



## **LAS APORÍAS DE LA COARTADA MEDICALISTA EN LA PROHIBICIÓN DE LAS DROGAS**

**Andrés Fisher**

Appalachian State University

### **1.**

Desde tiempos remotos, el hombre atribuyó las causas de sus males, orgánicos o no, a potencias ocultas y sobrenaturales, las cuales, en forma de dioses o fuerzas cósmicas, regían con una potestad absoluta su permanencia y vicisitudes sobre la tierra. No será hasta el advenimiento de la cultura griega cuando la medicina comience a adquirir un carácter al que hoy podemos referirnos como científico, es decir, que comience a buscar las causas de la enfermedad basándose en una aproximación racional a los trastornos somáticos matizando la importancia de lo sobrenatural.

El advenimiento del cristianismo y su implantación como religión única en los orígenes de la Europa medieval rescató la concepción arcaica de enfermedad, proporcionando un esquema maniqueo en el que los trastornos somáticos o mentales que afectan al hombre son el fruto del pecado de éste y de la lucha que mantiene Dios con Satán para dominar el mundo<sup>1</sup>.

El renacimiento, en la transición del siglo XV al XVI significa la vuelta gradual y progresiva hacia la consideración de la enfermedad como una entidad física y somática dentro de un proceso mayor que dará origen a la ciencia moderna en los siglos siguientes. Sin embargo será desde estos inicios desde los cuales la medicina comience a manifestar un rasgo que se desarrollará y se mantendrá con intensidad hasta nuestros días postmodernos, cual es el de su vinculación con procesos de control social.

Siguiendo a Beatriz Preciado<sup>2</sup>, vemos como las sociedades profesionales en torno a las que se federan los nuevos saberes expertos que pronto serán validados como científicos tales como la medicina, que comienza a organizarse como gremio en el siglo XVI, de inmediato desconfían y tienen una actitud hostil hacia las mujeres que eran las que se ocupaban de la sanación del cuerpo gracias a un saber tradicional basado en la utilización de hierbas y en la práctica de ritos. Para excluir a este saber, se crean licencias para el ejercicio de la profesión médica que excluyen los saberes farmacológicos de las mujeres, las parteras y las brujas.

---

<sup>1</sup> Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales, 307. Siglo XXI ed, México, 1989.

<sup>2</sup> Preciado, Beatriz. TESTOyonqui, 116. Espasa Calpe, Madrid, 2008.

Este hecho se enmarca con la persecución de las brujas de la mano de la Inquisición y puede entenderse “como una guerra de saberes expertos contra los saberes populares y no profesionalizados, una guerra de los saberes heteropatriarcales frente a los saberes narcoticosexuales tradicionalmente ejercidos por las mujeres y los brujos no autorizados”<sup>3</sup>. Así, no debe extrañarnos que un autor contemporáneo como Thomas Szasz escriba un influyente libro en el que compara la práctica de una de las ramas más controvertidas y vinculadas a procesos de control social de la medicina como es el caso de la psiquiatría, con las de la Inquisición<sup>4</sup>.

Este vínculo entre la práctica y la profesión de la medicina con procesos de control social tiene otro hito significativo justo en el momento en que la medicina comienza a despegar como una práctica científica realmente eficaz y moderna. Nos referimos a la fundación de la *American Medical Association* (AMA) en 1847. Desde sus inicios, esta asociación trabajó intensamente para limitar el ejercicio de la medicina a los profesionales formados bajo sus directrices, eliminando eficazmente del escenario a sus competidores, sanadores de diverso tipo y sus productos, para restringir la práctica médica a los principios alopáticos<sup>5</sup>. Y es que de hecho, la AMA llevó a medicina a ser considerada como el mayor ejemplo moderno del concepto de profesión, en cuanto a tener autonomía para establecer sus estándares educacionales y de certificación al tiempo que de poseer unos conocimientos específicos y excluyentes, propios exclusivamente de la profesión en cuestión.

Cuando nos referimos al control social lo hacemos desde su división clásica entre formal e informal. El control social formal es ejercido por agencias específicas dependientes del Estado que se encargan del cumplimiento de las normas por él fijadas. Estas agencias oficiales son apoyadas en su función por otras organizaciones no directamente estatales, pero que trabajan paralelamente con el poder, del que forman parte indirectamente. Un ejemplo evidente de esta situación es el de las organizaciones profesionales y muy en particular de las médicas, cuyo paradigma es la AMA. Estas asociaciones y mas aun, el saber médico que representan cuyo prestigio social es muy importante, han jugado un papel esencial en otorgar sustento a las legislaciones prohibicionistas en el campo de las drogas psicoactivas.

Y esto ocurre, como ya hemos visto, desde antes. Siguiendo a Foucault<sup>6</sup>, vemos como desde el siglo XVIII hasta hoy en día, la medicina ha ido ampliando su campo de acción definido tradicionalmente por las necesidades del enfermo, sus síntomas y su malestar. Así, la medicina se empieza a preocupar de aspectos al margen de los enfermos y las enfermedades tales como el aire, el agua, las construcciones, el terreno o los desagües, dejando de ser esencialmente clínica para empezar a ser social. Si bien este proceso ha sido en buena parte responsable del formidable avance epistemológico y tecnológico que ha derivado en los asombrosos logros terapéuticos de la medicina occidental de comienzos del siglo XXI, ha tenido como contrapartida que la medicina comenzó a imponerse al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad cuando aparece la autoridad médica<sup>7</sup>. Esta autoridad médica, que dista de ser una entidad puramente objetiva o científica sino que hunde profundamente sus raíces, como toda forma de conocimiento, en el tejido ideológico, político y social, ha sido la coartada básica que ha permitido otorgar un sustento aparentemente moral y racional a la cruzada prohibicionista.

Que dista de ser sólido o veraz y que hace muy acertada la expresión de Beatriz Preciado “la historia política de los fármacos”<sup>8</sup>, que si bien refiriéndose principalmente a los preparados de hormonas sexuales, se extien-

---

<sup>3</sup> Op. cit, 116-117.

<sup>4</sup> Vease Szasz, Thomas. La fabricación de la locura: Estudio comparativo de la inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental. Kairós, Barcelona, 1974.

<sup>5</sup> Weitz. Rose. *Sociology of health & illness. A critical approach*, 329. Thomson, CA, 2007.

<sup>6</sup> Foucault, Michel. La vida de los hombres infames, 106-109. Ed de la piqueta. Madrid, 1990.

<sup>7</sup> Op. cit, 107.

<sup>8</sup> Preciado, B. Op, cit, 150.

de muy bien a las sustancias psicotrópicas ilegales. Esto se instala dentro de un proceso social como el de la medicalización de la sociedad, del que volveremos a ocuparnos mas adelante.

## 2.

Desde la sociología médica—o sociología de la salud y la enfermedad—se establecen dos modelos según los que abordar su campo de acción. Nos referimos el modelo médico y al modelo sociológico de enfermedad. El modelo médico concibe a la enfermedad como un hecho puramente objetivo que se refiere a una desviación del normal funcionamiento biológico de un órgano o del organismo. Extendiendo la lógica moderna de las ciencias naturales o duras y haciéndola dominar el escenario de la práctica médica, desde este modelo se asume que no hay elementos morales, políticos o ideológicos en el proceso de definir a algo como una enfermedad<sup>9</sup>.

El modelo sociológico de enfermedad, al contrario, se dirige a los aspectos subjetivos de la enfermedad, manifestados en las discrepancias sociales e individuales a la hora de concebir algo como patológico. Sin negar los fundamentos biológicos evidentes de las enfermedades orgánicas, dirige la atención a cuestionar las asunciones de la enfermedad como algo universal y objetivo al tiempo que hacer presente la presencia insoslayable de los elementos sociales de todo tipo no tenidos en cuenta por el modelo médico. Se avanza así, a la concepción de la enfermedad como una construcción social<sup>10</sup> donde las fuerzas ideológicas, políticas, económicas se combinan con los determinantes biológicos para producir nociones de lo sano y lo enfermo que no son estáticas sino variables de acuerdo a una multitud de factores. Es entonces, desde el modelo sociológico desde donde se aprecia con claridad el vínculo de aspectos del saber y la medicina con procesos de control social.

El de la prohibición de las drogas es uno de los más evidentes. En el que el la extensión del modelo medico de enfermedad se aplica a un hecho individual, social y cultural que en su enorme mayoría no alcanza los umbrales de la práctica médica incluso entendida desde los criterios biológicos más rigurosos. Y es que desde sus orígenes a comienzos del siglo XX, el discurso prohibicionista ha buscado la coartada medicalista para justificarse, esto es, pretender dar un sustento médico y científico a un hecho que es principalmente político e ideológico. En lo que es una de las múltiples aristas del hecho suficientemente conocido de una de las prácticas de la Ilustración. Al convertirse en lógica de camino único, pretendiendo reemplazar radicalmente a la fe por la razón, a la iglesia por la ciencia, la razón ilustrada toma muchos de los elementos autoritarios heredados de las concepciones religiosas universalistas y los aplica como tales. Con la justificación de la razón, que al volverse autoritaria y universalista se vuelve contra sí misma. De aquí que la insistencia en el concepto de droga ilegal como el mal absoluto, como lo perverso en sí mismo con lo cual no hay posibilidad alguna de relación no problemática, haya llegado a adquirir una concepción de dogma para las autoridades, lo que está enfrentado con a una práctica científica mínimamente rigurosa.

El saber médico es uno fuertemente basado en la ciencia natural, que al mismo tiempo, no es su único sustento. El modelo médico de enfermedad entendido como aplicación positivista de la ciencia natural a los trastornos orgánicos funciona mejor cuanto más específico y menos social sea el problema. El punto máximo ocurre en la Unidad de Terapia Intensiva, donde un individuo usualmente inconsciente es objeto de un saber médico altamente específico e invasivo, alejado de la subjetividad pues entre otras cosas, el enfermo inconsciente no la posee en ese momento. Es aquí y en algunos otros campos como el de la gran cirugía especial-

---

<sup>9</sup> Weitz, R. Op cit 126-128.

<sup>10</sup> Op. cit, 129.

mente la vinculada a los recientes avances tecnológicos, donde el saber médico puede aspirar a ser más universalista y a seguir un modelo positivista de aplicación de la ciencia natural.

Pero esto solo constituye un pequeño porcentaje de la práctica médica, cuya mayoría se desarrolla cerca de la base, es decir en los territorios de la medicina general y la atención primaria. Así, no es de extrañar que justamente sean los médicos primarios, los pediatras y los de salud pública quienes más cuestionen y rechacen el modelo médico<sup>11</sup>. Sus campos de acción, obviamente basados en el saber científico de la medicina, constantemente recurren a un modelo multiparadigmático donde los saberes de las ciencias sociales y las humanidades, desde la antropología a la semiótica pasando por la sociología y la comunicación social entre otras, tienen una importante presencia. Y desde el punto de vista epistemológico, estos saberes otorgan un sistema de legitimación diferente que ya no es solamente el del método científico fundado en los procesos de relación causa-efecto, aplicados por el modelo médico<sup>12</sup>.

Es de esta manera en la que opera el modelo sociológico de enfermedad, reconociendo la necesaria complejidad de la práctica médica mayoritaria, como es el que tiene lugar fuera del hospital y alejado de las técnicas sofisticadas de diagnóstico. Y justamente el modelo sociológico ha sido una eficaz herramienta para desentrañar el talante ideológico y político de ciertas prácticas médicas aparentemente neutrales y objetivas como por ejemplo la patologización de procesos fisiológicos como la menopausia y el embarazo o la consideración de la homosexualidad como enfermedad mental hasta 1974, donde fue retirada del DSM II por motivos sociopolíticos e ideológicos y no por descubrimientos o avances científicos<sup>13</sup>.

El modelo sociológico entonces nos dará claves que hacen presentes las insuficiencias del paradigma medicalista como coartada legitimadora en la prohibición de las drogas. Porque la medicina en su conjunto no es una práctica puramente científico natural y porque la presencia de la ideología y el control social son evidentes especialmente en los fenómenos polémicos. Como es lo que ocurre en la relación sujeto droga donde hechos de muy baja incidencia se generalizan por parte de la autoridad y se presentan como si de la generalidad de la relación se tratara<sup>14</sup>. Se presentan así, aparentemente legitimados por la autoridad médica, hechos falaces como la necesaria relación entre consumo de drogas y adicción o la supuesta presencia de daños orgánicos serios e irreversibles. Se niega de esta manera la existencia de un consumidor no problemático o recreacional estableciendo que el simple contacto esporádico con una sustancia ilegal constituye un abuso o un hecho patológico. Y la razón médica entendida con un mínimo de rigor no sostiene estas construcciones, que son posibles gracias a, entre otros factores, el vínculo de la práctica médica y procesos de control social elucidados por el modelo sociológico de enfermedad.

### 3.

El modelo médico de enfermedad conlleva la aplicación de una aproximación positivista estricta en un campo amplio y complejo que escapa a los dominios de la ciencia pura, donde este enfoque tiene una implantación más sólida. El método de investigación por excelencia del positivismo en las ciencias sociales es la encuesta, que intenta llevar a números y porcentajes el conocimiento del mundo social. Durante décadas se trató de

---

<sup>1111</sup> Op. cit, 126

<sup>12</sup> Véase el artículo publicado en estas mismas páginas en el verano de 2008. Fisher, Andrés. La prohibición de las drogas desde el punto de vista del constructivismo social, *Intersticios*, vol. II, Julio 2008

<sup>13</sup> EL DSM II, *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, donde la homosexualidad fue considerada como enfermedad mental hasta 1974, retirándose no por descubrimientos científicos sino por elementos socioculturales e ideológicos, el activismo social entre ellos.

<sup>14</sup> Baratta. *Introducción a una sociología de la droga*, 119. ¿En Legalizar las drogas? Ed. Popular, Madrid 1991

equiparar el alcance epistemológico de este método con aquel obtenido por el positivismo en las ciencias naturales, en un debate al que hacíamos referencia en el artículo antes mencionado<sup>15</sup>, donde desarrollábamos la idea de los diferentes criterios de validación de los saberes establecida en la postmodernidad.

En el campo de la prohibición de las drogas, a través del intento de justificación del mismo mediante un uso estricto y por lo tanto sesgado del modelo médico, se trata de explicar mediante números obtenidos en encuestas, la aparente lógica indiscutible de los postulados del mismo. Con la vieja pretensión de que los números son objetivos y el “reflejo verdadero del mundo real”<sup>16</sup>, se intenta entrar en la cultura de lo “científicamente comprobado”<sup>17</sup> para dar una solidez que el discurso prohibicionista dista de poseer. Se desconoce así que el proceso de producción de datos mediante la encuesta—y especialmente en los temas polémicos—está profundamente inserto en el debate sociopolítico e ideológico y que los datos así obtenidos distan de poseer la objetividad que el modelo médico a través de su aproximación positivista pretende tener. Junto con la utilidad que algunos de los datos así obtenidos puedan poseer, al mismo tiempo es evidente que ellos no cierran un debate que va mucho más allá de los números mismos y que se dirige a la validación epistemológica del conocimiento en los tiempos que corren, al cuestionamiento de la objetividad en las ciencias sociales y al origen social del conocimiento, aun el científico, entre otros asuntos.

En el interesante libro *Lies, Damned Lies and Drug War Statistics*<sup>18</sup>, Robinson y Scherlen, desde un posicionamiento ideológico bastante neutro en lo que a la situación legal de las drogas psicoactivas se refiere, hacen una sólida crítica al uso de las estadísticas por parte de las agencias gubernamentales de los Estados Unidos, que intentan justificar a través de ellas, bajo su apariencia de objetividad y racionalidad y de lo *científicamente comprobado*, lo supuestamente incuestionable del modelo prohibicionista.

Desde la introducción, dejan clara su aproximación crítica aunque de ninguna manera radical: “las estadísticas no mienten; pueden utilizarse para mentir”<sup>19</sup>. A partir de aquí realizan un minucioso análisis de las diferentes agencias estatales norteamericanas encargadas de la prohibición de las drogas, con especial atención en la ONCDP<sup>20</sup>, estableciendo desde muy temprano en su investigación que “esta agencia usa regularmente las estadísticas para confundir a los ciudadanos norteamericanos (en materias sobre drogas ilícitas)”. Y si bien el análisis es riguroso y detallado en cuanto a cómo se llevan a cabo estas prácticas estadísticas, el trabajo va más allá, imbricando a los números con el lenguaje, en el sentido de cómo se refiere o cómo se explican los datos estadísticos sobre drogas ilegales, lo que continúa en la senda de la confusión y la información interesadamente distorsionada.

Para muestra, un hecho en el que se insiste a lo largo del libro citado. La ONCDP fue creada en 1988 y según sus propios números, la magnitud del uso de drogas se ha mantenido estable desde entonces. Sin embargo, desde la misma agencia, se insiste en la reducción del uso, lo que se transmite insistentemente a través de publicaciones y material audiovisual. Esto, más que alterar los números mismos, se refiere a presentarlos, a referirse a ellos de manera incorrecta o tendenciosa. Y es que para poder justificar ese descenso en el consumo de drogas, la ONCDP recurre a datos obtenidos años antes de su creación, con metodologías e intenciones diferentes encontrando así, de manera fraudulenta, una justificación a su existencia y a sus políticas,

---

<sup>15</sup> Fisher, A. Op. cit

<sup>16</sup> Goode, Erich. *Deviant Behavior* 101-106. Pearson Prentice Hall, NJ, 2008

<sup>17</sup> Op. cit.

<sup>18</sup> Robinson, Matthew B, Scherlen, Renee G. *Lies, Damned Lies and Drug War Statistics (Mentiras, Jodidas mentiras y Estadísticas de la Guerra contra las Drogas)* State University of New York Press, NY 2007.

<sup>19</sup> Op cit, xiii.

<sup>20</sup> Office of National Drug Control Policy, (Oficina Nacional de Políticas de Control de Drogas) creada en 1988

uno de cuyos principales logros es justamente el de la reducción del consumo de drogas<sup>21</sup>. Si esto no se puede lograr con los números en sí mismos, se hace que los números digan lo que se quiere decir mediante el uso del lenguaje con que se refiere a ellos.

Esto nos pone de manifiesto la insuficiencia de las posturas objetivistas en cuanto a la aproximación oficial al fenómeno de las drogas ilegales. Que son las mismas insuficiencias que muestra el modelo médico de aproximación a la enfermedad cuando se aplica de forma estricta a fenómenos polémicos y cargados de ideología como el que nos referimos. Y es que es imposible hacer un análisis mínimamente serio sin considerar el papel que las ideologías dominantes juegan aquí, pues justamente serán ellas las responsables de la creación y mantenimiento de las políticas prohibicionistas. Si las ideologías son un conjunto coherente de creencias acerca del mundo social y político, no todas estas creencias tienen un sustrato científico que las respalde. En el caso de las drogas, utilizando a la medicina y a la ciencia como sustrato legitimador, la ideología dominante insiste en tres puntos sobre los que o está dispuesta a discutir: las drogas ilegales son siempre malas, nunca aceptables y deben ser combatidas con una guerra sin cuartel<sup>22</sup>.

La razón médica en sí misma no justifica estas asunciones. De hecho, tampoco justifica la división sumamente artificial—e ideológica—existente entre drogas legales e ilegales tal y como la lectura de cualquiera de los textos clásicos de medicina o farmacología así nos lo hace notar<sup>23</sup>. De hecho, “a menudo las leyes sobre drogas no son realmente acerca de las drogas sino acerca de quién las usa (...) las leyes han prohibido ciertas drogas en parte debido a preocupaciones acerca de quienes son sus usuarios”<sup>24</sup>. Esto se pone de manifiesto desde muchas perspectivas, una de ellas, el conocido hecho de las motivaciones racistas y etnocéntricas tanto o más que médicas o farmacológicas, en el origen de la legislación prohibicionista a principios del siglo XX en los Estados Unidos, extendida luego de forma global.

La razón médica así, es usada como coartada para justificar un hecho que va mucho más allá de sus límites y que se instala en lo moral, en lo ideológico, en procesos de control social. O dicho de otro modo, la razón médica dista de ser puramente objetiva y de referirse a fenómenos de salud y enfermedad a nivel de un organismo, asumiendo un papel social y político de gran magnitud. Esto es negado por las políticas de control de drogas y las ideologías dominantes que las sustentan, quienes al usar a la razón médica como coartada la debilitan, enajenando drásticamente su poder legitimador.

#### 4.

El caso de los estimulantes es ilustrativo para ejemplificar las debilidades de la razón médica utilizada como coartada que justifique la prohibición de las drogas. Los estimulantes son un grupo de sustancias que tienen el mismo efecto, esto es, aumentar los niveles de atención en un efecto que es dosis dependiente. Esto se sustenta básicamente en la reducción de la recaptación de dopamina y noradrenalina en las sinapsis del sistema nervioso central al tiempo que son agonistas adrenérgicos, es decir, aumentan la producción de los citados neurotransmisores<sup>25</sup>. Al aumentar por estos dos mecanismos la cantidad y el tiempo que los neurotransmisores responsables de la atención y la alerta están presentes en el espacio sináptico, es como logran su acción.

---

<sup>21</sup> Op. cit, 4-7

<sup>22</sup> Op cit, 8-9

<sup>23</sup> Harrison, Principles of internal medicine o Goodman & Gilman, Pharmacological basis of therapeutics.

<sup>24</sup> Robinson & Scherlen, op cit, 181.

<sup>25</sup> Goodman y Gilman Bases farmacológicas de la terapéutica 535-541, Ed. Médica Panamericana, México 1997

Los estimulantes tienen una larga historia y hay plantas que contienen sus principios activos que han sido usadas por milenios en sus culturas, como las hojas de coca en el altiplano andino o el *khat* en algunas regiones africanas. Será en la segunda mitad del siglo XIX, de la mano de la revolución médica y farmacológica que allí se producía, cuando se logra aislar el principio activo de las hojas de coca, la cocaína, y cuando se sintetizan las anfetaminas, ambas hasta hoy en día, las principales sustancias estimulantes. A las que se puede sumar la cafeína, solo que a las dosis a las que se utiliza habitualmente en la forma de preparados de café bebible, suele estar bajo el umbral terapéutico, necesario para que sus efectos sean perceptibles.

Legitimados y usados por la medicina en sus diferentes usos terapéuticos, será Sigmund Freud quién escriba la primera amplia monografía sobre la cocaína y sus aplicaciones médicas, *Über Coca*, sustancia fabricada entonces por los laboratorios Merck y de la que él mismo fue un usuario no problemático por años. Usadas como estimulantes, como anorexígenos, como tratamiento ante cuadros de adicción a opiáceos y otras indicaciones, estas sustancias tenían un espacio de uso consolidado en la medicina del cambio de siglo y eran producidas y promocionadas por laboratorios importantes totalmente dentro de la legalidad.

Si bien es cierto que se producían cuadros de uso excesivo, distaban de ser mayoritarios al tiempo que se encuadraban dentro de la esfera individual, no existiendo ni sanción ni estigma social para su uso. De todos modos, la cocaína, junto con los opiáceos y el alcohol serán los principales sujetos de la primera oleada prohibicionista, que mediante la ley Harrison restringe opiáceos y justamente cocaína en 1914 y la ley Volstead, que lo hace con el alcohol en 1919. A esta lista posteriormente se irán agregando otras sustancias psicoactivas como es el caso de las anfetaminas, la marihuana, el LSD o el MDMA.

El caso de las anfetaminas será particularmente ilustrativo para el caso que nos ocupa, mostrando las insuficiencias del paradigma medicalista en la prohibición de las drogas. Y en al menos dos áreas diferentes. Criminalizadas y estigmatizadas en los Estados Unidos, su consumo se extendió, y al tiempo que contaban con muchos usuarios no problemáticos, se transformaron en ciertos ambientes en una droga de abuso de consecuencias graves y de carga simbólica tan condensada como la heroína, apareciendo grupos de usuarios excesivos y adictos que legaban a consumir dosis de 1gr. por vía intravenosa<sup>26</sup>, cuando una posología normal fluctúa entre los 5 y los 30 miligramos por vía oral. Esto habla, en este grupo de usuarios problemáticos, de una importante tolerancia derivada de un uso crónico y excesivo y a la vez de deterioro psicosocial.

En España sin embargo, y dentro de las múltiples particularidades de la dictadura franquista, las anfetaminas fueron legales hasta fines de la década de los setenta. Se dispensaban sin receta en las farmacias para quién quisiera comprarlas por lo que se llegaron a conocer como la *droga española*<sup>27</sup>, ya que era usual que algunos turistas las adquirieran en grandes cantidades para llevarlas de regreso a sus países donde eran ilegales. Consumidas en España con normalidad y sin estigma por una variada gama de personas—estudiantes de forma importante entre ellas, futuros miembros de las élites intelectuales y políticas del país—no provocaron problemas reseñables ni se tipificaron cuadros de adicción o uso compulsivo, que sin embargo eran usuales entre algunos consumidores en los Estados Unidos. Usuarios de una sustancia idéntica desde el punto de vista farmacológico. La mayor diferencia entonces entre ambos grupos, la encontramos en el diferente tratamiento social del fenómeno y no en ninguna razón de tipo médico. Lo que corrobora Jervis cuando dice “el problema de la droga no late en la toxicidad intrínseca de las sustancias sino en unas determinadas relaciones personales y sobre todo sociales con un conjunto de valores, normas y comportamientos”<sup>28</sup>. Se hace patente entonces la insuficiencia de los intentos por hacer aparecer la cuestión de las drogas como un asunto médico, de salud pública, en el cual el Estado estaría interesado en proteger a los ciudadanos de unas sus-

---

<sup>26</sup> Escotado. Historia General de las drogas, 224. Alianza, Madrid 1989

<sup>27</sup> Lamo de Espinosa, Emilio. Delitos sin víctima, 95 Alianza, Madrid, 1989

<sup>28</sup> Jervis, Giovanni. La ideología de la droga, 34 Anagrama, Barcelona, 1977

tancias altamente tóxicas y perversas desde una postura puramente objetiva, científica y no ideológica. Lo que ocurre es lo contrario.

## 5.

El otro aspecto en el que los estimulantes nos serán muy útiles en esta empresa de una crítica a la coartada medicalista de la prohibición de las drogas será el caso de la hiperkinesia infantil, actualmente denominado como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH. Esto nos llevará a referirnos al proceso de medicalización de la sociedad, que ya habíamos mencionado al inicio a través de unas reflexiones de Foucault acerca de la aparición de la autoridad médica y su extensión hacia lo social.

El proceso de medicalización es aquel en que una condición o comportamiento pasan a definirse como un problema médico, requiriendo, por lo tanto, una solución médica<sup>29</sup>. Este proceso ha ocurrido en diversas direcciones. Una es la de hechos antes considerados como pecados o crímenes, tales como la masturbación, la homosexualidad o el alcoholismo. También ha ocurrido con procesos naturales del cuerpo humano como la menopausia, el envejecimiento, el embarazo, el deseo sexual y los estados de ánimo. Para que un proceso sea definido como una condición médica, grupos sociales organizados deben tener interés y poder suficiente para generar un movimiento social en esta dirección. Usualmente los médicos y sus asociaciones, las compañías farmacéuticas y las de seguros juegan un papel esencial en este proceso, ya que va a incrementar su poder, sus beneficios y su capacidad de ingerencia en las definiciones socioculturales de lo que es normal o desviado. Es este un proceso de extensión de la razón médica al escenario de lo social.

La hiperkinesia infantil se había definido desde la primera mitad del siglo XX; niños sin ningún tipo de daño cerebral pero hiperactivos, impulsivos y con baja capacidad de concentración. Desde los años treinta se sabía que las anfetaminas podían tener una acción positiva en estos casos, pero no se utilizaban apenas puesto que el trastorno en general no se percibía como una enfermedad y por los efectos colaterales del tratamiento, los propios de todo estimulante. Esto cambió en los sesenta con la síntesis de la molécula de metilfenidato, un derivado de las anfetaminas, comercializado principalmente con el nombre de Ritalin.

Esta sustancia comparte todos los efectos de un estimulante, es decir, es totalmente asemejable con anfetaminas y cocaína<sup>30</sup>, siendo una más del grupo. Sin embargo en torno a ella, y dentro del escenario prohibicionista, se inicia un proceso de medicalización que es particularmente ilustrativo para lo que nos interesa. En la segunda mitad de los sesenta, se produce un intenso proceso de promoción de la sustancia por parte de las compañías farmacéuticas. Este se sustentaba en la definición médica del trastorno. En palabras de Conrad y Schneider, se inicia una intensa campaña en este sentido dirigida a médicos y público en general insistiendo en que “el síndrome hiperkinético era una entidad médica específica y que se podía diagnosticar mediante historia clínica y pruebas psicométricas habiendo sido clasificado por un panel de expertos del Departamento de Salud estadounidense como una disfunción cerebral mínima”<sup>31</sup>, elemento este último fuertemente cuestionado con posterioridad.

Se define entonces el trastorno como un cuadro eminentemente médico y como tal se le aplica la solución establecida: médica y farmacológica. En el proceso se le cambia el nombre al actual TDAH, en el que se eliminan los límites de edad extendiendo el espectro de síntomas más allá de la pura agitación y la falta de con-

---

<sup>29</sup> Weitz, R. Op cit, 136-139

<sup>30</sup> Goodman and Gilman, op cit 542

<sup>31</sup> Conrad & Schneider. En Weitz, op cit 139

centración. Siguiendo los estudios de Diller<sup>32</sup>, muchos pediatras y profesores adoptaron el concepto de TDAH por diferentes razones. A los profesores les puede hacer la clase más manejable al tiempo que puede desviar la culpa de un trabajo ineficiente estableciendo una causa médica para el trastorno conductual. De hecho, es bastante común que la sugerencia inicial para poner a un niño bajo tratamiento provenga de los profesores<sup>33</sup>. No pocos padres con niños problemáticos también recurren a la coartada medicalista que mediante su reduccionismo, les permite reducir un problema complejo y multicausal a una aparentemente simple solución médica. Que no funciona con la eficacia ni con la simpleza deseada.

Los números en este caso son esclarecedores para establecer las magnitudes de este proceso de medicalización. El número de niños etiquetados con el diagnóstico de TDAH—que no olvidemos, debe descartar cualquier indicio de daño orgánico cerebral, con lo que tiene un elemento muy importante de construcción social—pasó en los Estados Unidos de 150.000 en 1970 a casi 5 millones en 1998<sup>34</sup>. Al mismo tiempo, el 14% de los niños que fueron al médico en los Estados Unidos en 2004 salieron con una prescripción de Ritalín o drogas similares y el uso de estas sustancias crece incluso a nivel preescolar<sup>35</sup>. Con esto no queremos negar que algunos niños sí se beneficien de este tratamiento, pero la magnitud del uso va mucho más allá de eso y refleja adecuadamente un proceso de medicalización, donde factores socioculturales e ideológicos y económicos subyacen fuertemente bajo lo que se quiere hacer pasar como ciencia pura, objetiva y aséptica—algo muy similar ocurre con la depresión cuyas cifras de prescripciones y de utilidades para los laboratorios que producen fármacos antidepresivos son astronómicas .

Este enorme aumento del consumo de estimulantes en los niños paradójicamente ha coincidido con la práctica eliminación de las indicaciones de su uso en adultos. Así, entre personas adultas el uso de estimulantes se encuadra casi totalmente dentro de prácticas ilegales, como lo podemos corroborar en los manuales de terapéutica médica. En uno de ellos muy usado en España<sup>36</sup>, vemos como el único estimulante directo disponible es el metilfenidato, habiendo desaparecido las anfetaminas propiamente tales. Y las indicaciones son prácticamente exclusivas para TDAH, existiendo en adultos solo para la muy inusual narcolepsia aunque reconociéndose también para depresión, aunque su uso en este caso es casi nulo. Desaparecen totalmente sus indicaciones como inhibidor del apetito donde es cierto que su acción era polémica y no demasiado eficiente pero hay que recordar que fue legitimada y promovida por un proceso de medicalización altamente análogo al de la hiperkinesia. Patologización de la obesidad y solución médica simple y aséptica para un problema a todas luces más complejo.

Así las cosas, nos encontramos que hay una importante y creciente cantidad de niños que usan un estimulante que insistimos, es semejante a cocaína y anfetaminas, mientras que es prácticamente imposible para un adulto obtener una prescripción en ese sentido ya que la razón médica institucionalizada no admite razones válidas para ello. Se condena así a la ilegalidad a quienes usan estimulantes de una forma no problemática, por razones de productividad o recreación, en indicaciones que han sido legitimadas con anterioridad. Se sigue así en la lógica institucionalizada de la medicina a través de la psiquiatría, que define a todas las drogas de psicoactividad positiva, es decir, que estimulan de diferentes formas el funcionamiento del sistema nervioso central como sustancias ilegales y de abuso—anfetaminas, cocaína, LSD, MDMA, cannabis entre otras, a pesar que todas han tenido un historial de uso médico—al tiempo que legitima solamente las de psicoactividad negativa, es decir las más o menos depresoras o con actividad menos clara, como es el caso de muchos

---

<sup>32</sup> Diller, J. En Weitz, op cit, 140

<sup>33</sup> Op cit, 140

<sup>34</sup> Op cit, 141.

<sup>35</sup> US National Center for Health Statistics, 63, 2004

<sup>36</sup> Medimecum, guía de terapéutica farmacológica, 650-651, Adis, 2006

antidepresivos. La razón que establece tan arbitraria separación, aunque pretendidamente médica, está cargada de elementos ideológicos tendientes a procesos de control social.

## 6.

Recientemente se ha producido un hecho que cuestiona estos supuestos. A raíz de una broma de lo que en el mundo anglosajón es el April Fools' Day, semejante al día de los inocentes en el mundo hispánico, se puso de manifiesto el importante uso de estimulantes, especialmente metilfenidato (Ritalín), entre los investigadores en neurociencias del mundo anglosajón<sup>37</sup>. Lo que empezó como una broma permitió obtener unos datos que sugieren que alrededor de un 20% de quienes se dedican a esta actividad de élite en la academia consumen estimulantes, mayoritariamente sin prescripción, para mejorar sus rendimientos en una actividad muy exigente y competitiva. Y las actitudes de los usuarios son positivas hacia el uso así como a la posibilidad de usar libremente las sustancias en cuestión. Otros estudios surgieron de aquí algunos de cuyos resultados sugieren una importante implantación de usos de este tipo de sustancias entre académicos<sup>38</sup>.

Esto podría ser un buen ejemplo de uso productivo y no problemático de estimulantes, algo negado por la razón médica institucionalizada. Es interesante ver como en los artículos a los que hacemos referencia se usa eufemísticamente el término *neuroenhancing drug* (droga estimuladora cerebral) para diferenciarla de una droga de abuso, dando por entendido que en ambientes tan poco patológicos y altamente integrados en la sociedad como los de la academia el uso de las sustancias tiene un sentido diferente. Pero legalmente esta diferencia no existe, puesto que un investigador o un académico pueden ser perseguidos por uso de sustancias ilegales si son sorprendidos usando estimulantes sin prescripción. Como puede suceder en el caso no inusual de los padres que usan parte de las sustancias prescritas a sus hijos o el caso común en las universidades de estudiantes con una larga historia de ATDH que comparten o comercializan parte de sus prescripciones entre sus pares. Que mayoritariamente serán usadas con fines recreacionales o productivos si que esto no solo no sea aceptado sino que perseguido.

Para terminar, concordamos con Baratta cuando expresa que “la inconsistencia de los actuales discursos sobre drogas reflejan su carácter ideológico y su falta de rigor científico”<sup>39</sup>. Y es que justamente la falta de rigor científico se manifiesta por la insistencia de buscar coartadas medicalistas a procesos socioculturales complejos incapaces de reducirse a la lógica de causa-efecto sobre la que se sustenta el modelo médico de enfermedad. Sobre el que a su vez busca su legitimación el enorme aunque cada vez más insostenible aparato estatal y global de la prohibición de las drogas. Que está condenado a actuar con un dramático reduccionismo mientras siga aferrado a las coartadas médicas. Y es que la razón médica apenas se abre hacia los modelos sociológicos de enfermedad se enriquece y sin renegar de sus evidentes fundamentos biológicos, no da pié a sustentar hechos tan cuestionables y cuyos resultados han sido catastróficos.

Como dice con claridad Goode al tiempo que sin alejarse del sentido común “ciertamente el uso (de drogas) no es lo mismo que el abuso y la mayoría de los usuarios son experimentales o moderados”<sup>40</sup>. No deberíamos dejar entonces a la razón médica estigmatizar insistentemente todo uso de sustancias psicotrópicas fuera de su ámbito, pues como justamente recalca el mismo autor, ésta es una definición legalista<sup>41</sup> y no médica.

---

<sup>37</sup> Maher, Brendan. Poll results: look who's doping. *Nature*, 452. 674-675, 2008

<sup>38</sup> Op cit, 676

<sup>39</sup> Baratta, op cit, 21

<sup>40</sup> Goode, Erich. *Between politics and reason. The drug legalization debate*, 23. St Martin's Press NY 1997

<sup>41</sup> Op cit, 23

Lo que nos lleva de vuelta, para concluir, con uno de los conceptos con los que empezábamos y que e esta altura se hace mas necesario: el de “la historia política de los fármacos”, de Beatriz Preciado<sup>42</sup>. Continuando con una entre cita y paráfrasis de la autora, podríamos decir que la prohibición de las drogas no obedece a razones biológicas sino a programas farmacopolíticos<sup>43</sup> vinculados a ideologías dominantes. Ante los que las coartadas medicalistas que operan con un reduccionismo evidente, nunca darán una respuesta adecuada.

---

<sup>42</sup> Preciado, B. Op cit. 150

<sup>43</sup> Op cit, 151