químicos de medicamentos, visitas a farmacias y droguerías, ajuste de la legislación farmacéutica y exigencia de títulos y licencias a médicos y farmacéutas. Por su parte, Posada (2008) repasa los discursos de los médicos colombianos que por aquella época referían a las toxicomanías en términos de “desastroso vicio” o “manía de usar narcóticos y anestésicos”, así como a la “perversidad moral” y al proselitismo de los toxicómanos, identificando al estamento terapéutico como el “encargado de salvaguardar la salud física y moral de los colombianos, adoptando (...) una política de modernización farmacológica (...) según la cual era inaceptable el consumo tradicional de algunas sustancias” (p.22).

En Chile, a partir de sus trabajos historiográficos sobre drogas que abarcan el período comprendido entre inicios del siglo XX y la década de 1970, Fernández (2009, 2013) define a las corporaciones médica y farmacéutica y a las instituciones policiales como las instituciones preocupadas por la reglamentación de las drogas. Tales sustancias eran consideradas “dotadas de gran peligrosidad para el conjunto de la raza y la nación (...), debido a [sus] efectos degenerativos, desmoralizadores y disolventes” (Fernández, 2009, p.64). De acuerdo con el autor, médicos y farmacéuticos, en cuyas manos estaba el control sobre su prescripción, habrían insistido en la necesidad de no abolirlas, en virtud de sus enormes beneficios en caso de ser bien dosificadas y prescritas. Ellos habrían sido los responsables del tráfico y su oferta no medicinal: los médicos las recetaban con extrema facilidad y los farmacéuticos solamente exigían a los clientes una única primera receta médica que luego repetían; vendían las sustancias a consumidores habituales bajo “señas”

especiales; aceptaban que las mujeres empeñaran sus alhajas para satisfacer su vicio. Además, existían circuitos de distribución en espacios de sociabilidad y diversión, tales como bares, restaurantes de tipo cabaret, hoteles de reputación dudosa, prostíbulos y clubes nocturnos, en los que los traficantes de drogas ofrecían su mercancía a prostitutas, “muchachos bailarines, tocadores, mozos de hotel, boxeadores y toda esa población heterogénea que vive en las proximidades de la prostitución” (p.70).

También en Chile, Quinteros (2012) señala que la figura de los “estupefacientes” y de los “toxicómanos” fue construida a través de la complementación de distintas formaciones discursivas que naturalizaron la condición marginal de las drogas, en el marco de una voluntad biopolítica del Estado de intervenir el cuerpo social y las conductas anómalas de los sujetos. Las drogas habrían sido colocadas en un ámbito exclusivamente médico y terapéutico: valoradas como remedios si actúan sobre un cuerpo mórbido, o como venenos, elementos negativos e incorrectos, si se utilizan sin una dolencia que lo explique. En el marco del consumo extra-médico, considerado un peligro y condenado, aparece la “figura eminentemente morbosa” del toxicómano, enfermo, portador de “taras físicas” y “anomalías conductuales”, caracterizado por la inmoralidad, la mentira, la debilidad, la incapacidad, el delito, la incivildad y condenado a la locura o la muerte. Por su parte, Becerra (2018), tras revisar los discursos médicos, farmacéuticos y legales acerca de las diferentes formas de ebriedad en Chile desde fines del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, hace referencia al papel desempeñado por la medicalización de la sociedad en la concepción del fenómeno del uso de drogas. De este modo, postula que tanto la concepción del usuario de drogas como un enfermo cuya voluntad y conducta debían ser “enderezadas”, como la concepción de la droga como “un enemigo a erradicar a través de intervenciones médicas” (p.148), fueron resultado del proceso de medicalización que atravesó la sociedad. De acuerdo con el autor, el Instituto de Reeducción Mental, en el que se realizaba la internación forzosa de los toxicómanos, se convirtió en “una fábrica laboratorio de individualidades”, productor de “una enfermedad, la toxicomanía, y una subjetividad, patológica, asociada al uso de drogas” (p.148).

Del mismo modo, Camargo y Ried (2019) indagan la producción académica-científica de la primera mitad del siglo XX chileno y establecen que la figura de los toxicómanos – “gentes desequilibradas”, “criminales en potencia”, “seres humanos exentos del sentimiento de deber, de la responsabilidad y del honor” – fue utilizada discursivamente para gobernar las poblaciones sanas, aludiendo al grave peligro que acarrearía la toxicomanía – “flor malsana de la civilización”, “peligro social de la mayor gravedad” – para quienes se entregaran al vicio: degeneración y ruina de las familias.

En Brasil, Adiala (2011) analiza el proceso de constitución del uso de drogas como un problema médico-científico durante el período comprendido entre 1890 y 1930, y postula

que el proceso de institucionalización del saber psiquiátrico estuvo relacionado con la consolidación de la representación patologizante sobre el uso de drogas, al incorporar “la discusión sobre el alcohol y otras drogas a un nuevo modelo teórico que definió el uso de esas sustancias como una enfermedad mental” (p.164). Surgió así, una nueva categoría diagnóstica, la toxicomanía, y un nuevo tipo de individuo, el toxicómano, considerado como un “degenerado” que, con su “tendencia morbosa” a buscar estímulos en las drogas a pesar del conocimiento de “los días oscuros” y la “desgracia moral” que le esperaba, representaba una amenaza para el proyecto de nación civilizada. De acuerdo con el autor, el toxicómano de aquella época “no se identificaba demasiado en las clases pobres de la población. Por el contrario, los drogadictos casi siempre estaban sujetos a las clases burguesas y ricas que vivían en la ciudad de Río de Janeiro” (p.164).

En Argentina, Sánchez (2018), en un recorrido por los modos de problematizar, definir y abordar el “fenómeno de las drogas” desde 1880 hasta 1960, encuentra que el modelo de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas estuvo marcado por la mirada sobre la epidemia del alcohol, sustancia que los médicos higienistas consideraban un “veneno” que encerraba “todo a la vez: la miseria, el crimen, la enfermedad y la degeneración” (p.322). El consumo de drogas estaría atravesado por la ideología, asignando distintos sentidos a las prácticas de los diferentes grupos sociales: “entre miembros de la élite se explicaba por el ‘hedonismo irracional’ o ‘afán por la moda’, mientras que en sectores subalternos se refería a una apetencia innata” (p.325). En el campo de la medicina, hacia 1930, los factores de orden psicopatológico con base orgánica y de predisposición psíquica para explicar el abuso de alcohol y otros tóxicos, tales como “constitución pasional psicopática”, “degeneración hereditaria” o “déficit de voluntad”, habrían dado paso a factores de orden social: la presión que la mera disponibilidad de la sustancia ejercía sobre espíritus débiles y el “proselitismo del toxicómano”. Estos mismos elementos los encuentra Corbelle (2019) en una investigación sobre el modo en que se construyó el “problema de la droga” en Argentina desde 1919 hasta 2018: a comienzos del siglo XX, la toxicomanía se habría caracterizado como una “enfermedad mental, degenerativa”, una “aflicción con propensiones delictivas”, asociada a un “déficit de voluntad”. Los “toxicómanos”, portadores de un “estado de peligrosidad”, capaces de provocar “contagio por imitación o sugestión”, representaban una “amenaza” para la sociedad y por tanto debían ser encerrados y aislados (p.16). También hace referencia al discurso que psiquiatras, toxicólogos y médicos legistas impusieron sobre el adicto en los medios de comunicación, el sistema judicial, el poder legislativo y el ejecutivo nacional durante la dictadura en la década de 1960 como un “enfermo susceptible de cometer delitos que requiere atención obligada e impostergable” (p.21).

En Uruguay encontramos escasos antecedentes de investigaciones respecto a la construcción del *problema de la droga*. Bayce (1990, 1997, 2012), se ha dedicado a analizar los paradigmas políticos en torno a las drogas en Uruguay y se ha referido al papel de la prensa escrita en la construcción de la opinión pública sobre drogas y a las consecuencias psicosociales de dicha construcción. Por su parte, Fernández (2000) ha estudiado el impacto social y simbólico de las sustancias psicoactivas y las consecuencias sociales de los usos problemáticos de las mismas. A los efectos de investigar el período en que el consumo de alcohol comenzó a concebirse como problema en nuestro país, en las tres primeras décadas del siglo XX, Bouret (2012) recurre a las memorias de las jefaturas de Policía y los estudios en centros de reclusión hospitalaria. Indica que médicos, naturistas, legisladores y Ligas Antialcoholistas fueron los responsables de llevar adelante una campaña sobre los problemas sociales del alcoholismo que comenzó durante el Novecientos, “al interior de una atmósfera higienista (...) que consideraba como peligros sociales el juego, el tabaquismo y los «desbordes» del ejercicio del sexo” (p.169). Según la autora, los higienistas no hicieron distinción entre tipos de alcohol consumido, dosis ni finalidades: quienes hacían uso del mismo eran considerados “bebedores”, y el alcohol, un “veneno” responsable de provocar la “degeneración” de la raza y de convertir al consumidor en “esclavo”, conduciéndolo a la muerte, la locura o la criminalidad.

Por su cercanía temática con nuestra investigación y el período histórico investigado, los antecedentes más importantes los constituyen los trabajos de Guillermo Garat y Diego Silva. Garat, en sus trabajos *Marihuana y otras yerbas: prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay* (2012) y *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay* (2013) hace referencia a las políticas de drogas implementadas en Uruguay desde fines del siglo XIX. El autor relata la manera en que algunas medicinas que por aquel entonces circulaban libremente y se utilizaban con fines terapéuticos y/o recreativos – tales como cannabis, cocaína, opio y derivados –, se transformaron luego en drogas de tráfico ilícito. En este proceso, destaca el papel protagónico de los médicos, aliados del gobierno desde comienzos de siglo XX, en tanto “fueron los constructores de un andamiaje discursivo que asimilaba el uso de las drogas a la degradación moral y física del usuario” (2013, p.5). Si bien éstos, durante el primer y el segundo batllismo, parecieron tolerar el uso de drogas, varios de ellos estaban en contra de aquellos consumos, calificando su abuso como “peligro social” y asociándolo a “delitos o conductas de riesgo como la prostitución” (p.5). En sus trabajos, la dictadura de Terra es establecida como un hito, a partir del cual “la prédica médica oficialista radicalizó su discurso higienista propugnando el control del cuerpo y de las costumbres sociales para un mejoramiento de la raza humana” (p.5).

La dictadura de Terra⁵ comenzó el 31 de marzo de 1933 a partir de un golpe de Estado que tuvo lugar en un escenario marcado por los efectos de la crisis económica mundial de 1929: desvalorización del peso uruguayo, caída del salario real, aumento del costo de vida, cierre de empresas, aumento de la desocupación. En este contexto de la crisis mundial, Terra aplicó una política de intervencionismo estatal, sustitución de importaciones y proteccionismo. Su gobierno paternalista se caracterizó por un conservadurismo moderado y pragmático, y su gestión en el poder fue a veces contradictoria, en tanto se desarrolló entre las presiones provenientes de la crisis económica mundial y las ejercidas por las gremiales patronales reunidas en el Comité de Vigilancia Económica, a las que debía recompensar por su respaldo para acceder al poder (Nahum, 2017).

La radicalización del discurso higienista en dicho período quedaría evidenciada por las campañas radiales y cinematográficas y por las cartillas impresas por la Comisión de Defensa contra las Toxicomanías y de Contralor del Tráfico de Estupefacientes, creada en 1934, a las que hace referencia Garat (2013). Allí se aprecia el modo negativo y alarmista con que los médicos calificaban el uso de drogas: “macabra farándula que azota a la humanidad”, responsable de la “degeneración individual”, la “decadencia de la raza”, la “criminalidad”, la “superpoblación de asilos, manicomios y hospitales”, la “desorganización de la sociedad” y la “pérdida de los más nobles sentimientos” (p.6).

Por su parte, Silva, en *Drogas y Derecho Penal en el Uruguay* (2016)⁶, también postula al discurso higienista y moralizante como el responsable de comenzar a condenar a las sustancias estupefacientes. Al igual que Garat, ubica la tercera década del siglo XX como el momento en que la visión relativa a los estupefacientes comienza a cambiar paulatinamente, a instancias de la corporación médica, de gravitante actuación en la política nacional durante el batllismo y con mayor impulso durante la dictadura de Terra. El autor señala que durante el gobierno de Terra se sancionaron numerosas leyes de impronta autoritaria en las que se insertaron las conceptualizaciones higienistas, moralizantes y racistas de la época, como el *Código Penal* proyectado por José Irureta Goyena (aprobado a

⁵ En aquel momento, la Constitución de 1918 vigente excluía al Presidente de la República del área de decisión económico-financiera, quien a menudo discrepaba con la actuación del Consejo Nacional de Administración en dicha materia, pero se encontraba limitado para actuar. En dicho contexto, el 31 de marzo de 1933 Terra de un golpe de Estado que tuvo, entre sus objetivos principales, “recuperar para el Presidente (...) la conducción económico-financiera del país, ante la gravedad de la crisis económica que sufría y el desacuerdo con las medidas tomadas por batllistas y nacionalistas independientes desde el Consejo Nacional de Administración y el Senado” (Nahum, 2017, p.151). Buscando legitimar la ruptura institucional, Terra rápidamente convocó a elecciones de una Convención Nacional Constituyente, la cual se encargaría de elaborar una Constitución adaptada a la nueva realidad política del país. La nueva Constitución se plebiscitó el 19 de abril de 1934 y, por una disposición transitoria, la propia Convención Nacional Constituyente eligió ese mismo día a Gabriel Terra como presidente (Nahum, 2017).

⁶ Este trabajo recoge su tesis doctoral acerca del proceso legislativo uruguayo por el cual, desde fines del siglo XIX y hasta el dictado de la Ley N°19172, se aprobarían distintas normas relacionadas con el control de las drogas ilegales a través del Derecho Penal.

tapas cerradas, sin discusión parlamentaria, como Ley N°9155, de 4 de diciembre de 1933), la *Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública* (Ley N°9202, de 12 de enero de 1934), la *Ley de Psicópatas* (Ley N° 9581, de 8 de agosto de 1936), la *Ley de Extranjeros* (N°9604, de 13 de octubre de 1936), entre otras. De acuerdo con el autor, la influencia del sesgo medicalizante habría quedado plasmada en la Constitución de 1934, la cual incluyó por primera vez una disposición que estableció el *deber de los habitantes de la República de cuidar su salud*. Esta disposición, que no cuenta con homólogos en las constituciones de países de la región y que luego permanecería contenida en todas las constituciones uruguayas, habría encontrado su génesis en un contexto higienista y de disciplinamiento de las clases populares en el que los médicos emprendieron una cruzada contra las enfermedades y a favor de la salud de la población. Silva señala que el “combate” de los “vicios sociales” habría tenido una “finalidad no declarada”: “asegurar la productividad de los asalariados, en tanto el consumo de alcohol conspiraba contra el disciplinamiento de las clases trabajadoras que auspiciaba la consolidación del modelo productivo del Estado moderno” (p.91).

La clase política médica no solo habría incorporado el discurso de la degeneración de la especie y la superioridad racial, sino que también habría aceptado vigorosamente el positivismo criminológico italiano, conduciendo a la condena moral a los usos no medicinales de las drogas psicoactivas. Para la Escuela Positiva, entre cuyos mayores exponentes se encuentran Raffaele Garófalo, Enrico Ferri y Cesare Lombroso, el delito era una consecuencia de la “peligrosidad” o “temibilidad” del delincuente. Considerando a éste como el núcleo de todo el fenómeno, resultaba fundamental determinar sus características biológicas, psicológicas y sociales para establecer criterios de medida a la hora de aplicar castigos a los sujetos. Así, Garófalo atribuyó al hombre criminal un estado atávico y de regresión a estados evolutivos anteriores, mientras que Ferri se enfocó más en las influencias sociales y económicas del criminal que en las diferencias de corte biológico. Por su parte, Lombroso, de acuerdo a los datos antropométricos obtenidos de sus análisis de autopsias, informes médicos y observaciones en distintas cárceles europeas, estableció una división de los delincuentes en seis tipos: el *delincuente atávico* (una subespecie de humano, degenerado), el *loco moral* (dominado por sus instintos latentes, sin comprensión del sentimiento moral), el *delincuente loco* (ha cometido un delito con plena responsabilidad, enloqueciendo luego en la prisión), el *epiléptico* (violento y agresivo, que no padece ninguna enfermedad mental declarada y que comete delitos gravísimos sin experimentar remordimientos), el *delincuente pasional* y el *delincuente ocasional* (Blanquer, 2014).

De acuerdo con Silva (2016), en la práctica, siguiendo los principios del positivismo criminológico, la policía uruguaya de aquella época seleccionaba personas con caracteres atávicos y las aprisionaba. El discurso de la *mala vida*, con el que se hacía referencia a

“todos los comportamientos que no respondían a la disciplina vertical policial de la sociedad industrial” (p.175) penetró profundamente en la medicalizada clase política uruguaya y se insertó en varias normas de derecho positivo⁷. En ese contexto, bajo el fundamento de la *peligrosidad sin delito* y la consideración de la *mala vida* como un síntoma de peligrosidad, se pretendía penar a cierto conjunto de personas sin que hubiera cometido ninguna infracción: ebrios y consumidores de tóxicos, vagos, mendigos, prostitutas, homosexuales, jugadores, rufianes, gigolós, adivinos, magos, curanderos, entre otros. De todas maneras, “la persistencia del pensamiento liberal y los principios del Derecho Penal de garantías entre algunos de nuestros juristas y magistrados” habrían impedido el “ingreso avasallante” (2016, p.176) de la influencia del positivismo criminológico en la legislación.⁸

En relación a la situación del uso de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres desde una perspectiva histórica, disponemos de escasos datos. Kandall (1996), en un artículo que revisa la experiencia del uso de drogas por parte de mujeres en Estados Unidos desde mediados del siglo XIX, refiere que, por aquel entonces, la mayoría de los usuarios de opiáceos eran mujeres que utilizaban tales sustancias como medicamentos para tratar la dismenorrea y los “trastornos nerviosos”, conduciendo a muchas de ellas a una adicción iatrógena. Señala que se trataba principalmente mujeres blancas; esposas de médicos, amas de casa, maestras, prostitutas y/o enfermeras; de una edad comprendida entre veinticinco y cuarenta y cinco años y pertenecientes a la clase media o alta.

Davenport-Hines (2001), a partir de la investigación a la que hemos referido a comienzos de este apartado, señala que, a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, las mujeres que hacían uso de las drogas eran “estigmatizadas como débiles y manipuladoras” (p.164) y que “a menudo se atribuía el hábito de las drogas a la tontería femenina” (pp.164-165). El autor nos recuerda las afirmaciones realizadas por el médico estadounidense Mitchell en 1887 acerca de la plena “capacidad para llenar de calamidades un hogar” que tendría la “mujer tonta, sumamente nerviosa y enfermiza, que suplica compasión y gusta del poder” (p.164), y las aseveraciones del médico irlandés Macnaughton Jones sobre la

⁷ Entre tales normas encontramos la *Ley de Proxenetismo* de 1927, la *Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública* de 1934, la *Ley de Asistencia a Psicópatas* de 1936, las *Leyes de Extranjeros* de 1932 y de 1936 y la *Ley de Vagancia, Mendicidad y Estados Afines* de 1941 (Silva, 2016).

⁸ La investigación de Silva (2016) nos acerca a las conceptualizaciones de las sustancias psicoactivas de la época. Así, en el caso de un individuo desocupado y portador de pésimos antecedentes que fue condenado en 1927 por un delito de expendio culposo de mercancías peligrosas para la salud (veintidós paquetes y cinco tubos conteniendo cocaína), el Fiscal valora la cocaína como “un instrumento de perversión”, “un flagelo profundo” (p.169), a la vez que el Juez sentenciante reconoce la “peligrosidad de la mercadería” evidenciada en el informe de los peritos que califican tal sustancia como “un alcaloide tóxico de los más temibles”, en virtud de cuyo uso “los frenos morales se aflojan y la conducta se hace rápidamente depravada, pudiendo llegarse a la comisión de delitos” (p.169). De todas maneras, de acuerdo con el autor, la suavidad de tal sanción – que consistió en una multa de ciento cincuenta pesos (con descuento de la preventiva sufrida y pago de las prestaciones legales) – así como la absolución con la que culminó otro de los casos ocurrido en el mismo año – en el que dos individuos (uno de ellos, farmacéutico) fueron procesados por expendio indebido de alcaloides y a los que se devolvió el total de cocaína decomisada (3.4 kg.) –, demostrarían que el lugar que ocupaban tales sustancias en aquel momento era muy distinto al que tendrían años después, en el marco de la *guerra a las drogas*.

propensión de las mujeres al morfinismo, especialmente de la “solterona frustrada” y de la “esposa desenfrenada”, en tanto “la naturaleza insubordinada del cuerpo de la mujer agravaba la parálisis de la volición evidente en la drogadicción” (p.165). Por otra parte, Meneses (2002), en España, señala que, desde principios de siglo XX hasta la Guerra Civil, el uso de sustancias psicoactivas (tales como hachís, cocaína, morfina, heroína, éter, etc.) no generó ninguna alarma social y que incluso el uso inmoderado de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres pasaba desapercibido siempre que no sobresalieran del rol que tenían en la sociedad de la época. En ese caso, los usos extra-terapéuticos de sustancias (al igual que los comportamientos sexuales liberales) implicaban una imagen peyorativa en las mujeres, que no tenían la misma calificación en los varones. Luego de la Guerra Civil y hasta los años sesenta, los usos indebidos de drogas se relacionaban con anfetaminas, barbitúricos, cáñamo y morfina, siendo la gran mayoría de los usuarios sujetos normalizados e integrados socialmente. Meneses destaca que los morfinómanos eran fundamentalmente mujeres cuyo consumo había comenzado por la prescripción realizada por un facultativo ante una dolencia física o psíquica (depresión ante la muerte del marido, dolencias de embarazo extrauterino, aborto provocado, miedo en la guerra civil, insomnio, amenorrea, intervención quirúrgica). El consumo de alcohol y de tabaco en las mujeres no estaba bien visto en la sociedad de la época, a la vez que el consumo de cáñamo, eminentemente masculino y grupal, estaba vedado para ellas. Las únicas mujeres que lo consumían ocasionalmente eran las prostitutas, en contacto con grupos de hombres consumidores. El consumo de anfetaminas en las mujeres estaba motivado por regímenes de adelgazamiento, el combate del aburrimiento de la vida cotidiana, o la necesidad de aumentar su rendimiento, en virtud de su incorporación al mundo estudiantil o laboral sumada a la labor en su propio hogar. En definitiva, mientras que las mujeres tenían una amplia participación en los consumos iatrogénicos, cuando se trata de uso de drogas con fines recreativos o lúdicos, su participación era mucho menor.

Para finalizar, señalaremos que no existen antecedentes de investigaciones que se hayan propuesto comprender y explicar los factores específicos del consumo femenino desde su propio marco de referencia desde el momento en que el consumo de drogas comienza a ser concebido como un problema en nuestro país, del mismo modo que tampoco existen antecedentes de abordajes discursivos de textos clínicos que permitan identificar las narrativas respecto al uso de drogas. Si bien los trabajos de Garat y Silva realizan un recorrido exhaustivo por los distintos escenarios vividos en Uruguay en materia políticas de drogas a lo largo del siglo XX, y reconocen el protagonismo de la clase médica en la construcción del problema de la droga, en sus trabajos no se aborda específicamente la manera en que éstas, sus usos y sus usuarios fueron representados por el discurso médico.

0.4. Descripción de la estructura de la tesis

En el Capítulo 1 aportamos elementos para una historización del *sujeto*, la *sociedad* y las *drogas*, en el plano internacional y en el Uruguay. El mismo está dividido en cuatro apartados: en el primero presentamos algunos elementos de *antropología foucaultiana*, situando el tema de la tesis. En el segundo, definimos lo que entendemos por droga y por droga psicoactiva y presentamos distintos paradigmas y discursos explicativos de sus usos: *paradigma de la enfermedad*, *paradigma del aprendizaje social* y *perspectiva psicoespiritual*. Asimismo, definimos lo que entendemos por *uso problemático* y *no problemático*, y presentamos una posible categorización de tales sustancias. En el tercero realizamos una narración cronológica de los distintos usos de drogas en el mundo, desde el Paleolítico hasta finales del siglo XX y presentamos los dos grandes paradigmas en materia de política de drogas: el *prohibicionismo* y la *gestión de riesgos y daños*. Finalmente, en el cuarto apartado presentamos un relato de los usos, abordajes y políticas de drogas en el Uruguay que se extiende desde finales del siglo XIX hasta la década de 1970.

En el Capítulo 2 presentamos los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan la investigación. Este capítulo está dividido en cinco apartados: en el primero introducimos la cuestión de las *representaciones sociales* a partir de los desarrollos de Moscovici y Jodelet, mientras que en el segundo hacemos lo mismo respecto a las nociones de *discurso* e *ideología* de van Dijk. En el tercer apartado introducimos elementos de la teoría de Foucault y Pêcheux sobre *sujeto* y *formación discursiva*, dando lugar a un cuarto apartado en el que presentamos los aportes de Dunker en lo referente a las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*. Finalmente, en el quinto apartado, describimos los procedimientos que hemos llevado adelante en esta investigación.

En el Capítulo 3 presentamos el análisis realizado a partir de nuestro corpus de materiales discursivos. Este capítulo está dividido en cuatro apartados: en el primero hacemos referencia a cómo fueron concebidas y representadas las drogas por el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970, y nos referimos a los efectos de las drogas sobre el sujeto y la sociedad, según fueron contemplados por los médicos de la época a la hora de hacer valoraciones positivas y negativas de tales sustancias. En el segundo, nos referimos a la forma en que fueron concebidos y representados los usos de drogas, localizándolos dentro de las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*, y abordamos el atravesamiento de la categoría *género* en el fenómeno del uso de drogas. En el tercer apartado nos referimos a las representaciones sobre los usuarios de drogas, y, en el último, a los modos de intervención respecto al uso de drogas, destacando los procedimientos del *Reve Eveillé lisérgico dirigido* y la *Psicolisis*

dirigida empleados para tratar las toxicomanías, en tanto tienen la particularidad de utilizar dos drogas psicodélicas: LSD25 y psilocibina.

Por último, en el Capítulo 4, a partir de los resultados obtenidos en la investigación, planteamos nuestras consideraciones finales y esbozamos algunas recomendaciones a tener en cuenta a la hora de llevar adelante futuras iniciativas dedicadas a abordar este fenómeno complejo y dinámico que tan amplias repercusiones genera en todos los niveles de la sociedad.

La tesis se complementa con un apéndice que incluye una tabla en la que detallamos la codificación utilizada en el capítulo 3 (capítulo de análisis), para referirnos a los textos que componen el corpus de esta investigación.

Capítulo 1: Sujeto, sociedad y drogas

El presente capítulo aporta elementos para una historización de los temas anunciados en su título – *sujeto, sociedad y drogas* – en el plano internacional y en el Uruguay. El mismo está dividido en cuatro apartados: en el primero presentamos algunos elementos de la "antropología foucaultiana", teniendo en cuenta la visión de Foucault acerca del hombre en la modernidad y la construcción del sujeto ligada al ejercicio del poder y del saber, situando el tema de la tesis sobre esa base. En el segundo, tomando aportes de Escohotado (1989/1998; 1995/2015; 1996/2011), Fernández (2011) y Fernández y Lapetina (2008), definimos lo que entendemos por droga y por droga psicoactiva, y presentamos distintos paradigmas y discursos explicativos del uso de las mismas: *paradigma de la enfermedad, paradigma del aprendizaje social y perspectiva psico-espiritual*. Asimismo, definimos *uso problemático* y *no problemático*, y presentamos una posible categorización de tales sustancias. En el tercero realizamos una narración cronológica de los distintos usos de drogas, desde el Paleolítico hasta finales del siglo XX, intentando dar cuenta de las distintas discursividades articuladas en el abordaje de dicho fenómeno, y presentamos los dos grandes paradigmas en materia de política de drogas: el *prohibicionismo* y la *gestión de riesgos y daños*. Finalmente, en el cuarto, presentamos un relato de los usos, abordajes y políticas de drogas en el Uruguay, desde finales del siglo XIX hasta la década del setenta del siglo XX.

1.1. Sujeto y sociedad moderna

El término *sujeto* proviene del latín *subjectum*, compuesto por la partícula *sub*, que significa "por debajo de", y el participio *jectum*, que significa "arrojado" (González, 2013). De este modo, *sujeto* referiría a lo que está puesto por debajo, en la base, constituyéndose como "el supuesto o *fundamento* de alguna otra cosa" (León, 2013, p.190). Si Foucault (1966/1968) señala que "el hombre es sólo una invención reciente" (p.9), es porque la concepción del hombre como sujeto, es decir, como fundamento último, como "medida de todas las cosas" surge en la modernidad, específicamente en el siglo XVII. La aparición de la "figura" del hombre no se corresponde con una "vieja inquietud" ni con una "preocupación milenaria" (Foucault, 1966/1968, p.6). En la Antigüedad, el fundamento fue el Cosmos, y en la Edad Media, Dios; recién en la modernidad el sujeto humano pasa a ser el fundamento de todo lo real, concibiéndose como dueño del mundo, autónomo, con capacidad de explicar, ordenar y transformar la realidad. El hombre pasa de ser "un ser entre otros", a ser no solo "un sujeto entre objetos", sino también "el objeto de su propio conocimiento", en tanto

“rápidamente asume que lo que está buscando comprender no son solamente los objetos del mundo, sino a sí mismo” (Dreyfus y Rabinow, 2017, p.73).

La filosofía de Descartes habría introducido el sujeto en el mundo, un sujeto “dueño de sus actos” que encuentra “su certeza en la función racional del pensamiento” y que ya no es “una cosa entre las otras” (como en el mundo griego), ni está sometido a los designios de Dios (como en el mundo medieval) (Sica, 2000). El hombre moderno se caracteriza por un espíritu eminentemente científico abocado a elaborar un saber universal capaz de explicar y predecir fenómenos, para dominar y subordinar todo lo que estuviera a su alcance (Bernal, 1997; Gerber, 2002).

Foucault (1966/1968) localiza “dos grandes discontinuidades en la episteme de la cultura occidental” (p.7): la *episteme clásica*, hacia mediados del siglo XVII, y la *episteme moderna*, a principios del siglo XIX, cada una de las cuales tiene una determinada relación con el origen. La episteme clásica “cifra el origen en términos de una génesis ideal, que puede ser reconstruido siguiendo corriente arriba el curso de las representaciones hasta llegar a la fuente” (Nosetto, 2017, p.7). En la episteme clásica se concebía la posibilidad de *conocer las cosas tal como eran*. En la episteme moderna, en cambio, tal posibilidad es abandonada. La idea de origen como principio, como causa, como punto exacto donde algo surgió, ya no es concebible. De acuerdo con Foucault (1966/1968):

El origen es más bien la manera en la que el hombre (...) se articula sobre lo ya iniciado del trabajo, de la vida y del lenguaje (...). Lo originario en el hombre (...) es aquello que desde el principio del juego lo articula sobre otra cosa que no es él mismo; es aquello que introduce en su experiencia contenidos y formas más antiguas que él y que no domina (...). Paradójicamente, lo originario, en el hombre, no anuncia el tiempo de su nacimiento, ni el núcleo más antiguo de su experiencia: lo liga a aquello que no tiene el mismo tiempo que él; (...) indica sin cesar y en una proliferación siempre renovada que las cosas comenzaron mucho antes que él y que, por esta misma razón, nadie sabría, pues toda su experiencia está constituida y limitada por estas cosas, asignarle un origen. Ahora bien, esta imposibilidad misma tiene dos aspectos: por una parte, significa que el origen de las cosas retrocede siempre, ya que se remonta a un calendario en el que el hombre no figura; pero, por otra parte, significa que el hombre (...) es el ser sin origen, aquel "que no tiene patria ni fecha", aquel cuyo nacimiento jamás es accesible porque nunca ha tenido "lugar" (p.321).

De este modo, si bien la idea de un sujeto humano implica una fuerte centralidad, también implica una renuncia al lugar de autonomía, de independencia, de fundamento. El hombre mismo es una construcción, es hijo de su tiempo y “sólo se descubre ligado a una historicidad ya hecha” (Foucault, 1966/1968, p.321). Es un resultado histórico y político, producto de fuerzas que lo exceden y determinan, de modo que podemos decir que *el sujeto está sujeto, sujetado*. Está “enredado en el lenguaje”, “limitado por su implicación en un lenguaje que ya no es un medio transparente sino una densa red con su propia historia inescrutable” (Dreyfus y Rabinow, 2017, p.73).

La idea de un hombre autónomo se resquebraja y con el enredo del sujeto en el lenguaje surge un conflicto en tanto él ya no aparece solamente como condición de posibilidad de todo conocimiento, como un potencialmente lúcido *cogito*, como fuente de toda inteligibilidad y fuente de la historia, sino también y simultáneamente como un objeto a

ser estudiado empíricamente, bordeado por aquello que no se explica claramente y producto de una larga historia cuyos orígenes no puede alcanzar (Dreyfus y Rabinow, 2017).

En la modernidad, la construcción del sujeto está ligada al ejercicio del *poder* y del *saber*, los cuales están correlacionados, “se implican directamente”: “no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder” (Foucault, 1975/2002, p.30). Saber y poder forman una unidad, un círculo cerrado: quien tiene el poder impone su saber, saber que, a su vez, legitima el ejercicio del poder (Ovejero y Pastor, 2001). Se trata de fuerzas productivas que circulan en cada parte del entramado social – instituciones, espacios productivos, organizaciones políticas, vínculos familiares, lazos íntimos – y tienen “la capacidad de conducir las conductas, de hacer circular a la gente por un camino determinado” (Sossa, 2011, p.4).

En estrecha relación con el saber y el poder, se encuentra la *verdad*, una verdad que no es trascendental, no es objetiva, neutra, universal ni azarosa, sino que es producida en cada sociedad a partir de mecanismos, instancias, técnicas, procedimientos que conforman su “régimen de verdad” o su “*política general de la verdad*” (Foucault, 1994/1999, p.18) y que determinan los tipos de discurso que se acogen y funcionan como verdaderos. Cada sociedad establece ciertos discursos como aceptables, a la vez que destierra, excluye y condena al silencio a otros, determinando así de qué forma ver el mundo, de qué manera pensar y de qué es posible hablar. En este sentido, puede decirse que la verdad “no es más que una justificación para aplastar y dominar, para exigir conformidad y sumisión” (Ovejero y Pastor, 2001, p.100), y que la historia, que siempre es “la historia de los triunfadores, los poderosos, los soberanos” (Korstanje, 2010), es un ritual funcional al poder hegemónico del momento, en tanto que lo fortalece y le da continuidad.

De acuerdo con Foucault (1992/1996), en la modernidad, a partir del siglo XVIII, se distinguen “dos tecnologías de poder que se establecen con cierto desfase cronológico y que se superponen” (p.201): se trata de la anatomopolítica y la biopolítica, dos tecnologías que conforman el biopoder. A diferencia del poder de la soberanía que *hacía morir o dejaba vivir*, el *biopoder* comporta un poder de regulación que consiste en *hacer vivir y dejar morir*. En el biopoder, por un lado, tenemos una tecnología disciplinaria o una tecnología de adiestramiento que se centra en el cuerpo y lo manipula con el fin de hacerlo útil y dócil. Por otro lado, tenemos una tecnología aseguradora y reguladora que se centra sobre la población y trata de controlar los acontecimientos que tienen lugar a fin de lograr un equilibrio global, una homeostasis, así como la seguridad del conjunto en relación con sus peligros internos. De todos modos, en ambos casos tenemos una tecnología del cuerpo: “en una el cuerpo es individualizado como organismo, dotado de capacidades, y en la otra los cuerpos son ubicados en procesos biológicos de conjunto” (p.201).

El poder disciplinario ha sido un instrumento fundamental en la sociedad burguesa, en la constitución del capitalismo⁹ industrial y del tipo de sociedad correlativo, en tanto “‘fabrica’ individuos” (Foucault, 1975/2002, p.168), permitiendo “el control minucioso de las operaciones del cuerpo” e imponiendo “una relación de docilidad-utilidad” (p.134).

La biopolítica trabaja con la población como un cuerpo múltiple. Actuando por medio de mecanismos de seguridad y reguladores globales, trata siempre fenómenos colectivos aleatorios, buscando obtener estados de equilibrio y “optimizar un estado de vida” (Foucault, 1992/1996, p.199). En la biopolítica la medicina posee extrema relevancia, en tanto al actuar a la vez sobre el cuerpo y sobre la población, tiene efectos disciplinarios y efectos de regulación (p.204). De este modo, en el siglo XIX, la medicina adquirió un papel fundamental, llevando a cabo su función principal de la higiene pública “a través de organismos que coordina[ban] y centraliza[ban] las curas médicas, hac[ían] circular información, normaliza[ban] el saber, hac[ían] campañas para difundir la higiene y trabaja[ban] por la medicalización de la población” (p.197).

En la modernidad, el doble juego de las tecnologías de la disciplina y de las tecnologías de regulación hizo que el poder tomara a su cargo la totalidad de la vida, en tanto “llegó a ocupar toda la superficie que se extiende de lo orgánico a lo biológico, del cuerpo a la población” (p.204). Las sociedades modernas han sido definidas por Foucault como *sociedades de normalización*, en tanto la norma se aplicó tanto al cuerpo que se pretendía disciplinar como a la población que se quería regularizar, produciendo verdades y formas de vida a través de la medición, clasificación, jerarquización y exclusión (p.202).

La emergencia del biopoder permitió “la inscripción del racismo en los mecanismos del Estado” (p.205), en tanto en un sistema político centrado en el biopoder, que tiene como fin potenciar la vida, sólo a través del racismo es posible proclamar el derecho de matar, reivindicar la muerte (biológica, política o de cualquier tipo) de los enemigos, incluso cuando éstos sean los propios ciudadanos (criminales, locos, discapacitados, y otros “anómalos”). Tal autorización surge en pos de la eliminación del peligro biológico y el reforzamiento de la especie: el racismo fragmenta, desequilibra el continuum biológico de la especie humana, distinguiendo entre razas, jerarquizándolas, clasificando unas como buenas y superiores,

⁹ El capitalismo es un modo de reproducción de la vida económica del ser humano dedicado a la producción, circulación y consumo de los bienes producidos. El mismo inicia con un proceso de acumulación originaria que tiene lugar a través de un mecanismo sostenido de expropiación y despojo, en el que grandes terratenientes desalojan de sus tierras a campesinos en varios lugares de Europa a partir de finales del siglo XVI, y a habitantes nativos del África, América y Asia a partir de los siglos XV y XVI. Tal proceso tiene la finalidad de convertir a los seres humanos en trabajadores asalariados.

El capitalismo se consolidó a partir de la racionalidad instalada por la modernidad: auto comprensión de la civilización moderna como más desarrollada y superior; exigencia moral u obligación de desarrollar a los más “primitivos” en virtud de tal superioridad; posibilidad de ejercer en último caso la violencia contra el bárbaro, evitando cualquier obstáculo que se interponga al proceso civilizador; interpretación de la violencia y la dominación que produce víctimas como un acto inevitable; culpabilización del bárbaro al oponerse al proceso civilizador y presentación de la “Modernidad” como inocente y “emancipadora” de esa “culpa” de sus propias víctimas (Cáliz, 2018).

otras como malas e inferiores, y entendiendo que la muerte de la mala raza o de la raza inferior “hará la vida más sana y más pura” (p.206).

El sistema político centrado en el biopoder se propone defender la sociedad de los “enemigos”, siendo éstos “no (...) los adversarios, en el sentido político del término, sino (...) los peligros, externos o internos, en relación con la población y para la población” (p.206). En las sociedades de normalización, precisamente, tales enemigos son aquellas personas diferentes, situadas fuera de los márgenes de la norma: son los “anormales”, sobre los cuales se han aplicado distintas técnicas de señalamiento, clasificación e intervención, creándose instituciones destinadas a su vigilancia, control, encierro y eventual restablecimiento, con el objetivo de asegurar la salud de la sociedad.

Tres tipos de “anormales” han sido distinguidos por Foucault (1975/2000): el *monstruo humano*, el *individuo a corregir* y el *onanista*. Se trata de tres figuras que hasta fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX se mantuvieron separados y que luego empezaron a superponerse, al establecerse una red singular de los sistemas de poder y de saber productora de una “tecnología de la anomalía humana” (p.66) que reúne las tres figuras según el mismo sistema de regularidades. A partir del siglo XIX, será posible reconocer en la figura del anormal las marcas de “esa especie de monstruosidad cada vez más difusa y diáfana, (...) esa incorregibilidad rectificable (...) y (...) [de la masturbación,] ese secreto común y singular que es la etiología general y universal de las peores singularidades” (p.65).

Desde la Edad Media hasta el siglo XVIII, el monstruo humano es producto de “la mezcla”, ya sea de dos reinos (como el hombre con cabeza de buey, el hombre con patas de pájaro), de dos especies (el cerdo con cabeza de carnero), de dos individuos (aquel que tiene dos cabezas y un cuerpo, o dos cuerpos y una cabeza), de dos sexos (quien es a la vez hombre y mujer), de vida y muerte (el feto que a pesar de tener una morfología que no le permitirá vivir, logra subsistir durante algunos minutos o algunos días posteriores a su nacimiento) o de formas (en el caso de quien no tiene ni brazos ni piernas, como una serpiente). La monstruosidad no sólo implica transgresión, infracción o violación de las leyes de la naturaleza, de los límites naturales, sino también la afectación de las leyes de la sociedad, las regularidades jurídicas. De este modo, para constituir la monstruosidad, “es preciso que esa trasgresión del límite natural (...) provoque cierta imposibilidad de aplicar [la] ley civil, religiosa o divina. Sólo hay monstruosidad donde el desorden de la ley natural toca, trastorna, inquieta el derecho” (pp.68-69). En definitiva, la monstruosidad es un dominio jurídico biológico: “el monstruo es lo que combina lo imposible y lo prohibido” (p.61).

Mientras que en la Edad Media la forma de monstruo privilegiada era el hombre bestial, en la época del Renacimiento eran los hermanos siameses y, en la edad clásica, los hermafroditas. A mediados del siglo XVIII habría surgido la “criminalidad monstruosa” como

ámbito específico. En este último caso la atribución de la monstruosidad ya no es jurídico natural sino jurídico moral: se trata de “una monstruosidad que es la de la conducta y ya no la de la naturaleza” (p.80). Así, aparece la figura del criminal monstruoso, la figura del monstruo moral, las cuales ya no implican el desorden de la naturaleza y las especies sino del comportamiento mismo. De este modo se habilita una “sospecha sistemática de monstruosidad en el fondo de toda criminalidad” (p.83), que conducirá a la búsqueda del *fondo de monstruosidad* que hay detrás de las pequeñas anomalías, desviaciones e irregularidades. De acuerdo con Foucault, un criminal es “quien rompe el pacto, quien lo rompe de vez en cuando, cuando lo necesita o lo desea, cuando su interés lo impone, cuando en un momento de violencia o ceguera hace prevalecer la razón de su interés” (p.95).

Por otra parte, el individuo a corregir, individuo muy específico de los siglos XVII y XVIII, se delinea en “una especie de juego entre la incorregibilidad y la corregibilidad” (p.64): es el caso del individuo en quien han fracasado las técnicas y los procedimientos de domesticación utilizados con el objetivo de intentar corregirlo y, justamente es en virtud de ese fracaso, que el individuo se presenta como una persona “a corregir”. En palabras de Foucault:

Lo que define al individuo a corregir, por lo tanto, es que es incorregible. Y, sin embargo, paradójicamente, el incorregible (...) exige en torno de sí cierta cantidad de intervenciones específicas, de sobreintervenciones con respecto a las técnicas conocidas y familiares de domesticación y corrección, es decir, una nueva tecnología de recuperación, de sobrecorrección (p.64).

Finalmente, la figura del onanista aparece a fines del siglo XVIII y “se presenta (...) en el pensamiento, el saber y las técnicas pedagógicas del siglo XVIII (...) como un individuo casi universal” (p.64). La masturbación es una práctica que casi todo el mundo realiza, pero de la que nadie habla. Es una práctica cuasi universal que permanece en secreto, un secreto que es compartido por todo el mundo, y que se plantea como la causa posible de “todo el arsenal de enfermedades corporales, enfermedades nerviosas, enfermedades psíquicas” (p.65). En definitiva, a fines de siglo XVIII, de una u otra manera, es posible reconocer la etiología sexual en prácticamente todas las enfermedades.

En las sociedades de normalización, la defensa de la sociedad frente a las anomalías que la acosan o pueden llegar a hacerlo se potencia mediante la implementación de mecanismos “desde los dispositivos disciplinarios y las estrategias biopolíticas” (Foucault, 1992/1996, p.10).

1.2. Concepciones sobre la droga

De acuerdo con Escotado (1996/2011), por droga entendemos lo mismo que Hipócrates y Galeno pensaban hace milenios: “una sustancia que en vez de ‘ser vencida’

por el cuerpo (...) es capaz de ‘vencerle’, provocando – en dosis ridículamente pequeñas (...) – grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos” (p.9). Las drogas son aquellas sustancias que, habiendo entrado en el cuerpo del sujeto por cualquier vía (oral, epidérmica, venosa, rectal, intramuscular, subcutánea), resisten la asimilación inmediata (es decir, no son convertidas en materia para nuevas células) y provocan una inmensa reacción, afectando no sólo el cuerpo sino también el psiquismo. De este modo, cualquier droga constituye un potencial remedio y un potencial veneno, cuestión fielmente reflejada por la palabra griega *phármakon*, la cual indica, a la vez, “remedio y veneno. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente” (Escohotado, 1989/1998, p.9).

La palabra *phármakon* pone de manifiesto la particularidad de estas sustancias: se trata de compuestos que constituyen un potencial remedio y un potencial veneno, pudiendo curar o matar aún en dosis muy pequeñas. Ya en el siglo XVI, Paracelso, médico y alquimista suizo, quien inauguró una farmacología que no sólo asimilaba las prácticas clásicas sino también los hallazgos hechiceriles producidos durante el medioevo, evidenció el hecho de que las drogas no son un problema *per se*, mostrando que ciertos venenos podían curar enfermedades si se los empleaba en las dosis adecuadas. Siguiendo el criterio de emplear ciertas drogas para desplazar el mal o la patología de adentro hacia afuera del organismo, Paracelso preconizó una terapia de “remedios heroicos” a base de sales minerales, mercurio, zinc y toda suerte de metales, convencido de que “lo que enferma también cura” (Escohotado, 1989/1998, p.247).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es “toda sustancia ya sea de origen natural o sintético que una vez que es introducida al organismo es capaz de alterar una o más de sus funciones” (Junta Nacional de Drogas, 2016b, p.12). Dentro de esta amplia definición, que incluye sustancias como los medicamentos, encontramos un tipo especial de drogas: las llamadas *drogas psicoactivas*, las cuales serían aquellas cuyo efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central, alterando el estado de ánimo, la conducta, el comportamiento, la conciencia y la percepción. *Droga psicoactiva* ha sido definida por la OMS como “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración (...) del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Martínez, 2007, p.51).

Esta definición farmacológica y biologicista de la droga olvidaría que “una droga no es sólo cierto compuesto con propiedades farmacológicas determinadas, sino algo que puede recibir cualidades de otro tipo” (Escohotado, 1995/2015, p.22). En efecto, en tal definición permanecerían cristalizados y naturalizados una serie de sentidos, y reprimidos, otros: ella negaría las distintas densidades que atraviesan la temática de la droga, y que han llevado a conceptualizarla de manera diferente en cada cultura y momento histórico.

De acuerdo con Escohotado (1989/1998), “las sustancias psicoactivas no son en sí mismas “sustancia[s] inocua[s] o mera ponzoña” (p.9). Ellas no tendrían una esencia que las determine como veneno o medicamento, ni sus usuarios poseerían una esencia o identidad. En este sentido, el fenómeno del consumo de drogas no sería universal, atemporal y ahistórico, sino que constituiría “un fenómeno plural, con múltiples manifestaciones según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los diversos significados que les asignan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias” (Touzé, 2006, p.33). Szasz (1992/1993) ha señalado que “es un grave error conceptualizar determinadas drogas como ‘enemigo peligroso’ al que debemos *atacar* y *eliminar*, en vez de *aceptarlas* como sustancias potencialmente provechosas, así como también potencialmente dañinas, y aprender a *manejarlas* competentemente” (p.26). En efecto, el consumo de estos fármacos puede entrañar aspectos que, de cierto punto de vista, pueden considerarse positivos. Así lo establece Fernández (2000) al recordarnos que las drogas han revelado utilidad social evidente:

(...) brindando estímulos al asténico y al cansado; tranquilizando al desasosegado; calmando los dolores físicos o espirituales del herido; durmiendo al insomne; oficiando de puente hacia la divinidad o los arquetipos culturales; o generando un oasis químico transitorio para aquel que encuentra insoportable su realidad familiar, social o material (p.53).

De acuerdo con Eira (1997), el tema de la prohibición y la permisividad de las drogas “se relaciona con formaciones discursivas concretas que nuestra cultura ha producido para pensarse a sí misma y al territorio por el que ella transita” (p.8). De este modo, tanto las drogas como los usos y usuarios de drogas se configuran a partir de la articulación de distintas discursividades, siendo “el discurso médico, donde el uso de drogas es visto como enfermedad mental, el jurídico [que lo inscribe en el ámbito] del crimen, y los discursos religiosos, que ven el uso como pecado” (Mountian, 2017, p.131), los principales pilares discursivos sobre drogas. Fernández (2000) señala que la racionalidad médica habría aplicado el aparato conceptual de la epidemiología a la problemática de las adicciones (englobando su diversidad en una etiología específica) y habría “permanecido adherido a los avatares del devenir político del tema, pasando de la patologización de la opción por el consumo a una estigmatización de las sustancias y a una victimización del usuario” (p.36). El autor refiere que el “problema de las drogas” constituiría uno de los mejores ejemplos actuales de *naturalización* de una problemática:

La diversidad y complejidad de factores políticos y epistemológicos que se anudan en esa tematización de uso corriente, capturada en el vocablo “droga”, aparecen normalmente diluidos en un abordaje supersimplificado y comprimido en un puñado de consignas con las que se anima una “guerra” mitad pública, mitad secreta que se viene desarrollando desde hace años, y que alimenta doblemente los discursos y las prácticas represivas mientras se encubre la cuestión con un barniz medicalizador (p.11).

1.2.1. Paradigmas y discursos explicativos del uso de drogas

De acuerdo con Fernández y Lapetina (2008), a lo largo de la historia del abordaje del uso de drogas han existido una gran cantidad de discursos o modelos que han intentado

comprender el uso de drogas, definir la naturaleza de la adicción y las estrategias terapéuticas más efectivas, poniendo énfasis en diferentes aspectos de la problemática. Asimismo, Fernández (2011) señala que cada uno de estos saberes sobre las drogas “se ha inscripto en el contexto global, en el marco filosófico, ético y cultural de cada momento, reflejando así la cosmovisión imperante de cada época histórica” (p.17). Dentro de esta diversidad de discursos, Fernández y Lapetina (2008) destacan el *paradigma de la enfermedad* y el *paradigma del aprendizaje social*, en tanto intentan explicar el uso de drogas desde una perspectiva científica y son avalados por evidencia empírica de investigación.

El *paradigma de la enfermedad*, paradigma hegemónico que encontró sus orígenes a fines de del siglo XVIII y comienzos del XIX en el *Temperance Movement* o *Movimiento por la Templanza*, es el más antiguo en la historia del conocimiento científico sobre drogas. De acuerdo con Heather y Robertson (citados por Fernández y Lapetina, 2008), desde este paradigma se entiende que existirían personas que nacen con una predisposición a hacer usos problemáticos de drogas, quienes, en caso de probarlas, tendrán una alta probabilidad de desarrollar un vínculo de dependencia con ellas. En este caso, la categoría de *uso experimental se equipararía a la categoría de uso problemático*, es decir, los consumidores ocasionales, sociales, habituales y problemáticos quedan equiparados: “todos violan la pauta, sucumben a la tentación, son débiles” (Silva, 2016, p.113). Este modelo concibe la dependencia como una entidad absoluta, irreversible, una enfermedad de la voluntad que impide a la persona, al tener dañados sus mecanismos de autocontrol, tomar decisiones libres y/o responsables en relación a su comportamiento de consumo. El consumidor sería asimilable a un esclavo, en tanto su voluntad queda afectada. Una vez que una persona predispuesta se encuentra con el objeto droga, se inicia un proceso de deterioro progresivo, frente al cual la abstinencia sería la única solución terapéutica (Fernández y Lapetina, 2008). De este modo, se realizaría una simplificación del fenómeno, y la droga sería considerada como el objeto “intrusivo” causante de todos los males: los términos parecen invertirse, y en lugar de concebir el consumo de sustancias como consecuencia y reflejo de los problemas que las personas tienen en sus vidas, se lo concibe como causa, y las personas pasarían a tener tales problemas debido al consumo (Silva, 2016).

El *paradigma del aprendizaje social*, más reciente, integra diferentes teorías sociológicas, psicológicas y pedagógicas que dan un lugar central al aprendizaje como eje en la conformación de la identidad. Según Heather y Robertson (citados por Fernández y Lapetina, 2008), desde este modelo de comprensión se entiende que las personas no nacen adictas a las drogas, sino que es a través de complejos fenómenos de aprendizaje e interacción con las sustancias en diversos contextos variables que se hacen dependientes. El consumo problemático no sería una entidad absoluta sino un proceso dinámico que

podría ser modificado a través de un proceso de re-aprendizaje. La dependencia, en cuya constitución incide una gran diversidad de variables psicológicas y socioculturales, no sería un fenómeno homogéneo y unificado; sería reversible y no necesariamente llevaría a un deterioro progresivo, tal como lo muestran los casos de aquellas personas que encuentran su máximo de consumo sin seguir aumentando las dosis y los problemas asociados. En tanto abordaje terapéutico, consistiría en trabajar junto a los usuarios de drogas a fin de establecer metas viables, posibles para cada caso, reconfigurando los “pactos” de la tríada persona-sustancia-entorno, tendientes a mejorar la calidad de vida y obtener un mayor control sobre el consumo. De acuerdo con Fernández y Lapetina (2008):

Las propuestas basadas en el paradigma del aprendizaje social han mostrado ser más pragmáticas y amigables para el usuario, logrando como primer resultado importante una mayor cobertura y retención de la población destinataria, así como también una importante credibilidad de sus mensajes y propuestas tanto educativas como terapéuticas (p.53).

De todos modos, este modelo no desconoce la posibilidad de que una persona pueda enfermar a raíz de los daños al organismo ocasionados por los usos crónicos y dependientes de drogas, sino que afirma que el uso de drogas no es en sí mismo una enfermedad y por lo tanto no debe ser abordado como tal.

Estos dos grandes paradigmas o discursos científicistas explicativos del uso de drogas dialogan entre ellos y con la *perspectiva psico-espiritual* (Fernández, 2011), surgida como un cuestionamiento a lo que se define como una “concepción materialista del universo”, inscripta dentro de la “filosofía perenne”¹⁰, cosmovisión que concebiría una “identidad divina” del ser humano y postularía un potencial en las sustancias psicoactivas de generar experiencias místicas, capaces de volver consciente tal identidad. Según esta visión, el materialismo científico consideraría al hombre como un sistema físico análogo a una máquina y a la vida mental como resultado de los procesos físicos del cuerpo humano (Soler, 2016). La valorización y jerarquización de la ciencia y del conocimiento científico y de la concepción del universo como un sistema mecánico sujeto a leyes deterministas, habría dejado de lado las observaciones provenientes del campo de la espiritualidad:

Todas aquellas dimensiones interiores que no pudieran ser captadas, observadas o medidas por los sentidos o sus extensiones instrumentales fueron negadas o invalidadas como “ilusorias”, y las modalidades de conocimiento transracionales, hermenéuticas, contemplativas y espirituales terminaron siendo colapsadas en la ciencia empírica, que pasó a ser la única modalidad de conocimiento válida (Fernández, 2011, p.18).

La *perspectiva psico-espiritual* tomaría partido por un “pluralismo epistemológico” según el cual la ciencia sería una entre varias modalidades de conocimiento, debiendo coexistir con otras modalidades. Recogiendo la manera de concebir al Universo proveniente de las grandes tradiciones espirituales de la historia de la humanidad – tales como el budismo, el cristianismo, el taoísmo, el islam, el judaísmo, entre otras –, postularía al

¹⁰ De acuerdo con Fernández (2011), el materialismo y la filosofía perenne constituirían dos grandes cosmovisiones en la historia de la humanidad acerca de la naturaleza de la realidad desde las cuales podría abordarse el fenómeno del consumo de drogas.

Universo como “un gran entramado de diferentes dimensiones o ‘niveles’ de conciencia” que componen “La Gran Cadena del Ser” (Fernández, 2011, p.29). La *perspectiva psico-espiritual* se nutriría asimismo de datos provenientes de distintas disciplinas que cuestionarían los postulados materialistas. Dentro de estas disciplinas y campos de saber se encuentran la física cuántica, la tanatología, la parapsicología, la investigación psicodélica, la psiconeuroinmunoendocrinología, la medicina integrativa, la psicología de la religión, la psicología contemplativa, la psicología humanista y la psicología transpersonal, entre otros. La *perspectiva psico-espiritual del uso de drogas* reclamaría el reconocimiento de una “dimensión espiritual” como una dimensión natural y legítima de la psique, inherente a la condición humana, y al reconocimiento de las necesidades humanas de “trascendencia” y “reconexión” con la naturaleza espiritual. En este sentido, la necesidad de los seres humanos a la que hace referencia Fericgla (citado por Fernández, 2011) de “escapar de arcos de la presión de la realidad cotidiana” y “vivir experiencias trascendentes que den sentido, plenitud y orientación a la existencia cotidiana” (p.31) y la necesidad descrita por Grof (citado por Fernández, 2011), de modificar los estados ordinarios de “conciencia hilotrópica” y alcanzar los “estados holotrópicos” (p.34), constituirían “la raíz motivacional del uso de drogas” (Fernández, 2011, p.31). Así, sin descuidar la dimensión material del uso de drogas, esta perspectiva pondría el foco en un sentido y un “para qué” trascendente de dicho uso, vinculados a cierto “padecimiento existencial” que ha sido denominado “síndrome de desarraigo cósmico” (Fernández, 2011).

Dentro de la *perspectiva psico-espiritual* del uso de drogas, sería posible reconocerles a tales sustancias una “función dual” (Fernández, 2011, p.85), la cual estaría determinada por la interrelación simultánea de los factores vinculados la tríada sustancia-persona-entorno, y supondría que las mismas podrían estar tanto al servicio de una experiencia o estadio “evolucionada” del ser humano – es decir, al servicio de cierta “trascendencia” –, como también obstaculizando o impidiendo su consecución.

Considerando algunos de los aportes de Dunker (2011, 2015) acerca de las *narrativas de sufrimiento* – los cuales serán desarrollados más detenidamente en el siguiente capítulo –, se podría decir que cada uno de estos paradigmas o discursos pondría en juego distintos modos de reconocimiento, invisibilización y/o exclusión del sufrimiento, concibiendo la toxicomanía de una manera específica, visibilizando, validando y legitimando ciertas *narrativas de sufrimiento* en detrimento de otras. Cada paradigma distinguiría entre sufrimientos “legítimos” e “ilegítimos”, entre formas de sufrimiento “esenciales” e “inmodificables” que deben ser soportadas y otras que podrían ser aliviadas y serían dignas de atención.

1.2.2. La triada sustancia-persona-entorno y los usos de drogas

Si bien podemos decir que todo consumo de sustancias psicoactivas conlleva riesgos, no todo uso es problemático. Por *uso problemático de drogas* se entiende aquel que incide de manera negativa en una o más de las áreas vitales de una persona, es decir, que genera consecuencias perjudiciales en la salud física y/o mental, las relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), las relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) y/o las relaciones con la ley. Dentro de este tipo de uso se distinguen tres modalidades: intoxicaciones agudas, uso regular o crónico y dependencias. Las intoxicaciones agudas constituyen un uso pautado por el exceso, es decir, por el consumo de la sustancia en cantidades que el organismo no puede metabolizar de forma adecuada. El uso regular o crónico refiere al consumo de dosis leves o moderadas de una sustancia durante un período de tiempo relativamente largo, pudiendo ocasionar diversos problemas. Por último, la dependencia se caracteriza por la fuerte estructuración de la identidad de la persona en torno al consumo de la sustancia, la cual se siente “enganchada”, obsesionada por consumir, con pérdida de control sobre su uso (Fernández y Lapetina, 2008). El *uso no problemático*, en cambio, es aquel que no causa daño a las personas en ninguna de sus áreas vitales: es el tipo de consumo de drogas en el que, sea por la cantidad, la frecuencia o la situación física, psíquica y social del consumidor, no se evidencian consecuencias negativas en él ni en su entorno (Junta Nacional de Drogas, 2016b).

La distinción entre usos problemáticos y no problemáticos pone en evidencia el hecho de que las sustancias no constituyen un problema *per se*, sino que será en función de la tríada sustancia-persona-entorno que se darán las distintas valoraciones y significaciones acerca de su uso. En la definición de un uso de drogas como problemático, más allá del potencial toxicológico de las sustancias, también intervendrían condicionantes o factores relacionados con las características de la persona que consume – sexo, edad, condiciones de salud física y psíquica, personalidad, motivo y experiencias previas de consumo – y con las características del entorno de consumo –contexto normativo legal y cultural, familia, grupos de pares, sociedad, comunidad. Respecto a los factores vinculados a la naturaleza de la propia sustancia psicoactiva encontramos el tipo de sustancia de la que se trata, su potencial adictógeno, su pureza, su vía de administración y la dosis consumida (Fernández, 2011).

Tal como señala Eira (1997) respecto a la problemática de las adicciones: “el carozo del asunto no se localiza en el fármaco, ni en el organismo receptor, ni siquiera en esa entidad abstracta a la que se ha convenido en llamar ‘medio’, sino en la forma en que estas categorías se vinculan” (p.12). Según el autor, la etiología de la problemática de la droga radicaría, no en la sustancia, sino “en la forma particular en la que nos vinculamos con ell[a],

en nuestros modelos productivos, en nuestros compulsivos hábitos de consumo superfluo, y en la forma de en que racionalizamos y legitimamos estos modos de hacer” (p.15).

Entre los distintos criterios que pueden tomarse para clasificar las sustancias psicoactivas, la Organización Mundial de la Salud considera el efecto predominante que ejercen sobre el sistema nervioso central y las localiza en tres categorías básicas: sustancias *depresoras*, *estimulantes* y *alucinógenas*.

La categoría de sustancias *depresoras* se correspondería con la de drogas que “prometen paz”, según la clasificación que Escohotado (1995/2015) establece de acuerdo con el criterio de la psicoactividad. Se trata de drogas apaciguadoras, que han cabido “genéricamente en la idea del narcótico – palabra griega que significa cosa capaz de adormecer y sedar” (pp.37-38), destinadas al alivio del dolor frente a alguna lesión, el sufrimiento ante una pérdida actual o posible y el desasosiego que impide dormir, concentrarse o existir sin angustia. Son aquellas que adormecen o enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central, pudiendo llevar al sujeto a un estado de coma. Provocan obnubilación de la conciencia y entorpecimiento de las facultades intelectuales tales como la atención, la concentración, la memoria, etc. Esto puede ser experimentado por el sujeto como desinhibición conductual, relajación, sensación de bienestar, disminución de la tensión, sedación, somnolencia, analgesia, apatía. De todos modos, si bien pueden resultar placenteras y cumplir una función terapéutica, no contribuyen de manera significativa con la expansión de la conciencia, el autoconocimiento y la transformación de la psiquis. Por otra parte, entrañan el riesgo de generar dependencia física y psicológica, y de provocar sobredosis que haga peligrar la vida del sujeto que consume. Dentro de las sustancias depresoras se incluye el alcohol, los solventes (nafta, pegamento, thinner, éter, óxido nitroso), la ketamina, el GHB, los opiáceos (heroína, morfina, codeína), las benzodiazepinas (hipnóticos, ansiolíticos) y los barbitúricos (Fernández, 2011; Junta Nacional de Drogas, 2016b).

La categoría de sustancias *estimulantes* se correspondería con la categoría de drogas que “prometen energía” (Escohotado, 1995/2015), capaces de fomentar el entusiasmo y despejar la somnolencia, tradicionalmente usadas para combatir la fatiga, la pereza, la impotencia, el aburrimiento, el desánimo y/o el hambre. Son aquellas que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, provocando estados de atención más enfocada, euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, disminución del sueño y la fatiga, excitación motora, inquietud e hiperactividad. Si bien brindan beneficios subjetivos claros y aplicaciones terapéuticas concretas, tienen escaso o nulo potencial para contribuir con la expansión de la conciencia, así como un potencial adictógeno relativamente alto. Dentro de las sustancias estimulantes se incluyen: el clorhidrato de cocaína y sus derivados (crack, pasta base), las anfetaminas, la nicotina, las

xantinas (contenidas en café, mate, chocolate, etc.), la mayor parte de las drogas de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas (Fernández, 2011; Junta Nacional de Drogas, 2016b).

Por último, las sustancias *alucinógenas* son aquellas que alteran el funcionamiento neurobioquímico del sistema nervioso central, afectando la percepción sensorial, los estados de conciencia y los procesos de pensamiento. Se trata de sustancias que poseen altos márgenes de seguridad, no conociéndose dosis letal para humanos en la literatura científica: en su mayoría carecen de tolerancia o la tienen tan rápida que unas pocas administraciones sucesivas producen insensibilización total, y tienen bajo o nulo potencial de generar dependencia. Dentro de estas sustancias se incluye la LSD, la psilocibina, la mescalina, la ayahuasca, la ketamina, el cannabis y sus derivados (Dell'Acqua, 2010; Fernández, 2011; Fernández y Lapetina, 2008). Siguiendo la clasificación propuesta por Escohotado (1995/2015), las sustancias alucinógenas se corresponderían con la categoría de drogas que prometen “algún tipo de *excursión* a zonas no recorridas del ánimo y la conciencia” (p.34), relacionadas con la curiosidad intelectual, el corazón aventurero y la aspiración a la apertura de horizontes propios.

El empleo de la palabra “alucinógeno” para referir a estas sustancias da cuenta de que la comprensión del fenómeno se realiza desde un marco materialista según el cual lo “normal” es el estado de conciencia ordinario de vigilia y todo estado que se aparte del mismo es patologizado, considerado como una “distorsión” de la realidad. Desde la cosmovisión de la filosofía perenne, en cambio, las sustancias “alucinógenas” son denominadas “enteógenos”, término derivado del griego “*entheos*” que significa “dios adentro”¹¹. Desde este marco, los enteógenos serían las sustancias con mayor potencial terapéutico en tanto, en contextos adecuados, serían capaces de “inducir una extraordinaria gama de experiencias *potencialmente* transformadoras de la psiquis humana, incluida la comprensión del sentido psico-espiritual de la muerte y la sanación del sentimiento de separación” (Fernández, 2011, p.92).

1.3. Las drogas en el mundo

El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno en absoluto reciente, por el contrario, ha estado presente desde el comienzo mismo de la humanidad: “salvo comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas por completo de vegetación, no hay un solo grupo humano donde no se haya detectado el uso de varios psicofármacos” (Escohotado, 1989/1998, p.11). De acuerdo con Eira (1997):

¹¹ El término “enteógeno” fue acuñado en el año 1979 en el campo de la investigación científica por Carl Ruck, Danne Staples, Gordon Wasson, Jeremy Bigwood y Jonathan Ott (García, 2019).

el animal humano (...) y las 'plantas de poder' han sido compañeros inseparables a lo largo de la historia que han vivido. (...) las drogas han estado siempre presentes en el acontecer cotidiano. Y es precisamente por ese carácter omnipresente, por las transformaciones que posibilitan (y por los problemas que también se generan a partir de su uso indiscriminado), que se han constituido en un territorio políticamente estratégico y, por lo tanto, ideologizado al máximo en el peor sentido que tal adjetivo pueda convocar (pp.10-11)

Las investigaciones arqueológicas han obtenido pruebas acerca del uso de distintas sustancias psicoactivas que han acompañado al hombre ya desde el Paleolítico (tal es el caso de las evidencias registradas en el yacimiento de la Península Ibérica de La Cueva del Juyo, Cantabria, datado en 11970 a.C.), encontrándose útiles relacionados con la preparación, el consumo o el transporte de drogas, así como también manifestaciones artísticas inspiradas en los estados de trance. Del mismo modo, en varios yacimientos prehistóricos se ha podido documentar la presencia de trazas de bebidas alcohólicas y de vegetales con propiedades psicoactivas, tales como la efedra, la adormidera, la marihuana, algunos miembros de las *Solanaceae*, el cornezuelo de centeno, entre otros. Además, se cuenta con los resultados de ciertas analíticas que han detectado metabolitos de drogas en restos esqueléticos de las poblaciones de aquella época (Guerra, 2006; Massó, 2015). También se han encontrado evidencias del consumo de numerosas variedades de hierbas, hongos y plantas con principios psicoactivo en la Antigüedad, íntimamente ligado a las prácticas, casi insolubles, de la medicina, la magia y la religión (Slapak y Grigoravicius, 2007). Así, por ejemplo, en los poemas épicos de la *Iliada* y la *Odisea* se encuentran numerosas alusiones de Homero al consumo de sustancias psicoactivas, de forma lúdica, asociada a un ritual o como una práctica mágica (Massó, 2015). Junto con diversas técnicas y prácticas, tales como vibraciones acústicas, cantos, danzas, ejercicios respiratorios, ayuno, meditación, experimentación de dolores agudos, etc., las drogas habrían integrado lo que ha sido denominado por Stanislav Grof como "Tecnologías de lo Sagrado", fundamentales en los "ritos de paso" o "ritos de iniciación"¹². Las drogas habrían sido consideradas sagradas y su consumo habría sido utilizado para modificar los estados de conciencia de los sujetos a fin de favorecer cierta "conexión con la divinidad", calmar dolores físicos y psicoespirituales y/o facilitar los vínculos sociales (Fernández, 2011; Suárez, Ramírez, Keuroglan y Umpiérrez, 2016).

Así, por ejemplo, las civilizaciones sumeria, egipcia y grecorromana utilizaron con gran generosidad el opio, droga que hoy es considerada adictiva por excelencia, sin dejar testimonio escrito sobre ningún opiómano. Esta sustancia, que en bajas dosis tenía propiedades curativas y en grandes dosis funcionaba como eutanásico, era prescripto por Hipócrates como medicamento, especialmente para tratar tumores, mientras que era

¹² Estos rituales culturales consistían en ceremonias realizadas para acompañar importantes transiciones biológicas, psicológicas o sociales que significaban el pasaje de una condición de vida a otra distinta; por ejemplo: en el momento de nacimiento, circuncisión, pasaje de la infancia a la juventud, de la vida secular a la vida religiosa, al momento del matrimonio, la menopausia o la muerte (Fernández, 2011).

considerado por Galeno como un antídoto contra venenos y estados melancólicos, quien recomendaba su uso diario para alcanzar una vida saludable. Avicena también apoyó la utilización terapéutica del opio, especialmente para combatir la diarrea. El cornezuelo del centeno fue utilizado por los celtas para sus ritos mágicos y religiosos. El cannabis fue utilizado en Nepal y el Tíbet por los yoguis en sus meditaciones; en África, por los pigmeos, zulúes y hotentotes en sus rituales religiosos y como remedio curativo; y en Grecia y Roma formaba parte del arsenal terapéutico de la medicina clásica. La amanita muscaria fue empleada por diversos pueblos de Asia y Europa Central en sus ritos religiosos, y el cactus del peyote, por los Aztecas, Toltecas y Chichimecas, con fines religiosos. Las hojas de coca fueron utilizadas por las poblaciones indígenas sudamericanas de las costas chilena y peruana, y también por la civilización Inca como parte de rituales religiosos y sociales y con fines diagnósticos (Alposta, 2005; Fernández, 2011; Hinojosa y Marín, 2015; López-Muñoz, González, Serrano, Antequera, y Alamo, 2011). En efecto, el consumo de drogas habría estado integrado socialmente y quienes realizaban esas prácticas habrían gozado de poder y prestigio.

Mientras que las religiones politeístas habrían fomentado el consumo de drogas, las nuevas religiones monoteístas como el cristianismo se opusieron al contacto con dichas sustancias y a las experiencias extáticas aisladas (Arrieta et al., 2017). De acuerdo con Slapak y Grigoravicius (2007), con el cristianismo habría desaparecido el concepto de *phármakon*; “ya no existen sustancias que puedan resultar remedio o veneno según el uso que se haga de ellas, sino que (...) el simple uso de cualquier planta, hongo o arbusto (...) comienza a relacionarse con actividades satánicas y heréticas” (p.241). Así, los enteógenos se habrían convertido en una amenaza para las autoridades del culto oficial, en tanto “cuestionaba[n] el dogma dominante según el cual el único medio verdadero de comunión con la divinidad es la eucaristía consagrada por el sacerdote” (Lynch, 2008, p.146). De este modo, si bien en el origen de la eucaristía cristiana pudo haberse utilizado algunos componentes psicoactivos – tales como la amanita muscaria o el ergot del cornezuelo de centeno –, lo cierto es que luego simplemente se utilizaría “una insípida e inocua hostia cuya única propiedad llegó a ser la de producir un efecto placebo” (Lynch, 2008, p.146). En la tradición judeocristiana, las prácticas vinculadas a cultos místico-embriagantes habrían sido asociadas con la desviación, la brujería, el pecado, el despliegue desmesurado del deseo y del vicio, desencadenándose su prohibición. De acuerdo con Slapak y Grigoravicius (2007), esta tendencia represiva, al condenar todos los usos de las sustancias psicoactivas, incluidos aquellos con fines médico-terapéuticos, habría representado “una gran involución para la medicina como ciencia” (p.241). Por otra parte, de acuerdo con Ott (citado por Lynch, 2008), esta “inquisición farmacrática” (p.146) – que derivaría, según Apud (s/f), en “una

progresiva fetichización negativa de determinados productos de consumo” –, constituiría un antecedente de la actual política prohibicionista.

Con la llegada del renacimiento y el pensamiento científico, sustancias que durante la Edad Media fueron asociadas a distintos cultos paganos y al despliegue desmesurado del deseo y del vicio y satanizadas por la Iglesia, habrían comenzado a concebirse en un sentido más secularizado, desarraigado de la valoración religiosa (Apud, s.f.). A esto habrían contribuido las Cruzadas, en tanto el conocimiento de la farmacopea de la medicina árabe habría permitido el comienzo de la reinstalación del uso de las sustancias psicoactivas en Europa, de la mano del renacimiento de la farmacología y la medicina como ciencia moderna, junto con la química, la botánica y otras disciplinas, separadas de la magia, la brujería y la hechicería (Slapak y Grigoravicius, 2007, p.241). El progreso en la química posibilitó el conocimiento y el aislamiento de los principios psicoactivos de numerosas especies vegetales. Tal como señala Escotado (1989/1998):

Desde el comienzo de los tiempos recordados, el hombre se había servido de los fármacos en estado impuro, usando tales o cuales plantas. Ahora se produce el descubrimiento de fármacos puros, en una sucesión de alcaloides que comienza con la morfina (1806) para seguir con la codeína (1832), la atropina (1833), la cafeína (1841), la cocaína (1860), la heroína (1883), la mescalina (1896) y los barbitúricos (1903), por mencionar tan sólo algunos de los más conocidos (p.310).

A partir de estos descubrimientos, y en el contexto del movimiento político del liberalismo, el consumo de drogas se habría convertido en una mercancía, inscripta dentro de una dinámica de producción, promoción, accesibilidad, compra y venta. De este modo, hacia el año 1900 los laboratorios europeos producían y comercializaban las sustancias psicoactivas conocidas hasta el momento (morfina, heroína, cocaína, éter, cloroformo, entre otras), las cuales eran publicitadas libre e intensamente y se encontraban a la venta en todas las farmacias y droguerías, o se podían comprar al fabricante por correo. Si bien su uso era generalizado y se registraban casos de adicción, “el fenómeno en su conjunto (...) [no era] un asunto jurídico, político o de ética social” (Escotado, 1996/2011, p.97). Así, a fines del siglo XIX, la cocaína se utilizaba como anestésico local en intervenciones oculares, para el tratamiento del dolor odontológico y de las enfermedades nerviosas y los trastornos depresivos. Además, junto con otras sustancias, formaba parte de la composición de numerosos “elixires milagrosos” con propiedades energizantes y vigorizantes.¹³ Por esa época, también el cannabis integraba diferentes preparados comerciales del momento y era ampliamente utilizado en la práctica médica para tratar trastornos gástricos (tal era el caso del Chlorodyne, un preparado del laboratorio Squibb & Co. que también incluía morfina), neuralgias (tal era el caso de las píldoras antineurálgicas de Brown Sequard), reumatismos nerviosos, insomnio, crisis epilépticas, espasmos musculares, hemorragias uterinas,

¹³ Tal fue el caso del “Vino Mariani”, producto exitoso elaborado con extractos de hojas de coca y que llevó a su creador, el químico y farmacéutico corso Angelo Mariani, a recibir una condecoración del Papa León XIII por sus méritos a favor de la Humanidad (López-Muñoz et al., 2011).

dismenorreas, entre otros. Por otra parte, las anfetaminas y sus derivados eran otras de las sustancias utilizadas a comienzos del siglo XX. De este modo, la Benzedrina, un sulfato de anfetamina en mezcla racémica sintetizado en 1931, fue comercializada por los laboratorios Smith Kline & French para uso inhalatorio como descongestionante nasal; utilizándose luego las anfetaminas como agentes anorexígenos y antidepresivos (López-Muñoz et al., 2011).

1.3.1. Prohibicionismo

El paradigma prohibicionista, que se presenta como dominante y consolidado, tiene poco más de cien años de antigüedad. Se trata de un modelo jurídico, político e ideológico que criminaliza cualquier actividad relacionada con las drogas y que comienza a instalarse hacia principios del siglo XX. Si bien Estados Unidos ha jugado un papel decisivo en la configuración del *problema de la droga*, en la expansión de la política represiva y clasificatoria a todo el mundo y su inclusión en la agenda internacional como un tema de preocupación creciente, no fue este país el “inventor” del prohibicionismo. En efecto, existieron experiencias regulatorias en otras naciones en forma paralela e incluso previa a la estadounidense: tal es el caso de Argentina, con la prohibición de la elaboración, importación o expendio del licor de ajeno en 1907; de México, con la consolidación de la prohibición de la marihuana en 1920; y de Inglaterra, con la sanción de la Ley de Drogas Peligrosas en ese mismo año (Grigoravicius, 2006; Mansilla, 2017; Palazzolo, 2017). De este modo, fue conformándose un bloque de estados interesados por la regulación de la producción, la distribución y el uso de drogas e instalándose a nivel mundial un paradigma prohibicionista que se ha empeñado en ocultar los aspectos positivos implicados en el consumo de sustancias psicoactivas.

En la instalación del paradigma prohibicionista resulta clave el conflicto entre China e Inglaterra respecto del opio, ocurrido en el marco de la exportación de opio de forma masiva que Inglaterra había comenzado hacia China en 1773 (con el fin de equilibrar la balanza comercial que mantenía con este país y que se encontraba desfavorable en virtud de las grandes cantidades de té que había importado de China, productor monopolista) (Escohotado, 1989/1998; Gabantxo, 2001). El hecho de que se creara un fenómeno de “drogodependencia de masas” (López-Muñoz et al., 2011, p.22) – en tanto las clases altas chinas se habían aficionado al opio hacia 1790 – y que en pocos años la balanza de pagos se equilibrara, habría provocado una situación social explosiva que desencadenaría el enfrentamiento militar del gobierno chino con Inglaterra en las denominadas “Guerras del Opio” (1839-1842 y 1856-1860). Las guerras terminaron con la firma de los tratados de Nanking (1842) y de Pekín (1860), debiendo China aceptar el libre comercio del opio y convirtiéndose en un inmenso mercado que proporcionaba una importante base económica al imperio británico. Además, la generalización del consumo de opio incrementó

notablemente el cultivo de adormidera y la producción de opio en China, quien producía unas 30.000 toneladas de esta sustancia hacia 1906 (López-Muñoz et al., 2011). Los grandes intereses económicos involucrados habrían perpetuado esta situación, la cual sólo se detuvo con la intervención de Estados Unidos, motivada por sus propios intereses en China, quien convocó a la Conferencia de Shangai de 1909, en la cual se discutiría, por primera vez, sobre la posibilidad de regular el comercio internacional de dicha sustancia (Gabantxo, 2001).

La Guerra de Secesión Americana (1861-1865) también ha sido clave en la consolidación del prohibicionismo, habiendo marcado un hito en la historia milenaria del uso de drogas a partir de su contribución a la configuración de dicho uso como una patología. A partir de los casos de soldados que, luego de haber recibido la administración de morfina frente a heridas de guerra, continuaban demandando tales sustancias, el discurso científico ingresó en el campo del uso de drogas, definiendo un consumo específico considerado anormal, desviado o problemático. Así, bajo la denominación de “dependencia artificial” (Escohotado, 1989/1998, p.314), “enfermedad del soldado” – *army disease* – o “mal militar”, se hacía referencia a “una nueva epidemia (...) que no era otra cosa que un síndrome de dependencia a este agente opiáceo (...) suministrado a los combatientes de forma absolutamente incontrolada” (López-Muñoz et al., 2011, p.23). De esta manera, se marcaría un punto de ruptura con la época anterior, en la que “la categoría de adicto como la conocemos hoy no se manejaba y el problema del síndrome abstinencial no existía como raíz mítica de un problema, siendo tan sólo una incomodidad producida por la suspensión del uso” (Apud, s.f.). Con los términos *adicción*, *drogodependencia* o *toxicomanía* se habría pasado “de la referencia a una sustancia (...) a la descripción de una desviación: el abuso, definitivamente perverso, de un producto tóxico” (Suárez et al., 2016, p.10). La diacetilmorfina, sintetizada en 1874, sería la sustancia que sustituiría a la morfina, siguiendo la necesidad de encontrar una sustancia analgésica semejante que no generara tales problemas de dependencia (se estima que al finalizar la Guerra de Secesión existían unos 45 mil adictos a la morfina). Esta nueva sustancia, bajo el nombre comercial de Heroína, sería ampliamente utilizada en todo el mundo hasta que, en 1913, la compañía fabricante detuviera su producción al advertir su potente capacidad adictiva (López-Muñoz et al., 2011).

En paralelo al progreso de la medicina y la farmacopea científica proliferó el ofrecimiento de productos “dudosos”, sin las debidas garantías. Estos productos, llamados “matasanos” (Lynch, 2008, p.147), junto con la elevada cantidad de adictos al opio y a la morfina en Estados Unidos, provocaron la actuación de movimientos sociales que impulsaron un cambio en la normativa jurídica respecto a las sustancias psicoactivas. Tales presiones se reflejaron, por ejemplo, en la promulgación de la *Pure Food and Drug Act* en el

año 1906 durante el gobierno de Theodore Roosevelt, la cual perseguía la adulteración de los preparados farmacéuticos, en el marco de una creciente condena moral generalizada hacia el consumo de sustancias psicoactivas que promulgaba la abstinencia como obligación moral para el ser humano, a favor de la protección del hombre de sus propios excesos (Grigoravicius, 2006; López-Muñoz et al., 2011; Lynch, 2008). En efecto, hacia comienzos del siglo XX en Estados Unidos, el “vigoroso *revival* del elemento religioso tradicional” (Palazzolo, 2017, p.29), habría tenido un papel determinante en la reglamentación antidroga: ciertos rasgos de la cruzada católica contra la brujería propia del período comprendido entre los siglos XV y XVIII se habrían reestablecido a comienzos del siglo XX, institucionalizándose en diversos partidos políticos que condenaban el uso de sustancias psicoactivas por su peligrosidad. Según Palazzolo (2017), las drogas y los drogadictos, a principios de siglo, habrían cumplido un papel de cierto modo similar al que desempeñaron durante las Cruzadas, adivinadores, sanadores, parteras, chamanes, judíos, musulmanes, alquimistas, disidentes políticos, criminales, brujas, locos y pobres, como chivos expiatorios¹⁴ para los problemas del momento.

La *guerra a las drogas* habría sido “una guerra etnocida” (Henman, citado por Lynch, 2008, p.153) – una guerra contra el extranjero, contra el diferente, contra el desviado –, en tanto la creciente condena moral generalizada hacia el consumo de sustancias psicoactivas habría estado asociada con el rechazo a ciertas poblaciones y sectores sociales que las consumían y que por su heterogeneidad supondrían una amenaza para la “construcción de la gran nación americana” (Palazzolo, 2017, p.33) y el mantenimiento del nivel de producción requerido por el capitalismo. El alcohol fue identificado con “los irlandeses parranderos”; el opio, con “los chinos inmigrantes” que se verían imposibilitados de trabajar eficientemente al estar bajo sus efectos narcóticos; la coca, con “los enloquecidos negros del sur”, agresivos y sexualmente desenfrenados debido a sus efectos estimulantes; la marihuana, con “los mexicanos indolentes” y la morfina, con “los vagabundos de las barriadas” (Lynch, 2008; Palazzolo, 2017). De este modo, “las raíces históricas más profundas de la prohibición del consumo de drogas en la modernidad se encontrarían primeramente en el terreno de la etnofobia” (Mansilla, 2017), sumándose luego argumentos morales, de seguridad, farmacológicos y sanitarios. En el marco del desarrollo del Estado de Bienestar, la autoridad que el poder eclesiástico detentaba en el Antiguo Régimen habría sido transferida al poder médico, fortaleciendo el estamento terapéutico y farmacológico y

¹⁴ La figura del chivo expiatorio es uno de los temas fundamentales en la obra de René Girard, quien, a partir del estudio de diversos mitos, identificó en las comunidades religiosas primitivas la entrada en crisis a partir de la presentación de elementos indiferenciadores motivados por discordias internas o por diversos acontecimientos que inquietaban al mundo arcaico (un terremoto, una peste...). De acuerdo con Girard, en la crisis las jerarquías sociales tendían a eliminarse. El chivo expiatorio era el culpable que se buscaba y al que se responsabilizaba como causante de la crisis, de la pérdida de la comunidad. Esta figura, a la vez, luego pasaba a ser el salvador de la comunidad porque, al sacrificarlo, se superaba la crisis y se restablecía la paz (Burbano, 2010).

colocando a los especialistas en salud como los encargados de “cuidar del prójimo” según las necesidades del Estado moderno. De acuerdo con esta “teología de la medicina” (Szasz, citado por Lynch, 2008, p.156), habrían sido los médicos los que quedaron encargados de corroborar el carácter negativo de tales sustancias:

para mantener el control disciplinado de la población frente a ciertas inclinaciones, el estamento dominante debe proscribir la libre circulación de productos que atentarían sobre la credibilidad de la eficacia terapéutica monopólica que se arrogan las autoridades médicas. Pues si bien no se trata de que los fármacos recetados sean simples placebos -como la hostia católica-, sí se ignora (...) el acceso al conocimiento relativo a que, para ciertas dolencias al menos, existen otras posibilidades alternativas a la oficial, algunas incluso más eficaces -como se está verificando cada vez más con respecto a las múltiples afecciones que alivia la marihuana (...), así como está atestiguada la eficacia terapéutica del L.S.D., de la ayahuasca y de derivados de hongos psicólibe-. Todo lo cual en última instancia no haría otra cosa que socavar la autoridad que ha dictaminado su carácter nocivo -así como, en otro orden de cosas, peligrarían los "beneficios" de las grandes corporaciones fabricantes de fármacos- y en consecuencia, los de los propios médicos” (Lynch, 2008, p.157).

En ese contexto, las instituciones médicas y farmacéuticas intentaron obtener el monopolio de la prescripción de sustancias psicoactivas, condenando la autoadministración y los consumos extra-médicos, augurando la degeneración para aquellos casos de consumo excesivo de alcohol y otras drogas: “el hijo de un borracho podía ser un adicto al opio; su nieto, un epiléptico; y su bisnieto, un idiota congénito. Pero el final era siempre el mismo: la ruina personal y el deterioro racial” (Courtwright, 2012, p.20).

En esa atmósfera de condena generalizada del uso de drogas, la Conferencia de Shangai de 1909 en la que doce países discutieron acerca de la regulación del comercio internacional del opio, si bien no implicaría un cambio inmediato, fue “el puntapié de un movimiento emocional y de sensibilización en la comunidad internacional, que gener[ó] una preocupación creciente por regular cada vez más el tráfico y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas” (Grigoravicius, 2006, p.52). Su principal logro habría sido aunar movimientos a nivel mundial y germinar la Convención Internacional del Opio de la Haya, la cual se firmaría en 1912 por trece países, constituyéndose como el primer acuerdo internacional de control de las drogas, con el fin de regular el comercio de estupefacientes y limitar su uso a fines médicos y/o científicos (Garat, 2013; Jelsma y Armenta, 2015; Mansilla, 2017).

La *Ley Harrison*, sancionada en 1914 por el Congreso de Estados Unidos, regulaba el registro y la tributación de opiáceos y de cocaína, restringiendo su consumo de forma taxativa e imponiendo “controles estrictos sobre la importación, la manufactura y distribución, prohibiendo su venta y dispensación, excepto por médicos y farmacias inscritos en un registro federal norteamericano” (López-Muñoz et al., 2011, p.23). Una semana después de la sanción de dicha ley, llegó al Congreso de EEUU un pliego con seis millones de firmas pidiendo la prohibición de vinos y licores, en tanto su consumo estaba “asociado a la violencia doméstica, delincuencia, corrupción, pobreza persistente, locura, prostitución, enfermedades venéreas, accidentes de trabajo, falta de preparación para la vida militar y

nacimiento de bebés con anomalías” (Palazzolo, 2017, p.34). Este pedido finalmente se cristalizó en la *Ley Volstead* o *Ley Seca*, sancionada en 1919, la cual consideró ilegal la producción, distribución y venta de alcohol dentro del territorio de Estados Unidos. Dicha ley habría sido una victoria del Partido Prohibicionista, el cual formaba parte del *Temperance Movement* o *Movimiento por la Templanza*, movimiento religioso formado en 1826 en Estados Unidos encargado de predicar la abstención de toda aquella sustancia capaz de atentar contra el “dominio propio” y amenazar la moralidad (Mansilla, 2017). Las consecuencias desastrosas de la prohibición del alcohol – criminalización de los usuarios, surgimiento del mercado negro y el narcotráfico, aumento del número de personas encarceladas, aumento de la corrupción, muertes por intoxicación de los consumidores debido a la adulteración del producto – habrían conducido a que la misma debiera ser revocada en 1933 (Slapak y Grigoravicius, 2007, p.242). A partir de ese momento el esfuerzo prohibicionista se desplazaría hacia otras drogas.

En 1925, en Ginebra (Suiza), se llevó a cabo una Conferencia en la que se firmó una revisión de la Convención Internacional del Opio, y en 1931 se cristalizó el espíritu prohibicionista con la firma de la *Convención Internacional para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes*, que estableció formalmente la lucha contra el consumo de drogas, sobre todo del opio, la coca y el cannabis. En ese mismo año, en Bangkok (Tailandia), se realizó un *Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente*, mientras que, en 1936, nuevamente en Ginebra, se llevó adelante el *Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas* (Jelsma y Armenta, 2015). Este Convenio, firmado por cuarenta países, recomendó la creación de servicios especializados de policía e implicó la aparición de penas y castigos para el tráfico ilícito y también para la tenencia de sustancias, con lo cual los consumidores pasaron a ser considerados “delincuentes”, cometiendo un delito con su mera tenencia. La solución de compromiso que las legislaciones generaron ante las protestas por la persecución y penalización de numerosos usuarios – a saber, considerar al usuario no sólo como objeto de represión, sino también como objeto de cuidados terapéuticos – establece la complementariedad entre curar y reprimir que a partir de entonces aparece en las legislaciones sobre sustancias psicoactivas (Palazzolo, 2017; Slapak y Grigoravicius, 2007).

Pese a estas experiencias de tratados y regulaciones, su implementación a nivel mundial fue escasa: las ganancias que significaban para la industria farmacéutica de algunos países tales como Holanda, Gran Bretaña, Francia y Portugal, y el estallido de la Segunda Guerra Mundial durante la cual el uso médico de las drogas que calmaban los dolores de los combatientes estaba plenamente admitido, habrían impedido la cristalización global del impulso prohibicionista (Garat, 2013). Es luego de la Segunda Guerra Mundial donde el paradigma prohibicionista se consolidaría, en tanto Estados Unidos, potencia

económica, política y militar dominante, se encuentra en condiciones de globalizar el régimen antidrogas (Jelsma y Armenta, 2015). Luego de la guerra, las elites políticas y militares norteamericanas habrían apostado al rol crítico de la psiquiatría y las ciencias del comportamiento en la Seguridad Nacional, consolidándose la salud mental como una empresa completamente legitimada, tal como lo demuestra el significativo aumento del número de psiquiatras que pasó de tres mil en 1940 a quince mil en 1956. De este modo, “las disciplinas psi se encargarían de los usuarios de drogas y los traficantes serían objeto de persecución del sistema jurídico-policial-penal” (Palazzolo, 2017, p.37).

En ese momento entra en escena la Organización de las Naciones Unidas, para hacerse cargo del control internacional de drogas, bajo la consideración de la necesidad de unificar las normas relacionadas con la producción, fabricación y distribución de las mismas (Mansilla, 2017). En 1946 tiene lugar en Nueva York el *Protocolo de Lake Success*, el cual modifica los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes concertados anteriormente. En 1948, el *Protocolo de París* somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención Internacional de 1931 modificada por el Protocolo de 1946, y en 1953 tiene lugar el *Protocolo del Opio de Nueva York*, con el objetivo de limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio (Jelsma y Armenta, 2015). Posteriormente, tienen lugar los tres tratados de Naciones Unidas que conforman el actual marco legal internacional respecto a las drogas, cuyo objetivo sería “garantizar la disponibilidad de sustancias psicoactivas para fines médicos y científicos, y prevenir su desvío hacia canales ilegales, incluyendo también disposiciones generales sobre tráfico y consumo de sustancias psicoactivas” (Jelsma y Armenta, 2015, p.1). Se trata de la *Convención Única sobre Estupefacientes* de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972, que hace hincapié en la necesidad de prever tratamiento de rehabilitación para los consumidores de drogas), el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas* de 1971, y la *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas* de 1988.

La *Convención Única de Estupefacientes* de 1961, sancionada en Nueva York y adoptada por un centenar de estados, simplificaría la estructura para la fiscalización de estupefacientes al codificar las normativas existentes hasta el momento en una sola convención. Limitaría todas las acciones relacionadas con la droga, desde su cultivo, producción, oferta, distribución, comercio, hasta el uso y la posesión estrictamente a propósitos médicos o de investigación científica, con lo cual eliminaría cualquier posibilidad de uso recreativo, religioso o social (Massó, 2015; Palazzolo, 2017). La Convención incluye la regulación y prohibición a escala planetaria de ciento ochenta sustancias clasificadas en cuatro listas de acuerdo a su peligrosidad, y contempla medidas administrativas, represivas y de erradicación de cultivos en los países productores (generalmente del Tercer Mundo),

prestando especial atención a los productos naturales de uso tradicional: opio, cocaína y cannabis. El uso médico de las sustancias psicoactivas es el criterio acordado y utilizado para la confección de las listas – a las que luego se irían anexando las nuevas sustancias descubiertas –, de modo que en la *lista I* quedan agrupadas sustancias sin ningún uso médico y sometidas al mayor control legislativo, mientras que en la *lista IV* se incluyen sustancias con numerosos usos médicos y sometidas a un control más leve. Esta clasificación hace que sustancias con muy poca relación en cuanto a su toxicidad, dependencia o tolerancia, como la heroína y el cannabis, por ejemplo, queden agrupadas en una misma lista. Igualmente, sustancias no tan tóxicas pero asociadas con la rebeldía social o individual son incluidas en la lista sometida al mayor control, mientras que sustancias más tóxicas, pero sin vinculación con ciertos sectores sociales integran las listas sometidas a controles más leves (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Por esa época, algunas de las sustancias psicoactivas que hoy son de tráfico ilícito, tales como el MDMA, las anfetaminas, la psilocibina¹⁵ y el LSD¹⁶, fueron utilizadas por médicos con fines terapéuticos. El MDMA habría sido ampliamente utilizado como agente entactógeno, facilitador de la comunicación entre psicoterapeuta y paciente. Respecto a las anfetaminas, la década de 1960 fue el período de auge de su uso médico en múltiples afecciones, tales como epilepsia, esquizofrenia, depresión, sobredosis de barbitúricos, dependencia de estimulantes, obesidad, colon irritable, esclerosis múltiple, traumatismos cerebrales o disfunciones sexuales, existiendo una gran cantidad de preparados farmacéuticos con estas sustancias en Europa y Estados Unidos. Por su parte, la psilocibina ha sido utilizada en investigaciones (sobre sus efectos en la visión, en la atención, percepción, cognición y creatividad) y en psicoterapia (en el tratamiento de pacientes terminales y de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo), entre otros usos (López-Muñoz et al., 2011; Serrano, 2009).

El LSD fue utilizado por neurólogos y psiquiatras de todo el mundo en investigación y como una valiosa herramienta de apoyo a la psicoterapia existiendo “en 1960 (...) más de mil comunicaciones científicas y monografías publicadas sobre la sustancia” (Escohotado, 1995/2015, p.207). Sandoz puso el LSD a disposición de los institutos de investigación y del cuerpo médico en forma de preparado experimental con el nombre de Delysid, en cuyo prospecto se describían las siguientes posibilidades de aplicación: empleo en exámenes experimentales sobre la naturaleza de la psicosis (en tanto los estados psíquicos creados por la LSD en personas sanas se parecían a algunas manifestaciones de ciertas enfermedades mentales), administración a moribundos (en tanto atenuaba el sufrimiento de

¹⁵ Este alcaloide triptamínico producido naturalmente por varias especies de hongos fue aislado por primera vez en los Laboratorios Sandoz en 1958 a partir de una seta mexicana (Hofmann, 1980/2018).

¹⁶ Esta sustancia fue descubierta accidentalmente en 1938 por Hofmann y comercializado por la compañía farmacéutica suiza Sandoz (Escohotado, 1995/2015).

enfermos agonizantes al permitir la separación psíquica de su cuerpo y la preparación del paciente respecto a las experiencias que le aguardarían), auxiliar medicamentoso en psicoanálisis y psicoterapia (favorecía la relajación, suprimía la barrera yo/no yo, aumentaba el insight, mejoraba la relación entre terapeuta y paciente y permitía traer a la conciencia experiencias olvidadas o reprimidas). También fue utilizada en el tratamiento de rehabilitación de adicciones (Escohotado, 1995/2015; Hofmann, 1980/2018; López-Muñoz et al., 2011).

Hofmann (1980/2018) distingue la terapia psicolítica y la terapia psikedélica, dos procedimientos terapéuticos en los que se emplea el LSD, cumpliendo “el papel de un recurso medicamentoso en el marco de un tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico, capaz de dar una mayor eficacia y una menor duración a dicho tratamiento” (p.92). Los procedimientos exigen una adecuada selección de los pacientes (no todas las perturbaciones psíquicas responden de forma positiva al tratamiento con la sustancia) y una correcta preparación de los mismos para la experiencia de LSD (para evitar atemorizaciones frente a lo desconocido). Incluso, se refiere a la conveniencia de la experiencia personal del psiquiatra sobre la embriaguez de la LSD, puesto que “tan solo eso le posibilita comprender verdaderamente estos fenómenos en sus pacientes, interpretarlos con un análisis correcto y aprovecharlos plenamente” (p.94). En la terapia psicolítica, desarrollada en clínicas europeas, se administran dosis medias de LSD durante varios días de tratamiento separados por intervalos, y a partir de una posterior conversación de grupo y una terapia de expresión a través del dibujo y la pintura, se elaboran las experiencias. Por otra parte, la terapia psikedélica, preferida en Estados Unidos, implica la administración de una única dosis muy fuerte de LSD luego de una preparación espiritual intensa del paciente. Se intentaría producir una reacción de shock capaz de desencadenar una experiencia místico-religiosa, que serviría en el tratamiento psicoterapéutico posterior como punto de partida para una reestructuración de la personalidad del paciente.

Luego de más de diez años de investigación científica y aplicación médica, el LSD se habría transformado en una amenaza: pasó “de ductil medicamento a droga sin ninguna utilidad terapéutica” (Escohotado, 1995/2015, p.207). Hacia finales de la década de los cincuenta, dicha sustancia “fue arrastrada a la poderosa ola de toxicomanía que comenzó a extenderse (...) en el mundo occidental y sobre todo en Estados Unidos” (Hofmann, 1980/2018, p.99). Libros acerca de sus efectos fantásticos de la LSD y publicaciones realizadas en diarios y revistas de difusión general sobre experimentos con LSD impulsaron su paso desde la psiquiatría al mundo de las drogas. El hecho de que en 1963 hubieran caducado las últimas patentes de Sandoz para la fabricación de LSD, que las leyes sobre estupefacientes vigentes en ese momento no la incluyeran y que los productos básicos para

su fabricación estuvieran abiertamente disponibles en el mercado de sustancias químicas, propiciaron el incremento de su consumo no medicinal:

Entre 1964 y 1966 la publicidad en torno a LSD alcanzó su punto culminante, tanto en lo que se refiere a descripciones entusiastas de fanáticos de las drogas y hippies sobre la acción mágica de la LSD, como a informes sobre desgracias, colapsos psíquicos, acciones criminales, homicidios y suicidios bajo los efectos de la LSD (Hofmann, 1980/2018, p.109).

Frente a esta situación, y a pesar de que Sandoz nunca comercializó LSD ni psilocibina, sino que las proporcionaba a investigadores cualificados en laboratorios y clínicas de todo el mundo, en 1966 decide congelar toda nueva entrega de ambas sustancias en el convencimiento de que no podía seguir asumiendo la responsabilidad de su distribución y cesión. Posteriormente, a pesar de los intereses de las agencias gubernamentales norteamericana, de países sudamericanos y de España, mantiene su decisión de continuar con la investigación por los efectos terapéuticos tan prometedores que había mostrado la LSD. En tanto los escasos estudios que se realizaron desde entonces no arrojaron resultados concluyentes, el National Institute of Mental Health, que había asumido la distribución de tales sustancias a entidades con la correspondiente licencia, concluyó que la terapia con LSD era inefectiva, interrumpiéndose definitivamente la investigación con LSD en 1976 (Hofmann, 1980/2018).

Las décadas de 1960 y 1970 habrían representado un período decisivo en la configuración del *problema de las drogas*, en tanto el uso de tales sustancias se convirtió en un fenómeno de masas, a manos de la generación de la Guerra del Vietnam y los movimientos contraculturales (movimiento hippie, corrientes antipsiquiátricas) que tuvieron lugar por aquella época (López-Muñoz et al., 2011). La Guerra de Vietnam (1961-1975) habría impulsado el consumo de drogas en proporciones casi epidémicas en algunas unidades del ejército americano y derivó en que, al regresar a su país, muchos ex combatientes adictos incursionaran en la delincuencia. Por otra parte, los movimientos contraculturales incorporaron el uso ritual de drogas (fundamentalmente de LSD, anfetaminas, heroína y cannabis) como prácticas de identidad colectiva, amplificando su visibilidad política mediante la celebración de festivales y espectáculos masivos al aire libre (como por ejemplo el festival de Woodstock celebrado en 1969). Las anfetaminas fueron empleadas por las amas de casa para adelgazar, por los transportistas para aumentar su rendimiento, y por los estudiantes para incrementar el tiempo de estudio en período de exámenes (López-Muñoz et al., 2011; Massó, 2015). Frente a la experimentación con diversas sustancias psicoactivas, fenómeno interpretado como un peligro y una amenaza al orden social, en 1968 se creó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y en 1971 el presidente de EEUU Richard Nixon declaró públicamente la *guerra contra las drogas*. Ese mismo año se firmó en Viena el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas*, el cual incrementó significativamente el número de drogas objeto de fiscalización (incluyendo

anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos en sus listas) y en 1973 se creó la Administración de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas (DEA) (Palazzolo, 2017).

A partir de la experimentación con diversas drogas ocurrida en el contexto socio cultural de la época, el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas* de 1971 incrementó significativamente el número de drogas objeto de fiscalización, agregando a las listas existentes algunas sustancias psicoactivas que no eran adictivas como el LSD y otros alucinógenos y utilizando la denominación “sustancias psicotrópicas” (de “psyque” y “tropos”, es decir, que producen modificación de la mente), incluyendo sustancias con propiedades adictivas y también a las que carecían de ellas. Además, estableció medidas reñidas con los derechos fundamentales: restricción del consumo, pero también compromiso de velar por el juicio y el estado de ánimo de los ciudadanos, alarma social hacia el consumo de sustancias, estigmatización de los consumidores (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Finalmente, la *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas* aprobada en Viena en 1988 fortaleció la propuesta represiva frente al fenómeno de las drogas, enfatizando la necesidad de eliminar las redes de narcotráfico internacionales, justificando la intervención armada estadounidense en el ámbito internacional, en el marco del desarrollo del complejo corporativo militar-industrial-financiero-comunicacional. Del mismo modo, enfatizó la necesidad de tipificar como delito y sancionar penalmente la producción, comercialización, adquisición y tenencia de sustancias ilegales, aún para consumo personal (Slapak y Grigoravicius, 2007; Mansilla, 2017; Palazzolo, 2017). De este modo, un conglomerado de factores imbricados en los discursos morales, religiosos, políticos, económicos, jurídicos, policiales, médicos, ha ayudado a instalar con fuerza la idea de la prohibición, inaugurándose

un sistema planetario de sanciones penales para restringir la producción, el suministro y el uso de (...) sustancias controladas en listas según el riesgo definido por la comunidad internacional con parámetros bastante criticables por carecer de una discusión técnica, por ejemplo, de las obligaciones penales que de ella emanan, del avasallamiento de usos tradicionales y médicos, creando un régimen prohibicionista sustentado en la criminalización (Garat, 2013, p.4).

La *guerra contra las drogas*, proclamada por Nixon en 1971, se orientó hacia la persecución de ciertas sustancias psicoactivas, las cuales primeramente conformaron listas acotadas pero que luego se hicieron interminables. Los países latinoamericanos acataron las recomendaciones de las Convenciones, promulgando leyes nacionales contra las drogas establecidas a partir de variables locales y creando comisiones gubernamentales para ocuparse de ellas durante la década de 1970. Además, en el año 1973 se firmó el *Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos* (ASEP) (López-Muñoz et al., 2011; Palazzolo, 2017).

1.3.2. Gestión de riesgos y daños

El fracaso de las políticas y estrategias tradicionales para hacer frente al consumo de drogas habría dado lugar al surgimiento del paradigma de la gestión de riesgos y daños. Este marco teórico y metodológico alternativo está conformado por un conjunto de políticas, programas e intervenciones orientadas a disminuir los efectos adversos del consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales sobre la salud del individuo o a la sociedad (Bosque-Prous y Brugal, 2016; Dell'Acqua, 2012). El mismo “se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales” (Bosque-Prous y Brugal, 2016, p.100).

Desde la perspectiva de la *gestión de riesgos y daños* se aspira a orientar el consumo, en caso de que persista, “hacia hábitos responsables y autorregulados, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que pueden haber tendido al consumo problemático en el individuo dado” (Silva, 2016, p.115). Se parte del hecho de que la sociedad actual, capitalista y globalizada, se caracteriza por el consumo de objetos, de relaciones y también de sustancias, y acepta que el consumo de drogas es una práctica imposible de erradicar más allá de lo establecido jurídicamente (Suanes, 2012). Considerando la evidencia científica que revela que sólo un 10% de las personas que solicitan atención profesional para su uso problemático de drogas, está dispuesta a llevar a cabo un tratamiento de tipo abstinencial. Desde esta perspectiva se trabaja con las personas consumidoras – tanto con las que están dispuestas a abandonar sus prácticas como con las que no lo están –, con el objetivo de acercarlas a los sistemas asistenciales y al entramado social, intentando que disminuyan sus conductas de riesgo y los daños asociados, para sí y para terceros (Dell'Acqua, 2012; Fernández y Lapetina, 2008; Suanes, 2012).

Las estrategias de reducción de riesgos y daños comienzan en la década de 1980 (en Holanda y Reino Unido, principalmente), en respuesta a los graves problemas sanitarios entre los usuarios de drogas inyectables, poniendo en práctica el reparto de jeringas para evitar contagio de enfermedades infectocontagiosas, hepatitis B/C, tuberculosis y sida. La *gestión de riesgos y daños* pretendería disminuir la morbi-mortalidad, reducir o minimizar el deterioro psicosocial, mejorar la calidad de vida de los usuarios, favorecer la accesibilidad de los usuarios a la red asistencial y recursos comunitarios, incrementar la retención en el tratamiento, y respetar los derechos y el libre albedrío de las personas, reforzando los procesos de toma de decisión que le permitan tomar control de la problemática (Dell'Acqua, 2012).

1.4. Las drogas en el Uruguay

Las políticas de drogas en nuestro país se han caracterizado por su íntima conexión con el impulso internacional de los acuerdos para el control de dichas sustancias, pero también por “la idiosincrasia liberal que toleró su uso recreacional, farmacéutico y médico para que los usuarios aliviaran sus dolores, calmaran su ansiedad o estimularan la atención a lo largo de la historia nacional” (Garat, 2013, p.4). A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la población habría convivido con una profusa utilización cotidiana terapéutica y/o recreativa de los estupefacientes, con una prácticamente inexistente jurisprudencia al respecto. Durante el primer tercio del siglo XX, ni la clase política tenía especial interés ni la policía realizaba grandes intervenciones sobre el tema estupefacientes, puesto que “no estaba preparada para las obligaciones de control” que emergían de la aplicación de los acuerdos internacionales: “su intervención en este tema era residual frente a otras actuaciones tendientes a controlar la prostitución o el juego clandestino” (Silva, 2016, p.187). Desde la aprobación del primer Código Penal Patrio (1889), hasta la sanción del Decreto-ley Nº14294, *Ley de estupefacientes* (1974), encontramos una “casi absoluta no intervención de la justicia penal uruguaya ante el fenómeno de las drogas ilegales” (p.165).

El Código Penal de 1889 no contenía disposiciones que contemplaran las toxicomanías, siendo común el uso de drogas en la farmacopea, la industria alimentaria y la recreación. Para conductas delictivas relativas a las mismas (tales como comercio o expendio mercancías peligrosas para la salud o venta de medicamentos cuya venta no fuera libre) se aplicaban, por extensión, otros artículos de dicho Código, tales como el artículo 268 y el artículo 412 en sus numerales 2º y 4º. El primero establecía una multa de trescientos a cuatrocientos pesos para quien, con fines de lucro, pusiere en el comercio o expendiere sustancias alimenticias o mercancías peligrosas para la salud (pena que aumentaría en caso de que el culpable fuera farmacéutico, droguista o fabricante de productos químicos o comerciante de sustancias alimenticias). El numeral 2º del artículo 412 establecía una multa de cuatro a cuarenta pesos o prisión equivalente para el que preparase o vendiese sin autorización competente medicamentos cuya venta no fuera libre, y el numeral 4º preveía la misma multa para el farmacéutico que despachare medicamentos en virtud de recetas que no estuvieran debidamente autorizadas. Es importante señalar que durante la vigencia de dicho Código existieron solamente dos sentencias penales de condena relativas a estupefacientes, las cuales establecieron penas de multa: una de 1922, por la falta de despachar medicamentos (clorhidrato de morfina) sin receta médica; otra, de 1927, por un delito de expendio culposo de mercancías peligrosas para la salud (veintidós paquetes y cinco tubos conteniendo cocaína) (Silva, 2016).

Un decreto del año 1908 del gobierno de Claudio Williman fue una de las primeras reglamentaciones sobre el uso de drogas: el mismo, que habría sido escasamente respetado, impedía vender por segunda vez sin receta médica derivados del opio y cocaína a clientes de droguerías y farmacias. La *Ley de Farmacias* del año 1913, si bien fue más estricta, tampoco erradicó las costumbres que se pretendía eliminar (Garat, 2013). Del mismo modo, si bien, en 1914, durante el segundo mandato de José Batlle y Ordóñez, Uruguay suscribe la *Convención Internacional del Opio* y la ratifica parlamentariamente mediante la *Ley Nº 5186*, los estupefacientes habrían continuado siendo sustancias de uso común. El consumo se asociaba al lujo de los sectores pudientes y al fracaso de los personajes de la *mala vida*, teniendo en ambos casos una connotación negativa que provenía de la reprobación del vicio y el despilfarro, pero sin generar consecuencias en el ámbito judicial penal. Es decir, simplemente se llevaban a cabo controles administrativos y policiales en relación con el expendio no terapéutico y su uso recreativo, orientados a la vigilancia de las buenas costumbres (Silva, 2016).

Tal como fue referido en la Introducción, a comienzos del siglo XX, en el contexto de la consolidación del estado batllista y de la modernización del país, se inició el proceso de medicalización e higienización de la vida que habría llevado a que diversas situaciones que hasta ese momento no eran abordadas por la medicina, ingresaran en su jurisdicción (Barrán, 1993). De manera funcional a los intereses de la burguesía que comenzaba a afianzarse en el control del país, el saber médico-psiquiátrico emergente – a partir de la formación de médicos uruguayos en universidades europeas, principalmente en la Universidad de París, en donde la psiquiatría francesa clásica (Pinel y Esquirol) y la teoría moreliana de la degeneración eran dominantes (Ortega, Beltrán y Mitjavila, 2018) – importó un conjunto de teorías que trabajaban a favor de la normalización de las conductas en cada una de las dimensiones de la vida cotidiana, convirtiendo en patologías a todas aquellas conductas consideradas anormales que amenazaran con perturbar el orden requerido y atentaran contra el progreso social (Barrán, 1995).

Por aquella época, la reforma social se vinculó con la eugenesia, teoría dominante entre los médicos del Novecientos que se orientaba a combatir la degeneración de la especie amenazada por las enfermedades y los “vicios” populares, tales como el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis y las dolencias mentales (Barrán, 1995). La vigencia de la “utopía eugenista” (Sapriza, 2001) en Uruguay – una sociedad gobernada por principios biológicos capaces de “mejorar” la raza – se localiza en el período de entreguerras 1918-1939, involucrando a miembros de la comunidad científica, de diversas corporaciones profesionales, integrantes de la elite del sistema político y autoridades del Estado.

Las ideas eugenésicas, organizadas en tres ejes - vinculados a la inmigración, a la reproducción biológica y a la lucha contra los “vicios sociales”, en particular, el alcoholismo,

responsable de dos problemas de primera magnitud: el aumento de pacientes en el hospital psiquiátrico por cuadros de “alcoholismo mental” y el aumento de delitos cometidos bajo sus efectos – influenciaron el diseño de las políticas públicas (Ortega et al., 2018). Si bien muchas de tales ideas no lograron concretarse en legislaciones, “sí existió un fuerte impulso a la creación de *Ligas*, siendo estas de carácter nacional y funcionando en el marco de los Consejos creados en la época para atender a los problemas de salud en la órbita gubernamental” (Ortega et al., 2018, p.360). Una de estas importantes Ligas fue la *Liga Nacional contra el Alcoholismo* (LNCA), creada en junio de 1915 bajo la iniciativa del médico y político Joaquín de Salterain, la cual “llevó adelante diversas medidas tendientes a eliminar el consumo de alcohol y a desarrollar un conjunto de mecanismos propagandísticos de corte higienista” (p.361). Así, *El Lazo Blanco*, órgano oficial de propaganda de la LNCA, revela que las actividades de la Liga “se dirigieron al ámbito educativo a través de una fuerte divulgación del mensaje antialcoholismo en escuelas, así como acciones en otros espacios como, por ejemplo, cárceles y hospitales” (p.362).

Es así que comienzan a condenarse moralmente los usos no medicinales de las drogas psicoactivas, de la mano de la clase política médica que, tal como ha sido señalado anteriormente, además de haber incorporado el discurso de la degeneración de la especie y la superioridad racial, también había aceptado el positivismo criminológico italiano, produciéndose continuos embates contra el penalismo liberal que había inspirado el Código Penal de 1889. Dentro de tales embates, resulta de particular interés la *Ley de Vagancia, Mendicidad y Estados Afines* del año 1941, la cual declaraba el estado peligroso y perjudicaba a la población más vulnerable, entre la cual se encontraban “*los ebrios y toxicómanos habituales, que se embriaguen o intoxiquen en lugares públicos, y aun en lugares privados cuando – en ese estado – alteren el orden y constituyan un peligro para los demás*” (Silva, 2016, p.203).

De todas maneras, la persistencia del pensamiento liberal y los principios del Derecho Penal de garantías entre algunos de los juristas y magistrados uruguayos habría moderado la influencia del positivismo criminológico en la legislación penal impidiendo su ingreso avasallante en la legislación. Así, por ejemplo, en su libro *Sobre la Teoría del Estado Peligroso* editado en 1932, Felipe Gil y Justino Jiménez de Aréchaga analizan tal teoría y advierten sobre los riesgos que entrañaba semejante concepción para el Estado de Derecho, representados por la incertidumbre en la que queda la libertad individual, a merced de la arbitrariedad con la que el Estado podía interpretar los datos a la hora de realizar un juicio de peligrosidad (Silva, 2016).

El sesgo medicalizante iniciado durante el batllismo se profundizó durante la Dictadura de Gabriel Terra, dando como resultado una legislación sobre drogas impregnada del discurso higienista y eugenésico que consideraba absolutamente necesario alejar a los

sujetos de las sustancias psicoactivas para impedir la degeneración de la raza (Silva, 2016).

De este modo, el *problema de las drogas*

se traslada del ámbito privado al de la Salud Pública, y se constituye como un problema Jurídico y de Seguridad Nacional. Comienzan una serie de compromisos y leyes a nivel internacional que consolidan poco a poco un circuito ilegal de comercialización de determinadas sustancias, así como un comercio legítimo del consumo de otras, producidas por las distintas industrias farmacológicas, y recetadas por la corporación médica, única con potestad en esta materia (Apud, s.f.).

Durante la dictadura de Terra se aprobó el Decreto-ley N°8947 de 1933, que ratificó la *Convención Internacional para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes* de 1931 y en ese mismo año Uruguay pasó a integrar el Comité Central del Consejo Directivo de la Comisión del Opio de la Sociedad de Naciones. En 1933 se creó la *Comisión de Defensa contra las Toxicomanías y de Contralor del Tráfico de Estupefacientes*¹⁷, y en 1934 el Código Penal introdujo en su artículo 233 una disposición específica denominada “Comercio de la coca, opio o sus derivados” que establecía un castigo de seis meses de prisión a cuatro años de penitenciaría para quien comercializara, tuviera en su poder o fuera depositario de sustancias estupefacientes fuera de las circunstancias previstas reglamentariamente. Del mismo modo, el numeral 6° del artículo 361 establecía una multa de 50 a 300 pesos o prisión equivalente para quien se presentara en lugares públicos en estado de grave alteración psíquica producida por el alcohol o por otras sustancias o provocara en otras personas dichos estados. Además, el artículo 33, referido a las causas de inimputabilidad, contempla la ejecución de ciertos actos delictivos bajo la influencia de cualquier droga estupefaciente. En la Nota Explicativa a este artículo, el Codificador establece:

El sujeto puede cometer un delito bajo la influencia de una dosis de cocaína ingerida por accidente, que anegue su personalidad (...). En ese caso debe ser declarado irresponsable. La cocainización puede ser también habitual, degenerativa, patológica o intoxicante (...). En la primera hipótesis la hospitalización sucede a la aplicación de la pena; en la segunda, la reemplaza. Quedan fuera del radio de acción de la pena y de la medida de seguridad los ingeridores de drogas o de alcohol, habituales o no, de género pacífico, que encuentran el medio de dar pábulo a su pasión sin perturbar el orden social ni constituir un peligro para los demás (Silva, 2016, p.185).

El rasgo liberal de estas disposiciones resultaba coherente con la entonces vigente Constitución de la República de 1918, que en su artículo 150 incluía una cláusula homóloga a la del actual artículo 10, referido a la nula autoridad de los magistrados sobre las acciones

¹⁷ Un artículo del diario *La Mañana* publicado el 18 de junio de 1933 que versa sobre la creación de esta Comisión, se refiere a ella de la siguiente manera: “La referida Comisión que actuará en el carácter de asesora de la entidad de Salud Pública, permitirá centralizar la lucha en sus múltiples y complejos aspectos, ya que, no sólo así se hará el contralor del expendio de estupefacientes y la policía del tráfico ilícito, sino que se llevará a cabo una obra de educación y propaganda muy completa por intermedio de los organismos públicos y privados que les compete realizar esa noble misión. Del esfuerzo solidario de los organismos públicos y privados, en esta obra de bien común, saldrá sin duda una resultancia promisoría que se traducirá en una limitación cada vez más acentuada de la toxicomanía, problema moral y social que preocupa grandemente a la sociedad contemporánea” (*Lucha contra las toxicomanías*, 1933).

Aquí se aprecia cómo, con la elección de las expresiones “noble misión”, “esfuerzo solidario”, “bien común”, se enfatizan los aspectos positivos de los que pertenecen al grupo de los que llevan adelante la “lucha” contra las toxicomanías, sobre las cuales se depositan todos los aspectos negativos de la sociedad contemporánea. Tal como veremos más adelante al presentar los aportes de van Dijk (2004), es así como se van manufacturando las representaciones acerca de las drogas.

de las personas que no atacan el orden público ni perjudican a terceros, de modo que el consumo de estupefacientes quedaría fuera del ámbito del Derecho Penal en tanto no alterara el orden público ni representara un peligro para terceros. En definitiva, ni su tenencia para consumo personal ni su consumo resultaban delictivos; solamente representaban un inconveniente cuando ponían en riesgo la preservación del orden público. De este modo, se evidenciaría la persistencia de la concepción republicana relativa a la libertad e independencia de las personas ante “el embate de las construcciones autoritarias propiciadas por el positivismo criminológico y por la poderosa corporación médica en su momento de auge onmiterapéutico” (Silva, 2016, p.208).

En 1937, también durante la Dictadura de Terra, se aprobó la Ley N°9692¹⁸, de *Importación de estupefacientes*, que estableció el monopolio del Estado de la importación de la coca, del opio bruto y oficial, extractos de opio, morfina, cocaína, hachisch y toda sustancia que tuviera acción estupefaciente, y prohibió su comercio y consumo con fines ajenos a los destinados a usos medicinales. Esta ley previó obligaciones para quienes las manejaran (farmacéuticos, laboratoristas, médicos, veterinarios y odontólogos, que las utilizaban como anestésicos o analgésicos), a los efectos de evitar su utilización excesiva y acotarla a los usos terapéuticos. Además, habilitó a funcionarios policiales y del Ministerio de Salud Pública a realizar inspecciones penetrando en cualquier momento en locales abiertos al público (casas de comercio, cafés, bares, pensiones, hoteles para artistas, casas amuebladas, de huéspedes, de prostitución y otras análogas) a fin de comprobar la existencia de sustancias en condiciones ilegítimas. De acuerdo con Silva (2016), el “difícil equilibrio” entre “la utopía totalitaria medicalizante y el establecimiento de un régimen de garantías de la libertad individual” en que “se desarrolló la aprobación de esta ley” (p.199), estuvo en la base de las contradicciones¹⁹ que contuvo y en las dificultades que encontró para aplicarse. En efecto, respecto a su aplicación por los Tribunales, solamente se encontraron algunos fallos sobre el final de su vigencia, en el año 1974, los cuales, según Silva, habrían tenido relación con el impacto sobre las autoridades uruguayas de la

¹⁸ La discusión parlamentaria de la Ley N°9692, de Importación de estupefacientes del año 1937, abordada por Silva (2016), nos acercaría a las narrativas sobre la droga y el sujeto toxicómano en la época, demostrando que las consideraciones sobre las que se sustentaría el régimen convencional internacional que surgiría a partir de 1961 ya se encontraba en la década de 1930. En este sentido, la conceptualización de la toxicomanía como un “flagelo social moderno que degrada a los hombres” y de los toxicómanos como “desgraciados esclavos” relegados a un “plano inferior al de las bestias”, con “inclinación morbosa”, perversa, proselitista y criminal, así como las referencias a las drogas en términos de “fuentes de deshonor y de aniquilamiento de [la] personalidad”, formaron parte de las argumentaciones que el médico legislador Mauricio F. Langón expresaba en 1937 a favor de la ley. De acuerdo con Silva, las mismas eran representativas del modo en que, en el campo del uso de drogas se articulaban “condena moral, eugenismo, racismo y burdas aseveraciones biologicistas indemostrables empíricamente” (p.192).

¹⁹ Silva (2016) señala las contradicciones que existirían entre los artículos número 13 y número 16: mientras que el primero establecía el examen del toxicómano por un médico forense previo a la disposición de su internamiento por parte del Juez, y la habilitación del Ministerio de Salud Pública de un servicio especial a tales efectos, el segundo obstaculiza dicha habilitación al negar la creación de cargos y el otorgamiento de partidas, estableciendo que la función debía cubrirse con los empleados existentes.

proclama de la *guerra contra las drogas* realizada por EEUU y con la utilización del argumento de la persecución a dichas sustancias por parte de las autoridades para reprimir a jóvenes y disidentes en un contexto histórico mundial de movilización social. De todos modos, el autor señala que, a pesar de esta aplicación judicial, ella habría sido utilizada como herramienta de control policial del orden público.

La legislación uruguaya respecto de las sustancias psicoactivas se mantuvo sin cambios relevantes hasta la dictadura cívico militar (1973-1985), iniciándose la represión propiamente penal de las actividades vinculadas a las drogas ilegales en el año 1974, con la aprobación del Decreto-ley Nº14294 y la ratificación de las Convenciones de Naciones Unidas (Garat, 2013; Silva, 2016).²⁰

²⁰ De acuerdo con Bayce (1997), en nuestro país los peores problemas en materia de drogas se habrían asociado más a los efectos de la prohibición y estigmatización ético-legal y profesional-periodística de tales sustancias que a su consumo, lavado y tránsito. Las consecuencias del paradigma prohibicionista dominante se habrían reflejado en un proceso de estigmatización ética, legislativa, judicial y policial conformado las etapas de demonización, penalización e institucionalización clínica. Tal estigmatización se habría apoyado en un proceso de formación de opinión pública – en el que se habrían sobredimensionado las características y magnitud de los problemas vinculados al ciclo de las drogas ilícitas y magnificado el espacio de prensa destinado a la temática de la droga – a través del cual se "patologizaría" el consumo, sus causas y consecuencias y se consolidaría "la fórmula que propone una engañosa equivalencia: consumidor = inmoral y adicto = delincuente = enfermo = epidémico" (p.92). El autor ha señalado la utilización de datos clínicos de casos extremos – no representativos de la mayor parte de los consumidores de drogas – para caracterizar la normalidad del consumo por sus improbables patologías, como el caso más interesante de manipulación técnica. Bayce (2012) señala que la prensa no muestra "cómo está el mundo", sino "lo más excepcional de lo que ocurrió, (...) lo menos representativo del acaecer concreto", y afirma que "la fuerza icónica de cada emisión, sumada al potencial difusor y magnificador del rumor público terminan generando la impresión (...) de que lo que fue elegido para emitir representa el ocurrir predominante" (p.97). Específicamente respecto a la temática de la droga, señala que la prensa contribuye a su imaginario adverso al mostrar de la realidad lo más comercial y lo más funcional ideológicamente (procedimientos policiales, tragedias personales, familiares y callejeras, noticias acerca de mafias), y al construir convenientemente la edición de los contenidos (magnificándolos cuantitativamente y dramatizándolos cualitativamente, para asegurar un impacto emocional capaz de anestesiar a la razón y la reflexividad que pudieran poner en duda el mensaje).

Capítulo 2: Fundamentos teórico-metodológicos

En el capítulo anterior vimos que tanto las drogas, como los usos y usuarios de las mismas se configuran a partir de la articulación de distintas discursividades. En efecto, el fenómeno del uso de drogas ha sido modelado por distintas formaciones o vertientes discursivas, hegemónicas y dominantes unas, alternativas o subordinadas otras, que presentan puntos de continuidad y de ruptura, de congruencia e incongruencia.

Partiendo de reconocer la existencia de discursos en tensión, de distintas concepciones y abordajes respecto al fenómeno del uso de drogas, el presente capítulo está dedicado a presentar los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan esta investigación, orientada a identificar las representaciones acerca de las *drogas*, los *usos* y *usuarios de drogas* durante el período en cuestión.

En el primer apartado de este capítulo describimos las nociones centrales de los desarrollos teórico-metodológicos de Serge Moscovici (1961/1979) y Denise Jodelet (1986; 2008) sobre *representaciones sociales*; luego, en el segundo apartado, hacemos lo mismo respecto a los desarrollos de Teun van Dijk (2004; 2005; 2006) sobre *discurso e ideología*. En el tercer apartado, introducimos aportes de la teoría de Michel Foucault (1969/1979) y Michel Pêcheux (1975/2016; 1983/1997; 1983/2014) en lo referente a *discurso y formación discursiva*, mientras que, en el cuarto, presentamos aportes de Christian Dunker (2011; 2015), referidos a las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*. Finalmente, incluimos un quinto apartado donde describimos los procedimientos que llevamos adelante para realizar la presente investigación. Dicho apartado comprende la distinción de las etapas metodológicas recorridas, el detalle de las fuentes a partir de las cuales construimos nuestro corpus y la puntualización de las diferentes formaciones discursivas y representaciones identificadas a partir del análisis.

2.1. Representaciones sociales: Serge Moscovici y Denise Jodelet

2.1.1. Consideraciones generales sobre las representaciones sociales

El término *representaciones sociales* fue desarrollado por Serge Moscovici en los años sesenta, en su estudio sobre la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa (Villarroel, 2007). Desde ese entonces, su desarrollo teórico-metodológico ha crecido rápidamente gracias a las contribuciones realizadas por otros autores, entre los que se destaca su alumna y colaboradora Denise Jodelet (Esparza, 2003).

Tal concepto tiene su origen en la idea de representaciones colectivas de la Sociología de Durkheim, para quien la vida social era la condición de todo pensamiento

organizado, siendo el hecho social algo totalmente distinto del fenómeno psicológico (Moscovici, 1961/1979). Moscovici, en cambio, no piensa en términos de determinación social, sino que considera que el ser humano, eminentemente social, está modelado por el universo cognoscitivo y simbólico que le precede. Aquí, el sujeto construye activamente sus representaciones intelectuales: “el sujeto epistémico de Moscovici reproduce, construye y reconstruye el conocimiento del sentido común a partir del repertorio cognoscitivo, simbólico y cultural que la sociedad pone a su disposición” (Villarroel, 2007, p.439). En este sentido, se afirma que la representación, la imaginación mental, de un objeto no es una simple reproducción, sino que implica una reconstrucción autónoma y creativa del mismo (Villarroel, 2007). Tal como explica Palazzolo, siguiendo los planteos de Magariños de Morentín, las representaciones son sociales “en cuanto se corresponden con algún discurso social disponible en una comunidad” (Palazzolo, 2017, p.66). Las posibilidades de decir de los sujetos no son individuales, sino que se configuran dentro de diferentes culturas en las que se estabilizan ciertos sentidos a partir de un “juego” de convergencias y tensiones discursivas: “El sentido no está en el objeto, persona o cosa, ni está en la palabra. Somos nosotros quienes fijamos el sentido de manera tan firme que, después de cierto tiempo, parece ser una cosa natural e inevitable” (Hall, 1997, p.7).

De todas formas, tal como señalan Cebrelli y Arancibia (citados por Palazzolo, 2017), “Si bien -y sobre todo desde las hegemonías- se trata de mostrar las representaciones como configuraciones consolidadas y homogéneas, su proceso constitutivo es complejo, disímil, heterogéneo” (p.67). En este sentido, podemos decir que el sentido fijado es temporal, nunca definitivo.

El concepto de representación social modifica la articulación de las relaciones entre sujeto y sociedad – permitiendo el juego entre lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo objetivo –, acompañando la transformación que tiene lugar en el proceso de construcción de conocimientos comunes en las sociedades contemporáneas. En efecto, mientras que en las sociedades tradicionales la ciencia y la filosofía tomaban los materiales constituyentes de la sabiduría acumulada en la memoria comunitaria o profesional, y los procesaban, reestructuraban y volcaban a la sociedad en forma de filosofías o teorías científicas cuyas nociones eran utilizadas para describir y explicar la experiencia cotidiana, en las sociedades contemporáneas el desarrollo científico propone la mayoría de los conceptos que utilizamos para comprender y actuar en la vida cotidiana (Villarroel, 2007).

Interesado por la forma en que el conocimiento científico es convertido en conocimiento común o espontáneo, Moscovici introduce la noción de representación social, la cual propone que “el sentido común – aquel que nos sirve para nuestros intercambios y acciones cotidianas – se configura, en buena medida, a partir de los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas”

(Villarroel, 2007, p.438). Asimismo, señala que esos sistemas científicos serían “remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales” (p.439).

La representación social ha sido definida por Moscovici (citado por Villarroel, 2007) como “un fenómeno específico relacionado con una manera particular de comprender y comunicar – una manera que al mismo tiempo crea la realidad y el sentido común” (p.436). Se trata de fenómenos complejos producidos en forma colectiva, que ocurren en la intersección entre lo psicológico y lo social. Son modalidades específicas de conocimiento del sentido común, del saber cotidiano, de tipo práctico, que se construyen y circulan en los intercambios de la vida cotidiana, y cuyas funciones primordiales son la comprensión, la explicación y el dominio de los hechos de la vida diaria (Villarroel, 2007). La representación social tiene relación con lo que la gente hace, con la experiencia vivida en contacto con otros: de acuerdo con Jodelet (citada por Esparza, 2003), hay una base de práctica muy importante en tanto el saber de la representación no se construye como saber de sentido común “a partir de nada, en un vacío social”, sino que tiene que ver con cosas que nos afectan y se construye dentro de las prácticas sociales que la gente tiene dentro de su trabajo, de sus relaciones, de sus prácticas religiosas, políticas, discursivas, etc. (p.125). Dicho de otro modo, “la construcción de la representación viene de una interacción entre esta materialidad social y física y la construcción, los productos sociales mentales” (p.131).

Las representaciones sociales cumplen una doble función de adaptación: por un lado, adaptan conceptos e ideas abstractas (tales como los producidos por la ciencia) a la sociedad; por otro, adaptan la sociedad a nuevos conjuntos de categorías e informaciones mediante la formación de conductas y la orientación de las interacciones sociales (Villarroel, 2007). De acuerdo con Jodelet (citada por Esparza, 2003), las representaciones sociales nos dan “una visión, una construcción del objeto” (p.125), y, en ese sentido, nos ubican y orientan nuestras acciones respecto de otros seres humanos, guían nuestras relaciones y comunicaciones. Ellas “circulan en el discurso, son acarreadas por las palabras, transportadas al interior de los mensajes y las imágenes mediáticas, cristalizadas en las conductas y las agencias materiales o espaciales” (p.118). La objetivación y el anclaje son los dos procesos que permiten realizar tales funciones, mostrando la interdependencia entre actividad psicológica y condiciones sociales. Asimismo, la articulación de las representaciones con lo social también se observa en el anidamiento de las mismas en la opinión pública (Villarroel, 2007).

Finalmente, puede subrayarse el valor de las representaciones sociales en virtud de “su recuperación del conocimiento común, de las mentalidades y los comportamientos de la gente sencilla como objeto legítimo para la investigación científica” (Villarroel, 2007, p.435). De acuerdo con Jodelet (citada por Esparza, 2003), su valor radica en la posibilidad de

acceder a las significaciones, los sentidos, los constructos que la gente pone en su universo y a partir de los cuales es posible entender cómo la gente actúa y se desenvuelve: “la representación social entra en [el] grupo de teorías sociales (...) orientadas hacia comprender el significado que la gente pone a su existencia cotidiana para dar sentido a su misma vida” (p.132).

2.1.2. Objetivación y anclaje

La representación social se forma a partir de los procesos de objetivación y anclaje. De acuerdo con Moscovici (citado por Jodelet, 1986), “objetivizar es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (p.481). De este modo, la objetivación sería el proceso mediante el cual se materializa el conocimiento en objetos concretos: “al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales” (Jodelet, 1986, p.481). Se trata de un proceso que implica tres fases: selección y descontextualización de los elementos de la teoría, formación de un núcleo figurativo y naturalización.

La primera fase implica la selección de ciertos elementos de la teoría en función de criterios culturales (el acceso a las informaciones no es igual para todos los grupos) y normativos (se retiene aquello que concuerda con el sistema de valores) que después son libremente organizados. De este modo, ocurre una descontextualización del discurso: “estas informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen, del grupo de expertos que las ha concebido y son apropiadas por el público que, al proyectarlas como hechos de su propio universo, consigue dominarlas” (Jodelet, 1986, p.482). Por su parte, la segunda fase refiere a la formación de “una estructura de imagen [que] reproducirá de manera visible una estructura conceptual” (p.482). Dicho de otro modo, “los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico, coherente, que permite comprenderlos en forma individual y en sus relaciones” (p.482). Esto significa que el discurso se estructura en un esquema concreto, simple, condensado, sintético, formado con imágenes vívidas y claras (Candrea y Paladino, 2005). Finalmente, en la última fase, la representación social pasa de ser una representación conceptual, abstracta, a una expresión directa de la realidad: los elementos del modelo figurativo “se transforman en seres de naturaleza (...). Las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad” (Jodelet, 1986, pp.482-483).

Por otra parte, el *anclaje*, el segundo de los procesos implicados en la formación de representaciones sociales, refiere al “enraizamiento social de la representación y de su objeto” (Jodelet, 1986, p.486). El anclaje implica, por un lado, la inserción de las representaciones en las relaciones de grupo, lo cual supone la atribución de una funcionalidad y un rol regulador en la interacción grupal, y, por otro, “la integración cognitiva

del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente” (p.486). El proceso de anclaje asigna sentido a la representación de acuerdo con la jerarquía de valores y la “red de significados” que circulan en la sociedad en el momento de su inserción, a la vez que instrumentaliza el saber: “la estructura gráfica se convierte en guía de lectura y (...) en teoría de referencia para comprender la realidad” (p.487). De este modo, puede decirse que “los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las” (p.487).

La objetivación y el anclaje, en relación dialéctica, llevan adelante la función cognitiva de integración de la novedad, la función de interpretación de la realidad, del mundo social, y la función de orientación de las conductas y las relaciones sociales (Jodelet, 1986).

2.2. Discurso e ideología: Teun van Dijk

Teun van Dijk (2004), en su *análisis crítico del discurso*, se interesa en el contexto político, social y cultural del discurso, en las formas en que éste está involucrado en la producción y reproducción del poder y en el abuso de poder o dominación en la sociedad²¹. El autor centra su atención en la manera en que los grupos e instituciones dominantes producen y mantienen discursivamente la desigualdad social, influyendo en la mente y las acciones de las personas, y concibe los contextos no como situaciones o realidades sociales “objetivas” sino como constructos subjetivos o las representaciones de tales situaciones.

El *poder* puede ser definido en términos del control que un grupo o institución ejerce sobre otras personas, y puede ser tanto físico como discursivo. El *poder discursivo* sirve para controlar las mentes y acciones de otros, al punto de poder lograr que los propios grupos dominados acepten y legitimen el poder del grupo dominante como algo normal e incluso ayuden en su propia dominación. De todas maneras, no todo poder implica abuso de poder: cuando el poder respeta las normas y principios sociales, políticos y éticos básicos, se trata de una forma legítima de ejercicio del mismo; en cambio, cuando tales principios no se respetan, se habla de *abuso de poder o dominación* (van Dijk, 2004). De este modo, el ejercicio del poder y su reproducción social puede llevarse a cabo por medio de prácticas sociales legítimas (persuasión, educación, instrucción, información), así como también el ejercicio de prácticas sociales ilegítimas, tales como la manipulación (van Dijk, 2006).

La *manipulación* es un fenómeno social (involucra la interacción entre grupos y actores sociales), cognitivo (involucra las mentes de las personas) y discursivo (incluye

²¹ La concepción de *poder* de van Dijk difiere de la concepción de poder de Foucault. Se trata de dos tesis diferentes sobre el poder que no pretendemos asimilar ni confundir sino presentar en su especificidad, en tanto cada una ilumina distintos aspectos del funcionamiento del poder. La primera hace énfasis en la relación entre el poder y la dominación ideológica, en un marco funcionalista, mientras que la segunda hace énfasis en el micropoder, en la capilaridad del poder.

elementos verbales y no verbales); es una forma de influencia ilegítima por medio del discurso que produce o reproduce la desigualdad social al favorecer los intereses de la elite dominante y perjudicar los de los grupos dominados. La manipulación implica el control de “los procesos de comprensión estratégica que afectan el procesamiento en la [memoria de corto plazo], la formación de modelos mentales preferidos en la memoria episódica y (...) la formación o cambios de las representaciones sociales” (van Dijk, 2006, p.63). En este último caso, la manipulación se dirige a la formación o modificación de las creencias generales socialmente compartidas, permanentes y estables, tales como los conocimientos, las normas, los valores y las ideologías acerca de temas sociales importantes, afectando opiniones globales mundiales y llegando así a influir en numerosos grupos de personas respecto a diversidad de situaciones (van Dijk, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, y considerando que “una vez que la actitud de la gente está influenciada (...) pocos son los intentos manipulativos necesarios para que se actúe en consecuencia” (van Dijk, 2004, p.60), podría decirse que el control de las representaciones sociales es el objetivo general de los discursos manipulativos, en tanto éstas “controlan lo que la gente hace y dice en muchas situaciones y por un tiempo relativamente largo” (van Dijk, 2006, p.60). La *dominación discursiva* es eficiente si se logra que las personas formen las representaciones sociales preferidas por las elites de poder, puesto que será a partir de éstas que se formarán los modelos mentales específicos en cada ocasión relevante (van Dijk, 2004). En este sentido, la *manipulación ideológica* sería la forma más eficiente de abuso de poder discursivo: a través de ella “las personas no sólo forman los modelos mentales deseados de los eventos específicos sino también las representaciones sociales deseadas de todas las clases de eventos, personas y situaciones” (van Dijk, 2004, p.18). De este modo, para inocular cierta ideología, “las élites simbólicas necesitan involucrarse en la manipulación ideológica masiva, (...) en discursos y campañas políticas repetidos, historias en los medios, lecciones en los libros de texto, etc.” (p.18).

De acuerdo con Van Dijk (2005), las *ideologías* son sistemas de creencias socialmente compartidos por los miembros de una colectividad de actores sociales: “consisten en representaciones sociales que definen la identidad social de un grupo, es decir, sus creencias compartidas acerca de sus condiciones fundamentales y sus modos de existencia y reproducción” (p.10). Tales creencias socialmente compartidas son fundamentales o axiomáticas, lo cual significa que organizan otras creencias socialmente compartidas, de modo que “una ideología racista puede controlar las actitudes sobre la inmigración, una ideología feminista puede controlar las actitudes sobre aborto (...), y una ideología social puede favorecer un papel más importante del Estado en los asuntos públicos” (p.10). Las ideologías son relativamente estables, es decir que se adquieren, cambian y se desintegran gradualmente, siendo normalmente necesarias muchas

experiencias y discursos para que ello suceda: “uno no se vuelve pacifista, feminista, racista o socialista de la noche a la mañana, ni hace un cambio de perspectiva ideológica básica de uno día para otro” (p.10). Además, las ideologías cumplen importantes funciones cognoscitivas y sociales: organizan y fundamentan las representaciones sociales compartidas por los miembros de los grupos, proporcionan coherencia a las creencias de un grupo y facilitan su adquisición y uso en situaciones cotidianas, especifican los valores culturales (tales como libertad, igualdad, la justicia, entre otros) que son importantes para el grupo, constituyen la base de los discursos y otras prácticas sociales, permiten a los miembros del grupo organizar sus acciones e interacciones de acuerdo a las metas e intereses del grupo en su conjunto, funcionan como parte de la interfaz sociocognitiva entre las estructuras sociales de los grupos y sus discursos y otras prácticas sociales. Así, ellas pueden funcionar para legitimar la dominación y la desigualdad, en tanto ocultan o confunden la verdad, la realidad o los intereses de las formaciones sociales, pero también pueden servir para articular la resistencia en las relaciones de poder (Van Dijk, 2005).

Mediante la *manipulación* se ocultan o niegan los intereses y beneficios de los grupos dominantes, del mismo modo que se oculta y limita la información a fin de asegurarse que los dominados no accedan a un conocimiento relevante y crítico sino simplemente a uno mal dirigido, parcial y prejuiciado (van Dijk, 2006). Dentro de los prototipos manipulativos o estrategias específicas preferentes en la manipulación encontramos la manufacturación de “representaciones mentales (opiniones, actitudes, ideologías) que hacen un retrato de Nosotros como buenos y de Ellos u otros como malos” (van Dijk, 2004, p.21). La misma implica la realización de una auto-presentación positiva y una presentación negativa de los otros, llevando a cabo una polarización ideológica que defiende, destaca y enfatiza los tópicos positivos de los que pertenecen al propio grupo y las contrasta con acusaciones y señalamientos de tópicos negativos atribuidos a los que no pertenecen al mismo.

Para esto se recurre a la estrategia retórica general de enfatizar o restar énfasis a ciertas propiedades positivas y/o negativas a través de figuras tales como hipérbolos, eufemismos, metonimias y metáforas, y mediante expresiones sonoras y visuales. También es importante controlar los temas o significados globales del discurso, los cuales tienden a dominar los modelos mentales y las representaciones sociales, así como también los significados locales, es decir, las proposiciones y sus relaciones entre ellos. Del mismo modo, se emplean oraciones activas y/o pasivas para enfatizar o desenfatar la agentivización y la responsabilidad, culpabilizando de los hechos y situaciones negativas a los otros (van Dijk, 2006). Así, las elites simbólicas expresan proposiciones en las que ellas aparecen como agentes de acciones positivas o como víctimas de amenazas y agresiones, y en las que los otros aparecen como agentes de acciones negativas o como agentes amenazantes. También pueden utilizar oraciones pasivas en lugar de oraciones activas para

esconder, minimizar o hacer menos obvias sus agencias, así como falacias para inducir a la gente para que crea o haga algo. En tanto las palabras son “un medio obvio, y aún poderoso, para manejar las opiniones de los receptores tal como se representan en sus modelos mentales de los eventos” (van Dijk, 2004, p.25), se puede elegir utilizar palabras específicas o inespecíficas, generales, vagas, ambiguas, con significado explícito o implícito para disminuir la responsabilidad de las malas acciones propias o atribuirla a otros o a fuerzas superiores. El manipulador se enfoca en las creencias, argumentos y pruebas irrefutables que quiere que los receptores acepten, desacreditando sus creencias alternativas y apelando a sus ideologías y emociones relevantes (van Dijk, 2006).

Para que el evento comunicativo se configure como manipulativo, deben darse algunas condiciones. Por un lado, el hablante debe ocupar una posición dominante y utilizar estructuras discursivas que apunten a destacar su posición, poder, autoridad, superioridad moral o credibilidad, así como a desacreditar a los receptores. Para esto, el manipulador se enfoca en las creencias, argumentos y pruebas irrefutables que quiere que los receptores acepten, desacreditando sus creencias alternativas y apelando a sus ideologías y emociones relevantes. Por otro lado, por parte de los receptores del abuso de poder debe haber una carencia de recursos fundamentales para detectar, evitar o resistir la manipulación y construir modelos mentales alternativos, y por esto pueden ser definidos como víctimas. Tal carencia puede implicar la ausencia o insuficiencia de información y conocimiento que permita contra-argumentar aseveraciones falsas, incompletas o prejuiciadas, así como la vulnerabilidad de las personas en virtud de la experimentación de emociones fuertes, traumas, etc. o su tendencia a aceptar y creer, a raíz de sus propias posiciones sociales, profesiones, estatus, etc., los discursos de ciertas personas u organizaciones de élite. Si bien dentro del grupo de receptores habrá algunas personas escépticas, cínicas, incrédulas o disidentes que serán impermeables a la manipulación, alcanza con que un grupo lo suficientemente grande tenga las características sociales y cognitivas ideales del blanco de la manipulación (vulnerabilidad, poca o nula resistencia, credulidad) para que ésta sea efectiva (van Dijk, 2006).

2.3. Discurso y formación discursiva: Michel Foucault y Michel Pêcheux

De acuerdo con Foucault (1969/1979) el discurso es “un conjunto de enunciados que dependen de un mismo sistema de formación” (p.181). Esto significa que el sujeto no tiene la posibilidad de crear, fundar u otorgar sentido al discurso, sino que éste se constituye en el interior de un sistema, a partir de un complejo de relaciones que funcionan como reglas temporales, como principios por los cuales los enunciados se constituyen, transforman, repiten y dispersan en un determinado tiempo y espacio. Dicho de otro modo, el discurso se

constituye en el entrecruzamiento, la fractura, el límite entre formaciones discursivas, las cuales establecen lo que se puede decir y lo que no se puede decir en determinada sociedad, así como quiénes pueden decirlo y quiénes no pueden (Miramón, 2013). Foucault (citado por Nosetto, 2017), ha concebido al discurso de la siguiente manera:

un campo estratégico, donde los elementos, las tácticas, las armas no cesan de pasar de un campo al otro, de intercambiarse entre los adversarios y de volverse contra aquéllos mismos que los utilizan. (...) el discurso es un arma de poder, de control, de sujeción, de calificación y de descalificación.

De este modo, los discursos serían superficies heterogéneas, habitadas por el juego de luchas y enfrentamientos, que coexisten superpuestas, solapadas, contaminadas, lo cual significa que en las prácticas discursivas se da un juego entre la vehiculización de relaciones de poder y la habilitación de prácticas de resistencia, juego en el que el sujeto se construye (Nosetto, 2017).

El análisis del discurso foucaultiano conduce a sustituir la significación por la condición de posibilidad y, en este sentido, implica la reflexión de la propia historia, su temporalidad y los cambios ocurridos, en vez de interesarse por los hechos concretos que sucedieron en una época específica. En este sentido, Foucault (1969/1979) no propone meramente un estudio descriptivo de eventos sucedidos en el pasado, sino que se orienta a descubrir el punto de “posibilidad histórica” (p.271), las condiciones que hicieron posible ciertos acontecimientos, discursos y prácticas, renunciando a la idea de origen y adoptando la de constitución. En efecto, “se trata siempre de remontarse a algo así como el momento en el cual los saberes, los discursos, los ámbitos de objeto se han constituido” (Agamben, 2009, p.117).

El análisis del discurso considera la opacidad de los discursos, concibiéndolos “como síntomas, no como espejos que necesariamente reflejan de manera transparente la realidad social, ni los pensamientos o intenciones de las personas” (Santander, 2011, p.210). En este sentido, considera que las expresiones del contenido manifiesto están ideológicamente condicionadas (independientemente de que el hablante sea o no consciente de ello y/o que tuviera la intención de diseminar tal ideología), y asume que, al igual que en el síntoma, el contenido manifiesto del texto puede ser un dato parcial, engañoso (Santander, 2011). De este modo, en tanto los discursos “operan independientemente de las intenciones de quien habla o escribe” (Banister, Burman, Parker, Taylor y Tindall, 2004, p.121), el análisis del discurso no pone el foco en la intencionalidad de los sujetos sino en la acción discursiva: “atribuir a sus dichos intención, implica creer en un sujeto muy racional, siempre atento y consciente de lo que dice o deja de decir, y sabemos que eso no siempre es así” (Santander, 2011, p.212).

El analista del discurso, como un arqueólogo, debe seguir “huellas”, “pistas”, “hebras” o “síntomas” (Santander, 2011, p.210), pero no para llegar al origen de los enunciados o interpretar el documento, sino, más bien, para trabajarlo desde su interior a fin de encontrar

su regularidad. El análisis del discurso trata de “encontrar las reglas (...) [que] en una determinada época, en una formación discursiva particular, (...) definen la identidad y el sentido de un enunciado” (Dreyfus y Rabinow, 2017, p.117). En este sentido, mientras que el discurso sería el conjunto de cosas efectivamente dichas, las formaciones discursivas se localizan antes que él y serían las reglas a partir de las cuales se dicen las cosas.

Pêcheux (1975/2016) toma de Foucault la noción de *formación discursiva* y la define como “aquello que, en una formación ideológica dada, es decir, a partir de una posición dada en una coyuntura dada determinada por la lucha de clases, determina ‘lo que puede y debe ser dicho’” (p.142). Dicho de otro modo, “las formaciones discursivas (...) representan ‘en el lenguaje’ las formaciones ideológicas que les corresponden” (p.143). En este sentido, “una *formación discursiva* no sería tanto un conjunto de enunciados, sino más bien una ‘máquina’ normativa virtual, un sistema de ‘reglas’ no explícitas a partir del cual los enunciados y el discurso se forman” (Grau, 2018, p.25). De este modo, las palabras, expresiones y proposiciones no tendrían un sentido “en sí mismo”, ligado a su literalidad, sino que el mismo “se constituye en cada formación discursiva, en las relaciones que [las mismas] mantienen con otras palabras, expresiones o proposiciones de la misma formación discursiva” (Pêcheux, 1975/2016, p.143). Es así que podemos señalar que no habría univocidad del sentido: las “mismas” palabras pueden tener distintos sentidos en formaciones discursivas diferentes, a la vez que palabras “literalmente diferentes” pueden “tener el mismo sentido” en una determinada formación discursiva (p.143).

Las formaciones discursivas no son espacios cerrados u homogéneos, sino que están habitados, invadidos o parasitados por “elementos que vienen de otro lugar”, es decir, “de otras formaciones discursivas” (Pêcheux, 1983/1997, p.314). En este orden de cosas, Pêcheux (1983/1997) introduce la noción de *interdiscurso* que designa “‘el exterior específico’ de una formación discursiva en cuanto éste irrumpe en esta formación discursiva para constituir la evidencia discursiva” (p.314). El *interdiscurso* sería el “más allá” de una formación discursiva, el espacio “en el que habitan y se ‘confrontan’ otras formaciones discursivas” (Grau, 2018, p.27). De esta forma, las secuencias situadas en las fronteras de una formación discursiva son afectadas por una “especie de vacilación discursiva” (efectos de ambigüedad ideológica, de división, etc.), que “vuelven imposible determinar por cuál formación discursiva son engendradas” (Pêcheux, 1983/1997, p.314).

De acuerdo con Maingueneau (citada en González y Martell, 2013), “el interés que gobierna al análisis del discurso es el de aprehender el discurso como *intrincación de un texto y de un lugar social*” (p.166). El lugar social sería la respuesta a la pregunta “¿quién habla y desde dónde?” (pp.166-167), la cual no se refiere a “qué sujeto con nombre y apellido [habla], sino qué discurso y qué reglas de exclusión se encuentran en su funcionamiento” (p.168). De acuerdo con la autora, esto implica atender la imbricación entre

lo verbal y lo institucional: “pensar los lugares independientemente de los discursos que autorizan, o pensar los discursos independientemente de los lugares de donde se inscriben, sería quedar afuera de las exigencias que fundan el análisis del discurso” (p.166). De acuerdo con Grau (2018), al análisis del discurso no le interesa tanto *quién habla* sino *desde qué lugar* lo hace, lo cual implica la aproximación a la manera en que los discursos fueron constituidos. Se trata de una *reconstrucción* que se realiza *desde el presente*, a partir de una operación de lectura que es atravesada por la dimensión del *deseo* y que produce la enunciación que estaría en juego. La misma implica considerar el contexto de producción de los textos, desde dónde se habla, a quién se dirige el texto, en qué ámbito se encuentra, en respuesta a quién se realiza, etc.

De acuerdo con Foucault (1969/1979), en el análisis del discurso

se trata de captar el enunciado en la estrechez y la singularidad de su acontecer, de determinar las condiciones de su existencia, de fijar sus límites de la manera más exacta, de establecer sus correlaciones con los otros enunciados que puedan tener vínculos con él, de mostrar qué otras formas de enunciación excluye. No se busca en modo alguno, por bajo de lo manifiesto, la garrulería casi silenciosa de otro discurso; se debe mostrar por qué no podía ser otro de lo que era, en qué excluye a cualquier otro, cómo ocupa, en medio de los demás y en relación con ellos, un lugar que ningún otro podría ocupar. (p.45).

De esta manera, el análisis del discurso constituye una práctica *materialista* de lectura en la que el énfasis se coloca en lo que *se ha dicho efectivamente* y no en lo que *se habría querido decir en lo que se dijo*. Es decir, no se busca develar sentidos latentes u ocultos sino responder ¿por qué se ha dicho eso en lugar de otra cosa?, o, en palabras de Foucault: ¿cómo es que ha aparecido tal enunciado y ningún otro en su lugar?” (p.44). El estudio discursivo, cuyo objeto podría ser definido como una materialidad lingüístico-textual sometida a la contingencia histórica, hace énfasis en la opacidad del lenguaje y en la historicidad del sujeto (Milán, 2014).

Es importante destacar que no existe *la* técnica para hacer el análisis del corpus, esto significa que no existen indicaciones exactas para llevar adelante el análisis, puesto que el mismo está orientado en gran medida por cada hipótesis u objetivo general de la investigación. En definitiva, la técnica será establecida, a partir de una serie de propuestas y modelos de análisis, en función de lo que se está buscando (Santander, 2011).

2.4. Síntoma, sufrimiento y malestar: Christian Dunker

2.4.1. La dimensión del síntoma: enfermedad e intento de curación

A diferencia de la medicina que busca eliminar el síntoma asociándolo a determinada enfermedad, el psicoanálisis le otorga valor y busca trabajar con él. Para el psicoanálisis, el síntoma “constituye la enfermedad y al mismo tiempo, es el intento de curación que el propio sujeto del inconsciente lleva adelante” (González, 2013). Desde esta perspectiva, no es visto como un desecho sino como “una formación que obedece a ciertas reglas” y que, en tanto

“presencia perturbadora”, “denuncia lo que no anda en el sujeto”, constituyéndose como un “mensaje cifrado”, “portador de un saber” (González, 2013). Se trata de una dimensión que implica gran densidad, gran potencia: el síntoma involucra la noción freudiana de *repetición* y la noción lacaniana de *goce*: “el término goce expresa (...) la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma (...), el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción” (Evans, 2007, p.103).

Dunker (2015) señala que la noción de síntoma ha perdido su “potencia clínica y crítica”, y retorna a las categorías psicoanalíticas destacando que “sufrimiento no es síntoma, y síntoma no es mal-estar” (p.188). Asimismo, refiere a la “violencia sólida de los diagnósticos concentracionarios” – a los que define como las formas de diagnóstico que “olvida[n] su propia condición hermenéutica, (...) su propia historia, que se limita[n] a seguir normas de una reducción administrativa de la experiencia del malestar al sufrimiento y del sufrimiento al síntoma” (p.189) – evidenciando la importancia de tener presente la complejidad e implicancias del acto diagnóstico. El autor define el diagnóstico como la “capacidad de discernimiento acerca del valor y la significación que un conjunto de signos tiene cuando éstos aparecen (...) en la particularidad de un caso” (p.407) y señala que el acto de nominación de una condición de enfermedad no es simplemente un hecho clínico, sino que tiene múltiples consecuencias en todos los planos de la vida del sujeto. En efecto, el diagnóstico se puede volver un hecho económico, jurídico, epidemiológico, psicológico, o un problema moral o educacional (Dunker, 2015).

En este punto, los planteos de Dunker conectan con los de Hacking (citado por Martínez, 2005), quien ha sostenido que las clases humanas no son indiferentes respecto de cómo son clasificadas, sino que responden a ello. Hacking refiere que las clasificaciones cambian a los sujetos clasificados, éstos cambian la clasificación y luego cambian nuevamente, produciéndose permanentemente un efecto “bucle” en el que intervienen dos vectores: uno desde arriba – el vector de etiquetar – según el cual la comunidad de expertos crea una “realidad” que algunas personas adoptan; y uno desde abajo – el vector de la experiencia autónoma –, por medio del cual las personas etiquetadas crean una realidad que los expertos deben encarar. En este sentido, podría afirmarse que las personas serían “construidas” de acuerdo a los valores de los que están cargados las clases humanas.

2.4.2. La dimensión del sufrimiento: las narrativas de sufrimiento

Dunker (2015) plantea que el concepto psicoanalítico de sufrimiento implicaría la puesta en marcha de “actos de reconocimiento”, los cuales determinarían una “ontología de la experiencia del sufrimiento”, estableciéndose, a partir de ellos, “una línea de corte entre el sufrimiento que debe ser soportado como necesario y el sufrimiento que es contingente y puede ser modificado” (p.219). De acuerdo con el autor, “el sufrimiento se transforma en

función directa de la gramática que lo reconoce”, definiéndose políticamente en cada época “cuánto y cual sufrimiento puede ser soportado y cuál debe ser incluido en la esfera de lo patológico”. Por otra parte, el concepto psicoanalítico de sufrimiento implicaría la estructuración del mismo como una narrativa, como un “tejido lingüístico” que da acceso a la subjetividad del sufriente a partir de la escucha activa, adoptando una “estructura de ficción” (p.219).

Según el autor, las “narrativas sociales de sufrimiento” constituirían el plano intermediario entre “el mal estar genérico, derivado de las transformaciones sociales inspiradas por el capitalismo tardío, y los síntomas específicos como la drogadicción, la depresión, el pánico y la anorexia” (2015, p.98). Se trata de aquellos relatos de los sujetos que permiten articular la noción de malestar y la noción de síntoma: “Sin ellas, las conexiones y las correlaciones entre síntomas aparecerán de modo aislado, como contingencias individuales que son apenas casos particulares de un malestar que ya tiene nombre” (p.98).

Dunker (2011) toma las concepciones etiológicas de las enfermedades compiladas por Ellemberger (1970) en las diversas culturas a lo largo de la historia y categoriza las *narrativas de sufrimiento* en cuatro grandes grupos, de acuerdo a aquello que se supone como causa del sufrimiento: “desregulación del espíritu”, “pérdida del alma”, “ruptura del pacto” y “aparición de un objeto intrusivo” (p.62). Estas categorías permitirán localizar las diferentes causas de los sufrimientos padecidos por los sujetos toxicómanos y vincularlas con los diferentes abordajes terapéuticos y psicoterapéuticos ofrecidos.

2.4.3 La dimensión del malestar: la toxicomanía como solución

De acuerdo con Dunker (2015), “toda la fuerza y la originalidad de la noción de mal-estar reside en el hecho de que engloba tanto el sufrimiento como el síntoma, pero no se reduce a ninguno de los dos” (p.196).

El autor no concibe el malestar meramente como la negación del bienestar, sino que lo piensa en términos de “ausencia de lugar” (p.192). En este sentido, no sería simplemente “una sensación desagradable” sino “el sentimiento existencial de pérdida de lugar, la experiencia real de estar fuera de lugar” (p.196). El malestar sería ilustrado como “la imposibilidad de ‘un claro’ en el caminar por el bosque de la vida” (p.192), dejando ver que el mismo no sería “un destino circunstancial” (p.196), sino que – tal como señalaba Freud – sería inherente a toda cultura. En definitiva, se trataría de un “padecimiento (...) cuya naturaleza es indisociable de la relación con el otro y de la condición de estar en el mundo” (Dunker, 2011, p.39).

De acuerdo con Freud (1930/1992), el malestar es inherente al hombre en tanto su propia constitución hace que tenga limitadas sus posibilidades de dicha: además de

enfrentarse al sufrimiento que proviene desde el propio cuerpo destinado a la disolución y al sufrimiento generado por las fuerzas destructoras pertenecientes al mundo exterior, el hombre se enfrenta a una fuente de padecimiento más dolorosa que cualquier otra: los vínculos con otros seres humanos. En este sentido, la renuncia a una parte de la satisfacción de sus pulsiones sexuales y agresivas a la que ha tenido que acceder para hacer posible la convivencia, ha provocado que el hombre difícilmente se sienta dichoso dentro de la cultura y ha introducido en él “la dimensión de una falta”. Esa primera renuncia sería la que impediría la complementariedad entre el hombre y su objeto de satisfacción, y la que marcaría que cualquier objeto le resulte insatisfactorio, perecedero, intercambiable (Cervilla, 2000).

Freud (1930/1992) señala que frente al malestar no hay soluciones definitivas, absolutas ni libre de complicaciones, de modo que “cada quien [tendría] que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza” (p.83). Dunker (2015), hace referencia a tales “ensayos”, recuperando las tácticas de defensa que Freud nos ha presentado para hacer frente al *malestar* de la modernidad: la “evitación de las situaciones de displacer por medio de la construcción de una vida tranquila y protegida”, la “conquista de la naturaleza”, la “sublimación”, el “consuelo proporcionado por las ilusiones”, la “introversión de la libido a sí mismo”, la “experiencia del amor”, la “estetización de la existencia”, el “refugio en la neurosis” y, por último, la “intoxicación anestésica o excitativa capaz de crear una barrera ‘corporal’ contra el displacer y facilitar la satisfacción por medio de un refugio en un mundo propio” (pp.199-200).

2.5. Procedimientos

La presente investigación, de enfoque cualitativo, adopta un *diseño flexible* (Mendizábal, 2006) que permitió definir algunos elementos del estudio de forma preliminar, a la vez que hizo posible introducir modificaciones respecto al diseño original a medida que fueron surgiendo situaciones nuevas vinculadas con el tema de estudio durante el transcurso de la investigación. La adopción de tal diseño fue motivada por el deseo de crear conceptos, hipótesis, modelos y/o teoría desde los datos empíricos, para lo cual fue necesaria una actitud investigadora abierta, expectante, creativa y exploratoria. En palabras de Blumer (citado por Mendizábal, 2006):

La exploración es un procedimiento flexible mediante el cual el especialista se traslada de una a otra línea de investigación, adopta nuevos puntos de observación a medida que su estudio progresa, se desplaza en nuevas direcciones hasta entonces impensadas y modifica su criterio sobre lo que son datos pertinentes, conforme va quedando más información y una mayor comprensión (p.68).

Esta exploración propia del diseño flexible dio lugar a un proceso de investigación desarrollado en forma circular, en el que la recolección de datos, el análisis, la interpretación

y la teoría se dieron conjuntamente. En definitiva, a través del “ida y vuelta entre los datos y la teorización” se generó interactivamente “conocimiento fundado en los datos” (Mendizábal, 2006, p.68).

2.5.1. Etapas metodológicas

En tanto el proceso de investigación se desarrolló de forma circular, la delimitación de las etapas esbozadas a continuación son resultado de un ejercicio de separación realizado con el objetivo de proporcionar un orden para la lectura.

La primera etapa metodológica incluyó el relevamiento de la bibliografía que permitiera acceder al estado del arte del tema en cuestión, así como al marco teórico necesario para abordarlo. De este modo, fue posible construir un relato empíricamente fundamentado que diera cuenta de la situación de las sustancias psicoactivas en Uruguay a lo largo del siglo XX, a los efectos de ubicar cronológicamente sus diferentes momentos, delimitando distintas etapas y localizando los puntos de corte, superposición o transición entre las mismas. Se ha elegido el recorte cronológico que abarca desde 1930 hasta 1970, en tanto se corresponde con el comienzo de la consolidación del prohibicionismo como estrategia dominante en materia de drogas. La tercera década del siglo XX uruguayo representa el comienzo de la configuración de un discurso que condena o demoniza el consumo de drogas, discurso que paulatinamente se va fortaleciendo hasta alcanzar la cima en 1974 mediante la aprobación del Decreto-ley N°14294 y la ratificación de las Convenciones de Naciones Unidas, con lo cual se inicia la represión propiamente penal de las actividades vinculadas a drogas ilegales, respondiendo al mandato de *guerra a las drogas* proveniente de Estados Unidos (Garat, 2013; Silva, 2016).

La segunda etapa metodológica incluyó la búsqueda, relevamiento y selección de publicaciones científicas y de divulgación científica realizadas en Uruguay durante el mencionado período, así como de material de prensa escrita que recogiera las repercusiones sociales del fenómeno en cuestión, permitiendo así la construcción de un corpus organizado de materiales discursivos. Las fuentes del mismo se detallan en la segunda sección de este apartado.

La tercera etapa metodológica comprendió el análisis de los materiales discursivos. Tal como fue adelantado al comienzo de este capítulo, el análisis del corpus fue realizado fundamentalmente a partir de los desarrollos teórico-metodológicos de Serge Moscovici (1961/1979) y Denise Jodelet (1986; 2008) sobre *representaciones sociales* y de Teun van Dijk (2004; 2005; 2006) sobre *discurso e ideología*: tales desarrollos permitieron rastrear distintas formaciones o vertientes discursivas e identificar en ellas las representaciones sociales existentes sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas durante el período en cuestión.

Considerando la doble función de adaptación cumplida por las representaciones sociales – adaptación de conceptos e ideas abstractas a la sociedad y adaptación de la sociedad a nuevos conjuntos de categorías e informaciones mediante la formación de conductas y la orientación de las interacciones sociales (Villarroel, 2007) –, la identificación de las mismas permite observar, además, cómo ellas permean los modos de intervención específicos para la prevención y el tratamiento de la toxicomanía. Las distintas formaciones discursivas y las representaciones sociales identificadas son detalladas en la tercera sección de este apartado.

Esta investigación se centra en las narrativas y prácticas de los médicos – actores claves no solo en la construcción sino también en la divulgación de determinados contenidos, concepciones y significaciones acerca de las drogas, dirigida directamente a la población en general. En vista de ello, hemos introducido aportes de Teun van Dijk (2004; 2005; 2006), quien señala que el ejercicio y la reproducción social del poder puede realizarse por medio de prácticas sociales legítimas, tales como la persuasión, la educación, la instrucción y la información, así como también por medio de prácticas sociales ilegítimas, tales como la manipulación. En este sentido, resultan relevantes sus aportes acerca de la *manipulación*, a la cual define como un fenómeno social, cognitivo y discursivo, por medio del cual se “manufacturan” representaciones a favor de los intereses de los grupos dominantes.

Además, para el análisis, hemos introducido aportes de la teoría de Michel Foucault (1969/1979) y Michel Pêcheux (1975/2016; 1983/1997; 1983/2014) en lo referente a *sujeto, formación discursiva y análisis del discurso*, haciendo un uso operativo de algunos elementos de su teoría, así como aportes del psicoanalista Dunker (2011; 2015), referidos a las categorías psicoanalíticas de *síntoma, sufrimiento y malestar*.

2.5.2. Fuentes para la construcción del corpus

Las dos principales fuentes que conforman nuestro corpus son la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y la *Revista Vivir*, las que se complementan con otras fuentes. A continuación, las presentamos siguiendo un orden determinado en función del peso relativo que tuvieron en nuestro corpus:

1) *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (RPU): es el órgano oficial de expresión de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y decana de las revistas psiquiátricas en América Latina. Se ha caracterizado por registrar la producción de los psiquiatras locales y la presencia de colaboradores del exterior, incluyendo trabajos inéditos de investigación en torno a las enfermedades mentales. La Revista ha tenido dos etapas: la primera comenzó en 1929 y se interrumpió en 1930 por razones económicas tras alcanzar doce números; la segunda comenzó en 1935 y se extiende hasta la fecha. Fue fundada por el profesor Camilo

Payssé y dirigida por él mismo hasta su fallecimiento en 1955. El periodista Ernesto D'Antuoni fue su *factotum* por medio siglo, encargándose de conseguir el material, revisar las pruebas, financiar la edición. Además de Payssé, D'Antuoni y la Revista contaban con el respaldo de Reyes Terra y Murguía, grandes figuras de la psiquiatría uruguaya (Stip, 2001).

2) Revista *Vivir: Revista de divulgación médica, higiene y profilaxis*: publicada en forma mensual entre 1937 y 1958, fue dirigida, redactada y patrocinada por médicos. Su Director y Redactor responsable fue el Dr. Roberto B. Giudici, Médico Jefe de la Clínica Preventiva Municipal e Inspector General Médico de Salubridad, y su Consejo Patrocinador estaba conformado por un amplio número de Médicos, Profesores y Directores. En el primer número de la revista *Vivir* publicado aparecían los siguientes nombres como integrantes de dicho Consejo: Dr. Juan C. Mussio Fournier, Dr. Eduardo Blanco Acevedo, Dr. José Bonaba, Dr. Alberto Vázquez Barriere, Dr. Luis Surraco, Dr. Alejandro Schroeder, Dr. Justo Alonso, Dr. Domingo Prat, Dr. Enrique M. Claveaux, Dr. Julio Lorenzo y Deal, Dr. Carlos Stajano, Dr. Elio García Aust, Dr. Julio Nin y Silva, Dr. Víctor Escardó y Anaya, Dr. Clivio Nario, Dr. Rómulo Silva, Dr. Nicolás Leone Bloise, Dr. Velarde Pérez Fontana (Consejo patrocinador, 1937). La mayoría de los artículos publicados en *Vivir* no tienen firma, por lo que no es posible identificar su autoría.

3) Diario *La Mañana*: fundado en Montevideo el 1 de julio de 1917 por Pedro Manini Ríos, Héctor R. Gómez y Vicente F. Costa, fue el órgano de expresión del Partido Colorado Gral. Fructuoso Rivera (corriente política escindida del Partido Colorado Batllista). Polleri, Baltar, Véscobi, Abadie Santos y Ugoccioni, se encontraban entre sus colaboradores (Álvarez, 2008).

4) Diario *La Tribuna Popular*: fundado en Montevideo el 1 de diciembre de 1879 por Emilio Lecot y Renaud Reynaud, se publicó hasta 1960. Su administrador y principal impulsor de la publicación fue el periodista José Lapidó. Entre sus redactores, colaboradores y socios se destacaron Domingo Lamas, José Sienna Carranza, Ángel Floro Costa, Samuel Blixen, Washington P. Bermúdez, Carlos Martínez Vigil, Víctor Pérez Petit, Washington Beltrán, Florencio Sánchez y Francisco Piria. En sus inicios fue un diario independiente, sin afiliación a ningún partido político y defensor del libre comercio y del respeto a todos los cultos religiosos e ideas filosóficas (Álvarez, 2008).

5) Revista *El Lazo Blanco*: órgano de propaganda de la *Liga Nacional contra el Alcoholismo* publicado a partir de enero de 1917. Según surge del primer número de la revista publicado, su Comisión Honoraria estaba integrada por el Dr. Joaquín De Salterain (como Presidente), por el Dr. Pablo De María (como Vicepresidente) y por una amplia cantidad de vocales (entre los que se destacan: Atilio Narancio, Baltasar Brum, Luis Alberto de Herrera, Juan José de Amézaga, Enrique Pouey, Bernardo Etchepare, Luis Morquio, Pedro Manini Ríos). Por otra parte, su Comisión de Damas estaba integrada por Sra. B.

Muñoz de De María (como Presidenta), por la Sra. Catita C. de Quintela (como Vicepresidenta), por la Sra. M. de H. de Salterain (como Tesorera), por la Sra. Margarita S. de Sánchez (como Secretaria), por la Sta. Isabel González Vázquez (como Pro Secretaria), además de una amplia cantidad de vocales (entre las que se destacan: Paulina Luisi, Alice Armand Ugón, Leonor Hourticou, Enriqueta Compte y Riqué) (Comisión honoraria, 1917).

6) *Congreso Médico del Centenario*: publicación que contiene informes, actas y trabajos correspondientes al Congreso Médico del Centenario realizado en Montevideo del 5 al 12 de octubre de 1930.

2.5.3. Formaciones discursivas y representaciones sociales identificadas

2.5.3.1. Apuntes sobre las formaciones discursivas identificadas

Como forma de comenzar a orientar nuestro foco en la dirección del análisis del corpus, nos remitimos aquí a *tres formaciones o vertientes discursivas*²² referidas directamente al fenómeno de la toxicomanía, en cada una de las cuales puede ubicarse distintas representaciones acerca de las drogas, los usos y los usuarios de las drogas: se trata del *discurso médico*, el *discurso jurídico* y el *discurso moral-religioso*. Los elementos centrales de estas formaciones discursivas ya han sido desarrollados con detalle en el primer capítulo, donde se da cuenta de la constitución histórica del fenómeno en cuestión. Aquí solo se hace referencia a una visión reducida, a partir de la posición o representación dominante.

El *discurso médico*, conforme con el modelo médico hegemónico, concibe la toxicomanía fundamentalmente desde el *paradigma de la enfermedad*, entendiendo el uso de drogas como una enfermedad de la voluntad que toma el control de la vida de los usuarios. Fuera de las indicaciones y aplicaciones médicas en las que las sustancias psicoactivas, utilizadas en dosis adecuadas, son consideradas como medicamentos con importantes usos terapéuticos, la concepción habitual que se tiene de las drogas es la de ser tóxicos o venenos que acarrear nefastas consecuencias. Sumido el toxicómano en un proceso de deterioro progresivo e irreversible de su salud física y psíquica, es concebido como una amenaza al orden familiar y social.

Si bien se reconoce el rol de la familia y el ambiente en el desarrollo de la enfermedad, el foco de las interpretaciones sobre el fenómeno de la toxicomanía se mantiene en la sustancia (su cantidad y calidad), las conductas individuales y las condiciones orgánicas de los sujetos. De todos modos, el discurso médico admite su responsabilidad en la existencia de la “toxicomanía médica” (a base de alcohol, morfina,

²² El empleo del término *formación discursiva* y la referencia a Foucault y Pêcheux no implica un uso estricto de tal noción según fue concebida por ellos. Alude, más bien, a una visión en la que prima la determinación histórico-material del sentido, producido socialmente, que afecta las representaciones sociales de los fenómenos.

fosfato de codeína, láudano, etc.) como la “toxicomanía fundamental” de la época. Se destaca la importancia de este discurso en la constitución de las representaciones sociales acerca de las drogas, los usos y los usuarios de las mismas, así como en la definición de los modos de intervención y abordajes del fenómeno.

El *discurso jurídico*, por su parte, aquí adquiere su especificidad de la prohibición del uso de drogas establecida por el *paradigma prohibicionista* dominante, que comienza a instalarse hacia principios del siglo XX y *criminaliza cualquier actividad relacionada con las drogas*. El discurso jurídico inscribe la práctica del uso de las drogas en el ámbito de la criminalidad y la delincuencia, concibiendo a los usuarios como delincuentes o enemigos públicos.

Finalmente, el *discurso moral-religioso* deriva de los elementos religiosos contenidos en la reglamentación antidroga establecida hacia comienzos del siglo XX en Estados Unidos, en virtud de los cuales las drogas y los drogadictos a principios de siglo habrían cumplido el papel de "chivos expiatorios". El discurso moral-religioso demonizaría las sustancias psicoactivas, comprendiendo su uso en el marco de una búsqueda de “paraísos artificiales” que solo conduciría a la decadencia moral y física de los usuarios. De este modo, el uso de drogas sería concebido como un pecado que aparta a los usuarios del camino del *bien*, generando en ellos una inclinación o tendencia morbosa.

2.5.3.2. Apuntes sobre las representaciones sociales identificadas

Las diferentes formaciones o vertientes discursivas identificadas en el corpus, con sus movimientos de dispersión y entrelazamiento, han dado lugar a la identificación de distintas *representaciones* sobre las drogas, sus usos y usuarios. En esta sección, tales representaciones se organizan en tres ejes, dando lugar a la definición de tres apartados que serán introducidos en el tercer capítulo de esta tesis, correspondiente al análisis de los materiales discursivos. Las representaciones evidencian rasgos de continuidad y de ruptura, de congruencia e incongruencia respecto al modelo médico-jurídico hegemónico. Asimismo, se define un cuarto eje que hace referencia a los modos de intervención respecto al uso de drogas, que guardan relación con las representaciones identificadas sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas.

Eje 1. Representaciones sobre las drogas

Respecto a las *representaciones sobre las drogas*, podemos decir que las mismas caracterizan y valoran las drogas como:

- Venenos.
- Tóxicos.

- Sustancias malditas.
- Prometedoras de paraísos artificiales.
- Responsables del aniquilamiento de la vida moral y física del toxicómano y de la vida familiar y social.
- Medicamentos (utilizados en dosis adecuadas bajo indicación médica).
- Alimento, condimento, tónico, antiséptico, facilitador de secreciones (en el caso particular del alcohol).

Eje 2. Representaciones sobre los usos de drogas

Respecto a las representaciones sobre los usos de drogas, podemos decir que las mismas caracterizan y valoran los usos de drogas como:

- Paliativos al malestar en la modernidad.
- Vicios.
- Búsquedas insensatas de goce.
- Enfermedad de la voluntad.
- Aprendizaje.
- Problemáticos.
- No problemáticos.
- Problema de salud pública.

Asimismo, en tales representaciones se identifican valoraciones y significados diferenciales atribuidos al consumo en función del *género*:

- Consumo femenino censurado durante la maternidad en virtud de la “nefasta influencia del tóxico” sobre la integridad del niño.
- Consumo femenino censurado en virtud del “rol esencial” de la mujer en su “santo ministerio de madre”.
- Consumo femenino censurado en virtud de la constitución fisiológica de las mujeres que determina que sus organismos resulten “menos aptos” para “defenderse de las agresiones” de las sustancias.
- Consumo femenino censurado en virtud de la consideración de las mujeres como “fácil presa del placer” debido a su “debilidad” y “escaso poder de voluntad”.
- Mujeres incitadoras del consumo en hombres.
- “Impotencia genital absoluta” en hombres consumidores.
- Promiscuidad sexual en mujeres consumidoras.
- Menor frecuencia, pero mayor profundidad del consumo femenino.
- Elegancia del consumo femenino.

Eje 3. Representaciones sobre los usuarios de drogas

Dentro de las representaciones sobre los usuarios de drogas, encontramos representaciones que definen a los sujetos usuarios como:

- Enfermos.
- Criminales.
- Sujetos inmorales.
- Víctimas.
- Sujetos responsables.
- Sujetos irresponsables.
- Cargas o parásitos.
- Amenazas al orden familiar y social.
- Delincuentes.
- Enemigos públicos.
- Seres degradados, inferiores, inútiles.
- Bestias satánicas.

Eje 4. Modos de intervención respecto al uso de drogas

Las representaciones sobre las drogas, los usos y los usuarios de las mismas permean los abordajes de la toxicomanía, dan lugar a los siguientes modos de intervención:

- Desintoxicación, internación y abstinencia absoluta (como referencia ideológico-terapéutica).
- Aislamiento del toxicómano (en establecimientos sobre todo agrícolas), en virtud de su “contagiosidad”.
- “Educación de la juventud” a partir de la enseñanza de las “terribles e irreparables consecuencias de los tóxicos”.
- Medidas profilácticas focalizadas en los niños.
- Intervenciones de la mujer dentro y fuera del hogar orientadas a la prevención y el tratamiento.
- Dominación moral del médico sobre el enfermo.
- Medidas higienistas y profilaxis social por parte de los médicos: educación de sectores con responsabilidad directa sobre el problema del consumo (médicos, personal hospitalario, jueces, policía, asistentes sociales, maestros, entre otros) y del público en general.
- Código Penal como “terapéutica aplicable” luego de haber agotado los métodos de prevención.
- Ejercicio físico y trabajo con el objetivo de transformar a los toxicómanos en “elementos útiles para la sociedad”.

- Intervenciones psicológicas dirigidas a “la creación de nuevo” de la personalidad del toxicómano, a la “completa renovación de la constitución mental”.
- Distracciones intelectuales y artísticas.
- Propiltiouracilo para el abordaje del síndrome de abstinencia de las toxicomanías.
- Rêve Éveillé lisérgico dirigido.
- Psicosis dirigida.

Respecto al abordaje del alcoholismo:

- “Reparación” del estado general del individuo.
- Método de asociación entre autohemoterapia e ipeca.
- Asociación entre autoseroterapia y apomorfinina.
- Reflejo condicionado provocado por la inyección de apomorfinina.
- Tratamiento por el Dipsan.
- Tabletas de sulfato de bencedrina.
- Intervención psicológica.
- Atención del medio que rodea al alcoholista: desarrollo de nuevas relaciones con los demás.
- Asistencia brindada por los Dispensarios de Higiene Mental de la Liga Nacional contra el Alcoholismo: tratamiento desintoxicante, orientación en aspectos sociales, familiares, morales, psicológicos, pedagógicos, profesionales o laborales, reeducación y formación de nuevos hábitos, terapéutica de grupo para adolescentes y adultos, internamiento.
- Terapéutica brindada por el equipo multidisciplinario de Estudios del Alcoholismo (EDA) del Hospital de Clínicas: procedimientos farmacológicos y psicoterapéuticos estructurados en etapas progresivas (ingreso del paciente en sala exclusiva para alcohólicos, tratamiento farmacológico, psicoterapia, terapéutica social).

Respecto a los modos de intervención en la toxicomanía anfetamínica:

- Educación: campaña de difusión con fines de información acerca del peligro del abuso de las drogas psicotrópicas para la salud mental de la población.
- Control estricto del expendio de la medicación a través del empleo de la receta médica.

Capítulo 3: Toxicomanías y malestar en la cultura uruguaya (1930 – 1970)

En el presente capítulo desarrollamos nuestro análisis de los materiales discursivos. En el primer apartado presentamos cómo son concebidas y representadas las drogas por el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970, localizando dos grandes representaciones sobre las mismas: las drogas como *venenos* o *tóxicos* y las drogas como *medicamentos*, con lo cual se pondría de manifiesto la inseparabilidad de las dos dimensiones contenidas en la palabra *phármakon*. Además, presentamos los efectos de las drogas sobre el sujeto y la sociedad que han sido contemplados por los médicos de la época a la hora de hacer valoraciones positivas y negativas de tales sustancias.

En el segundo apartado hacemos lo mismo en relación a la forma en que son concebidos y representados los usos de drogas, localizando a éstos dentro de las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*. Además, presentamos el atravesamiento de la categoría *género* en el fenómeno del uso de drogas, a partir de las valoraciones y los significados diferenciales atribuidos al consumo en mujeres y hombres.

En el tercer apartado nos referimos a las representaciones sobre los usuarios de drogas que aparecen superpuestas o solapadas en el discurso médico durante el período en cuestión.

En el último apartado, nos referimos a los modos de intervención respecto al uso de drogas, y destacamos dos procedimientos empleados para tratar las toxicomanías: el *Reve Eveillé lisérgico dirigido* y la *Psicolisis dirigida*, en tanto tienen la particularidad de utilizar LSD25 y psilocibina, dos drogas psicodélicas que actualmente integran la lista de sustancias prohibidas por las Convenciones Internacionales.

3.1. Representaciones sobre las drogas

El “juego” de convergencias y tensiones discursivas presente en la sociedad uruguaya del período comprendido entre 1930 y 1970 habría dado lugar a la estabilización de algunos sentidos sobre las drogas que derivarían en el surgimiento de dos grandes representaciones sobre tales sustancias en el discurso médico: la representación como *venenos* o *tóxicos* y la representación como *medicamentos*, con lo cual se pondría de manifiesto la inseparabilidad de las dos dimensiones contenidas en la palabra *phármakon* (Escohotado, 1989/1998). En la época, el hecho de que una droga se concibiera de una u otra manera habría guardado estrecha relación con el hecho de que su uso se correspondiera o no con una indicación médica y de que el mismo se realizara en dosis

adecuadas. De este modo, el criterio general habría sido el siguiente: *fuera de sus aplicaciones médicas adecuadas, las sustancias psicoactivas serían concebidas como venenos o tóxicos.*

El alcohol habría sido la droga psicoactiva considerada como el *veneno* o *tóxico* más importante durante el período comprendido en esta investigación (Peraza, 2019). En los materiales discursivos analizados, tal sustancia es definida explícitamente como un “poderosísimo veneno” (T38, 1936, p.28); un “enemigo” (T79, 1954), una sustancia “causa de ruina, de miseria y hasta de deshonor” (T38, 1936, p.25); capaz de causar “estragos”, de “predispon[er] el organismo a otros males” (T27, 1937, p.86), de “produc[ir] (...) la locura e impulsa[r] al crimen y al suicidio” (T79, 1954), así como de “contribu[ir] a la propagación de las enfermedades venéreas” (T49, 1951). Asimismo, se lo habría considerado como una sustancia capaz de afectar profundamente todos los niveles de la vida del sujeto. En este sentido, se señala que afecta su funcionamiento somático, lesionando el cuerpo en su totalidad: estómago, hígado, páncreas, riñones, intestinos, pulmones, corazón, glóbulos rojos, sistema nervioso, piel, entre otros (T38, 1936). Se expresa que “perturba la digestión, altera la sangre, debilita al organismo, destruye la sensibilidad, produce la parálisis” (T79, 1954). Por otra parte, respecto a su afectación sobre el funcionamiento psíquico, se señala que el alcohol “debilita la fuerza de la voluntad y cambia por completo el carácter, convirtiendo al que lo usa en embustero, astuto y suspicaz” (T79, 1954). Asimismo, se hace referencia a su “acción nefasta, verdaderamente desquiciadora, sobre el cerebro”, señalando que su “ataque” al “centro cerebral del pudor y de los frenos morales” lo colocaría como “el principal responsable de las perversiones que van creciendo (...) en forma por demás veloz y alarmante” (T30, 1940).

Los efectos nocivos del alcohol sobre la familia son presentados de un modo que podríamos calificar como alarmista y dramático, en tanto se expresa que el mismo “destruye la paz y el bienestar del hogar” (T79, 1954), que “torna la vida un verdadero suplicio” (T29, 1944), y que implica una “terrible obra destructiva” que el ebrio lleva adelante sobre sus hijos, al determinar una “herencia fatal” por medio de la cual de padres alcoholistas nacerían “hijos tarados en su mente y en su físico” (T47, 1942), “hijos (...) degenerados o anormales (idiotas, imbéciles)” (T79, 1954). En este sentido, se señala que los efectos del alcoholismo “cruelmente pesan sobre los hijos y sobre la raza entera” (T27, 1937, p.86). Tales efectos no se limitarían a las “perturbaciones de desarrollo” o a las “alteraciones nerviosas o mentales” provocadas por la herencia (T27, 1937, p.86), sino que incluirían la contemplación de “los más crueles espectáculos”, la audición de “las más indecentes frases”, la percepción del “horror de esa tragedia cotidiana del ebrio que atormenta y destruye un hogar” (T47, 1942). De acuerdo con esto, la infancia del hijo del alcoholista “debiendo ser un riente paraíso, [sería] un lóbrego infierno” (T47, 1942).

La valoración negativa que se habría tenido de tal sustancia se pondría de manifiesto, por ejemplo, al afirmar que “es siempre una obra grande salvar a un ser humano de las garras del alcohol” (T74, 1938), con lo cual el asunto del consumo se colocaría en el límite entre la vida y la muerte, debiendo salvar al sujeto consumidor del peligro o la amenaza a su integridad que el consumo de dicha sustancia representaría. Así, en *El Lazo Blanco*, órgano oficial de propaganda de la *Liga Nacional contra el Alcoholismo*, se postula a la “lucha” contra el alcoholismo como “una demostración ferviente de patriotismo” y se persuade al hombre de cooperar con dicha Liga como forma de “[cumplir] con “el deber de hombre decente que [ha] contraído al nacer”. Más aún, se tomarían palabras del prócer del proceso independentista uruguayo José Gervasio Artigas²³ con la intención – podríamos decir – de formalizar o precisar la lucha y alcanzar una persuasión más efectiva: “Seamos, pues, ilustrados esforzándonos por el engrandecimiento de la nación, y valientes, combatiendo la plaga alcohólica” (T41, 1930). Aquí se harían evidentes las referencias de Pêcheux (1983/2014) acerca de los “montajes discursivos” (p.18), acerca de que las formaciones discursivas no serían espacios cerrados u homogéneos, sino que estarían habitados por elementos provenientes de otras formaciones discursivas: a través de la metáfora “plaga alcohólica” el alcoholismo tomaría vida al adquirir el estatuto de un “ser” u “organismo” que, al resultar perjudicial para otros seres, debería ser combatido. En este caso, además, no se trataría de un combate cualquiera, sino uno que tomaría especial relevancia en tanto estaría asociado a la independencia de la nación.

Dos factores habrían respaldado la posición de decidido rechazo hacia el alcohol: por un lado, la idea de que se trataría de una sustancia que oficiaría como “puerta de entrada” al consumo de otras que resultarían peores²⁴, en tanto sus efectos se habrían considerado como “el prólogo de otros aún más graves, que la cocaína u otros estupefacientes traerán más tarde como una consecuencia casi fatal” (T27, 1937, p.86); por otro, la introducción de elementos del discurso jurídico – especialmente del positivismo criminológico – en el discurso médico, que conducirían a la inscripción del consumo en el ámbito del crimen, al punto de afirmar que toda embriaguez sería “potencialmente delictógena” (T70, 1964, p.21).

Las anfetaminas (sulfato de bencedrina, principalmente), los barbitúricos, el opio y sus derivados (láudano, morfina, codeína, entre otros) habrían sido otras de las sustancias psicoactivas cuyo uso en exceso habría representado los problemas más significativos en

²³ El 30 de mayo de 1816, desde el Campamento de Purificación, José Gervasio Artigas (1764-1850) dispuso que el “Santo y Señá” de su ejército fueran las palabras “Sean los orientales tan ilustrados como valientes”. Esto ocurrió luego de que el 26 de mayo se fundara la primera Biblioteca Nacional en Uruguay (Biblioteca Nacional de Uruguay, 2020).

²⁴ Esta idea se recoge en la *hipótesis de la escalada*, propuesta en los años 50 y que aún se encuentra de base en la prevención de las drogodependencias. La hipótesis de la escalada sostiene que el uso de drogas como tabaco y alcohol necesariamente conduce al uso de la marihuana y luego al uso de cocaína y heroína (Becoña, 2002). De acuerdo con O’Donnell y Clayton (citados por Becoña, 2002), esta hipótesis sería imprecisa y exagerada, en tanto fue defendida no por científicos, sino por las personas encargadas de la represión del consumo, que no siempre se regían por criterios objetivos.

materia de consumo de drogas en Uruguay durante el período considerado en esta investigación (Peraza, 2019). Así, las anfetaminas, sobre las cuales también existirían valoraciones positivas basadas en los beneficios de su uso bajo indicación médica, frecuentemente se habrían considerado como “un perjuicio serio para la salud de los individuos y para el bienestar de la colectividad” (T13, 1963, p.12). En efecto, tales sustancias habrían sido consumidas, bajo indicación médica, por sujetos con “personalidades psicopáticas” – personalidades que serían “las más aptas para el cultivo de las toxicomanías” – en sus “períodos asténicos” (T12, 1956, p.15). Por otra parte, en “personas de psiquismo lábil”, las mismas encontrarían “campo propicio” para ser empleadas “en forma crónica”, en virtud del estado de euforia, optimismo y bienestar que produce[n]” (T71, 1968, p.15). Se trataría de drogas de fácil disponibilidad, presentes en múltiples preparados a disposición de un público que podía adquirirlos en cualquier cantidad sin necesidad de receta médica y con un precio relativamente bajo en relación a países vecinos (T71, 1968). Lo mismo habría sucedido, por ejemplo, en el caso del opio, sustancia en la que el reconocimiento de sus “prodigiosas virtudes médicas” se superpondría con la consideración del mismo como una “droga tóxica” o un “veneno” responsable de producir “nefastas consecuencias” no sólo para el individuo y la familia, sino también para la sociedad y la nación, siendo capaz de engendrar “miseria y deshonra”, “criminalidad y delincuencia”, “hambre y ruina” (T33, 1938).

El discurso médico uruguayo de la época también se habría impregnado de elementos y resonancias provenientes del discurso moral-religioso, dando como resultado una “diabolización” o “satanización” de las drogas, mediante la cual a tales sustancias se les atribuiría la calidad de *malditas*. Su identificación con el mal se habría debido a la consideración de que las mismas “promet[en] los ansiados paraísos artificiales y (...) tra[en], en cambio, el dolor y la muerte moral y física” (T50, 1937, p.27). Se señala que se trata de “tóxicos que al principio (...) proporcionan bienestar o placer pero que muy pronto, desaparecidos éstos, sólo (...) crean un estado en que el veneno se ha vuelto imprescindible y [el consumidor] debe acudir a dosis cada vez mayores” (T50, 1937, p.26).

La representación de las drogas como *prometedoras de paraísos artificiales* presente en el discurso médico habría moldeado la manera en que los profesionales estructurarían las descripciones acerca de las drogas: ellos, reiteradamente, comenzarían presentando sus efectos positivos sobre el organismo, utilizando cuidadosamente términos y expresiones refinados que generarían la ilusión de elevar al lector al “paraíso”, para luego presentar cruda y detalladamente sus efectos nocivos, generando un brusco “descenso hacia el infierno” al que se supone que ellas conducen. En efecto, el discurso médico sobre la toxicomanía presentaría información parcial y prejuiciada utilizando estrategias retóricas pretendiendo influir en las creencias y direccionar el comportamiento de las personas hacia

la abstinencia. De este modo, distintos artículos analizados hacen referencia a la “sensación de seguridad y de regocijo” (T80, 1950, p.30) impartidas por ciertas drogas alcaloides; la “luna de miel del cocainómano” (T54, 1939); las “dos o tres horas de olvido, de indiferencia de las cosas del mundo” (T37, 1944) proporcionadas por los narcóticos; las “mágicas ensoñaciones” (T37, 1944) de los opiados; los “goces de la embriaguez que da el haschis” (T44, 1943); los “refinados placeres (...) y (...) el olvido de todas las penurias y desdichas de la vida” (T50, 1937, p.27) proporcionados por el opio; la “emoción [de] tranquilidad, de beatitud” (T50, 1937, p.27) que da la morfina; las “alucinaciones visuales (...) de prodigiosa intensidad de color” (T62, 1946) ocasionadas por el peyotl²⁶. Pero luego, esa atmósfera agradable en la que el lector es envuelto mediante los destacados efectos positivos de las drogas es rápidamente disipada por la presentación del “reverso de la medalla” (T33, 1938), dando paso a un inventario detallado de sus efectos nocivos.

Tales efectos son expresados mediante términos que configurarían una atmósfera de catástrofe y que contribuirían a la construcción de la representación de las drogas como *responsables del aniquilamiento de la vida moral y física del toxicómano, así como de la vida familiar y social*. De este modo, se hace referencia al empaldecimiento de la piel, la pérdida de peso, el rápido cariado de los dientes, la fetidez del aliento, el agudo estreñimiento, las alteraciones psicológicas, el egoísmo, el egocentrismo, la falta de responsabilidad, la irritabilidad, el insomnio y la incomodidad, acentuados por el consumo continuado de ciertas drogas alcaloides (T80, 1950). Asimismo, se hace referencia a “la luna de hiel” atravesada por el cocainómano, consistente en “sudores (...) profusos y de olor desagradable”, “apetito disminu[ido]”, “diarrea (...) crónica” y “ojos hundidos” (T54, 1939); y a “la miseria y la desnutrición”, las “náuseas, sudores, enfriamientos, diarreas, dolores agudísimos y (...) la muerte” (T37, 1944) derivados del consumo de los opiados. Entre estas nefastas consecuencias se incluye el estado de “violencia irresponsable” que convertiría a los cocainómanos en “‘enemigos públicos’ espectaculares” (T37, 1944), así como las “miles y miles de vidas [arrebata]das por el haschisch] todos los años” (T44, 1943). También se incluye el “verdadero aniquilamiento de [la] moral”, los “muy crueles sufrimientos y (...) la muerte a breve plazo” a la que conduce el opio, no sólo por la incidencia de la sustancia en sí misma, sino también por las enfermedades contagiosas – tuberculosis, por ejemplo – a las que los sujetos se exponen al compartir “las pipas, que nunca son higienizadas, que van de boca en boca”, (T50, 1937, p.27). Del mismo modo, se listan los “sufrimientos de orden espiritual y orgánico” que afectan al morfinómano, quien “pierde su voluntad, ve obnubilada su inteligencia, llega[ndo] a ser un inservible cuando no un sujeto socialmente peligroso” (T50, 1937, p.27); así como también se hace referencia a “las indiscreciones que se

²⁶ La palabra *peyote* viene del náhuatl (lengua indígena hablada en México) *peyotl*.

cometen” a partir de las “palabras involuntarias [que] acompañan la embriaguez del ‘peyotl’” (T62, 1946), y a la “intoxicación sumamente peligrosa” provocada por el éter que determina que “los eterómanos rara vez pas[en] de los 40 años” (T50, 1937, p.27). Asimismo, se señalan las consecuencias negativas del alcoholismo sobre el sujeto al convertirlo en un ser “inútil y a menudo peligroso” (T29, 1944), así como las repercusiones que el “cocaísmo” tendría en los hijos de los intoxicados: propensión a “la criminalidad” y “marcadas deficiencias de inteligencia (...) [y] otros estigmas que traducen fácilmente la deficiencia vital de sus progenitores” (T45, 1946). De este modo, nuevamente se haría evidente la heterogeneidad del discurso médico, en tanto aparecería “habitado” por elementos provenientes de otras formaciones discursivas: el discurso económico, capitalista, se inscribe en el discurso médico al presentar al sujeto toxicómano como un ser “inútil” o “inservible”, en tanto no estaría al servicio de la producción y el trabajo y no sería funcional a los intereses del Estado; esta inscripción vendría asociada con otra, la del discurso jurídico, que vincularía esa inutilidad con la “peligrosidad” que tendrían los toxicómanos y que los conduciría al delito.

La referencia al “dolor inmenso” que significa para la humanidad el hecho de contemplar “cómo se van del mundo millones de vidas que pudieron ser provechosas y útiles y no fueron nada precisamente por el uso de las drogas malditas” (T50, 1937, p.27), daría cuenta de que el discurso capitalista guardaría relación con la “diabolización” o “satanización” de las drogas. En efecto, en el contexto de la modernización capitalista uruguaya, en el que el trabajo habría sido considerado un pilar fundamental, en un contexto donde el orden, la previsión y la seriedad habrían constituido valores supremos en tanto alejarían al hombre de la barbarie y lo acercarían a la civilización, donde el ahorro (de tiempo, de dinero, de energía, de alimentos, de bebidas, de esperma...) habría sido una obsesión y la higiene un principio rector que aseguraría una larga vida al servicio de la producción y el trabajo (Barrán, 1994; Barrán, 1995), las drogas que atentaban contra el mantenimiento del nivel de producción requerido por el capitalismo recibirían una valoración negativa – así como también existiría en este contexto histórico una creciente valoración de las drogas estimulantes susceptibles de contribuir con la producción de un sujeto activo, cuestión que será referida más adelante en este trabajo respecto al sulfato de benzedrina y su “auxilio” en el “problema” del alcoholismo crónico. De este modo, la oposición entre drogas y trabajo y productividad se reflejaría, por ejemplo, en las palabras con las que, en un diario de la época, se describe a un sujeto alcoholizado protagonista de un episodio de violencia junto a su padre: “un verdadero bandallo, ebrio perpetuo y enemigo del trabajo” (T22, 1930).

En este contexto, los médicos, influenciados por el orden mental y los juicios morales de la época, se habrían visto habilitados a intervenir en numerosas esferas de la vida

cotidiana, vertiendo consejos que apuntarían al disciplinamiento y la consolidación del orden, forjando la producción de un sujeto funcional al sistema. Ellos habrían acompañado el proceso de modernización y “normalización” de las conductas de la población recorrido por la sociedad uruguaya, el cual habría requerido de la conversión de las amenazas de perturbación del orden en patologías, para poder neutralizarlas (Barrán, 1995). De este modo, sobre las drogas habría recaído una acusación que las cristalizaría como un “flagelo” causante de todos los males de la sociedad. Ellas se habrían configurado como un “chivo expiatorio” que invisibilizaría u ocultaría la influencia de otros factores así como la responsabilidad de los actores sociales que efectivamente tendrían parte en el *malestar en la cultura*, y que, como todo chivo expiatorio, debía ser “sacrificado” para “salvar la comunidad”, “superar la crisis” y “restablecer la paz” (Burbano, 2010).

De acuerdo con van Dijk (2004; 2006), podríamos decir que, a través de la presentación negativa de las drogas, se habrían “manufacturado” representaciones de éstas como “malas”, llevándose a cabo una “polarización ideológica” que acusaría y descalificaría todo lo relacionado con el consumo de drogas fuera de las indicaciones médicas, a la vez que defendería y destacaría la posición de todo aquello que se orientara a mantener a las personas alejadas del consumo. El fenómeno de la *manipulación* como fenómeno social, cognitivo y discursivo se habría hecho presente a través del *poder discursivo* ejercido por la clase médica, la cual lograría influir en la mente y las acciones de las personas, favoreciendo sus propios intereses, alineados y funcionales con el proceso de modernización de la sociedad uruguaya. En efecto, la *manipulación ideológica* ejercida por la clase médica habría llevado a que las personas aceptaran y legitimaran su poder y formaran las representaciones preferidas por ella, circulando a nivel social representaciones compartidas, permanentes y estables de las drogas como *tóxicos*, *venenos* o *sustancias malditas*, responsables de todo malestar en la sociedad.

Tal como fue indicado al comienzo de este apartado, la concepción negativa de las sustancias psicoactivas como *venenos* o *tóxicos* habría convivido con una concepción de las mismas como *medicamento* – al ser utilizadas bajo indicación médica y en dosis adecuadas –, que podríamos calificar como positiva. Así, por ejemplo, el opio es admitido como “la droga más importante de la medicina”, droga de la cual los médicos “no podrán prescindir nunca”, señalándose que su importancia radica en la “acción calmante que ejerce sobre el dolor”, la cual convierte al opio en “el medicamento analgésico típico” (T33, 1938). Por otra parte, las anfetaminas son consideradas un medicamento con diversos e importantes usos terapéuticos: ellas son empleadas como activador psicofísico (para mantener la vigilancia, incrementar el rendimiento psicofísico, el umbral de fatiga y la velocidad los reflejos en caso de astenia psicofísica, de preparación de exámenes o concursos o competencias deportivas), como anorexígeno, como shock anfetamínico en el tratamiento de cuadros

psicóticos, como analéptico en intoxicación barbitúrica, como tratamiento sintomático en narcolepsias, catalepsias o letargias y como medicación casi específica de las crisis oculógiras en el parkinsonismo post-encefálico (T71, 1968).

La superposición de valoraciones negativas y positivas respecto a una misma sustancia se evidenciaría especialmente en el caso del alcohol en tanto se trata de una sustancia cuya representación como el veneno más importante de la época convive con sus representaciones como *alimento*, *condimento*, *tónico*, *antiséptico* o *facilitador de secreciones*. En efecto, se expresa que el vino constituye “un alimento de ahorro porque da rápidamente calorías” (T3, 1950, p.4), así como también se reconoce la “influencia excitante del vino sobre la secreción salival, la secreción biliar, la secreción gástrica (...) [y] su valor antiséptico” (T60, 1950, p.44). Incluso, se destaca el papel del vino como “un verdadero condimento” y como “tónico”, admitiendo que, en su “dosis diaria óptima” – “de cuatro a cinco gramos por kilogramos” – constituye “un producto nutritivo y un excitante celular de incontestable valor” (T43, 1938). Otras valoraciones positivas respecto al alcohol serían retratadas en un diario de la época a través de la referencia a los beneficios del consumo de cerveza: “aunque más no sea que media botella de cerveza en cada comida, es un buen seguro de salud” (T4, 1933); “su esposa está nerviosa? Déle a beber cerveza; es un sedante maravilloso” (T78, 1933). Por otra parte, otro diario de la época evidenciaría la superposición de valoraciones positivas y negativas respecto al alcohol al referirse a la “incongruencia” entre el hecho de que, por un lado, se proteja el comercio del alcohol – en tanto Ancap “aconseja y pregona, la excelencia de su caña y grapa, como los mejores tónicos” – y, por otro, se dicten leyes – como la Ley Narancio – que persigan el consumo de tal sustancia (T61, 1932).

La superposición entre ambas concepciones respaldaría la afirmación de que las drogas psicoactivas no tienen una “esencia” que las determine como *veneno* o como *medicamento*, de modo que no serían “ponzoñas” o “remedios” *per se*, sino que, por el contrario, su valoración surgiría de la articulación de diversos factores, entre los que se destacaría la dosis consumida. En efecto, el lugar preponderante que ocuparía la cuestión de la dosis a la hora de valorar y concebir a las sustancias psicoactivas, se pondría en evidencia, por ejemplo, al afirmar que ciertas drogas alcaloides – tales como morfina, heroína, cocaína y cannabis índica – que resultan “venenos mortíferos en grandes dosis”, cuando son “recetadas (...) en pequeñas dosis por el médico no producen malos efectos” (T80, 1950, p.30), y también al afirmar que el vino, “a las dosis normales, (...) no es nocivo para el hombre” (T60, 1950, p.44).

Las representaciones sobre las drogas no serían configuraciones consolidadas y homogéneas, sino que se corresponderían con los discursos disponibles en la sociedad. Lo expuesto hasta aquí respaldaría los planteos de Moscovici y Jodelet acerca de que los

conceptos que utilizamos para comprender y actuar en la vida cotidiana tendrían relación con los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en la cultura, y de que el saber de las representaciones sociales se construiría a partir de la experiencia vivida en contacto con otros, a partir de cosas que nos afectan. En efecto, lo que se dice y hace respecto a las drogas en la sociedad uruguaya de la época no surgiría de un “vacío social” sino que se construiría y circularía a partir de los múltiples intercambios dentro de las prácticas sociales de la vida cotidiana.

3.2. Representaciones sobre los usos de drogas

Los usos y abusos de las sustancias psicoactivas durante el período considerado en esta investigación podrían ser localizados dentro de las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*.

Concebir la toxicomanía como *síntoma* implicaría contemplar su simultánea constitución como enfermedad y como intento de curación por parte del sujeto (González, 2013). En efecto, así ocurriría en los distintos materiales analizados, los cuales se refieren a ella una y otra vez como enfermedad, como una enfermedad de la voluntad, pero al mismo tiempo, reconocen que el uso de drogas se configuraría como una solución para distintas problemáticas que aquejan al sujeto. Esto último se pondría en evidencia particularmente en el momento en que se señala que el consumo de sustancias psicoactivas favorecería tanto a los “sujetos de temperamento hiper-emotivo-ansioso” que se benefician del uso de drogas depresoras del sistema nervioso central, como a los “depresivos y asténicos”, que obtendrían ventaja del uso de excitantes (T71, 1968, p.16).

La toxicomanía podría ser categorizada como *síntoma* en tanto se constituiría como un “mensaje cifrado”, “portador de un saber”; se trataría de una “presencia perturbadora” que “denuncia lo que no anda” en el sujeto y en la sociedad (González, 2013). Así, por ejemplo, la “embriaguez” denunciaría el carácter “fastidioso”, “fatigoso”, “rudo”, o “pesado” del “camino de la vida”, camino que buscaría ser sobrevolado por el sujeto a través del consumo de drogas:

Para un individuo que se debate constantemente en las angustias y sufrimientos del trajín cotidiano, de la lucha por mantenerse y progresar, es una felicidad experimentar – aún cuando no sea más que un instante –, una impresión de bienestar, una dulce alegría de vivir; no sentir las mordeduras del medio social en que desenvuelve sus actividades (T28, 1947).

Asimismo, los usos de drogas se insertarían en la categoría del *sufrimiento* en dos niveles: uno de ellos comprendería los sufrimientos de los sujetos que serían aliviados o mitigados mediante el uso de drogas y el otro comprendería los sufrimientos que serían causados en los sujetos específicamente por el consumo de tales sustancias. Diversos materiales que conforman el corpus de esta investigación darían cuenta de los sufrimientos

comprendidos en ambos niveles, los cuales en todos los casos aparecerían estructurados como una narrativa, como un “tejido lingüístico” (Dunker, 2015, p.219) que permitiría el acceso a las subjetividades los sujetos sufrientes.

En este sentido, diversos materiales discursivos analizados darían cuenta de los padecimientos que buscaban ser aliviados a través del consumo de drogas y que se corresponderían con el primero de los niveles mencionados. Los usos de drogas en este nivel tendrían relación con la faz de *medicamento* de las tales sustancias – faz que fue referida en el apartado anterior, por ejemplo, respecto a los beneficios del uso de anfetaminas bajo indicación médica, o respecto a las virtudes médicas del opio – y con su empleo como *paliativos al malestar en la modernidad* – empleo que será desarrollado más adelante en este mismo apartado, y que se vincularía con la necesidad de encontrar alivio frente a las extenuantes condiciones de la vida moderna. Así, podríamos señalar que las *narrativas de sufrimiento* asociadas a síntomas vinculados a “las angustias y sufrimientos del trajín cotidiano” (T28, 1947) – como los que fueron mencionados anteriormente al referirnos a la experimentación de un “camino a menudo fastidioso de la existencia” (T28, 1947) –, se inscribirían dentro de las categorías de sufrimiento que tienen como causa la “desregulación del espíritu” y la “pérdida del alma”. Tales categorías estarían asociadas a la *perspectiva psico-espiritual*, la cual legitimaría el sufrimiento de aquellos sujetos que, habiendo experimentado una falta de sentido de la existencia, recurrirían al uso de drogas como solución a dicha falta. Ejemplos de padecimientos inscriptos en estas categorías serían los de aquellos sujetos “decadentes del cuerpo y del alma” que se verían beneficiados por el “olvido” provocado por el consumo de alcohol, olvido que sería considerado como un “narcótico pasajero para los dolores físicos y morales, para las hondas tristezas y los incurables desengaños” (T3, 1950, p.2). Otros ejemplos serían los de aquellos sujetos portadores de una “fatiga física y espiritual continuada y rebelde” (T31, 1939, p.1199).

En distintos materiales que conforman el corpus de esta investigación también se hacen presente *narrativas de sufrimiento* que corresponden al segundo de los niveles, es decir, que se refieren a los padecimientos causados en los sujetos específicamente por el consumo de drogas. Así, aparecerían narrativas que tendrían como causa de sufrimiento la “aparición de un objeto intrusivo” y que se vincularían a aquellos abordajes terapéuticos que, inscriptos en el *paradigma de la enfermedad*, se orientarían a hacer desaparecer el objeto droga de la vida del sujeto de forma permanente. En esos casos se trataba de sujetos que, habiéndose encontrado con tales sustancias, iniciaban su consumo poniendo en marcha un proceso de deterioro progresivo que debía ser detenido mediante la abstinencia absoluta. Ejemplos de sufrimientos inscriptos en esta categoría se encontrarían en el apartado anterior, en donde nos referimos al “inventario detallado” de los efectos nocivos producidos

en el sujeto a partir del consumo de las sustancias psicoactivas. En los distintos materiales analizados también aparecerían narrativas que tendrían como causa de sufrimiento la “ruptura del pacto” y que se vincularían a aquellos abordajes terapéuticos que, inscriptos en el *paradigma del aprendizaje social*, se orientarían a reconfigurar los “pactos” de la tríada persona-sustancia-entorno. En esos casos se trataba de sujetos que habrían incurrido en consumos problemáticos de drogas a partir de una interacción negativa con tales sustancias en diversos contextos. Ejemplos de sufrimientos inscriptos en esta categoría serían los padecidos por el alcoholista como consecuencia de la “pérdida del control de la situación ingestante” en la que incurría a partir de la “sustitución” de un “patrón ingestante ‘normal’” por un “patrón ingestante ‘anormal’” (T63, 1970, p.44) – situación que será desarrollada más adelante en este apartado. Por último, como ejemplos de padecimientos provocados por el consumo de sustancias psicoactivas e inscriptos en la categoría de sufrimientos que tienen como causa la “desregulación del espíritu”, podríamos señalar los “sufrimientos de orden espiritual y orgánico” (T50, 1937, p.27) que afectarían al morfinómano – sufrimientos que fueron referidos en el apartado anterior.

Tal como fue anticipado, los usos de drogas también se insertarían en la categoría del *malestar*, en tanto tales sustancias se desempeñarían como bálsamos paliativos para hacer frente al malestar propio de la modernidad, cuya particularidad estaría dada por la paradoja de pertenecer a una época en la que se han cumplido “todos los deseos de los cuentos” y en la que el hombre “casi ha devenido un dios él mismo” (Freud, 1930/1992, p.91). Distintos materiales discursivos analizados mostrarían que el uso de sustancias psicoactivas durante el período considerado en esta investigación respondería al apremiante y agotador ritmo de vida llevado en la modernidad, en un contexto caracterizado por extraordinarias conquistas obtenidas a partir de la enorme exigencia a las energías corporales y anímicas del hombre: cambios estructurales de la sociedad, urbanización, disminución de la mortalidad, aumento del promedio de vida, avances tecnológicos, industrialización, desarrollo económico, mejora de los sistemas de comunicación, sometimiento de la naturaleza, desarrollo de la ciencia (Bernal, 1997). Dichos materiales hacen referencia a las condiciones de vida modernas, condiciones extenuantes que llevarían a negar que pudiera “llamarse vida a la que lleva la inmensa mayoría de los seres humanos en la época” (T31, 1939, p.1199). En efecto, tales condiciones habrían conducido a la “prisa”, la “agitación”, la “fatiga”, provocando que las personas no tuvieran un “descanso suficiente” y que sus nervios se vieran “agotados” (T31, 1939), dando como resultado un malestar frente al que las drogas habrían realizarían una decisiva labor al ser utilizadas como *paliativo* – aquí se pondría en juego la “táctica de defensa” de la “intoxicación anestésica o excitativa” presentada por Freud (1930/1992) y recuperada por Dunker (2015, p.199).

En los materiales analizados se reconocería la colaboración del consumo de drogas “excitantes” sobre el sujeto, al admitir que ellas le proporcionarían “nuevas fuerzas para continuar llevando sobre sus hombros [la] pesada carga de la civilización” (T3, 1950, p.3). Específicamente, respecto a las anfetaminas, se señala que habrían sido usadas muy frecuentemente por estudiantes, profesionales y artistas “como medio de mantener un nivel psíquico de exaltación”, lo cual permitía responder al exigente ritmo de vida de la época, aunque ello sucediera “a expensas de un pensamiento ordenado y también a costa de cualidades morales como lo son la seriedad, la dedicación al trabajo, la auto-disciplina y demás virtudes individuales” (T12, 1956, pp.13-14). También habrían sido usadas por amas de casa, trabajadores y deportistas para obtener mejor rendimiento (T13, 1963; T71, 1968). En efecto, las motivaciones más importantes para el consumo de anfetaminas en nuestro país en el período considerado habrían sido las siguientes: el “deseo de corregir rápidamente estados de agotamiento psico-físico o de depresiones de cualquier tipo”, la “necesidad de restar horas de sueño mediante la droga, con el fin de poder estudiar o realizar otras tareas nocturnas”, el “deseo de poder obtener mejores resultados en los estudios o en las tareas [realizadas] habitualmente”, así como “mejores ‘performances’ deportivas” y el “fin de adelgazar” (T71, 1968, p.20).

La utilización de las drogas como paliativo al malestar se configuraría como un *problema de salud pública* en tanto determinaría la emergencia de un fenómeno denominado “asociación de toxicomanías” (T71, 1968, p.23) puesto en marcha con el objetivo de “reencontrar el equilibrio sueño-vigilia” (T71, 1968, p.24). Tal asociación resultaría de la derivación de la activación psicofísica producida por las anfetaminas consumidas para aumentar el rendimiento, en un insomnio que intentaría ser contrarrestado mediante el consumo de sustancias depresoras del sistema nervioso central. De tal modo, se engendraría un “juego ‘pendular’” entre sustancias estimulantes y sustancias depresoras, que daría lugar al consumo de “dosis enormes de ambos productos” (T12, 1956, p.14). La asociación entre anfetaminas e hipnóticos (por lo general, barbitúricos) habría constituido la asociación más común en nuestro país durante el período en cuestión:

[el] insomnio causado por el abuso de anfetaminas durante el día, (...) [obliga] a usar dosis altas de hipnóticos para poder dormir por la noche; como al otro día se encuentran embotados por los barbitúricos, para retomar la actividad anterior deben volver a emplear las anfetaminas, tal vez a dosis aún mayores y así sucesivamente (T71, 1968, pp.23-24).

También habría sido común la asociación entre anfetaminas, hipnóticos y alcohol, así como también entre otros estimulantes – tales como café, té y/o analgésicos con cafeína – para potenciar el efecto de las anfetaminas. De este modo, las “condiciones cada vez más duras de la vida social” habrían conducido “a una tolerancia general de tales hábitos”, los cuales, desgraciadamente, establecerían “un nuevo círculo vicioso psicopático ya que dichas sustancias no resuelven los problemas que determinaron la ingestión y en cambio

sensibilizan al sujeto para desadaptarse en otras direcciones” (T71, 1968, pp.15-16). Una de esas posibles desadaptaciones la constituirían los actos delictuosos o antisociales asociados al consumo de bencedrina, tales como “arranques coléricos y agresivos, bruscos” ocurridos en virtud del “desmantelamiento del sentido ético” (T12, 1956, p.14) producidos en las personas en el curso de los períodos de consumo. El siguiente sería un ejemplo de tal “desmantelamiento”:

una paciente redujo a polvo los objetos frágiles que encontraba en su pieza, rompió los muebles y agredió violentamente a los familiares; otra robó alhajas corriendo gran riesgo y sin ningún provecho, según su expresión: “tenía necesidad de exponerse, de correr peligro”. Esa misma persona que otro momento llegó a incendiar muebles con ropa, retirándose después a dormir a una pieza contigua a aquella que estaba tomando fuego (T12, 1956, p.14).

Los profesionales de la salud (médicos, practicantes, nurses, enfermeros, etc.) de la época habrían tenido amplia responsabilidad sobre el consumo de drogas, en tanto se trataría de sustancias legales dispensadas o avaladas por ellos (Peraza, 2019). Este hecho se evidenciaría, por ejemplo, en el “pequeño mea culpa” realizado por la clase médica al “confesar” su responsabilidad sobre la existencia del fenómeno del “alcoholismo medicamentoso”, “una forma frecuente de alcoholismo en la mujer (T38, 1936, p.37). El empleo del término “confesar” sería significativo en tanto mostraría la inscripción de los tres discursos más significativos en el campo del uso de drogas: el discurso médico, el discurso moral-religioso y el discurso jurídico. Con este término los médicos tomarían la posición de *penitentes* que, arrepentidos de un pecado cometido, confesarían su mala acción para obtener la absolución, o de *litigantes* que declararían ante el juez por una infracción cometida. Mediante tal “confesión” se admitiría que los múltiples avisos diarios publicados sobre las “propiedades maravillosas” de las distintas variedades de bebidas tónicas habrían conducido a que “muchos desgraciados”, buscando la salud, “[se encontraran] con una forma de alcoholismo legalizada aparentemente por el comercio a base de medallas y premios en las exposiciones, y a base también de certificados otorgados por médicos” (T38, 1936, p.38). Aquí, un hecho que cabría destacar, sería el reconocimiento por parte del discurso médico, de la configuración de una toxicomanía denominada “toxicomanía médica” (T72, 1963, p.19), originada por “intermedio del M.S.P. (...) a base de morfina, fosfato de codeína, láudano, etc.”, a la que se consideraría como la “toxicomanía fundamental” en la época, y que se ubicaría junto a otra de “menor entidad, en focos aislados, (...) conectados por un pequeño grupo de personas en cabarets, bares, prostíbulos, boites, a base de cocaína (...) y marihuana, y cuya (...) introducción al país [es] ilegal, (...) discontinuada y en pequeñas cantidades” (T72, 1963, p.20).

Las graves irregularidades respecto al uso de sustancias psicoactivas dentro de Salud Pública habrían sido constatadas y puestas en evidencia hacia el final del período considerado en esta investigación. Así, según surge de un artículo publicado en 1963, la Comisión Honoraria Consultiva de Coordinación de Lucha contra las Toxicomanías creada

por la Ley 9692 de 1937, habría verificado la sustracción de grandes cantidades de alcaloides en los hospitales (por ejemplo, de dos mil ampollas de morfina en un hospital y 1900 c.c. de fosfato de codeína, en otro), facilitada por la “absoluta falta de contralor por los médicos de Sala” (T72, 1963, p.19). En efecto, en las planillas en las que se los controlaría en las farmacias se habrían incluido alcaloides que no habían sido indicados, se cambiaban las dosis o se registraban nombres de enfermos inexistentes. Del mismo modo, se habría comprobado la existencia de “médicos delincuentes” que vendían sus recetas, así como “de otras categorías de médicos tan peligrosos como los anteriores”, los cuales, por comodidad o para evitar enfrentamientos con el paciente, “receta[ban] pequeñas dosis sin saber que el toxicómano [tenía] varios médicos en similares condiciones que lo [nutrían]”. También se habría comprobado la existencia de médicos que “receta[ban] las dosis requeridas por el toxicómano y da[ban] como excusa que se trata[ba] de enfermos irrecuperables” (T72, 1963, p.23). Se habría verificado la existencia de “médicos toxicómanos” (T72, 1963, p.20) que, en su mayor parte, negaban su enfermedad y trataban de justificar “su enorme consumo de drogas” mediante “pretextos infantiles” (T72, 1963, p.23) – tales como atribuir el uso de más de treinta ampollas de sedargil por noche a su rol como médico de urgencia calmando cuadros dolorosos de abdomen, o atribuir el consumo diario de varios frascos de nodal a una amibiasis de su esposa –, y se oponían a su internación con fines de tratamiento. El artículo señalaba que la cuestión de qué hacer con ellos revestía complicaciones, pues si bien la ley preveía la posibilidad de realizar una denuncia a la Comisión de Salud Pública que podría derivar en el retiro de su recetario, se consideraba que tal medida podía resultar contraproducente: se “[quitaría] la fuente de autoabastecimiento al toxicómano que hasta ese momento gracias a ella no ofrecía peligro social y lo convertiríamos en un gran peligro cuando comenzara la búsqueda de otras formas de abastecimiento” (T72, 1963, p.24).

Durante el período considerado en esta investigación, la toxicomanía habría sido concebida fundamentalmente desde el *paradigma de la enfermedad*, y definida como una *enfermedad de la voluntad*. Desde este paradigma, la droga se constituiría como un “objeto intrusivo” (Dunker, 2011, p.62) cuyo uso por parte del sujeto daría paso al sufrimiento. En efecto, en los materiales discursivos se señala que el uso de este “objeto intrusivo” que aparece en la vida del sujeto anularía su voluntad y arrastraría a los sujetos a consumir cada vez mayores dosis. Así, respecto del alcohol se señala que su consumo provocaría “la muerte de la inteligencia, la atrofia de los sentimientos, la anulación de la voluntad” (T40, 1937, p.11), y que tal anulación o pérdida de la voluntad “es tan grande y tan constante, que ella [sería] el verdadero obstáculo al tratamiento de los enfermos” (T38, 1936, p.25).

El discurso médico habría impulsado una concepción de la toxicomanía cargada de moralidad en la que ella se configuraría como *vicio* y se la vincularía al morbo. En efecto, se la define como un “vicio terrible” (T54, 1939), un “vicio que grita y arrastra” (T54, 1939), o

una “tendencia morbosa que arrastra al sujeto a ingerir, inhalar o inyectarse tóxicos” (T50, 1937, p.26). Aquí cabe señalar que, específicamente, en la definición del alcoholismo como “un vicio que, cuando arraiga profundamente en el individuo, es poco menos que imposible desterrarlo de su cuerpo y de su espíritu” (T36, 1943), y en la caracterización que se hace de él como manifestado por “la incapacidad de detener la ingestión de alcohol, una vez iniciada” (T63, 1970, p.53) quedaría evidenciada la concepción de la dependencia como entidad absoluta, irreversible que se tiene desde el *paradigma de la enfermedad*.

Los materiales analizados permitirían apreciar que, en el discurso médico, las valoraciones positivas realizadas sobre los efectos producidos por los estímulos artificiales proporcionados por las drogas, resultarían decisivamente contrarrestadas al presentar sus efectos negativos. De este modo, se quitaría valor a “la alegría”, “el olvido” o el “trabajo intelectual” a los que se accedería a partir del consumo de tales sustancias, al señalar que la alegría “es una triste alegría sin el contenido de utilidad que el honesto placer deja siempre como sedimento”; que el olvido “es sólo la sustitución de unas tristezas por otras”, y que el trabajo intelectual producido bajo los efectos de tales estímulos artificiales “está manchado siempre de impurezas, de alambicamientos, de torturadas creaciones que le colocan en seguida segundo plano frente a la inspiración clara y limpia de la ideación espontánea” (T3, 1950, p.3). La toxicomanía sería representada como una *búsqueda insensata de goce*, en tanto implicaría la “procura insensata de un placer más” (T54, 1939), la búsqueda de “un placer”, un “deleite” o “un goce” que “se paga carísimo (...) porque acorta la vida en forma impresionante” (T33, 1938); su costo elevado radicaría en que su “fuerza subyugadora” conduce a los hombres a “deshacer toda su vida física y moral” (T54, 1939).

Esta representación decisivamente negativa de la toxicomanía se habría hecho evidente en diarios de la época. Así, por ejemplo, un artículo hace referencia al “hecho incontestable de que la toxicomanía es uno de los flajelos [sic] que arruinan a la humanidad” (T21, 1933), a la vez que otro artículo que refiere al objetivo de “cooperar a la extinción de los traficantes y envenenadores del pueblo” presenta a la toxicomanía como un “mal social” contra el que hay que “levantar una muralla”, como una “ola que todo lo avasalla” y ante la que “no es posible [cruzarse] de brazos” (T57, 1931).

Dentro de las distintas toxicomanías se destacaría el alcoholismo por la concepción ampliamente negativa que se tenía del alcohol, y por lo extendido del consumo de tal sustancia. En efecto, el Dr. Antonio Sicco señaló en 1937 que, de la estadística de su servicio del Hospital Vilardebó, se desprendía que el 19% de los enfermos del presentaba abuso de bebidas alcohólicas entre sus antecedentes y que el 12,3% del total de enfermos presentaba psicopatías de origen alcohólico (T76, 1937, p.23). Del mismo modo, los datos recogidos sobre el consumo de alcohol en Uruguay en el Censo General de Población realizado en 1963 habrían sido “suficientemente expresivos” (T63, 1970, p.20): allí se indica

un consumo de 94 litros de bebidas alcohólicas consumidas per cápita, en comparación con un consumo de 75 litros de bebidas sin alcohol per cápita y con un consumo de 177 litros de leche per cápita.

El alcoholismo habría sido entendido “no [como] (...) una manifestación de gente civilizada, sino más bien patrimonio de atrasados, de salvajes” (T28, 1947), resultando ubicado como la “causa esencial de todos los males” (T75, 1938, p.665). Esta asimilación entre alcohol y salvajismo se evidenciaría en los diarios de la época a través de las diversas referencias a tal sustancia en noticias que incluían episodios violentos. Así, el alcohol aparecería protagonizando “una tragedia” en la que, tras una pelea, un hombre fallece y otro queda gravemente herido (T32, 1936), así como un “incidente” en el que dos ebrios “se trenz[an] en violenta discusión”, agrediendo con golpes de puño y cortes con cuchillo (T42, 1944). En tales noticias, la figura del “ebrio” aparece ligada a los adjetivos “lesionado”, “agresivo” y “belicoso” – los cuales tendrían relación con las representaciones antagónicas del sujeto toxicómano como víctima y como criminal – representaciones en las que profundizaremos más adelante. En este sentido, se presenta el infortunio de un “ebrio lesionado” tras caer al pavimento al dar un traspie y provocarse una herida cortante en el parietal derecho (T26, 1944), así como el desorden generado en una pensión por un “ebrio agresivo” que roba una vinagrera y se da a la fuga, agrediendo con golpes de puño al sereno que sale a su encuentro (T24, 1944); o la violencia con que un “ebrio belicoso” detenido por promover desorden agrede con golpes de puño al guardia, cayéndose al pavimento y lesionándose el rostro (T25, 1944).

Los efectos perjudiciales del alcohol son narrados de tal modo que el lector de las publicaciones referidas a su consumo resultaría envuelto en una atmósfera de espanto, resultando interesante el reconocimiento que en uno de los textos se efectúa acerca de la utilización del recurso de la exageración – la cual pondría en evidencia la utilización de estrategias de manipulación por parte de los médicos a la hora de presentar información sesgada y alineada con sus intereses – en tales narraciones: “¿es, todo esto, verdad pura, o hay allí exageración y afán de aterrar para corregir? Acaso, se exagere un poco: pero amplio fondo de realidad científica existe en esas afirmaciones (T30, 1940).

El alcoholismo es concebido como una “terrible enfermedad” (T2, 1958, p.18), y “no sólo una sociopatía, una falla moral o una intoxicación específica” (T5, 1968, p.11). Incluso, el alcoholismo agudo o la embriaguez, aún siendo un “accidente” o un “episodio aislado” (T3, 1950, p.4) es considerado una enfermedad. Dentro de los distintos consumos problemáticos de alcohol se distinguen la borrachera, la adicción, el alcoholismo crónico y la ebriedad patológica. La borrachera se exteriorizaría de manera “ruidosa y espectacular, con su marcha oscilante, los desatinos de la mente, el vómito” (T2, 1958, p.19). Por su parte, la adicción se definiría por el “imperioso e insaciable impulso hacia la intoxicación”,

determinado por la incapacidad del adicto “para lograr el contenido psicológico necesario dentro de la vida armónica”. Se considera que “a los verdaderos bebedores adictos puede no agradales el alcohol” y que el hecho que los hace adictos sería “su incapacidad para vivir su ‘vida normal’” sin los efectos del alcohol, de modo que tal sustancia sería llamada “en ayuda, para ajustar al individuo a la realidad” (T34, 1949). El alcoholismo crónico sería definido por “las consecuencias físicas y psicológicas a continuación del prolongado uso de las bebidas alcohólicas” (T34, 1949). En este tipo de alcoholismo se reconocería una doble dimensión: por un lado, resultaría un “pequeño alcoholismo”, en tanto no llega a exteriorizarse estridentemente como la borrachera; y por otro, resultaría un “grande alcoholismo”, en tanto “es continuado, (...) permanente” (T2, 1958, p.19). Por su parte, la ebriedad patológica se destacaría dentro de los distintos tipos de consumo problemático de alcohol, por ser un cuadro clínico en el que adquiere gran relieve no la sustancia, sino otro de los elementos de la tríada implicados en el fenómeno del consumo de drogas: la persona. En este cuadro se tendría en cuenta la decisiva incidencia que tienen sobre él los “factores personales que pueden hacer a un individuo más o menos resistente al alcohol” (T58, 1968, p.27). Al contrario de lo que ocurriría en el alcoholismo normal o fisiológico, que se correspondería a “una ingestión aguda y masiva de alcohol” (T58, 1968, p.27), en la ebriedad patológica “la reacción es atribuible preferentemente al terreno de que es portador el agente y no la magnitud de la alcoholización” (T58, 1968, p.30). Aquí, “la influencia del alcohol es mínima”, en tanto que actuaría “en cantidades pequeñas, insignificantes” (T58, 1968, p.27). Aquí lo decisivo sería “la predisposición del individuo” así como “la concurrencia de otros factores: traumas cráneo-encefálicos; emoción intensa y única o mínimas y sucesivas; largos períodos de insomnio; convalecencia o incubación de una enfermedad infecciosa; etc.” (T58, 1968, pp.27-28).

En el alcoholismo – al igual que ocurre en las otras toxicomanías – el *paradigma de la enfermedad* se resquebrajaría cuando, dentro de su etiología, junto con la “injuria cerebral”, el “defecto nutricional adquirido”, el “defecto metabólico innato”, el “desarrollo anormal de la personalidad” y el “desarrollo inmaduro de la personalidad”, se incluyen la “conducta aprendida” y los “hábitos culturales” (T63, 1970, p.53). Aquí se haría presente el *paradigma del aprendizaje social*, en el que el consumo problemático no sería una entidad absoluta sino un proceso dinámico que podría modificarse a partir de un proceso de reaprendizaje (Fernández y Lapetina, 2008). En efecto, se admite la formulación de un “modelo de las relaciones entre el enfermo y el alcohol” que consideraría la enfermedad de la dependencia alcohólica como el resultado de la “sustitución”, en la persona, de una “conducta ‘normal’ con respecto a las bebidas alcohólicas” – que implicaría la abstinencia o el consumo según un “patrón ingestante ‘normal’”, – por un “patrón ingestante ‘anormal’” (T63, 1970, p.44). Según este modelo – que contemplaría *el aprendizaje* a partir de la

interacción con las sustancias y podría vincularse con las narrativas de sufrimiento relacionadas con la “ruptura del pacto” (Dunker, 2011, p.62) –, el patrón ingestante “normal” sería el resultante de la relación que la persona establece desde su infancia y adolescencia con las bebidas alcohólicas, “como parte de las normas culturales locales (...) y como parte de las normas familiares” (T63, 1970, p.44). Aquí, sería interesante destacar que el aprendizaje funcionaría en una sola dirección: el sujeto podría aprender el patrón ingestante “normal” y luego el “anormal”, pero una vez aprendido éste no podría volver atrás, ya que la sustitución del patrón, luego de un cierto lapso de tiempo, daría como resultado la “pérdida del control de la situación ingestante”, presentándose en el consumidor el “signo patognomónico de la enfermedad alcohólica” (T63, 1970, p.44), según la cual “una vez comenzada la ingestión de alcohol, no puede detenerla” (T63, 1970, p.47).

Las fisuras en el *paradigma de la enfermedad* también se evidenciarían cuando se habla de un “alcoholismo ambiental”, admitiendo que “el hombre bebe, no por apetencia tóxica (dipsomanía) ni por pasión (dipsotimia), sino por imperativo social” (T56, 1939, pp.50-53), y cuando se señala que al “alcoholismo plebeyo y grosero de las masas populares ignorantes o poco cultivadas”, se le sumaría un “alcoholismo mundano” o “alcoholismo aristocrático” (T27, 1937, p.86) que tendría la particularidad de “disimular” el consumo de alcohol en las clases pudientes “bajo la máscara falaz del copetín, nombre que hace más ‘pequeño’ el volumen ingerido y menos grave el ataque del tóxico (T28, 1947). A este alcoholismo “mundano” se llegaría no solo a través de la participación de los sujetos en diversas situaciones sociales – en clubs, confiterías y bares los sujetos consumían dosis moderadas de alcohol en retiradas oportunistas a lo largo del día – sino también en las propias casas de familia. De este modo, el “hábito nefasto” del consumo diario de alcohol se habría ido propagando tanto en hombres como en mujeres (y, peor aún, en niños y niñas):

No solamente los hombres que, entre aperitivos, cocktails, vermouth y licores, consumen, a más de los vinos de mesa, cantidad de copas de bebidas destiladas, fuertemente alcohólicas y algunas aromatizadas con esencias particularmente nocivas para el sistema nervioso. También numerosas señoras y aún niñas, que van convirtiendo en un gesto diario, ritual casi, el consumo de variados y más o menos complicados “copetines”, tanto más elegantes cuanto más caros y provistos de nombres más ilustres (T27, 1937, p.86).

Respecto a la definición de los *usos de drogas* como *problemáticos* o *no problemáticos*, podríamos decir que si bien el foco habría estado puesto en la sustancia (fundamentalmente en el tipo, la cantidad y la calidad de la sustancia psicoactiva consumida), también se habrían contemplado los otros dos elementos de la tríada: persona y entorno. De este modo, al intentar determinar “la acción del alcohol en el estallido de manifestaciones psíquicas anormales” (T69, 1953, p.21), se admite que, independientemente del “enfoque doctrinario que se adopte”, siempre habría “una mutua interacción e inter-relación entre tóxico y organismo intoxicado”: “el tóxico (...) actúa por su cantidad y por su calidad; y el organismo intoxicado (...) responde con sus defensas, con su

capacidad de neutralización, de eliminación, de absorción, de difusión del tóxico” (T69, 1953, p.22). Así, por ejemplo, en el caso del alcoholismo, se reconoce que la sustancia no sería el único elemento determinante de la acción del alcohol sobre los órganos: a los factores cantidad, calidad y origen del alcohol ingerido, y la regularidad o irregularidad de la administración, se agregaría un factor que tiene que ver con la persona: la “constitución orgánica del individuo con mayor o menor labilidad o resistencia al tóxico” (T3, 1950, p.4). También se consideran la “estructura psicológica” y la “personalidad” del sujeto consumidor (T14, 1949, p.18). Respecto al entorno o contexto, otro de los elementos de la tríada implicados en el consumo de drogas, podría decirse que el reconocimiento de su implicación se realizaría en los momentos en que se admite que dicho consumo respondería al *malestar* de la época y en los momentos en que se contempla la incidencia de factores familiares y factores sociales en el mismo. Un ejemplo de este reconocimiento estaría dado por el señalamiento de que el alcoholista, colocado “en ambiente de buenas condiciones, puede mejorar y curar” (T50, 1936, p.25).

La categoría *género* habría atravesado el fenómeno del uso de drogas dando lugar a valoraciones y significados diferenciales atribuidos al consumo en mujeres y hombres que conducirían a la censura del consumo femenino por diversos motivos. En la maternidad, la “*nefasta influencia del tóxico*” (T52, 1949, p.27) *sobre la integridad del niño*, se constituiría como un argumento a favor de la censura del consumo de alcohol por parte de las mujeres, motivo que se añadiría al establecido por la consideración de que *los organismos de las mujeres “por razones fisiológicas, [resultan] menos aptos (...) para defenderse de las agresiones del alcohol”* (T2, 1958, p.19). Otro motivo que se añadiría a favor de la censura del consumo de alcohol en las mujeres sería la consideración de su “*rol esencial*” en su “*santo ministerio de madre*” (T38, 1936, p.45), *de acuerdo con lo cual ella debe “predicar con el ejemplo”, debiendo empezar por ella misma “la purificación”* (T38, 1936, p.33). Asimismo, la inclusión de preguntas diferenciales en función del género en una encuesta realizada en 1958 sobre cien casos de alcoholistas atendidos en la Clínica de Higiene Mental “Dr. Joaquín de Salterain” de la Liga Nacional contra el Alcoholismo, daría cuenta de la disparidad de concepciones existentes en torno al consumo de hombres y mujeres: mientras que a ellos se les pregunta acerca de si “*pueden tomar las mujeres*” – como si de ellos dependiera la autorización para que las mujeres consumieran –, a ellas simplemente se les pregunta si “*en su opinión la mayoría de los varones toman*” (T16, 1958, p.21), y solo a ellas se las interroga acerca del “*alcoholismo en la familia*” (T16, 1958, p.22).

El atravesamiento de la categoría *género* en el fenómeno del uso de drogas podría observarse, además, no sólo en la consideración de la mujer como “*fácil presa del placer*” en virtud de “*su debilidad, su escaso poder de voluntad*” (T54, 1939), sino también en la descripción de los efectos diferenciales provocados por el uso de la droga en función del

género. De este modo, respecto a la cocaína, únicamente en el caso de la mujer su consumo sería emparejado a la *promiscuidad sexual*: se señala que mientras que “en el hombre sobreviene rápidamente la *impotencia genital absoluta*; en la mujer, se produce una total pérdida del pudor y del control de su personalidad llegando a entregarse al primer individuo que se presente” (T54, 1939).

Este trato diferencial también se evidenciaría cuando se postula a la mujer como *incitadora del consumo en hombres*, al incluirse el “complacer el capricho de una mujer” entre los distintos motivos que conducen al consumo de drogas, junto con otros como el “snobismo”, la “perversión del instinto”, el “ahuyentar una pena o calmar un dolor pasajero” (T54, 1939). Sin embargo, la inexactitud de lo anterior se pondría de manifiesto a partir de un caso documentado de consumo de bencedrina e hipnóticos por parte de una mujer, en el que se demuestra que, en todo caso, existirían motivos relacionados con el hombre influyendo sobre el consumo de drogas en la mujer. En el mismo, se localiza el comienzo del consumo de drogas en la mujer “en las épocas de casada, cuando tenía que dormir poco y mantener intactas sus energías para colaborar con el trabajo de su esposo” (T13, 1963, pp.4-5). Se señala que, para contrarrestar los efectos de los hipnóticos consumidos para dormir por la noche, ella tomaba “dos o tres comprimidos de bencedrina” por la mañana, a fin de “llega[r] lúcida a su trabajo” (T13, 1963, p.5).

Respecto a las particularidades del consumo femenino, se destacaría su *menor frecuencia, pero mayor profundidad*. Así, se señala que, si bien “la mujer se intoxica menos a menudo que el hombre, (...) cuando lo hace, suele hacerlo más profundamente; en su caída, rueda hasta el fondo del precipicio, (...) no siendo en tal caso impedimento alguno ninguna consideración familiar o social” (T38, 1936, p.34.). En este sentido, se considera que la intoxicación en el caso de la mujer “es tanto más triste cuanto que (...) venderá, si es preciso, su honor y el de sus hijos para procurarse la satisfacción de su sed de alcohol” (T38, 1936, p.34). Otra particularidad del consumo femenino estaría dada por su *elegancia*: además de “la sensación fuerte, tónica de la bebida”, la mujer busca su “placer gustativo” (T38, 1936, p.34), motivo por el cual “elige siempre o casi siempre, bebidas agradables, las cremas alcoholizadas, los licores, las bebidas con esencias, el anís, la Chartreuse, el alcohol de menta, etc.” (T38, 1936, p.37). Asimismo, se admite que el “alcoholismo medicamentoso” (T38, 1936, p.37) al que las mujeres llegarían siguiendo las prometedoras propiedades de las variedades de bebidas tónicas publicadas en los avisos diarios, daría lugar a una intoxicación que “no por ser más elegante, (...) es menos perversa” (T38, 1936, p.38):

la mujer que se alcoholiza (...) con bebidas con esencias, va rápidamente, más rápidamente que en otros casos, a estados mentales y nerviosos muy serios. El alcohol con esencia es aún peor que el otro y produce trastornos psíquicos ya caracterizados como verdadera locura, ya como ataques de histeria, como neurastenia o bien, lo que también es frecuente, produce la parálisis, principalmente de las piernas (T38, 1936, p.38).

La posición desventajosa que habría ocupado la mujer de la época – al ser presentada como un ser débil, enfermizo – se retrataría en el artículo de un diario dirigido específicamente hacia el género femenino, titulado *Lean las mujeres*. Allí se habla de “la penalidad de la mujer”, independientemente del hecho de ser “casada o soltera” – con lo cual se sugeriría que el hecho de tener un hombre a su lado sería un factor decisivo en la vida de la mujer – refiriéndose a las “fuertes jaquecas, debilidad, pérdida del humor y del apetito, (...) síntomas que se recurren mes por mes”. El artículo presenta a las “Píldoras Rosadas del Dr. Williams”²⁷ como una solución efectiva, “admirable” para “los desarreglos propios de la mujer, puesto que dan riqueza a la sangre y fortalecen el sistema nervioso”. Se señala que la solución que tales pastillas brindan estaría dada por los efectos positivos que las mismas producen al fomentar aquellos atributos que serían considerados como “el máspreciado don y atractivo de toda mujer”: la “energía”, la “jovialidad”, los “buenos colores” y la “virilidad” – este último llamaría la atención en tanto se trataría, por definición, de un atributo eminentemente masculino (T51, 1931).

3.3. Representaciones sobre los usuarios de drogas

Respecto a los sujetos usuarios de drogas encontramos representaciones que se van superponiendo o solapando, y que, en algunos casos, resultarían complementarias – el toxicómano como *enfermo* y como *sujeto inmoral* –, y, en otros antagónicas – el toxicómano como *criminal* y como *víctima*.

En el *Congreso Médico del Centenario* realizado en 1930, la representación del sujeto toxicómano como *enfermo*, se articularía o complementaría con su representación como *sujeto inmoral*. En dicho Congreso se habrían distinguido tres clases de toxicómanos: *mentales*, *estéticos* e *inconscientes*, cada uno de los cuales habría requerido medidas específicas para su neutralización, terapéutica y profilaxis social. Los toxicómanos *mentales* serían definidos como aquellos sujetos “degenerados” o “pervertidos del ‘instinto’”, poseedores de una “tendencia psicopática constitucional” que los impulsa a la toxicomanía. Se trataría de sujetos anómalos que por su “exagerada apetencia” o su “disminuida e insuficiente inhibición”, se satisfacerían “con las sensaciones que le ponen a su alcance las mil excitaciones de la vida moderna”. Respecto a los toxicómanos *estéticos*, se expresa que ellos se orientarían hacia el tóxico “consciente y voluntariamente”, a fin de “buscar placeres nuevos”, “matar simplemente el tedio de una vida demasiado monótona”, “procurarse un excitante cerebral o emotivo para sus creaciones intelectuales o artísticas”, o “ahogar penas”. Finalmente, el toxicómano *inconsciente* o *no voluntario* sería el “habitado por la

²⁷ Las Píldoras Rosadas del Dr. Williams eran un tónico rico en hierro y otros minerales con vitamina B, ofrecido para hacer frente a las afecciones propias de la vida moderna y civilizada (Sedrán y Carbonetti, 2019).

terapéutica contra el dolor” o “el que cae en el vicio, hábito o manía sin conocer sus riesgos, por imitación, por seguir el molde de la vida ambiente, por la moda social, por ‘snobismo” (T73, 1930, p.233).

Tal como fue anunciado líneas arriba, a las representaciones complementarias mencionadas se les sumarían las representaciones antagónicas del sujeto toxicómano como *criminal* y como *víctima*, las cuales supondrían consideraciones distintas en cuanto a la *responsabilidad* del sujeto sobre su condición. Así, por un lado, se les atribuiría responsabilidad sobre su condición concibiéndolos como “*delincuentes* [que] poco más o menos se convierten en ‘*enemigos públicos*’ espectaculares” (T37, 1944) – o, al menos, como un hombre con poder de decisión, un hombre que “conspira contra sí mismo” (T3, 1950, p.2) y que “se impone a sí mismo un sufrimiento que necesita el uso continuo de la droga para evitar las consecuencias torturantes que se manifiestan en la ausencia de ella” (T80, 1950, p.30) – ; y, por otro, se les quitaría esa responsabilidad al entenderlos como *víctimas*, como seres que constituyen “poquita cosa” (T44, 1943) o seres “infelices” (T18, 1950, p.61). De este modo, nuevamente se haría evidente la influencia del *positivismo criminológico italiano* en la clase médica, a partir de la cual el toxicómano sería considerado un delincuente, portador de un “estado de peligrosidad”, así como también la influencia del *paradigma de la enfermedad* dominante en la época, según la cual el toxicómano sería considerado una víctima en la que su voluntad quedaría afectada. En efecto, el toxicómano sería considerado una “víctima (...) [que] ya no piensa, ya no razona, no quiere saber nada de consejos y sólo recuerda los dulces sueños (...), sin tener en cuenta las terribles consecuencias que trae consigo ese vicio” (T18, 1950, p.60). En este sentido, se señala que se trataría de sujetos que “sucumben (...) arrastrados por el goce efímero y terrible” (T50, 1937, p.27) y a los que se considera imposibilitados de tomar decisiones libres y/o responsables respecto a su consumo: “perdido todo concepto moral, la voluntad anulada totalmente, la inteligencia disminuida notablemente, [el toxicómano] sólo piensa en procurarse la droga de cualquier manera” (T54, 1939).

Siguiendo los planteos de Foucault, podríamos decir que, en una *sociedad de normalización* como la sociedad uruguaya de la época, los toxicómanos se configurarían como los “enemigos” (Foucault, 1992/1996, p.206), de los cuales el sistema político debe defender a la sociedad. De este modo, dentro de la sociedad de normalización los toxicómanos serían sujetos “anormales”, sobre los cuales deberían aplicarse distintas técnicas de intervención con el objetivo de asegurar la salud de la sociedad. En este sentido, podríamos decir que las representaciones sociales que habrían circulado sobre el toxicómano en Uruguay durante el período considerado en esta investigación nos remitirían a las figuras que ha planteado Foucault al distinguir los tipos de “anormales”.

La representación del alcoholista como “un ser degradado, inferior, inútil” (T74, 1938), como un ser con un “carácter animalizado por el tóxico ingerido” (T36, 1943) o como “una bestia satánica” (T30, 1940), se correspondería con la figura del “monstruo humano” (Foucault, 1975/2000). Del mismo modo, la representación del toxicómano como una *carga, parásito o amenaza al orden familiar y al orden social*, se correspondería con la figura del “individuo a corregir” (Foucault, 1975/2000). En efecto, la necesidad de hacer recaer sobre el toxicómano acciones correctivas surgiría al asumir que éste, sumido en un proceso de deterioro progresivo, “pierde el afecto” por su familia, por su mujer y sus hijos, deja de ser “el sostén de su hogar” y “se transforma en una carga pesada, haciendo al mismo tiempo imposible la vida a los que lo rodean” (T54, 1939). La representación negativa – y que podríamos calificar como degradante – que se tiene sobre los toxicómanos sería ilustrada en un diario de la época que presenta el caso de un “morfinómano empedernido” que mata a un sereno de una institución de caridad para “conseguir dinero para saciar sus vicios”. Allí, los toxicómanos son referidos de la siguiente manera: “Dominados por pasiones incalificables, enlodados entre la morfina y los alcaloides, esos individuos son caricaturas de hombres, degeneran la raza, convirtiéndose en parásitos de la sociedad”. Del mismo modo, en ese mismo texto se los presenta como “elementos inútiles que sueñan con quimeras inconcebibles” (T57, 1931).

Particularmente, en el caso del alcoholismo, se señala que el mismo provocaría alteraciones de la conducta a nivel interpersonal, familiar, laboral y comunitario, las cuales habrían sido denominadas por el Dr. Fortunato Ramírez como un “cambio de los roles” (T63, 1970, p.40). De este modo, a partir de dicho cambio se afectarían tanto las relaciones interpersonales (al provocar disfunciones familiares, aislamiento social, etc.) como el funcionamiento económico de los sujetos (al provocar inhabilidad o incapacidad para mantener un trabajo, cuidar la propiedad, etc.) (T63, 1970). Además, se admite que tal fenómeno finalmente terminaría en la reclusión del sujeto en la cárcel, en el manicomio, en el sanatorio o en su colocación en un asilo (T38, 1936), instituciones que, de acuerdo a los planteos foucaultianos, se destinarían a la vigilancia, el control, el encierro y el eventual restablecimiento de estos sujetos “anormales”, a fin de asegurar la salud de la sociedad.

Sobre los hijos de los alcoholistas también habrían circulado representaciones negativas, en las que se haría presente la inscripción del consumo de drogas en el ámbito del crimen y del delito, en tanto se señala que en ellos, a partir del consumo de sus padres, se establecería “una base potencial anormal, que se va tornando peligrosa a medida que el niño crece y evoluciona hacia la agresividad del homicida o se orienta hacia reacciones anormales, neurosis y enfermedades mentales” (T52, 1949, pp.28-29). En este sentido, se asevera que “el alcoholismo hace de muchos individuos, delincuentes en formación” (T56, 1939, p.50), augurando que “el niño, por culpa de su padre alcoholista, que lo ha

abandonado moralmente, se transformará en vagabundo o delincuente y el robo y el crimen será el final, la consecuencia de su vida pervertida y arruinada” (T52, 1949, p.29). Se evidenciaría, así, la asimilación entre drogadicción y degeneración que habría estado presente en Europa bajo la vigencia de la *Teoría de la degeneración* de Morel: consumo de alcohol, degeneración y delincuencia quedarían imbricados en tanto se entendería que la influencia de dicha sustancia daría lugar al establecimiento de procesos de degeneración ligados a la perversión y delincuencia, susceptibles de afectar a individuos, familias y poblaciones.

3.4. Modos de intervención respecto al uso de drogas

Los tratamientos brindados a los toxicómanos durante el período considerado en esta investigación se habrían inscripto fundamentalmente en la órbita del *paradigma de la enfermedad* y habrían adoptado la *desintoxicación*, la *internación* y la *abstinencia absoluta* como referencia ideológico-terapéutica, a fin de permitir “si no una restitución íntegra, por lo menos, una recuperación de [las] capacidades anteriores [del sujeto toxicómano]” (T40, 1937, p.10).

Considerando imprescindible en el tratamiento de las enfermedades mentales el aislamiento del enfermo en un establecimiento de la salud – en tanto le permitiría “alej[arse] del medio en que se ha producido su alteración mental”, “sustrae[rse] a todas las causas de fatiga propias del ejercicio de su oficio o de su profesión”, “abandona[r] todos los excesos a que ha estado sometido” y “aparta[r] todos los factores del cansancio y de depresión moral” (T81, 1945) –, una de las primeras medidas profilácticas adoptadas respecto de la toxicomanía habría sido el *aislamiento del toxicómano en establecimientos sobre todo agrícolas, en virtud de la consideración de su “contagiosidad” como “peligro fundamental”* (T50, 1937, p.26). En tanto se entiende que “el que es víctima de uno de esos vicios trata de encontrar quien le acompañe, quien entre con él en los falsos santuarios del placer traicionero y fatal”, con su retiro lejos de toda perturbación, se intentaría evitar que “contagie” con su vicio a los demás, a la vez que favorecer la “purificación” de su “cuerpo” y “espíritu” mediante “el aire sano de la campaña” (T50, 1937, p.26). De este modo, la creación de “granjas para narcómanos” habría resultado fundamental en la rehabilitación de los toxicómanos, al estar “lejos de las ciudades y sus peligrosos atractivos” (T55, 1938, p.455).

Asimismo, entendiendo todo uso de drogas como una experiencia regresiva, la “*educación de la juventud*”, habría sido otra de las medidas adoptadas para “apartar a los jóvenes de toda posible inclinación morbosa, mediante la enseñanza de las terribles e irreparables consecuencias de los tóxicos” (T50, 1937, p.26). En efecto, un diario de la

época que se refiere a la ratificación en Ginebra de la nueva Ley Internacional sobre Estupefacientes, enfatiza el carácter decisivo del “elemento educador” para alcanzar el triunfo de la obra represiva en nuestro país, y lo hace de la siguiente manera:

En la Universidad debe encararse con valentía este problema, dando a las nuevas generaciones enseñanzas fecundas. La prensa aportará su invaluable concurso de divulgación. Los otros organismos públicos y privados realizarán una obra de vigilancia y contralor orientada dentro de los cánones del reglamento, en las directrices del convenio de Ginebra.

(...) Si por un lado se realiza obra de educación y de propaganda, por otro se aplican penalidades más severas, y por otro se limitan en lo internacional la producción y tráfico de los narcóticos, se notará a plazo breve, la palmaria disminución que el buen sentido exige en nombre de una defensa conciente de la raza futura que necesita ser cuidada grandemente, en mérito a que la complejidad y exigencias de la vida moderna, le obligarán, cada vez más, a un esfuerzo permanente, que causa perturbaciones temporarias o definitivas en aquellos seres que no están preparados para hacer frente a los embates de la lucha eternamente renovada (T48, 1933).

Aquí cabe destacar que la educación respecto a las consecuencias ampliamente negativas aparejadas por el consumo de sustancias psicoactivas se habría hecho extensiva a la infancia, incluyéndose *medidas profilácticas focalizadas en los niños* dentro de la intervención respecto a los usos de drogas – especialmente respecto al consumo de alcohol. Considerando la infancia como “la edad de oro del hombre” – en tanto en esa etapa el niño “comienza a mostrar disposiciones que pueden moldearse como la arcilla dúctil formándose un carácter de acuerdo a la armonización de tendencias diversas en relación con el medio en que actúa” (T15, 1950, p.12) –, las medidas profilácticas focalizadas en el cuidado de los niños habrían incluido no sólo la protección a aquellos provenientes de familias de alcoholistas, expuestos a “prácticas contrarias a la moral y a las buenas costumbres” (T52, 1949, p.29), sino también la educación de todos los niños acerca de los peligros del consumo de alcohol. La prevención apuntaría al fortalecimiento de la energía y la resistencia de los niños, resultando imprescindible la educación para cumplir eficazmente con la labor de prevención. En este sentido, se señala que

Un buen método de educación debe dirigirse del primer momento a asegurar el desenvolvimiento integral de la salud física: en efecto, ésta es la base de la salud intelectual. Después, se impone el aspecto moral siendo que la educación posee un poder superior como medio de reformar las tendencias hereditarias. También habrá que desarrollar en el niño (...) las fuerzas corporales pues ello favorece a los predisuestos a trastornos nerviosos (T81, 1945).

La colocación del niño en el centro de la problemática del alcoholismo se habría puesto de relieve a partir de aquellas advertencias que los médicos realizarían en su lucha contra tal problemática y que, llamativamente, estarían dirigidas directamente a los propios niños, como si se tratara de lectores adultos. Así, un artículo publicado en 1942 se remite a los niños de la siguiente manera: “Niños: mañana, cuando seáis hombres, no os embriaguéis nunca; con ello contribuiréis a la grandeza de vuestra patria, evitando la desgracia de muchos hogares y los sufrimientos de millares de niños” (T47, 1942).

En el centro de la problemática del alcoholismo – así como del consumo de otras drogas – también se habría encontrado la mujer, a quien se le asignaría un importante rol frente a las enfermedades en virtud de “su delicadeza nunca bien ponderada” (T46, 1947).

El rol femenino habría quedado definido y sentenciado: “La familia! Mejor aún, la mujer! es la indicada para tan alta labor” (T46, 1947). De este modo, el médico haría el diagnóstico, el pronóstico y pondría en juego su terapéutica frente al caso clínico, y los familiares – particularmente las mujeres – colaborarían en los tres períodos: se encargan de darle los medicamentos y alimentar adecuadamente al enfermo, de proporcionarle los cuidados físicos y espirituales que necesita, así como también de informar al médico sobre el estado general y la evolución del enfermo. Se señala que las mujeres, por su aptitud, serían las encargadas de “aplicar ventosas”, “dar irrigaciones rectales y vaginales”, “levantar una cuadrícula de la fiebre”, “administrar inyecciones hipodérmicas”, “practicar curaciones de heridas, úlceras, quemaduras”, entre otras tareas, todo lo cual “es lo suficientemente sencillo como para estar al alcance de cualquier persona de buena voluntad que, luego de leer algún libro apropiado (...) realice su práctica, sea en el medio familiar o de sus amistades, sea en centros de asistencia” (T46, 1947).

A las mujeres se les encargaría la *labor de prevención y tratamiento* al punto de llegar a afirmar que la lucha contra el alcoholismo “no será realmente eficaz sino cuando todas las fuerzas femeninas hayan resuelto embanderarse en ella” (T38, 1936, p.32). En efecto, un artículo publicado por la escritora, política y activista feminista uruguaya Laura Cortinas en *El Lazo Blanco* retrata fielmente esta cuestión. Luego de definir “la salud de la raza” como “la verdadera misión sociológica de la mujer” – en tanto su misión no se cumpliría con la maternidad, sino con el nacimiento de hombres y mujeres “aptos para labrar su propio destino y la gloria de su patria” –, se dirige directamente a las mujeres encomendándoles que “luchen” para alejar al hombre del alcohol y refiriendo a la importancia de evitar la “queja” y los “lamentos” para llevar a cabo tal tarea:

Luchad vosotras, madres, esposas, hermanas, luchad para alejar al hombre del contacto de este veneno terrible.

¿Porqué [sic] bebe el hombre en la taberna?...

Quizá, porque al volver a su hogar solo escucha lamentos por lo que allí falta.

No os quejéis nunca, oh mujeres... Sed valerosas, sed pacientes, sed alegres, aún [sic] cuando os falte leña en el hogar, que el amor puede y debe reemplazar y llenar todos los vacíos (T19, 1930).

Respecto a la mujer, se señala que “sus dotes peculiares de abnegación, de espíritu de sacrificio, de perseverancia, le hacen superior para empresas sanas y difíciles de propaganda” (T38, 1936, p.21) y que “su influencia afectuosa, persuasiva y basada en el sentimiento de lo justo, de lo bello y de lo armonioso, augura un éxito feliz” (T38, 1936, p.22). Se considera a las mujeres como “las triunfadoras del porvenir y las salvadoras de la raza” (T38, 1936, p.33), y se entiende que ellas se encontrarían protegidas ante el peligro de ceder al consumo, en virtud de su educación:

En efecto, mejor educada que el hombre, en cualquier clase social en que se observe, tiene más que nada el respeto y la estimación de sí misma, tiene el pudor de su personalidad moral; confinada (...) en su rol de agrandar y ejercer la influencia de lo amable y de la dulzura, tiene horror a toda causa u ocasión que la precipite de su trono en la corte de los trovadores. La taberna femenina, por razones de estética y de pudor, difícilmente existirá (T38, 1936, p.33).

Se postulan las “excelencias” de la “alianza” entre el médico, llamado “el sacerdote del porvenir” y la mujer, llamada “la sacerdotiza del hogar”, alianza que “representa nada menos que la unión de la ciencia y del corazón” (T38, 1936, p.21). En el caso de “un esposo que se alcoholiza”, se encomendaría a la esposa la realización de una “psicoterapia” o “tratamiento por la persuasión” orientada a “demostrar la inutilidad de las bebidas alcohólicas”, a fin de prevenir el vicio, y a “poner de manifiesto las consecuencias funestas que para el individuo, la familia y la sociedad acarrea a menudo el uso, y siempre, el abuso de aquellas” (T38, 1936, p.40). La mujer estaría encargada de “conquistar al enfermo”, exhortándosele que comprenda que “su marido es un enfermo” y que continúe siendo su “mejor amiga”, su “confidente”, a fin de “explorar sus dolores, compartirlos” y llegar a “corregir esa causa”, y solicitándosele que evada la imitación de “la conducta de un justiciero, encastillado en un principio moralista, sin consideración a las flaquezas humanas” (T38, 1936, p.42). Así, se le encomendaría que evitara la recriminación, el desprecio, el abandono, los insultos, los castigos, las amenazas y las acusaciones, y que compadeciera y sostuviera al enfermo, despertando en él el interés, la confianza y la esperanza, propicios para el “tratamiento moral” (T38, 1936, p.44). La intervención de la mujer precedería a la del médico, de modo que la intervención de éste y la internación del enfermo tendría lugar sólo “cuando la mujer razonable e inteligente, [viera] que se estrella ante lo imposible, cuando [hubiera] agotado todo lo que su suprema dulzura ha podido dar” (T38, 1936, p.45).

Tal como se aprecia, existe nuevamente un trato diferencial respecto a la mujer en tanto al hombre no se le asigna semejante tarea respecto de una esposa toxicómana. Por el contrario, sobre ella recaerían los mayores estigmas, resultando doblemente desacreditada: no sólo por consumir drogas, sino también y fundamentalmente por constituirse como amenaza del orden social, al apartarse de los ideales y del cumplimiento de los roles tradicionales de género, tales como las responsabilidades maternas y con la familia en general, la feminidad, el decoro, los modales, la sumisión, la pureza, el porte elegante.

De acuerdo a lo anterior, podríamos señalar que la posición desventajosa que habría ocupado la mujer de la época habría tenido relación con el fenómeno de la *manipulación* como fenómeno social, cognitivo y discursivo descrito por van Dijk (2006). En efecto, a través del poder discursivo ejercido por la clase médica, se habrían “manufacturado” representaciones de las mujeres que resultarían antagónicas. Así, por un lado, se las representaba como seres *inferiores* – “débiles”, con “escaso poder de voluntad” y “aptitud fisiológica”, sin “ninguna consideración familiar o social”, capaces de “vender su honor y el de sus hijos” (T2, 1958; T50, 1937; T54, 1939) –, y, por otro, se las representaba como seres *superiores* – “abnegadas”, “perseverantes”, “influyentes”, “triunfadoras”, “salvadoras”, “educadas”, con “respeto y estimación de sí misma”, con “pudor de su personalidad moral” (T38, 1936). A través de tales representaciones las mujeres, de cualquier manera, habrían

resultado perjudicadas: “destacar” su inferioridad habría hecho que sobre ella recayeran los estigmas con fuerza, mientras que “destacar” su superioridad habría hecho que sobre ella recayera la obligación de ocuparse de la salud de su familia y su comunidad.

En virtud del lugar que ocuparían en el hogar y de la consideración de su decisiva acción sobre la infancia, también se les habría encomendado a las mujeres la protección del niño frente al peligro del alcohol, no solo eliminando o evitando su ingesta, a partir de una “vigilancia (...) inexorable y exquisita”, sino también educándolo “para tratar de crear (...) una verdadera alcoholofobia, es decir, el horror absoluto, sin fin, de las bebidas alcohólicas” (T38, 1936, p.50). De este modo, la mujeres, madres, en su “doble calidad de guardianas del hogar y defensoras de la niñez” (T38, 1936, p.53), serían las responsables de “la propaganda del porvenir”, la “propaganda antialcoholista en sus hijos” (T38, 1936, p.53). Ellas deberían inculcar a los niños “la convicción de que nada bueno puede esperarse de [la bebida]” (T38, 1936, p.48), deberían mostrarles “cuánto se rebaja la personalidad humana en estos estados” e insistir en el hecho de que el que bebe puede ser tanto “un victimario brutal”, como “una víctima fácil y estúpida” (T38, 1936, p.49) – vemos aquí cómo aparecen superpuestas las representaciones antagónicas del toxicómano como *criminal* y como *víctima* a las que hicimos referencia en el segundo apartado de este capítulo. La madre trataría de “inculcar la repugnancia de la bebida, en forma tal que la influencia de los malos amigos no pueda contrabalancearla” (T38, 1936, p.52), e, igualmente, cuidaría extremadamente las primeras compañías de los hijos, teniendo en cuenta que “las malas compañías” se encuentran entre las “causas del alcoholismo juvenil” (T38, 1936, p.51). Además, se señala que el rol de la mujer en la lucha antialcohólica no se agotaría *en el hogar*, sino que se extendería *fuera de él*, en tanto no alcanzaría con asegurar la salud de los suyos: “es preciso asegurar la de los demás para garantir aquella” (T38, 1936, p.52). La mujer se encargaría de “esparcir las ideas adquiridas, arrojarlas en plena masa humana” (T38, 1936, p.52) empleado los recursos ofrecidos por la sociabilidad: “las conversaciones en el salón, en el teatro, en los paseos, utilizando discretamente los mil temas que la vida social puede sugerir, proporcionando folletos, cartillas, hasta redactando algún periódico sencillo y persuasivo, destinado a distribuirse profusamente en todos los hogares” (T38, 1936, p.53).

Admitiendo que “la cura del vicio de las drogas es difícil” (T80, 1950, p.30) y que la anulación de la voluntad que sobreviene con el consumo apartaría “toda esperanza de regreso a los cauces normales” (T40, 1937, p.11), se habría trabajado con la población consumidora para que abandonara sus prácticas, a fin de obtener una sociedad libre de drogas. En efecto, considerando cada “empuje” de consumo como “un zarpazo que se lleva en las garras del tóxico un colgajo de sustancia noble” en virtud del cual “algo queda perdido definitivamente” (T40, 1937, p.11), se determina que la abstinencia es la condición necesaria

para el tratamiento del problema. En este sentido, se expresa: “A la larga, si la abstinencia no sobreviene, la lesión irritativa celular se torna degenerativa, atrófica, y la capacidad psíquica funcional disminuye, se pervierte, desaparece” (T40, 1937, p.10).

Tal como hemos señalado anteriormente, habrían existido algunas fisuras en el *paradigma de la enfermedad*. Las mismas se pondrían en evidencia, por ejemplo, al admitir la posibilidad de recaída de cualquier toxicómano que hubiera recuperado su condición física y mental bajo una adecuada atención médica siempre que persistiera la falta de ajuste psicológico y las tentaciones anteriores, reconociendo, de este modo, que “el problema de la toxicomanía es más un asunto psicológico y social que médico” (T80, 1950, p.30). Tales fisuras también se evidenciarían al postular a la “curación completa” como una “obra colectiva” (T76, 1937, p.25) que no terminaría con la salida del enfermo por las puertas del hospital. En efecto, se señala que se necesitaría que alguien se hiciera cargo del enfermo al momento de su salida de la institución y que “con el conocimiento completo del ambiente en que ha prosperado el vicio, con la ayuda de la familia y de los patronos, cons[iguiera] modificar el régimen de vida y dificultar la recaída” (T76, 1937, p.25). Esto habría llevado a ofrecer tratamientos que contemplarían otros aspectos además de los estrictamente médicos, admitiendo que el enfermo podría mejorar y curarse al ser sometido a “un buen tratamiento moral” (T50, 1936, p.25). Así, desde el comienzo del período considerado en esta investigación, se habría entendido que la rehabilitación de los toxicómanos no se agotaría en la dimensión física de la desintoxicación, sino que involucraría también la dimensión psicológica, debiendo apostar a “la *creación de nuevo de su personalidad*”, a la liberación del enfermo de sí mismo. En efecto, la curación total de la narcomanía “equivaldría a una completa *renovación de la constitución mental*”, con la cual “quedaría eliminada la posibilidad de recaídas” (T55, 1938, p.455).

De acuerdo con el modelo higienista consolidado desde fines de siglo XIX en la sociedad uruguaya, la reconstitución de la salud del enfermo luego de completado el período de desintoxicación habría incluido, además del tratamiento médico mismo, *el ejercicio físico y el trabajo* como “dos medidas de manifiesto valor” (T55, 1938, p.455). Considerando la imperiosa necesidad de transformar a los narcómanos en “elementos útiles para la sociedad” (T55, 1938, p.455), se establecería la importancia de practicar deportes sanos (ejercicios naturales y juegos al aire libre) y de desempañarse en un trabajo apropiado según las condiciones del enfermo, así como del ofrecimiento de *distracciones intelectuales y artísticas* adecuadas (T55, 1938; T81, 1945). Así, por ejemplo, se señala que podría autorizarse a la mayor parte de los enfermos a dedicarse a la lectura durante hora y media por día como máximo, debiendo el médico dirigir la lectura eligiendo los libros y estableciendo el momento en que ella tendrá lugar (nunca en las horas que siguen a las comidas y que anteceden al momento de dormir). Se señala que “estas ocupaciones, al

mismo tiempo que apartan del ánimo del paciente las ideas fijas, le devuelven la confianza en sus propias fuerzas, y siempre que se pueda es necesario dejarle la libertad de elegir el que tenga más atractivo para él” (T81, 1945). Asimismo, se advertiría que sería necesario “evitar la fatiga física o mental” del sujeto, así como “cuida[r] con quien se reúne”: “si, como sucede bastantes veces, ha contraído su hábito debido a malas amistades, tiene que retirarse por completo de su antiguo medio” (T55, 1938, p.455).

Reconociendo la necesidad de los enfermos de tener cerca de ellos “una persona inteligente que sepa interesarles con habilidad y hasta distraerles, pero sin fatigarlos”, se señala “la influencia moral que puede ejercer el médico sobre el enfermo” como el “elemento capital de la causa” (T81, 1945). Esto es así en tanto esta *dominación moral del médico* – dominación que sustituiría a la dominación de las drogas sobre el sujeto – “[sería] capaz de modificar profundamente el estado mental de los enfermos, de reanimar su energía, de oponerse al desarrollo de las preocupaciones y de las obsesiones con que tan frecuentemente son atormentados”. En este sentido, se señala que la acción del médico resultaría eficaz siempre que éste pudiera “ganar la confianza” del enfermo y adquiriera una “autoridad indiscutible” sobre él:

Creyéndose comprendido, y tal vez sintiéndose dominado, estará entonces preparado el enfermo para aceptar el tratamiento que se le prescriba. Para obtener este resultado, es indispensable vigilarle muy de cerca, aunque casi siempre resultará conveniente que evite el médico ver con demasiada frecuencia a su cliente pues corre el peligro de gastar su autoridad. Es bueno que la venida del médico sea algo deseada; debe ser, para el paciente, un acontecimiento de señalada importancia, que le impresione y hasta lo subyugue. También por esta razón no conviene al médico abandonarse, frente al enfermo, a un tono demasiado familiar; su actitud no sólo será de atención complaciente: también es necesario la energía, y a veces algo de rigidez. Lo que el paciente busca, en el fondo, y sin manifestarlo, claro está, es una autoridad que lo domine y no una afabilidad que discuta y transija! (T81, 1945).

El hecho de que el alcohol hubiera sido la droga considerada como el flagelo más importante durante el período considerado en esta investigación, se correspondería con la abundancia de referencias al tratamiento del alcoholismo contenidas en las publicaciones que conforman el corpus. En ellas se haría evidente la amplitud de la oferta de procedimientos utilizados para combatir específicamente esa toxicomanía, en comparación con otras, sobre cuyos abordajes las referencias son escasas o nulas.

Respecto al tratamiento del alcoholismo, se señala la necesidad de conseguir la internación del enfermo en un hospital a fin de realizarle un examen físico y mental adecuado antes de escoger el método de tratamiento correspondiente. De este modo, se indica que, si el alcoholismo constituye solo un síntoma de una enfermedad mental o física, correspondería tratar la enfermedad causal; si, por el contrario, el sistema alcohólico es el más importante, debería realizarse “una investigación completa de la vida del paciente” (T29, 1944). Desde el *paradigma de la enfermedad*, siguiendo la premisa de que es “imposible hacer un moderado bebedor de un bebedor habitual” (T14, 1949, p.20), la prioridad sería alcanzar en el enfermo la abstinencia absoluta, convenciéndolo de que “no puede probar ni pequeñas dosis de alcohol” (T29, 1944).

El tratamiento del alcoholismo comenzaría por el abordaje y la “*reparación*” del *estado general del individuo*, que “ha[bría] sufrido los efectos de regímenes inadecuados, insuficiente e irregular reposo, a más de cualquier otra enfermedad agregada” (T35, 1949, p.41). Respecto a la *faz psicológica* del mismo, se señala que ésta “interv[endría] sobre un paciente con excesivo remordimiento, culpable y ansioso, que encubre cuadros de emotividad mal balanceada, conflictos psíquicos, inadaptabilidad, neurosis ansiosa”, debiendo tratarse “su dolor, egocentrismo e inmadurez” (T35, 1949, p.42). Además, se señala que el abordaje del alcoholismo no sólo debería incluir la atención del paciente sino también del medio que lo rodea, en tanto “ha sido perfectamente probado que la inadaptación psíquica está inevitablemente acompañada por inadaptación social” (T35, 1949, p.42). En efecto:

La terapéutica del alcoholismo debe incluir el desarrollo de un nuevo control de los hábitos y relaciones con los demás; su esposa, hijos, sus compañeros y amigos, deben integrar el conjunto terapéutico destinado a recobrar al enfermo en su nueva vida. El alcohólico recobrado debe volver a vivir en un mundo real y no con el psiquiatra en un hospital (T35, 1949, p.42).

Entre los procedimientos que se habrían llevado a cabo para conseguir la aversión al alcohol se destacarían el *método de asociación entre autohemoterapia e ipeca*, la *asociación entre autoseroterapia y apomorfina*, el *reflejo condicionado provocado por la inyección de apomorfina* y el *tratamiento por el Dipsan*.

El primero de ellos, el *método de asociación entre autohemoterapia* (extracción de sangre del enfermo y posterior reinyección por vía hipodérmica) e ingestión de ipeca (vomitivo añadido a la bebida predilecta del enfermo), sería realizado en un hospital o sanatorio. Luego de un período de seis a ocho semanas de tratamiento, se obtendría la abstinencia en numerosos enfermos, mientras que aquellos que intentan consumir alcohol nuevamente se verían obligados a abandonarlo ante el retorno de los fenómenos de intolerancia tales como desvanecimientos, aceleración del pulso, palidez de la cara, estado nauseoso, sudores fríos, vómitos y/o diarrea (T74, 1938).

El segundo de los procedimientos, el *método de asociación entre autoseroterapia y apomorfina* (otro fármaco emético), también llevado a cabo en hospital o sanatorio, comenzaría con la extracción de sangre del enfermo y la preparación de ampollitas de suero que se le inyectarían por vía intramuscular, provocando una intoxicación alcohólica aguda: el paciente siente horror hacia el alcohol desde el comienzo del tratamiento y, al beberlo, no puede resistirlo en el estómago y lo vomita. Después de administrarle más de diez inyecciones de suero durante veinte días, se le explica que se le va a dar de beber alcohol a fin de probar si se ha conseguido el efecto deseado, sin indicarle que la inyección previa que se le da ese día consiste en una dosis de apomorfina. En las inyecciones posteriores (se administran entre ocho y quince inyecciones de apomorfina) se aumentaría

la dosis, de modo que se iría provocando el vómito y creando reflejos para los distintos alcoholes que acostumbra consumir el paciente (T59, 1947).

El tercer procedimiento, el *reflejo condicionado provocado por la inyección de apomorfina*, tendría la ventaja de ser económico en el tiempo. Este procedimiento de dos días de duración, se realizaría en un establecimiento hospitalario o sanatorial, en un ambiente de tranquilidad y comodidad y bajo vigilancia cuidadosa de parte del médico, completándose luego con “una psicoterapia adecuada y visitas periódicas al enfermo, una vez dado de alta”. El procedimiento comenzaría a la hora 8 con el consumo por parte del paciente de su bebida alcohólica predilecta, administrándosele dos horas más tarde la primera inyección de apomorfina, la cual, al poco rato, produciría reiterados y abundantes vómitos. Posteriormente el ciclo se repetiría, alternando el consumo de la bebida con inyecciones de apomorfina administradas a lo largo del día y de la noche. Durante el segundo día se le administrarían reiteradas dosis de apomorfina hasta la hora 16, así como insulina a la hora 17. A la hora 18 se le ofrecería la cena y hasta la hora 21 se continuaría controlando el pulso, la temperatura y la presión arterial. Se habría considerado que el éxito del tratamiento “depende predominantemente del paciente”, obteniendo mayores beneficios aquellos que “se someten de buen grado y con el deseo evidente de mejorar” que aquellos que “se resisten” (T64, 1951).

El cuarto procedimiento, el *tratamiento por el Dipsan* (o Carbamide), habría sido empleado a alcoholistas internados en el Hospital Vilardebó, en la Clínica de Higiene Mental de la Liga Nacional contra el Alcoholismo y a domicilio, y comenzaría con un examen previo de la presión arterial, examen clínico cardiológico (o electrocardiograma), hemograma y examen de orina, para luego dar lugar a la administración del Dipsan (droga sustituta del Antabus, susceptible de generar efectos desagradables tras la ingesta de alcohol). El alcohol, después del consumo del Dipsan, causaría un síndrome llamado “mal rojo”, que consiste en un intenso enrojecimiento de la cara y del cuerpo (a veces de todo el cuerpo), acompañado por rápidas pulsaciones, fuertes latidos del corazón y desfalleciente respiración. A veces tienen lugar náuseas, vómitos u variaciones en la presión. Las reacciones más severas constituirían experiencias aterradoras, aunque los síntomas más dramáticos se calman en pocas horas. El tratamiento podría presentar algunas variaciones: podrían variar las dosis administradas a los pacientes (uno o dos comprimidos), los días en que se administran las mismas (en algunos casos se administrarían comprimidos solo el día del tratamiento, y en otros, también en los días anteriores), así como el número de repeticiones (los pacientes pueden ser tratados hasta tres veces consecutivas antes de ser dados de alta) (T17, 1960).

Considerando que el fenómeno del alcoholismo implicaría la interrelación de factores médicos, psiquiátricos o psicológicos, sociales, legales y educativos – entre otros –, y se

configuraría como “el más perfecto tipo de enfermedad social” (T50, 1950, p.4), se establece que el médico debería ocupar su “puesto social” de “Higienista” (T73, 1930, p.233) y trasladar “toda la acción médica al terreno de la profilaxia, por medio de la triple propaganda educativa, administrativa y legislativa en la sección respectiva de la Liga de Higiene Mental Uruguay” (T73, 1930, p.237). En este sentido, los médicos habrían tomado *medidas higienistas y de profilaxis social* que incluirían la *educación* de todos los sectores de la sociedad. Entendiendo que el alcoholismo es un “problema de salud pública” y una “responsabilidad pública” (T2, 1958, p.16), se considera que “la rehabilitación del alcohólico (...) no podrá ser cumplida si solamente los especialistas conocen la naturaleza del problema” (T34, 1949). En este sentido, se expresa que su abordaje debería incluir la prevención del alcoholismo, considerando que el éxito en esta tarea estaría estrechamente vinculado a la educación, no sólo de médicos, personal hospitalario, jueces, policía, asistentes sociales, maestros y otros sectores con responsabilidad directa sobre este problema, sino también, y fundamentalmente, a la educación del público en general, sin cuya “colaboración y (...) simpatía (...), los especialistas poco pueden hacer” (T34, 1949).

En el año 1942 comenzó a funcionar el *Servicio Médico Social Anti-Alcoholista* desde los *Dispensarios de Higiene Mental* de la *Liga Nacional contra el Alcoholismo*, en los cuales se habría sintetizado “la convergencia de lo científico y social, es decir, de una relación armónica médico-social” (T15, 1950, p.14). Los Dispensarios habrían atendido adultos y niños con problemas de orden psicológico, abordándolos a partir de un estudio integral de su personalidad (bajo el punto de vista médico, psicológico, social y profesional) dentro del ambiente en que vivían, tarea en la que colaboraba el Servicio Social especializado en la materia con los exámenes médico-psicológicos complementarios (T15, 1950). De este modo, los mismos habrían ofrecido un “*tratamiento desintoxicante, reconstituyente y orientado a hacer desaparecer el hábito, calmar y borrar la apetencia, psicoterápico y social, pasando por el conocimiento de la personalidad psicológica y de la integración social, y finalmente reajuste como individuo adaptado a la comunidad*” (T14, 1949, p.21).

La gran mayoría de los casos que habrían acudido a los Dispensarios habrían sido alcoholistas dentro de una edad comprendida entre los treinta y los cincuenta años, con sistema nervioso, aparato digestivo o corazón comprometidos en su función por los efectos del alcohol. También habrían sido frecuentes la amenaza de separación conyugal, las reyertas, el abandono moral, la miseria económica, la falta de rendimiento en el trabajo, los despidos, las intervenciones policiales, las tramitaciones judiciales, las hospitalizaciones por alcoholismo, como motivos que llevarían al enfermo a acudir a los Dispensarios. En ellos, la asistencia habría incluido, además del *tratamiento desintoxicante*, orientación en los diversos aspectos que podrían oficiar como causa del alcoholismo de la persona (aspectos sociales, familiares, morales, psicológicos, pedagógicos, profesionales o laborales), así

como *reeducación y formación de nuevos hábitos*, con el fin de readaptar a la persona a la comunidad. Se habría ofrecido una *terapéutica de grupo para adolescentes y adultos* que rompería con el aislamiento del alcoholista al permitirle identificarse con los participantes y reconocer que su problema no sería único, favoreciendo la comprensión de reacciones emocionales que lo capacitarían a enfrentar situaciones nuevas. En casos de gran apatencia, débil voluntad o condiciones ambientales desfavorables, se habría procedido al *internamiento* del enfermo (T14, 1949). El Servicio Social habría desempeñado “un papel importantísimo manteniendo la conexión entre el alcoholista, su familia, su trabajo y su ambiente, con el Dispensario” (T14, 1949, p.22). De este modo, visitadoras sociales pertenecientes a la Escuela de Servicio Social del Uruguay completarían la labor médica, “abordando al alcoholista, a su familia, y penetrando en su vida” (T14, 1949, p.19). Las visitadoras habrían tenido a su cargo la misión de reconstruir a la familia “maltrecha por los embates del flagelo” (T14, 1949, p.20), asistiendo especialmente a los hijos de los alcoholistas. De este modo, habrían empleado “medidas de profilaxis y terapéuticas, en el heredo-alcoholismo, en la tendencia morbosa de beber de los hijos de los alcoholistas, y en la repercusión de múltiples aspectos que gravitan sobre la vida, educación y trayectoria de la descendencia” (T15, 1950, p.14). Los Dispensarios habrían cumplido “la misión” de educar a los niños descendientes de alcoholistas “principalmente por medio de juego, obteniendo de esta manera una terapéutica del grupo infantil bajo competente dirección” (T14, 1949, p.24).

Por otro lado, el equipo multidisciplinario de Estudios del Alcoholismo (en adelante, EDA³⁰) del Hospital de Clínicas habría brindado una terapéutica integrada por diferentes *procedimientos farmacológicos y psicoterapéuticos estructurados en etapas progresivas*, orientada a concientizar al paciente y al grupo que integra de que “el alcoholismo es una enfermedad” (T65, 1970, p.6). El proceso habría comenzado con el ingreso de los pacientes en una sala exclusiva para alcohólicos con capacidad para tres personas. Los pacientes procedían del Hospital Vilardebó, de la Clínica de Nutrición y Digestivo de la Facultad de Medicina y de la Policlínica de EDA, y a ellos se les ofrecía tratamiento farmacológico, psicoterapia y terapéutica social. El tratamiento farmacológico, consistente en psicofármacos y medicación complementaria, habría sido realizado simultáneamente a la etapa de desintoxicación. La psicoterapia habría incluido cartas a los alcoholistas conteniendo explicaciones acerca de las particularidades de su enfermedad para lograr una mayor comprensión y una activa colaboración en su curación, así como entrevistas personales realizadas con el objetivo de proporcionar apoyo empático a fin de lograr un juicio de realidad más maduro y la adaptación a los nuevos roles conquistados. También habría

³⁰ El equipo se constituyó como grupo multidisciplinario (integrando psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, gastroenterólogos, internista, neurólogo, cardiólogo, oftalmólogo, epidemiólogo y enfermera universitaria) para la investigación del alcoholismo como enfermedad, en una tentativa de conocimiento del hombre alcoholista en sus dimensiones psíquica, somática y social, y para la investigación terapéutica (T65, 1970).

incluido una psicoterapia grupal empleando el método dinámico conductual en virtud de la inestabilidad emocional y la baja tolerancia al stress de los alcoholistas. Por su parte, la terapéutica social, desarrollada en el medio familiar y laboral, habría contemplado las condicionantes socio-económico-culturales. Del mismo modo, la Asociación de Alcohólicos Recuperados, surgida por iniciativa del grupo EDA, habría complementado este proceso ofreciendo apoyo mutuo, controlando la abstinencia de sus asociados y realizando el rescate en casos de recaídas (T65, 1970). Considerando el carácter decisivo de la actitud favorable del núcleo familiar hacia el tratamiento, así como también el hecho de que un gran porcentaje de las familias de los alcohólicos resultarían conflictivas, se habría destacado la labor de los *asistentes sociales orientada a modificar toda acción contraria al tratamiento en familias*³¹. De este modo, se orientaba al grupo familiar a aceptar los conceptos modernos acerca de la enfermedad y a colaborar en el tratamiento, ayudándolo a manejar las ansiedades y a alcanzar “un cambio paulatino que permit[iera] la readaptación global de todo el núcleo familiar” (T65, 1970, p.13).

Resulta interesante destacar que las *tabletas de sulfato de bencedrina* se habrían constituido como un “*auxilio sobresaliente en el perplejo problema del alcoholismo crónico*”, a pesar de tratarse de sustancias cuyo uso en exceso habría representado uno de los mayores problemas en materia de consumo de drogas en la época. De todos modos, esto no resultaría extraño, en tanto tales sustancias operarían a favor de la transformación subjetiva asociada a discursos dominantes, alineándose con los intereses del Estado al contribuir con la producción de un sujeto activo, productivo, atento, concentrado, con energía. Las anfetaminas proporcionarían al paciente una “tregua misericordiosa a su sed insaciable y obcecación por el alcohol”, disipando la apatía, la depresión y el malestar general del paciente, aumentando su interés, bienestar y facultad para la concentración y haciendo innecesaria su hospitalización (T1, 1944). En este sentido, un artículo publicado en el año 1943 admitiría la favorable impresión que se habría tenido acerca del uso de sulfato de anfetamina a partir de la referencia a un ensayo realizado en la Clínica Municipal de Cleveland entre 1940 y 1941, en el que quinientos trece alcoholistas crónicos fueron tratados mediante la administración de tal sustancia en dosis de cinco a diez miligramos después del desayuno y de la merienda. El artículo señala que, en el ensayo, luego de cuatro a seis meses de tratamiento, si se había obtenido la abstinencia total y la mejoría del estado físico, se suprimía la medicación diaria, y se proporcionaba a los pacientes cierta cantidad de sulfato de anfetamina a fin de que la utilizaran como sustituto del whisky en

³¹ Muchas de estas familias *necesitaban al alcoholista como tal* y éste no se segregaba ni la familia permitía que lo hiciera; en estos casos, cuando el tratamiento era exitoso y el paciente comenzaba a modificar adecuadamente sus roles, la familia interfería provocándole la recaída. Otras familias marginaban al alcoholista, y éste, al formar una nueva familia con las mismas características que la primaria, terminaba marginado nuevamente. La modificación de estas actitudes rígidas habría conducido a la modificación del alcoholista y al éxito del tratamiento (T65, 1970).

caso de que fueran incapaces de reprimir el deseo de beber. En virtud de lo anterior, el artículo destaca la impresión de tal sustancia “como muy eficaz” en los casos de alcoholismo “pues disipaba la apatía y la depresión consecutiva a la supresión del alcohol”, además de “producir un aumento de la actividad y una mayor capacidad de concentración del enfermo, y en muchos casos una sensación de vitalidad sin aparente fatiga” (T36, 1943).

El *Código Penal* habría sido incluido entre las terapéuticas del alcoholismo y otras toxicomanías, al entender que las disposiciones legislativas serían capaces de “gu[iar] la actividad humana de una manera continua e indirecta en el camino del bien, permit[iendo] un libre desarrollo a las energías y a las necesidades individuales” (T56, 1939, p.55). Aquí se evidenciaría la interdiscursividad, en tanto aparecerían elementos de los tres discursos más significativos en el campo del uso de drogas – el discurso médico, el discurso moral-religioso y el discurso jurídico – que darían lugar a la consideración del código penal como un “remedio heroico”. En efecto, éste sería admitido como “la última terapéutica aplicable después de haber agotado todos los métodos de prevención que impidan la aparición del enfermo y de la enfermedad, esto es, del delincuente y del delito” (T56, 1939, p.55).

La consideración de la ley como remedio también aparece en un diario de la época que refiere a un proyecto de represión social presentado a consideración de la Cámara de Representantes, como un intento sustancial de “poner coto a los que se colocan al margen de la ley” y así lograr “tutelar” a la sociedad (T57, 1931). Dicho proyecto habría sido presentado como un “remedio enérgico” que, como tal, tendría la facultad de “resolver” los “grandes males” representados por las toxicomanías. La forma en que dicho material de prensa se refiere a este proyecto nos muestra de cerca algunas de las estrategias manipulativas puestas en juego por parte de la elite simbólica poseedora de ideas eugenésicas y criminalizantes que intentaban ser inoculadas en la población. En efecto, la referencia a la necesidad de que el Senado atendiera ese asunto “velando (...) por la salud pública y por la tranquilidad del pueblo” y la afirmación acerca de que proceder de una manera distinta a la ejecución de “leyes tuteladoras de la sociedad” equivaldría “a defraudar las aspiraciones legítimas de la población”, evidenciaría cómo se habrían manufacturado representaciones que retratan a los que luchan contra las toxicomanías como “buenos” y a los “expendedores y consumidores de los terribles estupefacientes” como “malos”. De este modo, se muestra lo que ha sido señalado por van Dijk (2006) acerca de cómo operan las elites simbólicas a través de los medios, involucrándose, en este caso, en una manipulación ideológica masiva que culpabiliza de los hechos y situaciones sociales negativas a los toxicómanos.

En la intervención en el caso de la toxicomanía anfetamínica – toxicomanía que por su elevada frecuencia habría sido concebida como “mucho más importante” (T71, 1968, p.31) que las demás – se pone de relieve la importancia de la *educación*, aconsejando

realizar, a nivel médico y a nivel popular, una *campaña de difusión con fines de información acerca del peligro del abuso de las anfetaminas (y otras drogas psicotrópicas capaces de provocar trastornos similares) para la salud mental de la población*. Del mismo modo, se habría aconsejado realizar *un control estricto del expendio de la medicación a través del empleo de la receta médica*. Asimismo, para el tratamiento y rehabilitación de las toxicomanías en general, y, particularmente, de la anfetaminomanía, se consideraría necesaria la creación de un hospital especializado que contara con un número suficiente de camas, personal especializado actuando en equipo y métodos terapéuticos adecuados (psicoterapia, ergoterapia, socioterapia, etc.). Se habría considerado que la internación en un establecimiento especializado debía ser prolongada, a los efectos de permitir la desintoxicación del toxicómano, la restitución del peso perdido y la corrección de los trastornos somáticos producidos por la intoxicación crónica, con lo cual se buscaría que, “al reintegrarse el sujeto a sus actividades, no deb[iera] nuevamente recurrir al tóxico para volver a su anterior nivel de actividad” (T71, 1968, p.34).

Respecto al *abordaje del síndrome de abstinencia de las toxicomanías* se hace referencia a la experiencia clínica con *propiltiouracilo*, droga que habría mostrado ser eficaz para “impedir, de una manera absoluta la presentación de los síntomas de abstinencia en toxicomanías barbitúricas y morfínicas bien definidas” (T39, 1968, p.9). Se la habría considerado como una “droga soberana”, capaz de suprimir de manera brusca y total el consumo de la droga sin producir ningún sufrimiento psicológico en el toxicómano (incluso en aquellos casos de toxicomanías de larga data y con cantidades de sustancia considerables). Además de la administración diaria de comprimidos de propiltiouracilo durante la internación, se hace referencia a las ventajas de “extender el tratamiento por un considerable período después del alta hospitalaria con la finalidad de evitar las recidivas y contribuir así a la curación efectiva de las toxicomanías” (T39, 1968, p.9).

De todos modos, a finales del período considerado en esta investigación, se constata que aún restaría mucho por hacer en el tratamiento de las toxicomanías. En efecto, a partir de una publicación realizada en el año 1963, se comprueba que, hasta ese año, no se habrían obtenido los rubros previstos veintiséis años antes por la Ley N°9692 – *Ley de Importación de estupefacientes* – destinados a la habilitación y mantenimiento, por parte del Ministerio de Salud Pública, de un servicio especial de tratamiento de aquellas personas usuarias de estupefacientes, sin prescripción médica. Por tal motivo, en el año 1963 se continuaría reclamando que se hiciera efectiva “la estructuración de un centro de tratamiento del toxicómano”, encargado de llevar adelante no sólo “la desintoxicación” sino también “el tratamiento de su afección de fondo que lo llevó a su toxicomanía”, así como la “perfecta catalogación legal del toxicómano en cuanto a su internamiento, modo, duración, control, limitación de tareas y responsabilidad” (T72, 1963, p.25).

El *Reve Eveillé lisérgico dirigido* y la *Psicolisis dirigida*, dos procedimientos empleados para tratar las toxicomanías en la época, resultarían llamativos en tanto utilizaron LSD25 y psilocibina, dos drogas psicodélicas que actualmente integran las listas de las Convenciones Internacionales. Tales drogas habrían formado parte del conjunto de “nuevas drogas” o “nuevos fármacos”³² (T20, 1957, p.5), integrando la categoría de fármacos alucinógenos o drogas psicomiméticas³³ (T20, 1957; T53, 1960).

En nuestro medio la LSD25 habría sido utilizada inicialmente en sujetos neuróticos con fines experimentales, con el propósito de observar las alteraciones psíquicas producidas por la sustancia. Así, en el año 1957 se publica un artículo que recoge veinte experiencias de consumo de LSD25 con fines experimentales. Participaron siete sujetos: seis hombres y una mujer en edades comprendidas entre los diecisiete y los treinta y seis años, con los diagnósticos de agorafobia, fuga histérica, intersexualidad, homosexualidad, impotencia sexual, neurosis obsesiva. Tales experiencias se realizaron en un ambiente hospitalario (por lo menos en las dos primeras sesiones, continuando luego en su domicilio) bajo vigilancia médica en un tiempo no menor de seis horas, incluyendo la administración de una dosis de LSD25 de término medio de 100 gammas³⁴ por vías subcutánea y oral en enfermos a los que previamente se les realizó un historial clínico y se les aplicó tests psicológicos. Cada paciente, luego del desayuno, fue alojado en una habitación en semi penumbra, temperatura agradable y sin exposición a ruidos, donde recibió la dosis de sustancia y fue invitado a manifestar o escribir lo que sentía una vez aparecida la sintomatología, manteniéndose internado hasta la desaparición de la misma (T66, 1957). Estas primeras experiencias, en las que no se registraron casos de hábito o de toxicidad por la droga, permitieron observar alteraciones sensorio-perceptivas, del tiempo y del espacio, del esquema corporal, del humor, y síntomas de la serie esquizofrénica, así como también suponer que podrían ser empleadas con fines terapéuticos, indicándose que “[podría] ser de utilidad en psicoterapia colectiva, y como ayudante en psicoanálisis abreviado, dado que nos abre una puerta amplia para explorar el inconsciente” (T68, 1958, p.54). El relato realizado por uno de los sujetos experimentales³⁵ bajo los efectos de 200 gammas de LSD25, daría cuenta de la posibilidad de exploración del inconsciente brindada por dicha sustancia:

Tengo la cabeza como abierta, todo está expuesto y puedo mirar perfectamente todas mis ideas, todos mis pensamientos. (...) aquí no se puede ocultar la verdad porque todo está como a la luz del sol, se ve todo, todo el contenido de mi cabeza está desparramado en la pieza, si quiero colocar en mi mente alguna idea o alguna palabra simplemente, no puedo porque todo está afuera, parece que deseo

³² Las “nuevas drogas” – entre las que se encontraban clorpromazina, la reserpina, el clorhidrato de pipradol (Meratran), el metilfinidil acetato (Ritalina), el iproniazid (Marsilid) y la mescalina – habrían “inundado” el mercado farmacéutico, dando lugar al surgimiento de la psicofarmacología (T20, 1957; T53, 1960).

³³ Estas drogas reciben la denominación de “psicomiméticas” por ser “capaces de producir estados psicóticos experimentales, ejemplos de psicosis autolimitadas en personas normales” (T53, 1960, p.14).

³⁴ Gamma es una unidad métrica de medida de masa que no pertenece al Sistema Internacional de Unidades, igual a un microgramo (1 µg).

³⁵ En este caso el sujeto experimental fue un hombre de veintinueve años cuyo motivo de consulta estuvo dado por su deseo de cambiar de sexo (T66, 1957; T67, 1957).

guardar algo en un cajón pero no se puede, porque todo sale, todo se expone, se muestra (T67, 1957, p.47).

En un artículo publicado en el año 1961 se presentan dieciocho nuevas experiencias con LSD25 realizadas en el marco de una investigación que se llevó a cabo en seis sujetos en edades comprendidas entre los dieciocho y los treinta y seis años. En esta oportunidad, se trató de cuatro casos clínicos (dos personalidades psicopáticas y dos homosexuales) y dos auto-observaciones (dos investigadores) sometidos a la acción de una dosis media de 100 gammas de LSD25 administrada por vía oral o subcutánea. Todos los casos clínicos habrían evidenciado una disminución de la rigidez y un ablandamiento de las defensas caracterológicas, y aquellos que recibieron varias dosis de LSD25 habrían experimentado una mejoría de los síntomas, una mayor adecuación a sus obligaciones sociales, una facilitación de la comunicabilidad y un reconocimiento de dinamismos conflictuales en un plano predominantemente afectivo, “haciendo posible así, una psicoterapia en un nivel de acción profundo y activo” (T23, 1961, pp.44-45). Por otra parte, las autoobservaciones realizadas por los investigadores con el propósito de comprobar los síntomas evidenciados en los casos clínicos y vivenciar la situación para una mejor comprensión del estado, habrían permitido comprobar trastornos del pensamiento y la palabra, modificaciones de la percepción, perturbaciones del esquema corporal, síndrome de despersonalización, cambio en las nociones de tiempo y espacio, sucesión o esbozo de fases hipomaníacas, depresivas, catatónicas, autísticas y semiconfusionales, e interpretaciones de tipo delirante. A partir de sus experiencias personales, los investigadores destacaron que la actitud consciente mantenida durante la experiencia habría colaborado con su fecundidad y que, a pesar de que la predominancia de ciertos síntomas estaría determinada por la arquitectura caracterológica, podían encontrarse hechos comunes: “comprobación de que hay un conocimiento interno natural de los conflictos y que estos afloran espontáneamente”, “sentimiento de no desear volver de ese mundo estando bajo los efectos de la droga”, “comprensión del autismo y comodidad en él”, “descubrimiento sumamente placentero de la riqueza de lo interno”, “hallazgo de que el mundo de las imágenes es más auténtico y sobrepasa el molde de la palabra”, “entendimiento completo de la inefabilidad de ciertos estados psíquicos”, “vivencia cabal de un síndrome de despersonalización”, “facilitación de la entrada sensitiva y sensorial de los estímulos”, “hiperexcitabilidad neuronal” (T23, 1961, p.45).

Posteriormente a estas experiencias realizadas con la LSD25, los psiquiatras se abrieron a la posibilidad de aplicar el método del *Rêve éveillé dirigé*³⁶ para “controlar y

³⁶ El *Rêve éveillé dirigé* había sido ampliamente utilizado en nuestro medio: se habían llevado adelante más de trescientos *rêves éveillés dirigés* aplicados a cuarenta sujetos, hombres y mujeres, normales y enfermos, durante un año y medio. Asimismo, su eficacia terapéutica habría podido ser comprobada a partir de algunos casos tratados con éxito en poco tiempo (T6, 1961).

orientar la corriente imaginaria lisérgica” (T7, 1962, p.4), dando lugar al surgimiento del *Rêve Éveillé lisérgico dirigido* y de la *Psicolisis dirigida*.

El *Rêve Éveillé dirigé*, desarrollado por Robert Desoille³⁷, constituye un método eficaz de diagnóstico, exploración y terapia psicológicos que comprende tres etapas o técnicas diferenciadas: sesión, reflexión y autoentrenamiento, y permite al paciente “experimentar íntimamente y comprender nuevas posibilidades de reacción (...) [y] entrenarse en estas nuevas pautas de conducta más adaptadas” (T6, 1961, pp.23-24). Durante la sesión de *Rêve Éveillé Dirigé*, el paciente entra en un estado de relajación psicofísica que le permite realizar “una exploración profunda de la afectividad sub-consciente y de las actitudes básicas y formas de reaccionar del sujeto ante los distintos problemas de la vida” (T7, 1962, p.5). El terapeuta, considerando la temática conflictiva del sujeto, utiliza imágenes inductoras para iniciar los primeros *rêves éveillés dirigés*, a partir de las cuales comienzan a darse metamorfosis y cambios de las imágenes, surgiendo imágenes de la vida real, análogas a las del sueño nocturno; imágenes fabulosas análogas a las del folklore y la fábula; e imágenes místicas semejantes a las visiones de ciertos religiosos (T6, 1961). En el sujeto se produce una “réverie” íntima y se enfrenta a los sucesos que le surgen espontáneamente; de este modo, vive “una situación dramática, concreta y presente, en la cual se encuentra comprometido directa e inmediatamente” (T6, 1961, p.9). La sesión tiene como principios técnicos básicos “buscar, enfrentar, dominar y socializar la angustia, mostrando la posibilidad de nuevas e insospechadas pautas de reacción” (T6, 1961, p.14). En la etapa de reflexión, el paciente escribe – en su casa – el *rêve éveillé dirigé* realizado, incluyendo los comentarios, asociaciones, ocurrencias y sueños nocturnos que surjan, material que es leído en la sesión siguiente por el terapeuta y el paciente, quienes reflexionan acerca del contenido del mismo. Finalmente, durante la etapa del autoentrenamiento, el sujeto se entrena en reforzar los estereotipos dinámicos ajustados, mediante concentraciones atencionales voluntarias en los contenidos positivos del *rêve éveillé*, adquiriendo nuevos hábitos: “cuando el paciente lo comprende y lo aplica, los resultados positivos se presentan rápidamente, la duración del tratamiento se acorta y (...) el enfermo se independiza en forma constructiva del psicoterapeuta” (T6, 1961, p.23).

Dos trabajos elaborados y presentados por un grupo de psiquiatras darían cuenta de las experiencias llevadas a cabo en nuestro medio a los efectos de determinar la posibilidad de realizar la integración clínica del *Rêve éveillé dirigé* con los efectos psicoactivos de la LSD25. El primer trabajo, presentado a la *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* en 1961, incluyó las experiencias de siete sujetos adultos (cinco hombres y dos mujeres), en edades comprendidas alrededor de los treinta años, con muy buena capacidad intelectual y

³⁷ Robert Desoille (1890-1966), terapeuta francés, fundador del método psicoterapéutico *Rêve Éveillé Dirigé* (R.E.D.) o Sueño despierto dirigido (en español).

sensibilidad afectiva (tres profesionales médicos y cuatro estudiantes universitarios de medicina y psicología) (T7, 1962). Las experiencias realizadas, además de confirmar la posibilidad de integración clínica entre el LSD25 y el *rêve éveillé dirigé*, habrían demostrado que “el *rêve éveillé* puede tornarse más efectivo por acción psicoestimulante profunda del LSD, sin perder sus características formales y sus posibilidades directivas” (T7, 1962, p.45). La LSD25 habría dinamizado y enriquecido el flujo imaginario, aumentando la profundidad de las vivencias permitiéndole al sujeto vivir en las imágenes y en las cosas, con fusión casi total de sujeto y objeto, favoreciendo la tolerancia a la concentración impuesta y dirigida, y facilitando la comunicación y la relación transferencial (T7, 1962). Esta “síntesis psicoterápica y farmacodinámica original” (T7, 1964, p.10) – resultado de la integración de ambos procedimientos hasta ese momento utilizados aisladamente – recibió la denominación de *Rêve éveillé lisérgico dirigido*. Los resultados obtenidos a partir de tales experiencias habrían permitido suponer que se abrirían “nuevas posibilidades de psicoterapia breve y decisiva, como consecuencia de la integración de los efectos útiles que presentan ambos procedimientos” (T7, 1962, p.41). Por otra parte, el segundo trabajo, una reactualización y ampliación del primero, presentado al *V Congreso Médico Nacional* en 1962, incluyó un material clínico adicional de veintidós sujetos adultos, de ambos sexos, neuróticos en su mayoría, que daba cuenta de la realización de ochenta sesiones de *Rêve éveillé lisérgico dirigido*, a partir de las cuales se habrían obtenido los mismos resultados (T8, 1964).

Luego de comprobar la realidad clínica del *Rêve éveillé lisérgico dirigido*, los autores iniciaron la investigación sobre su posible valor terapéutico y presentaron un trabajo a la *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* en el año 1963 que daría cuenta del valor e interés de dicha técnica como un *activador* en *psicoterapia*. Allí señalaron la inexistencia de contraindicaciones especiales en su uso, en tanto no se habrían registrado casos de hábitos o de toxicidad por la droga, ni signos de fatiga psicosensores, ni habrían surgido complicaciones al aplicarla en sujetos epilépticos. El trabajo incluyó las experiencias que tuvieron lugar en ciento cuarenta y siete sesiones de *Rêve éveillé lisérgico dirigido*, en cincuenta y un enfermos adultos (veintisiete hombres y veinticuatro mujeres), con edades predominantes entre los veinticinco y los treinta y cinco años, con una amplia gama de síntomas y diagnósticos psiquiátricos: neurosis de carácter, personalidades psicopáticas, neurosis de angustia, neurosis fóbicas, neurosis obsesiva, homosexualidad, histerias, psicastenia, depresión neurótica, impotencia, frigidez y toxicomanías (por opiáceos y alcohol). En general la técnica del *Rêve éveillé lisérgico dirigido* consistió en la administración de 100 gammas de LSD25 por vía sub-cutánea a los sujetos (utilizando como antídoto comprimidos de Largactil25), con comienzo paralelo del *Rêve Éveillé dirigé*, cuyo desarrollo se potenciaba con el efecto psicoactivo de la sustancia. Al igual que el *Rêve*

Éveillé dirig , este método incluyó la etapa de sesión, la etapa de reflexión sobre el material producido (utilizando criterios freudianos, junguianos, pavlovianos), y la etapa de autoentrenamiento utilizando las imágenes y vivencias positivas. Las sesiones tenían una duración promedio de tres horas cada una y habitualmente se llevaban adelante cada una o dos semanas, realizando un promedio de dos *r ves* por sesión (T8, 1964).

El *R ve  veill  lisérgico dirigido* fue considerado como un *activador* en psicoterapia, como un inductor de cambios de la conducta – primero en la conducta imaginaria (*r verie*) y luego en la conducta real – indicado especialmente en dos situaciones clínico-ter picas definidas: por un lado, “en el curso de un tratamiento *prolongado por r ve éveillé dirige*, cuando se presenta un estado de estabilización 'crónica', con disminución de la efectividad y sin progreso evidente de la psicoterapia iniciada” (T8, 1964, p.14), y, por otro, “en el *comienzo* de un tratamiento cuando se trata de casos donde urge una acción terapéutica y es difícil o imposible la iniciación efectiva de las psicoterapias clásicas conocidas” (T8, 1964, p.14). Asimismo, se señala que la *activación* psicolítica dirigida se caracteriza por “la aparición de una conducta nueva, diferente y más autónoma, en el sentido intraindividual e interpersonal” (T8, 1964, p.14).

Por otra parte, un trabajo presentado en distintas reuniones cient ficas³⁸ en el año 1964 describe la *Psicolisis dirigida*, una “nueva síntesis y técnica fármaco-psicoter pica, utilizando drogas psicol ticas (LSD25, psilocibina) y la inducción de una *r verie* hipnag gica dirigida” (T9, 1967, p.4). El trabajo presentado recogía cuatro años de experiencias clínicas y trescientas setenta y siete sesiones aplicando la técnica a ciento cinco enfermos adultos (cincuenta y siete hombres y cuarenta y ocho mujeres), con edades predominantes entre los veinticinco y treinta y cinco años y una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos (toxicomanías por opiáceos y alcohol, neurosis de carácter, personalidades psicopáticas, neurosis de angustia, neurosis fóbicas, homosexualidad, neurosis obsesiva, histeria, psicastenia, depresión neur tica, impotencia y frigidez). En el mismo, se daba cuenta de la posibilidad de lograr curaciones completas en relativamente corto tiempo, permitiendo afirmar el valor terapéutico de la *Psicolisis dirigida* como un *activador* de la conducta habitualmente inadaptada. Además, se señalaba la inexistencia de contraindicaciones para la aplicación del tratamiento, habiéndose empleado incluso en sujetos epilépticos sin presentar complicaciones (T9, 1967; T10, 1967).

Si bien habría sido indicada en las mismas situaciones que el *R ve  veill  lisérgico dirigido* – se señalaba específicamente su “acción decisiva e inmediata” (T9, 1967, p.42) en

³⁸ Este trabajo fue presentado en reunión científica del Instituto de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias (Montevideo), por el Prof. Dr. Mario Berta en julio de 1964; en sesión del Sexto Congreso Internacional de Psicoterapia, realizado en Londres, por el Dr. Juan Severino, en agosto de 1964; en reunión del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, realizado en Lima, por el Dr. Ariel Duarte, en octubre de 1964, y en reunión científica de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, por el Dr. Mario Berta, en diciembre de 1964.

casos de toxicomanías, neurosis de carácter, personalidades psicopáticas y neurosis obsesivas – e incluía las mismas tres etapas bien diferenciadas – sesión, reflexión y entrenamiento –, se diferenciaba de él por el tipo de sustancia administrada y fundamentalmente por los métodos de dirección de la corriente imaginaria utilizados. Así, la *Psicolisis dirigida* era definida como “un nuevo procedimiento terapéutico que incluye el Rêve Éveillé Lisérgico Dirigido y además otras manifestaciones, con activación más profunda de la rêverie inducida pero que determinan el empleo de otros métodos de dirección y secuencia de la corriente imaginaria” (T11, 1968, p.43). En ella se empleaban 100 gammas de LSD25 o 3 a 6 miligramos de psilocibina por vía subcutánea, y los métodos utilizados dependían de la intensidad de la activación de la rêverie inducida, la cual determinaba la necesidad de emplear diversas modalidades técnicas capaces de adecuarse a la dinámica de la experiencia. Así, según el sujeto, las distintas etapas de la psicolisis en cada uno y/o el grado de coherencia de la corriente imaginaria, se utilizaban técnicas del Rêve Éveillé dirigido de Desoille, técnica de la confrontación de símbolos de Leuner, técnica de la alternancia de Guilleroy, técnicas psicodramáticas de Moreno, respuestas de relax de Wolpe, técnicas de conversión somato-psíquica y afectivo-imaginaria de Goldberger, entre otras (T9, 1967; T10, 1967; T11, 1968).

Al igual que en el caso del *Rêve éveillé dirigé*, el objetivo de la *Psicolisis dirigida* consistía en “*buscar, enfrentar, dominar y socializar la angustia*, mostrando la posibilidad de nuevas e insospechadas pautas de reacción” (T9, 1967, p.25). En la *Psicolisis dirigida* el sujeto “se mete’ en su angustia y la vive al extremo y, a veces, en forma mantenida, *merced a la dirección*, se incorpora a un nuevo estado anímico o logra la aparición espontánea de vivencias resolutivas” (T9, 1967, p.25). Lo fundamental en la práctica de este procedimiento habría sido “*apoyar, guiar y acompañar al sujeto en el compromiso total de su ser-en-un-mundo-imaginario presente y dinámico*, donde ‘vive y es’ y mediante el cual (...) *se abre a otras posibilidades concretas del ser-en-el-mundo*” (T9, 1967, p.37).

Finalmente, resultarían interesantes las analogías señaladas por el discurso médico entre las prácticas mágico-religiosas primitivas con sustancias alucinógenas y las modernas técnicas de psicoterapia, al establecer que, al igual que ocurría en las experiencias extáticas y terapéuticas primitivas⁴⁰, en las experiencias clínicas con *Rêve Éveillé dirigé* y *Psicolisis dirigida* también habrían aparecido vivencias relacionadas con estructuras mitológicas, tales como “imágenes de despedazamiento y descomposición corporal; ser devorado por monstruos o fieras; visiones apocalípticas; transformarse en objetos inanimados; etc.” (T77, 1964, p.23). Asimismo, se destaca la posibilidad brindada por las “técnicas basadas en la

⁴⁰ Las experiencias extáticas y terapéuticas primitivas habrían permitido acceder al renacimiento, la regeneración espiritual, la trascendencia y la libertad, a través de la “muerte”, el “retorno a la noche cósmica”, la “locura”, la “enfermedad” y la “regresión simbólica al estado embrionario” (T77, 1964, p.23).

imaginación dirigida” de transformar la “muerte simbólica” vivenciada en las experiencias clínicas, en “vivencias de renacimiento o regeneración espiritual, como si se tratase de un simbolismo iniciático” (T77, 1964, p.23).

Capítulo 4: Consideraciones finales

Al inicio de este trabajo planteamos que, a partir de la década de 1930, la clase médica uruguaya habría tenido un papel protagónico en la construcción de un andamiaje discursivo que “demonizaba” a las drogas y sus usos no medicinales, y colocaba al usuario en un lugar de “desviado”, “enfermo” o “delincuente”. A partir de ese momento habrían comenzado a configurarse en Uruguay las lógicas de sentido prohibicionistas que habían comenzado a instalarse a principios del siglo XX a nivel global y que se consolidarían en la década de 1970 con la declaración pública de la *guerra contra las drogas* por parte del gobierno de EE.UU.

El abordaje discursivo realizado en la presente investigación acerca de las concepciones y representaciones de las drogas, los usos y los usuarios de drogas en el discurso médico en Uruguay durante el período comprendido entre 1930 y 1970 aporta elementos para una historización de tales sustancias en nuestro país. En este sentido, favorecería la comprensión del proceso recorrido en Uruguay en materia de drogas y contribuiría a la deconstrucción de las lógicas de sentido prohibicionistas imperantes. En efecto, las huellas sólidas del *paradigma prohibicionista* que condena cualquier actividad relacionada con las drogas sustancias psicoactivas se hacen presente en aquellas concepciones de las drogas como “flagelos”, de los usos como “problemas” y de los usuarios como “desviados”, que aún circulan y muchas veces se despliegan como si se trataran de una “verdad” trascendente y universal.

El recorrido realizado en la presente investigación favorecería el cuestionamiento de dicha “verdad”, al “demostrar” que las representaciones que circulan en la sociedad sobre tales sustancias, así como sobre los usos y los usuarios de las mismas, no serían “una cosa natural e inevitable” (Hall, 1997, p.455), sino que se corresponderían con los sentidos que se han fijado de manera muy firme como resultado del entrecruzamiento, el límite, la fractura entre formaciones discursivas. Dicho de otro modo, tales representaciones no serían más que una configuración particular resultado de un proceso constitutivo complejo, disímil y heterogéneo que responde a las condiciones de posibilidad existentes en tal contexto. En efecto, las representaciones sobre las drogas, los usos y los usuarios de drogas que circulaban en Uruguay durante el período considerado en esta investigación, habrían surgido del entrecruzamiento o la articulación de distintas discursividades disponibles en la sociedad, siendo los discursos médico, jurídico y moral-religioso los principales pilares discursivos sobre drogas.

En esta investigación nos circunscribimos al discurso médico, en virtud del papel fundamental que la medicina adquirió en la sociedad uruguaya de la época. El discurso

médico habría acompañado el proceso de normalización de la sociedad a través del empleo de las dos tecnologías del *biopoder*: la *anatomopolítica* y la *biopolítica* (Foucault, 1992/1996), mediante las cuales se actuaba, a la vez, sobre el cuerpo – intentando fabricar sujetos dóciles y útiles, que estuvieran al servicio de los intereses del Estado – y sobre la población – intentando controlar los acontecimientos y producir una sociedad regulada. La clase médica, ocupando una posición dominante y mediante un discurso que podríamos calificar como “manipulativo” – en tanto habría producido o reproducido la desigualdad social al favorecer los intereses de la elite dominante y perjudicar los de los grupos dominados (van Dijk, 2006) –, habría intervenido sobre las masas dispersando ciertas creencias, argumentos y pruebas irrefutables acerca de la dimensión negativa de las drogas y de su lugar como los principales responsables o causantes de los “males” de la sociedad.

El análisis realizado permitiría visualizar los *procesos de objetivación y anclaje* (Jodelet, 1986) a partir de cuya relación dialéctica se habrían formado las representaciones sociales sobre las drogas, los usos y los usuarios de las mismas. En una primera instancia – instancia que se corresponde con el *proceso de objetivación* – y de acuerdo con el sistema de valores de la época en el contexto de la modernización uruguaya en el que el trabajo, el orden, la previsión, la seriedad, el ahorro, la higiene, habrían sido pilares fundamentales, se habrían tomado ciertas informaciones o conceptos teóricos acerca de las drogas (*fase de selección y descontextualización de los elementos de la teoría*), y, a partir de ellos, se habrían formado imágenes concretas de las drogas, los usos y usuarios (*fase de formación de un núcleo figurativo*) que pasarían a ser una expresión directa de la realidad (*fase de naturalización*). De este modo, a partir de ciertos conceptos teóricos, se habría formado una imagen vívida y clara de las drogas como *tóxicos* o *venenos* susceptibles de provocar nefastas consecuencias, de cuyas “garras” los médicos debían salvar al usuario en aquellas ocasiones en que su consumo se localizaba fuera de cualquier indicación médica, así como una imagen vívida y clara de las drogas como *medicamentos* con importantes usos terapéuticos cuando éstos se llevaban a cabo en dosis adecuadas a partir de indicaciones médicas. Del mismo modo, se habría formado una imagen clara de los usos de drogas como *enfermedades* y de los usuarios como *desviados*.

En una segunda instancia – correspondiente con el *proceso de anclaje* –, estas representaciones naturalizadas se habrían insertado en la sociedad, en las relaciones de los grupos, operando como reguladoras de las interacciones entre los sujetos, a la vez que se habrían integrado dentro del sistema de pensamiento preexistente, convirtiéndose en guías o referencias en consonancia con las cuales se comprendería y constituiría la realidad. De este modo, resultaría esperable y casi predecible que se tuviera una concepción negativa de las drogas, los usos y los usuarios de las mismas al inscribirse fuera del ámbito de las

aplicaciones médicas y al atentar contra los valores de la época, y que se actuara de acuerdo con tales concepciones, condenando sus usos.

Las drogas habrían sido colocadas en el lugar del “chivo expiatorio”, culpables de las dificultades que atravesaba la sociedad, como si nada hubieran tenido que ver los cambios estructurales generados a partir de la consolidación del Estado moderno. De este modo, a través de los “gatillos” psicogénicos del miedo y la confusión, el discurso médico habría “manufacturado” o “fabricado” este problema social: habría intervenido psicológicamente en los sujetos a través de la inducción de temor ante esta “amenaza” que sería capaz de conducir a la degeneración, a la degradación física y moral de los sujetos y la ruina de la sociedad. Así, se “acusaba” a las drogas de ser susceptibles de “transformar” a los usuarios en “bestias”, seres “degradados”, “inferiores”, “inútiles”, “incapaces”, ocultando – en el mismo acto – que ese “bombardeo” de información correspondiente a la diseminación ideológica por medio de la cual se erigía la “verdad” de las drogas como “flagelos” también contribuiría a la “degradación” de los sujetos – en tanto obstaculizaría su capacidad crítica al imponerles la adopción de ciertas verdades incuestionables.

Las representaciones sociales – configuradas en aquella época – de las drogas como *venenos*, *tóxicos* o *sustancias malditas*; de los usos como *enfermedades* o *búsquedas insensatas de goce*; y de los usuarios como *desviados*, *enfermos*, *delincuentes*, *cargas* o *parásitos*, siguen presente en la actualidad y tienen efecto en las interacciones sociales en la vida cotidiana sin que los sujetos enajenados adviertan que se encuentran siguiendo los mandatos fabricados por la ideología de su colectivo. Actualmente seguirían operando las huellas de aquella polarización ideológica por medio de la cual quienes se oponían al consumo de drogas se consideraban a sí mismos como moralmente superiores, a la vez que consideraban a los miembros del grupo opuesto como enemigos que amenazaban con poner en peligro la integridad de la nación.

De acuerdo a lo anterior, se evidenciaría la doble función de adaptación que cumplirían las representaciones sociales: adaptarían los conceptos e ideas abstractas a la sociedad, a la vez que adaptarían la sociedad a nuevos conjuntos de informaciones mediante la formación de conductas y la orientación de las interacciones sociales en la vida cotidiana.

El análisis realizado permitiría inscribir los usos de las sustancias psicoactivas dentro de las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar* (Dunker, 2011; Dunker, 2015), dando cuenta de la complejidad de tal fenómeno y la necesidad de ser abordado en sus múltiples dimensiones, abandonando toda perspectiva reduccionista. La toxicomanía podría ser concebida como *síntoma* al contemplar su simultánea constitución como enfermedad y como intento de curación por parte del sujeto, así como también al considerar su configuración como un “mensaje cifrado” que, junto con la perturbación, trae un saber.

También podría ser inscrita en la categoría de *sufrimiento* en tanto los usos de drogas podrían aliviar o mitigar los padecimientos de los sujetos que éstos expresan a través del “tejido lingüístico”, a la vez que podrían ser los causantes de los mismos. Por último, la toxicomanía se inscribiría en la categoría de *malestar*, en tanto las drogas se desempeñarían como paliativos para hacer frente a los malestares propios de la cultura. Así, el malestar característico de la moderna sociedad uruguaya habría favorecido la producción de un “juego pendular” entre el uso de sustancias estimulantes que permitieran hacer frente a las múltiples y extenuantes exigencias sociales y económicas de la época, y de sustancias depresoras que permitieran bajar la activación y vencer el insomnio producido por las primeras. En este sentido, podríamos afirmar que el uso de determinadas sustancias no sería arbitrario ni se daría por azar, sino que se relacionaría con los modos de habitar el mundo en determinado contexto, cumpliendo una función en las subjetividades.

El análisis de los materiales discursivos realizado en esta investigación revelaría que el alcohol habría sido la droga considerada como el “flagelo” más importante durante el período en cuestión, seguido de las anfetaminas, los barbitúricos, el opio y sus derivados. Tales sustancias, protagonistas de ese “juego pendular” que mencionamos anteriormente, fueron suministradas por médicos, nurses y enfermeros, con la intención de “encaminar” la respuesta a las numerosas exigencias de la vida moderna. Así, la “toxicomanía médica” habría sido reconocida por el propio discurso médico en la época como la “toxicomanía fundamental” (Ríos Bruno, 1963, p.20). Lo mismo ocurriría en la época actual en la que, de acuerdo con la lógica de mercado imperante que privilegia el consumo y conduce al sujeto a la búsqueda de satisfacciones autistas e instantáneas, el discurso médico avalaría y fomentaría la solución farmacológica frente a patologías tales como el estrés crónico, la ansiedad y la depresión que aumentan año tras año.

Durante el período considerado en esta investigación los tratamientos del alcoholismo y de las otras toxicomanías se habrían inscripto fundamentalmente en el *paradigma de la enfermedad* y habrían tenido la desintoxicación, internación y abstinencia absoluta como referencia ideológico-terapéutica. Considerando que la predisposición de las personas a hacer usos problemáticos de drogas haría que éstas desarrollaran un vínculo de dependencia si las probaban, se intentaba mantener a los sujetos lejos de las drogas y desterrar a éstas de sus vidas. De este modo, los abordajes terapéuticos inscriptos en este paradigma se asociarían con aquellas narrativas de sufrimiento que tenían como causa la “aparición de un objeto intrusivo” (Dunker, 2011, p.62) y se orientarían a hacer desaparecer el objeto droga de la vida de los sujetos de forma permanente. Desde dicho paradigma, el sufrimiento que se legitimaba y que resultaba digno de atención era el de aquellos sujetos dispuestos a hacer usos problemáticos de drogas que, habiéndose encontrado con tales

sustancias, iniciaban un proceso de deterioro progresivo que debía ser detenido mediante la abstinencia absoluta.

De todos modos, el *paradigma de la enfermedad* no era el único presente en la época, sino que el mismo presentaba algunas fisuras: en efecto, la inclusión de variables psicológicas y socioculturales dentro de la etiología de las toxicomanías, habría dado lugar a intervenciones que se orientaban al aprendizaje de nuevas formas de interacción con las drogas por parte de los sujetos y se habrían inscripto dentro del *paradigma del aprendizaje social*. Dentro de tales intervenciones se encontrarían: la educación de la juventud a partir de las enseñanzas de las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas, las medidas profilácticas focalizadas en los niños, la influencia persuasiva de la mujer dentro y fuera del hogar orientada a prevenir y erradicar el consumo, la dominación moral por parte del médico sobre el enfermo, las medidas higienistas y de profilaxis social por parte de los médicos que incluían la educación de todos los sectores de la sociedad, e, incluso, el Código Penal al ser considerado un “remedio heroico” (Loudet, 1939, p.55) capaz de guiar la actividad humana. Los abordajes terapéuticos y psicoterapéuticos inscriptos en este paradigma se asociarían con aquellas narrativas de sufrimiento que tenían como causa la “ruptura del pacto” (Dunker, 2011, p.62) y se orientarían a reconfigurar los “pactos” de la tríada persona-sustancia-entorno y obtener control sobre el consumo. Aquí, el sufrimiento que se legitimaba era el de aquellos sujetos que habían incurrido en consumos problemáticos de drogas a partir de una interacción negativa con tales sustancias en diversos contextos.

Los diversos tratamientos ofrecidos habrían puesto el foco en la sustancia, orientándose a eliminarla permanentemente de la vida de los sujetos, pero también habrían tenido en cuenta factores relacionados con la persona que consumía y con el entorno en que lo hacía. Como evidencia de esto tendríamos a los Dispensarios de Higiene Mental de la *Liga Nacional contra el Alcoholismo*, los cuales, además de brindar tratamiento desintoxicante, ofrecían orientación en aspectos sociales, familiares, morales, psicológicos, pedagógicos, profesionales o laborales, así como reeducación y formación de nuevos hábitos, y una terapéutica de grupo para adolescentes y adultos. También tendríamos al equipo multidisciplinario de Estudios del Alcoholismo del Hospital de Clínicas que, además del tratamiento desintoxicante, brindaba psicoterapia y terapéutica social desarrollada en el medio familiar y laboral.

Los tratamientos ofrecidos para abordar las toxicomanías se habrían ocupado fundamentalmente de la dimensión física del sujeto, pero también de las dimensiones psíquica-mental y emocional, y, habrían ignorado prácticamente la dimensión espiritual. Así, según surge de los diferentes materiales analizados, no se habría ofrecido otro tratamiento respecto al espíritu más allá del aislamiento del toxicómano en establecimientos agrícolas

con el objetivo de “purificarlo” a través del “aire sano” de la campaña. Este tratamiento podría ser inscripto dentro de la *perspectiva psico-espiritual*, perspectiva que se asociaría con las narrativas de sufrimiento que tienen como causa la “desregulación del espíritu” y la “pérdida del alma” (Dunker, 2011, p.62), y que legitimaría el sufrimiento de aquellos sujetos que, habiendo experimentado una falta de sentido de la existencia, recurrirían al uso de drogas como solución a dicha falta.

En el Uruguay de la época, la “función dual” de las drogas reconocida desde la *perspectiva psico-espiritual* era prácticamente ignorada, de modo que, más allá de las referencias a la posibilidad brindada por técnicas como la *Psicolisis dirigida* de transformar la “muerte simbólica” vivenciada en las experiencias clínicas, en “vivencias de renacimiento o regeneración espiritual” (Silvera Galasso, 1964, p.23), no existieron menciones a elementos que podamos asociar, en el presente, con la perspectiva psicoespiritual. Los distintos materiales discursivos analizados también permitirían evidenciar la particularidad que tienen las drogas – particularidad contenida en la palabra *phármakon* – de constituirse simultáneamente como un potencial veneno y como un potencial remedio. Así, habrían permitido reconocer su faz de *veneno* o *tóxico*, causante de múltiples sufrimientos que fueron objeto de distintas intervenciones terapéuticas, como también su faz de *medicamento*, por ejemplo, al reconocer las virtudes médicas del opio o de las anfetaminas, o al integrar la LSD25 y la psilocibina a los abordajes psicoterapéuticos del *Reve Éveillé lisérgico dirigido* y la *Psicolisis Dirigida* – de este modo quedaría demostrado que el uso de drogas no podría ser considerado como un problema en sí mismo, ya que así como podían incidir negativamente en la vida los sujetos, también podían aportar beneficios en distintas dimensiones de su vida. Estos procedimientos resultarían llamativos por un doble motivo: por un lado, porque habrían empleado drogas psicodélicas que actualmente integran la lista de las sustancias prohibidas por las *Convenciones Internacionales*, y, por otro, porque tales drogas habrían sido utilizadas para tratar a las propias toxicomanías, entre otros síntomas y diagnósticos psiquiátricos.

El recorrido realizado en esta investigación permitiría constatar que la categoría *género* habría atravesado el fenómeno del uso de drogas desde el mismo momento en que éste comenzara a configurarse como un problema en el Uruguay, dando lugar al surgimiento de valoraciones y significados diferenciales respecto al consumo de sustancias psicoactivas en mujeres y hombres. Tal atravesamiento se pondría de manifiesto en la doble desacreditación padecida por la mujer usuaria de drogas que ha regido desde ese entonces: no solo por consumir sustancias que resultarían perjudiciales para su salud, sino también y fundamentalmente por apartarse de los ideales y del cumplimiento de los roles tradicionales de género (responsabilidades maternas y familiares, feminidad, decoro, modales, sumisión, pureza, elegancia). De esta manera, las mujeres de la época, además de haber

recibido los mayores estigmas y un decisivo rechazo social en caso de consumir drogas – por considerarlas como una amenaza al orden social –, habrían recibido el mandato de llevar adelante la labor de prevención y tratamiento de las enfermedades dentro y fuera de la familia, debiendo, por ejemplo, difundir información relevante acerca de los prejuicios ocasionados por el consumo, y oficiar como terapeutas frente a sus esposos consumidores de forma previa a la intervención del médico. Tales estigmas y mandatos aún circulan en la sociedad – muchas veces naturalizados – y operan regulando las interacciones entre los sujetos.

Sin haber agotado el problema de investigación que dio vida a este trabajo, y quedando aún mucho por investigar, nos contentamos con habernos introducido en un campo poco explorado hasta el momento y con haber aportado elementos para la comprensión del proceso recorrido en Uruguay en materia de drogas, incrementando el escaso conocimiento existente sobre un período que, por corresponderse con un contexto de modernización de la sociedad uruguaya, la medicalización de la vida, el descubrimiento de nuevos psicofármacos, la crisis de la psiquiatría organicista-positivista, el surgimiento del psicoanálisis y la constitución del campo psicoterapéutico en el Uruguay, resulta crucial en nuestra historia.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos permitirían esbozar algunas recomendaciones para ser tenidas en cuenta en futuras iniciativas dedicadas a abordar el consumo de drogas, fenómeno complejo que tan amplias repercusiones genera en todos los niveles de la sociedad:

- Concebir la particularidad de las drogas o sustancias psicoactivas de constituirse simultáneamente como un potencial *veneno* y como un potencial *remedio*, teniendo en cuenta que sus usos no representarían un problema *per se*, sino que sería a partir de la articulación de los factores vinculados a la tríada sustancia-persona-entorno que tales usos se configurarían como problemáticos o no problemáticos.

- Tener en cuenta la potencia clínica de las categorías psicoanalíticas de *síntoma*, *sufrimiento* y *malestar*, y adoptarlas a la hora de abordar las toxicomanías. Abordar los usos de drogas desde esta perspectiva permitiría considerar a los síntomas no como “desechos” a eliminar sino como “mensajes” a ser escuchados en tanto “portadores de un saber”. Asimismo, permitiría tomar contacto con la singularidad de los sujetos al contemplar sus narrativas respecto a los sufrimientos ocasionados por el consumo de drogas y aquellos que buscarían ser aliviados mediante dicho consumo. También permitiría considerar las funciones que las drogas cumplirían en las subjetividades en el contexto de los malestares propios de cada sociedad.

- Considerar la complejidad del fenómeno del consumo de drogas, teniendo en cuenta la importancia de abordar cada una de las diferentes dimensiones de la vida de los

sujetos en la prevención y el tratamiento de las dependencias. En este sentido, resultaría fundamental integrar la dimensión espiritual, muchas veces excluida.

- Prestar atención a la responsabilidad de los profesionales de la salud sobre el consumo de drogas, en tanto agentes que podrían favorecer – o no – el uso generalizado de psicofármacos avalados por el sistema de salud.

- Tener presente el atravesamiento de la categoría género en la temática del uso de drogas a fin de que las mujeres reciban tratamientos adecuados y se desarrollen políticas públicas acordes.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrían desplegar nuevos interrogantes para seguir profundizando el estudio de las dimensiones que integran el fenómeno del consumo de drogas psicoactivas en nuestro país. Sabiendo que aún queda mucho por investigar, nos sentiremos satisfechos si, mediante este recorrido, logramos aportar elementos para la deconstrucción de las lógicas de sentido que imperan actualmente, contribuyendo a la no restricción de la comprensión del fenómeno a los paradigmas – *prohibicionista* y *de la enfermedad* – hegemónicos, a la comprensión de los factores específicos del consumo femenino desde su propio marco de referencia, y a generar insumos teórico-técnicos que hagan posible otros abordajes psicoterapéuticos, mejorando la calidad de los servicios brindados a la población.

Referencias

- Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república*. (Tesis de Doctorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17765>
- Agamben, G. (2009). Arqueología filosófica. En *Signatura rerum: Sobre el método* (pp. 111–152). Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Alposta, L. (2005). *Mosaicos porteños*. Buenos Aires: Dunken.
- Álvarez, D. (2008). *Historia de la prensa en el Uruguay: desde la Estrella del Sur a Internet*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Apud, I. (s.f). La estigmatización en el consumo de drogas ilegales. *H enciclopedia*. Recuperado de <http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Apud%20Ismael/DrogasIlegales.htm>
- Arrieta, E., Tagliazucchi, E. y Gurvich, D. (2017). Sustancias psicoactivas, el humano y la cultura. En E. Arrieta (Comp.), *Un libro sobre drogas* (pp. 64-79). Buenos Aires: El Gato y la Caja. Recuperado de <https://elgatoylacaja.com/sustancias-psicoactivas-el-humano-y-la-cultura>
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. y Tindall, C. (2004) *Métodos cualitativos en psicología: Una guía para la investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Barrán, J. (1993). Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. En J. P. Barrán et al., *La medicalización de la sociedad* (pp.145-174). Montevideo: Nordan.
- Barrán, J. (1994). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: Vol. 2. El disciplinamiento*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: Vol. 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Bayce, R. (1990). *Drogas: prensa escrita y opinión pública*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- Bayce, R. (1997). El estigma de la droga: particularidades y rasgos comunes en el caso uruguayo. En M. Hopenhayn (Comp.), *La grieta de las drogas: desintegración social y políticas públicas en América Latina* (pp.89-96). Santiago de Chile: Cepal.
- Bayce, R. (2012). Los trasfondos del imaginario sobre “drogas”: valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos. En C. Casacuberta et al.,

Aporte universitario al debate nacional sobre drogas (pp.63-118). Montevideo: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.

Becerra, M. (2018). "Restaurando la voluntad del enfermo": Medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile. *Sociedad hoy*, 26, 117-153. Recuperado de https://revistasacademicas.udec.cl/index.php/sociedad_hoy/article/view/766/1356

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf

Bernal, H. (1997). Algunas reflexiones sobre cultura, ciencia, ética y psicoanálisis. *Acheronta: Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 5. Recuperado de <http://www.acheronta.org/acheronta5/etica.html>

Biblioteca Nacional de Uruguay. (2020, mayo 22). Día Nacional del Libro. Recuperado de <https://www.bibna.gub.uy/biblioteca-nacional/noticias/dia-nacional-del-libro/>

Blanquer, A. (2014). Positivismismo Criminológico. En *Crimipedia*. Recuperado de https://nanopdf.com/download/termino-crimipedia-positivismo-criminologico_pdf

Bosque-Prous, M. y Brugal, M. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 99-105. Recuperado de <https://www.gacetasanitaria.org/es-intervenciones-reduccion-danos-usuarios-drogas-articulo-S0213911116300838>

Bouret, D. (2012). Lo sano y lo enfermo: El consumo de vinos y los problemas sociales del alcoholismo en el Montevideo del novecientos. *Boletín Americanista*, 62(65), 167-190. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/BoletinAmericanista/article/view/13698>

Burbano, M. (2010). La "teoría mimética" de René Girard y su aporte para la comprensión de la migración. *Universitas Philosophica*, 27(55), 159-181. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4095/409534420010.pdf>

Caetano, G. (2011). *La República Batllista*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Caetano, G. y Rilla, J. (1996). De la modernización a la República conservadora. En F. Pita (Comp.), *Las brechas en la historia: Vol. 1. Los períodos* (pp.75-97). Montevideo: Brecha.

- Cáliz, N. (2018). *Capitalismo y fetichización de la droga mercancía, en la determinación social del uso de sustancias psicoactivas en jóvenes adolescentes de localidades representativas de Bogotá-Colombia*. (Tesis de Doctorado, Universidad Andina Simón Bolívar, Bogotá). <http://hdl.handle.net/10644/6432>
- Camargo, R. y Ried, N. (2019). La invención del toxicómano como sujeto a corregir: La figura del toxicómano en la producción discursiva farmacéutica chilena de la primera mitad del siglo XX. *Universum* [online], 34(1), 65-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762019000100065>
- Candrea, A. y Paladino, C. (2005). Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción: Estudio cualitativo. *Universitas Psychologica*, 4(1), 55-62. Recuperado de https://www.academia.edu/4743814/CUIDADO_DE_LA_SALUD_EL_ANCLAJE_SOCIAL_DE_SU_CONSTRUCCI%C3%93N_ESTUDIO_CUALITATIVO
- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia*, 7(3), 425-445. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000300004>
- Cervilla, F. (2000). *Adicciones: rechazo del vínculo, soporte del vínculo*. Comunicación presentada en las I Jornada de Adicciones del Colegio de Psicoanálisis de Madrid. Recuperado de <https://colegiodepsicoanalisisdemadrid.es/adicciones-rechazo-del-vinculo-soporte-del-vinculo/>
- Comisión honoraria. (1917, enero). *El Lazo Blanco*, 1(2).
- Consejo patrocinador. (1937, setiembre). *Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis*, 1(1).
- Corbelle, F. (2019). La construcción social del “problema de la droga” en Argentina, 1919-2018. *Ingesta*, 1(1), 14-40. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2596-3147.v1i1p14-40>
- Courtwright, D. (2012). Una breve historia de políticas sobre drogas, o por qué declaramos la guerra a unas drogas y no a otras. *History Faculty Publications*, 22. Recuperado de http://digitalcommons.unf.edu/ahis_facpub/22
- Davenport-Hines, R. (2001). *La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Turner.
- Dell'Acqua, C. (2010). Drogas con efecto predominantemente alucinógeno sobre el sistema nervioso central (SNC) o perturbadoras. En *Curso Virtual “Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas”*. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.

- Dell'Acqua, C. (2012). Modelo de Reducción de Riesgos y Daños. En C. Dell'Acqua y M. Suanes (Coords.), *La Gestión de Riesgos: Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas* (pp.4-7). Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.
- Dreyfus, H. y Rabinow, P. (2017). *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Monte Hermoso.
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. San Pablo: Annablume.
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. San Pablo: Boitempo.
- Eira, G. (1997). Las drogas y las culturas: compañeros de viaje. En R. Bayce, G. Eira, J. Fernández y C. García, *Enteogénesis: Las búsquedas de los estados alterados de conciencia* (pp.5-26). Montevideo: Multiplicidades.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza. (Trabajo original publicado en 1989).
- Escohotado, A. (2011). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama. (Trabajo original publicado en 1996).
- Escohotado, A. (2015). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Anagrama. (Trabajo original publicado en 1995).
- Esparza, L. (2003). Entrevista a Denise Jodelet. *Relaciones*, 24(93), 115-134. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/>
- Evans, D. (2007). Goce. En *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, J. (2000). *Los fármacos malditos: El holograma de las drogas y otros ensayos*. Montevideo: Nordan.
- Fernández, M. (2009). Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile: 1920-1960. *Historia Crítica*, 39, 62-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/811/81112363006.pdf>
- Fernández, M. (2013). Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940. *Atenea*, 508, 73-89. Recuperado de https://www.scielo.cl/pdf/atenea/n508/art_06.pdf
- Fernández, S. (2011). *Hacia la sanación profunda de las Adicciones: Aportes de la moderna investigación sobre la conciencia a la construcción de un modelo integral para su comprensión y abordaje*. Montevideo: El Abrojo.

- Fernández, S. y Lapetina, A. (2008). *Contacto: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Montevideo: Frontera. Recuperado de <https://medfamcom.files.wordpress.com/2013/08/guia-contacto-fernandez-lapetina.pdf>
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966).
- Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1969).
- Foucault, M. (1996). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira. (Trabajo original publicado en 1992).
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1994).
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004).
- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas (Vol.21, pp.57-140)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930 [1929]).
- Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*, 4, 139-158. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/11502732.pdf>
- Garat, G. (2012). *Marihuana y otras yerbas: Prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay*. Montevideo: Sudamericana Uruguay.
- Garat, G. (2013). *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/10001.pdf>
- García, M. (2019). Enteógenos, ritual y psicoactivos en el Mediterráneo Antiguo: química entre dioses y hombres (Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Educación a Distancia). Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-HHAT-Mpgarcia>

- García, V. (2007). Remedios secretos, drogas heroicas y medicinas de patente: una historia de la regulación de los medicamentos en Antioquia, 1900-1940. (Tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Medellín). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000400023>
- Gerber, D. (2002). El psicoanálisis y la razón moderna. *Acheronta*, 16. Recuperado de <http://www.acheronta.org/acheronta16/razonmoderna.htm>
- González, A. (2013). *Surgimiento: hacia una ontología de la praxis*. Bogotá: Usta.
- González, M. (2013). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Itinerario*, 7(14). Recuperado de <https://docplayer.es/6964845-El-sintoma-en-la-clinica-psicoanalitica-marcelo-gonzalez-imaz-revista-itinerario-ano-7-n-14-marzo-2013-www-itinerario-psico-edu.html>
- González, C. y Martell, L. (2013). El análisis del discurso desde la perspectiva foucauldiana: método y generación del conocimiento. *Ra Ximhai*, 9(1), 153-172. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/461/46126366013.pdf>
- Grau, G. (2018). *Klein con Lacan: Un estudio discursivo de la recepción de las ideas lacanianas en Uruguay (1955-1982)*. (Tesis de maestría, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/20045>
- Grigoravicius, M. (2006). Una perspectiva histórico social para la comprensión del "problema drogas". En *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-039/176>
- Guerra, E. (2006). Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 53-61. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13087278>
- Hall, S. (1997). El trabajo de la representación. En S. Hall (Ed.), *Representation: cultural representations and signifying practices* (Trad. E. Sevilla Casas, pp. 13-74). Londres: Sage. Recuperado de http://metamentaldoc.com/14_El_trabajo_de_la_representacion_Stuart_Hall.pdf
- Hinojosa, M. y Marín, I. (2015). *El opio y el éter en la imaginación victoriana: George Sand, Margaret Fuller y Sarah Bernhardt*. Ponencia en el VII Congreso virtual sobre Historia de las mujeres. Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:B1_h8yNJUqIJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5339167.pdf+&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=uy

- Hofmann, A. (2018). *LSD. Cómo descubrí el ácido y qué pasó después en el mundo*. Barcelona: Arpa ideas. (Trabajo original publicado en 1980).
- Jelsma, M. y Armenta, A. (2015). *Las convenciones de drogas de la ONU: Guía básica*. Transnational Institute. Recuperado de https://www.tni.org/files/publication-downloads/primer_unconventions_24102015-es.pdf
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II: Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales* [online], 3(5), 32-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v3n5/v3n5a2.pdf>
- Junta Nacional de Drogas (2016a). *Estrategia Nacional para el abordaje del Problema Drogas 2016-2020*. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-05/Estrategia%20JND%202016-2020.pdf>
- Junta Nacional de Drogas (2016b). *Guía: Más información menos riesgos*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de http://www.comprasestatales.gub.uy/Pliegos/pedido_789159.pdf
- Junta Nacional de Drogas (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025*. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/institucional/plan-estrategico/periodo-2021-2025>
- Kandall, S.R. (1996). *Substance and shadow: a history of women and addiction in the United States – 1850 to present*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Korstanje, M. (2010). *El miedo en el nuevo milenio: un abordaje antropológico para comprender la postmodernidad*. Recuperado de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/660/index.htm>
- León, S. (2013). *Psicoterapia psicoanalítica: Una ética terapéutica más allá de la técnica*. Santiago: RIL.
- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M., Antequera, R. y Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos Medicina Forense*, 17(1), 21-33. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000100005

- Loudet, O. (1939). Los índices médico-psicológicos y legales de la peligrosidad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 21, 39-60.
- Lucha contra las toxicomanías (1933, junio 18). *La Mañana*
- Lynch, F. (2008). El sustrato étnico de la política de drogas: Fundamentos interculturales y consecuencias sociales de una discriminación médico/jurídica. *Runa*, 28(1), 141-168. <https://doi.org/10.34096/runa.v28i1.1214>
- Mansilla, J. (2017). Nacimiento y crisis del prohibicionismo. En E. Arrieta (Comp.), *Un libro sobre drogas*. Buenos Aires: El Gato y la Caja. Recuperado de <https://elgatoylacaja.com.ar/sobredrogas/nacimiento-y-crisis-del-prohibicionismo/>
- Martínez, M. (2005). El realismo científico de Ian Hacking: de los electrones a las enfermedades mentales transitorias. *Redes*, 11(22), 153-176. Recuperado de <https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/597/05-R2005v11n22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, R. (2007). Drogas, adolescentes y medios de comunicación. *Comunicación e juventude*, 51-70. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2648886>
- Massó, P. (2015). Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de drogas. *Salud Colectiva*, 11(3), 381-399. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.723>
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.65-105). Barcelona: Gedisa. Recuperado de <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Meneses, C. (2002). De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. *Miscelánea Comillas*, 60, 217-243. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/287216612> De la morfina a la heroína e l consumo de drogas en las mujeres
- Milán, J. (2014). *Formación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay: Antecedentes y precursores en el ámbito psiquiátrico (1910-1955)*. Proyecto I+D, presentado a CSIC. Convocatoria 2014. Montevideo: Universidad de la República.
- Milán, J. (2018). *Constitución de las prácticas psicoterapéuticas en el Uruguay: acción psicoterapéutica, transformación subjetiva y social (1930-1960)*. Proyecto I+D presentado a CSIC. Convocatoria 2018. Montevideo: Universidad de la República.

- Miller, J.A. (2015). *Todo el mundo es loco*. Buenos Aires: Paidós.
- Miramón, M. (2013). Michel Foucault y Paul Ricoeur: dos enfoques del discurso. *La Colmena*, 78, 53-57. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4463/446344314009.pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul. (Trabajo original publicado en 1961).
- Mountian, I. (2017). Políticas de Drogas e Intersecções de Gênero, Raça e Sexualidade. En R. Figueiredo, M. Feffermann y R. Adorno (Orgs). *Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo* (pp.129-151). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Nahum, B. (2017). *Manual de Historia del Uruguay. Vol. 2: 1903-2010*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. (Trabajo original publicado en 1995).
- Nosetto, L. (2017). Las palabras y las cosas: Michel Foucault y la centralidad de la cuestión del origen en los discursos políticos. *Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 51(2). <http://dx.doi.org/10.5209/NOMA.54838>
- Ortega, E., Beltrán, M. y Mitjavila, M. (2018). Eugenesia y medicalización del crimen a inicios del siglo XX en Uruguay. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 354-366. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180275>
- Ovejero, A. y Pastor, J. (2001). La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela. *Aula Abierta*, 77, 99-107. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27469/1/AulaAbierta.2001.77.99-109.pdf>
- Palacios, J. (2003). Abstinencia vs. Reducción del Daño: ¿Lucha de antagónicos? En *Curso Online Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas. Ciclo de Profundización Marco Conceptual*. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.
- Palazzolo, F. (2017). *La construcción social del uso de drogas ilegales. Discursos, prácticas y políticas en disputa*. (Tesis de Doctorado en Comunicación, Universidad Nacional de La Plata, La Plata). <https://doi.org/10.35537/10915/64300>
- Pêcheux, M. (1997). A análise de discurso: três épocas. En F. Gadet & T. Hak (Eds.), *Por uma análise automática do discurso: uma Introdução à Obra de Michel Pêcheux* (pp. 311–318). Campinas: Editora da Unicamp. (Trabajo original publicado en 1983).

- Pêcheux, M. (2014). El discurso: ¿estructura o acontecimiento?, *Décalages*, 1, 1-21. (Texto original de 1983). Recuperado de <https://scholar.oxy.edu/decalages/vol1/iss4/16>
- Pêcheux, M. (2016). *Las verdades evidentes: lingüística, semántica, filosofía*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. (Trabajo original publicado en 1975).
- Peraza, C. (2019). *Tratamiento brindado a personas con uso problemático de drogas en Uruguay durante el período 1930-1970*. Diploma Superior Insumos teórico-prácticos para comprender e intervenir en la temática del uso de drogas. (Trabajo Final, FLACSO Uruguay).
- Pérez, R. (2016). *Tolerancia y prohibición: Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1940*. Ciudad de México: Debate.
- Posada, J. (2008). Un proceso de a-normalización: el caso del fármaco-dependiente en Colombia. *Katharsis*, 5, 74-98. Recuperado de <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/568/888>
- Quinteros, C. (2012). *Sobre el destierro de los paraísos artificiales: Hacia una marginalización de las drogas y sus consumidores. Chile, 1875-1936*. [Informe] Seminario para optar al grado de Licenciada en Historia, Universidad de Chile, Santiago de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/164089>
- Ríos Bruno, G. (1963). Panorama actual de las toxicomanías en el Uruguay. Necesidad de una planificación científica para su profilaxis, represión y tratamiento. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 167, 7-25.
- Sánchez, V. (2018). Drogas: entre cuerpos regulados y morales desviadas. Argentina, 1880-1960. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 315-337. <https://doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67561>
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, 41, 207-224. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3709384>
- Sapriza, G. (2001). *La "utopía eugenista": Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*. (Tesis de maestría, Universidad de la República, Montevideo).
- Secretaría Nacional de Drogas (2012). *Desvelando velos... sobre Género y Drogas*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/desvelando-velos-sobre-genero-drogas>

- Sedrán, P. y Carbonetti, A (2019). Curas milagrosas: publicidades de medicamentos varios en la prensa santafesina, Argentina (1890-1918). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(4), 1121-1137. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400005>
- Serrano, D. (2009). La psilocibina: perspectiva histórica y farmacológica e investigaciones actuales autorizadas. *Cultura y droga*, 14(16), 165-188. Recuperado de [http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga14\(16\)_9.pdf](http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga14(16)_9.pdf)
- Sica, S. (2000). Comentario acerca del surgimiento del psicoanálisis en el marco de la ciencia moderna. *Acheronta*, 11. Recuperado de <http://www.acheronta.org/acheronta11/psa-ciencia.htm>
- Silva, D. (2016). *Drogas y Derecho Penal en el Uruguay*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- Silvera Galasso, H. (1964). Los alucinógenos en las prácticas mágico-religiosas primitivas y en la psicoterapia moderna. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 171, 3-26.
- Sinatra, E. (2000). La toxicomanía generalizada y el empuje al olvido. En E. Sinatra, D. Sillitti y M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas*. La Paz: Plural.
- Sinatra, E. (2016). *¿Cómo es que esto nos ha pasado?: Sobre lo ocurrido en Costa Salguero*. Recuperado de <https://redpsicoanalitica.com/2017/03/09/como-es-que-esto-nos-ha-pasado/>
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239-249. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943026.pdf>
- Soler, F. (2016). Materialismo científico. En *Diccionario Interdisciplinar Austral*, editado por Claudia E. Vanney, Ignacio Silva y Juan F. Franck. Recuperado de http://dia.austral.edu.ar/Materialismo_científico
- Sossa, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis* [En línea], 28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682011000100026>
- Stip, E. (2001). Comentarios sobre la Revista de Psiquiatría del Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 65(1), 95-96. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/read/37389706/comentarios-sobre-la-revista-de-psiquiatra-a-del-uruguay>
- Suanes, M. (2012). Introducción. Ante el problema de las Drogas: un compromiso por la salud, la convivencia y el desarrollo. En C. Dell'Acqua y M. Suanes (Coords.), *La Gestión de Riesgos: Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas*

(pp.4-7). Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.

- Suárez, H., Ramírez, J., Keuroglian, L. y Umpierrez, E. (2016). Consumo de drogas: En busca de una nueva sensibilidad. En H. Suárez y M. Rossal (Comps). *Viajes sintéticos: Estudios sobre uso de drogas de síntesis en el Uruguay contemporáneo* (pp.9-46). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y Junta Nacional de Drogas. Recuperado de <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/JND-Viajes%20Sint%C3%A9ticos-todo-WEB.pdf>
- Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama. (Trabajo original publicado en 1992).
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas. Recuperado de <https://intercambios.org.ar/assets/files/Saberes-ypracticass1.pdf>
- Van Dijk, T. (2004, febrero 17). *Discurso y dominación*. Lección Inaugural del Primer Semestre. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Bogotá. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso%20y%20dominacion.pdf>
- Van Dijk, T. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 10(29), 9-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/279/27910292.pdf>
- Van Dijk, T. (2006). Discurso y manipulación: Discusión teórica y algunas aplicaciones. *Signos*, 39(60), 49-74. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso%20y%20Manipulacion.pdf>
- Villarroel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum*, 17(49), 434-454. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504911.pdf>

Apéndice

En este apéndice introducimos una tabla en la que detallamos la codificación utilizada en el capítulo 3, de análisis, para referirnos a los textos que componen el corpus de esta investigación.

Código	Texto
T1	¡Alcoholismo! Un problema perplejo. (1944). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 5(50).
T2	Algo sobre Alcoholismo. (1958). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 19(184), 16-19.
T3	Almeida Pintos, R. (1950). Proyecciones sociales del alcoholismo. <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(148), 2-4.
T4	Aunque más no sea que media botella de cerveza en cada comida, es un buen seguro de salud (1933, junio 22). <i>La Mañana</i> .
T5	Bachini, O., Puppo, H., Granja, V. y da Costa, R. (1968). Alteraciones de la personalidad y alcoholismo. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 195, 11-32.
T6	Berta, M., Duarte, A., Severino, J.P., Silvera, H. y Gaspar, E. (1961). Psicoterapia por "Rêve éveillé dirige" (Primera parte: exposición teórica). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 154, 3-36.
T7	Berta, M., Duarte, A., Silvera, H., Severino, J.P. y Gaspar, E. (1962). "Rêve éveillé" lisérgico dirigido. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 158, 3-50.
T8	Berta, M., Duarte, A., Silvera, H., Severino, J.P. y Gaspar, E. (1964). El rêve-éveillé lisérgico dirigido como un activador en psicoterapia. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 170, 9-52.
T9	Berta, M., Duarte, A., Severino, J.P., Silvera, H. y Gaspar, E. (1967). Psicosis dirigida. (Rêverie psicolítica dirigida). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 190, 3-45.
T10	Berta, M., Duarte, A., Severino, J.P., Silvera, H. & Gaspar, E. (1967). Psicosis dirigida. (Rêverie psicolítica dirigida). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 191, 3-42.
T11	Bojorge, O. (1968). La integración del "Rêve éveillé dirige" con la farmacoterapia: Psicosis dirigida. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 194, 41-44.
T12	Cáceres, G. (1956). Actos antisociales en los intoxicados por la benzedrina. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 123, 13-15.
T13	Cáceres, G. (1963). Un caso de toxicomanía anfetamínica. Informe médico legal. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 163, 3-20.
T14	Chans Caviglia, J. (1949). Asistencia médico-social del alcoholista. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 80, 17-25.
T15	Chans Caviglia, J. (1950). La labor del Servicio médico social antialcoholista en el hogar. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 86, 11-15.

T16	Chans Caviglia, J. (1958). Contribución al estudio del alcoholismo en el Uruguay. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 134, 19-23.
T17	Chans Caviglia, J. (1960). Resultados del tratamiento del alcoholismo por el Dipsan. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 145, 39-48.
T18	Cómo operaba el opio en la última guerra. (1950). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(147), 60-61.
T19	Cortinas, L. (1930). Por la salud de la raza. <i>El Lazo Blanco</i> , 14(50), 12-13
T20	Da Costa, R. y Bachini, O. (1957). Nuevas drogas en la terapéutica psiquiátrica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 130, 5-20.
T21	De Castro, A. (1933, abril 4). La toxicomanía y el tráfico ilícito de estupefacientes; organización nacional e internacional contra esos males. <i>La Mañana</i> .
T22	Después de una violenta discusión, un padre hirió a su hijo con un cuchillo (1930, enero 21). <i>La Tribuna Popular</i> .
T23	Duarte, A. y Bayley, F. (1961). Contribución al estudio del ácido lisérgico en clínica psiquiátrica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 151, 19-45.
T24	Ebrio agresivo (1944, diciembre 13). <i>La Mañana</i> .
T25	Ebrio belicoso (1944, diciembre 17). <i>La Mañana</i> .
T26	Ebrio lesionado (1944, diciembre 3). <i>La Mañana</i> .
T27	El alcohol entre las clases altas. (1937). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 1(2), 86.
T28	El alcoholismo! (1947). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 11(110).
T29	El alcoholismo crónico. (1944). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 8(84).
T30	El cocktail, en broma... y en serio. (1941). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 5(50).
T31	El hombre y la mujer modernos. (1939). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 3(18), 1198-1199.
T32	El juego y el alcohol generaron una tragedia (1936, marzo 5). <i>La Mañana</i> .
T33	El Opio. (1938). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 2(12).
T34	El problema del alcohol. (1949). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(133).
T35	El problema del alcohol. (1949). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(134), 40-42.
T36	El tratamiento de los alcoholistas. (1943). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 7(67).
T37	El Vergonzoso Comercio de las drogas que dan los paraísos Artificiales. (1944). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 8(87).
T38	Etchepare, B. (1936). Rol de la mujer en la lucha contra el alcoholismo. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 3, 19-54.

T39	Faig, J. F. (1968). El propiltiouracilo como droga psiquiátrica. Su eficaz acción preventiva y curativa en el síndrome de abstinencia de las toxicomanías. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 195, 3-9.
T40	García Austt, E. (1937). Nulidad de contrato en un caso de demencia alcohólica a remisiones francas. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 7, 3-28.
T41	González, T. (1930). Hagamos mujeres virtuosas y hombres fuertes. <i>El Lazo Blanco</i> , 14(50).
T42	Incidente entre ebrios (1944, julio 14). <i>La Mañana</i> .
T43	La acción benéfica del vino. (1938). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 2(14).
T44	La bella historia de un tóxico: el haschisch. (1943). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 7(73).
T45	La Cocaína en América (1946). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 10(101).
T46	La mujer ante las enfermedades (1947). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 11(110).
T47	La página del dolor humano (1942). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 6(61).
T48	La represión de las toxicomanías (1933, mayo 23). <i>La Mañana</i> .
T49	Las toxicomanías (1951). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 14(158).
T50	Las toxicomanías: Hachisch, Coca, Cocaína, Opio, Morfina, Eter (1937). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 1(1), 26-27.
T51	Lean las mujeres (1931, agosto 9). <i>La Tribuna Popular</i> .
T52	Ledesma, C. y Chans Caviglia, J. (1949). Maternidad y alcoholismo: consecuencias psico-fisiológicas y sociales. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 82, 27-29.
T53	Lehmann, H. E. (1960). Tranquilizantes y otras drogas psicotrópicas en la práctica clínica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 145, 11-36.
T54	Los paraísos artificiales. (1939). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 3(25).
T55	Los que esperan. Rehabilitación de los toxicómanos. (1938). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 2(7).
T56	Loudet, O. (1939). Los índices médico-psicológicos y legales de la peligrosidad. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 21, 39-60.
T57	Mendiondo, R. (1931, julio 3). Por la tranquilidad del pueblo. <i>La Tribuna Popular</i> .
T58	Murguía, D. y Puppo, H. (1968). La ebriedad patológica ante la ley penal. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 194, 27-33.
T59	Nueva cura de los ebrios. (1947). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 11(118).
T60	Peligro! Asma y tuberculosis. (1950). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(147), 42-44.

T61	Persecucion [sic] y protecion [sic] al alcoholismo (1932, noviembre 10). <i>La Tribuna Popular</i> .
T62	Planta que maravilla los ojos. (1946). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 10(104).
T63	Porta de Mac Gregor, G. (1970). Estudio del alcoholismo como enfermedad psiquiátrica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 205, 19-58.
T64	Ramírez, F. & Haedo, E. (1951). El tratamiento biológico del alcoholismo crónico por el método de Morsier y Feldman (de Ginebra). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 92, 21-41.
T65	Ramírez, F. et al. (1970). Valoración del resultado terapéutico sobre un grupo de bebedores anormales de alcohol. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 205, 3-17.
T66	Rey, J.C. (1957). Psicosis lisérgica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 131, 45-64.
T67	Rey, J.C. (1957). Psicosis lisérgica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 132, 37-49.
T68	Rey, J.C. (1958). Psicosis lisérgica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 133, 25-56.
T69	Reyes Terra, J. (1953). Formas de alcoholismo agudo. La ebriedad patológica. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 104, 21-39.
T70	Reyes Terra, J. (1964). La ebriedad patológica. Comentarios sobre su etiopatogenia, síntomas y trascendencia médico-legal. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 172, 21-40.
T71	Reyes Terra, J., Trenchi, H. y Caetano, G (1968). Intoxicación crónica por anfetaminas (toxicomanía anfetamínica). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 196, 3-35.
T72	Ríos Bruno, G. (1963). Panorama actual de las toxicomanías en el Uruguay. Necesidad de una planificación científica para su profilaxis, represión y tratamiento. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 167, 7-25.
T73	Rossi, S.C., Zamora, A. y Payssé, C. (1930). Bases médicas para una legislación de alienados y toxicómanos. En <i>Congreso Médico del Centenario</i> . (1930, octubre 5-12). Montevideo: s.e.
T74	Se puede curar a un alcoholista? (1938). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 1(13).
T75	Seguir viviendo (1938). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 2(10), 664-666.
T76	Sicco, A. (1937). Plan de profilaxis mental (1). <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 9, 3-30.
T77	Silvera Galasso, H. (1964). Los alucinógenos en las prácticas mágico-religiosas primitivas y en la psicoterapia moderna. <i>Revista de Psiquiatría del Uruguay</i> , 171, 3-26.
T78	Su esposa está nerviosa? Déle a beber cerveza; es un sedante maravilloso (1933, junio 22). <i>La Mañana</i> .
T79	Té, Café, Tabaco y Alcohol: Eternos enemigos de todo encanto. (1954). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 14(166).

T80	Toxicomanía. (1950). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 13(151), 30.
T81	Tratamiento de los Enfermos Mentales. (1945). <i>Vivir: Revista de Divulgación Médica, Higiene y Profilaxis</i> , 9(91).