



## RELACIONES DE PODER EN MÉXICO EN TORNO AL FENÓMENO DE LAS DROGAS

**Lic. Jorge Vélez Vega**

*Vivir en sociedad es vivir de modo tal que es posible que unos actúen sobre la acción de los otros. Una sociedad sin "relaciones de poder" sólo puede ser una abstracción (Foucault 1988, p17).*

En lo sucesivo estudiaremos cómo se problematizaron las diferentes prácticas sociales que tenían relación con las drogas, y cómo a partir de ellas se configura una nueva subjetividad, a saber, la del sujeto adicto. En este sentido me ato a las pequeñas transformaciones que estarían relacionadas con la noción de enfermedad y, con ella, la de adicción. Será a partir de la mitad del siglo XX que la sociedad conocerá un nuevo tipo de sujeto, de quien se empezaron a estructurar diferentes discursos y por quien las relaciones de poder, a nivel institucional, comenzaron a transformarse, además de que los campos de saber al formarse hincaron el diente hasta convertirlo en su objeto de estudio. Así emergió un nuevo sujeto de conocimiento ante un nuevo objeto por conocer. Advertiremos, precisamente, "la constitución de un sujeto de conocimiento a través de un discurso tomado como un conjunto de estrategias que forman parte de las prácticas sociales" (Foucault 1999a, p16). A este nuevo sujeto se le debe exigir su reconocimiento, debe aceptar esa primera verdad al interpretarse como adicto, para poder acceder a ese nuevo juego y así poder dar origen a otras verdades subsecuentes. Este nuevo principio de la sociedad disciplinaria ya no sólo requerirá del sabio que designe a este o a aquel sujeto como enfermo, sino que ya está en el sujeto mismo esa designación, ese reconocimiento, para que sea introducido en un proceso de normalización.

Para poder encontrar esto que nos concierne, tendremos que interesarnos por los acontecimientos ocurridos a mediados y finales del siglo XIX. Después nos



adentraremos en los acontecimientos del siglo XX que estructuraron esa nueva subjetividad. Veremos además el nacimiento de diferentes instituciones que ejercerán un poder de normalización en su interior que ya no sólo se aplicará sobre criminales sino también sobre enfermos. Analizaremos además cuál es el proceder de una nueva institución que ejerce ese tipo de poder, a saber, el centro de rehabilitación, que no es una prisión ni un hospital. Y nos interesa ver estos centros porque son el cruce perfecto entre la prisión y los hospitales. Ya contemplan, no sólo la conducta delictiva, sino también la procuración de la salud, tanto orgánica como psicológica. Otra cosa que deviene de esto, es que las mismas conductas están determinadas por el mismo consumo de drogas. La condición esencial de este nuevo lugar es que ya no se llega por medio del secuestro ni por medio de la urgencia, sino por plena voluntad. Es, en primer lugar, una prisión elegida libremente donde se pretende enjaular o domar y, en todo caso, erradicar el ánimo y, en segundo lugar, es el encierro que se necesita para restablecer la salud, además de que se controlan las conductas delictivas.

En los centros de rehabilitación ya no se pone en juego la relación responsabilidad-penalidad-prisión, sino la idea de enfermedad-causalidad patológica-hospital, pero con la única condición de que se dé en el sujeto el reconocimiento de sí mismo como enfermo, con lo que ingresa en el juego de la verdad que exige esa nueva tecnología de poder. Y esto es relevante por el sentido que tiene al *alcanzar* esa verdad y con la cual pueden surgir ya las demás, como lo advirtió Foucault (2000):

El poder nos obliga a producir la verdad, dado que la exige y la necesita para funcionar; tenemos que decir la verdad, estamos forzados, condenados a confesar la verdad o a concretarla. El poder no cesa de cuestionar, de cuestionarnos; no cesa de investigar, de registrar; institucionaliza la búsqueda de la verdad, la profesionaliza, la recompensa. Tenemos que producir la verdad del mismo modo que, al fin y al cabo, tenemos que producir riquezas, y tenemos que producir una para poder producir las otras.  
(p34)



De esta manera, veremos cómo este nuevo discurso de verdad pone en juego ciertas relaciones de poder, que tienen que ver los centros de rehabilitación y con las leyes que se establecen para controlar tanto el consumo de drogas como su producción y distribución.

Con esto podemos advertir algo de suma importancia, que será realmente la justificación para abordar este capítulo, a saber, la íntima relación que existe entre los campos policíaco y terapéutico que analizamos en el capítulo anterior. Estos dos campos se han relacionado en lo más íntimo para aplicar esa tecnología de poder que se gestó a inicios del siglo XX, para poder controlar, reprimir y, a su vez, readaptar y rehabilitar al sujeto consumidor de drogas. Una vez excluido o erradicado el campo teológico, o sea, una vez que el ritual se ha quebrado, emerge esa nueva subjetividad que determina la libertad, autonomía y soberanía del sujeto, entendiéndose como sujeto de deseo. Sin embargo, los campos policíaco y terapéutico se encargarán de controlarlo.

La pertinencia de este abordaje es más que un simple ejemplo, más bien lo realizamos para constatar, en primer lugar, la desaparición del campo teológico en la sociedad mexicana, excluyendo los pueblos originarios como los rarámuris, en el consumo de drogas y, en segundo lugar, cómo a partir de esas prácticas sociales la vinculación de los otros campos se ha llevado a cabo.

La curandería, que había sido catalogada por los tribunales eclesiásticos y el Santo Oficio como prácticas endemoniadas, para el siglo XIX será entendida simplemente como una actividad “mágica”. Sin embargo, será en este mismo siglo que, como lo advierte Tenorio Tagle (1991).

Las plantas, en consecuencia, de divinas o malignas llegan a adquirir la significación de drogas con ciertas propiedades químicas, aunque lo paradójico es que el campo que les da ese sentido sigue siendo, como en la conciencia originaria, el de la terapéutica. (p145)



A mediados de este siglo ya no existe problema alguno con la religión, se puede profesar cualquiera sin tener ningún altercado. La conciencia moderna ha llegado a México con lo que la persecución de la fe se ha terminado, incluso la ley penal castiga a aquel que intente persuadir a que alguien deje su religión o imponga la suya, siendo la pena “dos años de prisión y multa de 100 a 1000 pesos” (Tenorio Tagle 1991, p148). Sin embargo, la curandería verá nacer una nueva restricción que estará fortalecida por dos frentes, a saber: a) el Código Penal y b) la práctica médica. Los remedios característicos de la curandería ya no serán considerados demoniacos, a diferencia de eso serán caracterizados de inútiles y las prácticas de charlatanería. Esto se verá incrementado por el auge que estaba obteniendo la medicina como campo de saber legítimo, apoyado en la consideración de ser una práctica científica y positiva. De esta manera la práctica médica se opone a la curandería, pero para aumentar su poder se podrá ligar directamente con el derecho. Así, tenemos, por ejemplo el Código Penal de Veracruz Llave de 1869 que en su artículo 352 dice lo siguiente:

Cualquiera que sin autorización legal conforme a los reglamentos respectivos, ejerciere la medicina, cirugía, farmacia o arte obstetricia en los pueblos donde haya facultativos aprobados, pagará una multa de 25 a 200 pesos y en su defecto sufrirá una prisión de uno a seis meses.

Aunque se tiene la opción de seguir recurriendo a dichas prácticas siempre y cuando no haya “facultativos aprobados”, la práctica médica con esta ley comienza a ganar terreno, extendiéndose precisamente hacia esos lugares donde no ha hecho presencia. Al momento que aparece la práctica médica como legítima, comienza la caza de sus contrarios. Esto irá dominando el terreno de la salud poco a poco, pues teniendo el *status* científico, dicha medicina logrará establecer un discurso de verdad. Lo cual genera un triángulo que se refuerza entre sí. El poder, la verdad y el derecho se integran aumentando su mismo efecto. Así, en la sociedad y a nivel institucional



comienza a integrarse esta nueva relación, determinada de la siguiente manera por Michel Foucault (2000):

Después de todo, somos juzgados, condenados, clasificados, obligados a cumplir tareas, destinados a cierta manera de vivir o a cierta manera de morir, en función de discursos verdaderos que llevan consigo efectos específicos de poder. Por lo tanto: reglas de derecho, mecanismo de poder, efecto de verdad. O bien: reglas de poder y poder de los discursos verdaderos. (p34)

Esta relación en torno a las drogas seguirá integrándose y será la que determine los siguientes convenios y legislaciones en torno al problema de las drogas. Tenemos que agregar algo importante. La terapéutica, como ya vimos, es la que determinará el uso de todas las drogas, prohibiendo de manera rígida y estricta el uso recreativo. No está demás advertir que el campo terapéutico al hacerse propietario de todas las drogas designará cuales son verdaderamente drogas, entendidas como venenos, y cuáles serán los medicamentos o remedios. Por lo que pareciera que todas las formas de control a la producción, al transporte y comercio de forma ilegal serán puestas como la manera para evitar que sus ingresos de capital no se vean afectados. Por otro lado, los usos médicos y científicos, como la investigación, estarán permitidos bajo una estricta vigilancia.

La distribución de las drogas por parte de las boticas estaba restringida para 1871, el Código Penal de este año lo menciona de esta forma, más que cualquier otra cosa, como un delito a la salud:

El Título Séptimo de este ordenamiento se ocupa de los delitos contra la salud pública y, en él, establece algunas disposiciones sobre sustancias nocivas a la salud y aquellos productos químicos susceptibles de ocasionar daños. Así, el Artículo 842 señala: el que sin autorización legal elabore para venderlas sustancias nocivas a la salud o productos químicos que puedan causar



grandes estragos; sufrirán la pena de 4 meses de arresto y una multa de 25 a 500 pesos. La misma pena se impondrá al que comercie con dichas sustancias sin la correspondiente autorización, y al que teniéndola las despache sin cumplir con las formalidades prescritas en los reglamentos respectivos.

Vemos ya estructurada una serie de cosas que nos resultan familiares. Por un lado, estos productos químicos o sustancias nocivas, ya se entiende que causan grandes estragos en aquel que los consume, por lo que ya representa un delito contra la salud pública el comercio de éstos. Tenemos con esto la idea de un control social que comienza a estructurarse con la noción de daño a la salud, que llevará más adelante a estructurar la categoría de enfermo. Por otro lado, el que rompe el pacto legal de comerciar estas sustancias nocivas tendrá que cumplir una pena o una multa determinada. Esto nos demuestra que la noción de criminal empieza también a configurarse desde estos momentos. Me atrevo a aseverar que esto será el símil de lo que conocemos actualmente como narcotráfico.

Para inicios del siglo XX sucederá algo que impactará a nivel mundial, que será primeramente la Convención del Opio en 1909 y, en segundo lugar, el Convenio de La Haya, precisamente, en 1912. Convenios que reclamaban el control de la fabricación, distribución, venta, importación y exportación de morfina, cocaína, así como de opio. Para esta década, en México aumentaba la producción y el consumo de opio, pues, proveniente de los inmigrantes chinos, esta sustancia encontrará en Mazatlán un nuevo lugar donde crecer. Si bien la propuesta del Convenio de La Haya fue emitida en 1912, en México fue aprobada por el senado en 1924.

En lo sucesivo a estos años podemos advertir un aumento en el consumo de diferentes drogas, pues se desplegará una nueva tecnología que no sólo lleva como castigo una pena de prisión y multa, sino que obligadamente a la persona que adquiera el vicio de las drogas y, por supuesto, necesitará de un internamiento.



En el Código Sanitario de 1926, en su artículo 206, pondrá énfasis precisamente en ese internamiento, en esa exclusión del vicioso. Además de que no será el campo policíaco el encargado de encerrar a esa persona viciosa, sino el campo terapéutico.

*Artículo 206:* El Departamento de Salubridad podrá fundar en los lugares de la República que estime conveniente, establecimientos especiales para internar en ellos a las personas que hubieran adquirido el vicio de drogas enervantes, debiendo permanecer recluidas por el tiempo que juzgue necesario para su curación.

Los reglamentos señalarán los casos en que la atención se haga a costa de los enfermos y el sistema de curación a que se someta.

Hasta aquí, el campo de saber es precario, no hay una designación especial a la droga, sino únicamente como enervante. No se distingue si quiera la cuestión del hábito del de la toxicomanía o la adicción. Simplemente este consumo de drogas, que serán el opio, morfina, cocaína, heroína, adormidera y mariguana, es un vicio como tal vez el del alcohol. Pero en este Código aparece algo muy interesante, que erradica la idea de pensar en la *esencia* de la droga, como droga. Y es que será el Consejo de Salubridad General el que se encargará de identificar, señalar y catalogar a las diferentes sustancias que se usen viciosamente, envenene al individuo o degeneren a la raza. El artículo es el siguiente:

*Artículo 199:* El Consejo de Salubridad General podrá ampliar la enumeración contenida en artículo anterior, incluyendo aquellas sustancias que, a su juicio, deban ser comprendidas en la categoría de drogas enervantes, por descubrirse que tienen propiedades análogas y que usándose viciosamente, envenenan al individuo o degeneran la raza.

Esta forma de etiquetar sustancias como drogas, se irá consolidando con el paso de los años, pasando a ser tóxicos, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Las



drogas, o lo que el campo terapéutico designará como drogas, sufrirá de estos desdoblamientos en los que se tratará de elaborar una taxonomía específica según los efectos que producen. Lo mismo pasará con el sujeto que se vea envuelto en el consumo de estas sustancias, siendo vicioso, toxicómano, farmacodependiente, drogadicto. Pero esto irá cambiando hasta el punto de que se hará una generalización de todas las drogas encerrándolas en el único círculo de lo malo, de lo ilegal.

En 1931 se publicó en el Diario Oficial de la Nación el *Reglamento Federal de Toxicomanía*, que a su vez estuvo estructurado en relación al Código Sanitario de ese año. Dicho reglamento considera al toxicómano, como “todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente algunas de las drogas...”. No existe todavía la designación de adicción, ni siquiera la sintomatología que la caracteriza. Este toxicómano sólo es aquel que está bajo el uso habitual de drogas que no son utilizadas dentro de la medicina científica. Ahora, este reglamento expondrá una nueva tecnología de poder con la que descubrirá, enlazará y atravesará el cuerpo del toxicómano. Los artículos 4º. y 5º. lo manifiestan de la siguiente manera:

Artículo 4º.- Toda persona que ejerza la medicina estará obligada a dar aviso a las autoridades sanitarias señaladas en el artículo 60. de los casos confirmados o sospechosos de toxicomanía, dentro de las veinticuatro horas siguientes al diagnóstico cierto o probable de la enfermedad.

Artículo 5º.- Deberán también dar los avisos a que se refiere el artículo anterior, los directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tengan conocimiento de algún caso de toxicomanía.

No basta únicamente con que se entregue el aviso a las autoridades sanitarias, sino que todas las personas se convierten un medio de control y vigilancia, pues





basta que tengan una ligera noción de que alguien consume algún tipo de drogas con fines recreativos, para que lo *denuncien* con las autoridades correspondientes.

Al corroborar el conocimiento de la enfermedad, lo que prosigue es la internación del sujeto, de forma obligatoria, en un hospital federal para toxicómanos. Como lo expone el artículo 8º. y 9º.

Artículo 8º.- La internación en el hospital federal para toxicómanos será obligatoria y continua durante el tratamiento, y estará sujeta a los sistemas que impongan los reglamentos interiores de los hospitales federales para toxicómanos.

Artículo 9º.- Los toxicómanos están obligados a hacerse tratar por los médicos de los hospitales federales para toxicómanos, o por médicos particulares, en los términos de este reglamento.

Ahora, el procedimiento que se llevará acabo será el siguiente:

Artículo 16.- Los toxicómanos que fueren localizados por cualquiera autoridad de la República, serán puestos a disposición del Departamento de Salubridad, quien los internará en un hospital federal para toxicómanos.

Artículo 19.- Si el diagnóstico a que se refieren los dos artículos anteriores, fuere positivo, el toxicómano será enviado para su curación, al hospital federal para toxicómanos que el Departamento de Salubridad acuerde.

Si el diagnóstico fuere negativo, el presunto toxicómano será declarado sano.

Artículo 20.- Todo toxicómano, al llegar al correspondiente hospital federal para toxicómanos, será puesto por cinco días en observación, transcurridos los cuales, el Jefe del hospital rendirá nuevo diagnóstico.

Artículo 23.- Cuando el caso lo requiera, y habiendo fundadas sospechas de que un individuo sea toxicómano, será sometido a observaciones en el



hospital para toxicómanos, por un período de cinco días, después de los cuales se declarará si es toxicómano o no lo es.

Artículo 24.- Cuando a juicio del médico del hospital federal para toxicómanos, encargado de la curación de un enfermo, juzgue que éste está sano, tendrá obligación de manifestarlo por escrito a la Dirección del establecimiento.

Presentado el informe de salud, será sometida la persona a que el mismo se refiere, a un reconocimiento por médico distinto, y si el nuevo informe resultare de acuerdo con el primero, se ordenará el alta; en caso contrario, se practicará un nuevo reconocimiento por un tercero nombrado por el Jefe del Departamento o el delegado sanitario correspondiente. Este dictamen será definitivo, y entre un dictamen y otro, no mediará un plazo mayor de cinco días.

Se despliega en todo el reglamento una suerte de control por medio de la vigilancia, que ya no sólo compete a las autoridades de salubridad, sino que a todo ciudadano que encabece los hospitales, las fábricas, las escuelas, etc. Los médicos son los sabios que determinarán quiénes son los que están enfermos y quiénes no. En este sentido como lo refiere Foucault (2006):

...el informe de los expertos en la medida en que su *status* de científicidad-tiene, en comparación con cualquier otro elemento de la demostración judicial, cierto privilegio. No son pruebas legales en el sentido en que lo entendía el derecho clásico, todavía a fines del siglo XVIII, pero se trata sin embargo de enunciados judiciales privilegiados que entrañan presunciones estatutarias de verdad, presunciones que les son inherentes, en función de quienes lo enuncian. En síntesis, son enunciados con efectos de verdad y poder que les son específicos: una especie de supralegalidad de ciertos enunciados en la producción de la verdad judicial. (p24)



Por lo que es el médico quien está al frente de estos hospitales federales y lleva a cabo todo el procedimiento de *curación*. Por una parte son los encargados de designar, tras un periodo de observación, quién está enfermo y quién no, quién sigue enfermo y quién ya sanó. El médico es el encargado de notificar a las autoridades el *descubrimiento* e internamiento de un toxicómano. Para que un sujeto salga curado de esos lugares tendrá que esperar la respuesta de una serie de expertos en la materia; su liberación no se debe sólo a su buen comportamiento o a su pronta recuperación; requiere del efecto de verdad que es emitido cuando un experto ofrece su juicio en el informe. También este experto tiene que reportar el caso según las especificaciones de las autoridades para mostrar el progreso o el fracaso del tratamiento en el sujeto toxicómano. De suerte que el sujeto no depende sólo de su voluntad para alcanzar la libertad, y su curación, sino que también requiere de aquel que lo ha internado, que lo ha juzgado como un enfermo para después designarlo como sano. Prácticamente esta tecnología es la que se mantendrá a lo largo del siglo XX, sólo irán cambiando las formas de intervenir a los sujetos que tienen esta enfermedad.

Este proceso recuerda también a lo que escribió Foucault en su *Historia de la locura* (2009), a saber:

Los poderes de decisión se remiten al juicio médico; él y sólo él puede introducir a alguien en el mundo de la locura; él y sólo él permite distinguir al hombre normal del insensato, al criminal del alienado irresponsable. (p198)

Por esto, es enigmático observar cómo se desarrolló esta consideración del poder médico para declarar la locura en los otros, o en este caso la enfermedad. Y lo es desde el hecho en que el médico sólo intervendrá para restablecer la salud del sujeto enfermo por toxicomanía, mientras que a éste le toca designarse como dicho sujeto enfermo, para poder recuperarse.

En abril de 1933 se publica, en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, el artículo titulado “Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en



México”, a cargo del Dr. Juan Peón del Valle, quien, atado al Reglamento de 1931 expondrá más contundentemente el estado del consumo de drogas y la lucha contra ellas. Con lo cual podemos ver que la campaña antidrogas no comenzó hace doce años, ni mucho menos hace cincuenta, sino que tiene aproximadamente 80 años.

Por su parte el Dr. Juan Peón del Valle, siendo el médico encargado del servicio de toxicómanos en la penitenciaría del Distrito Federal, perteneciente al Departamento de Salubridad Pública, advierte que de 1898 a 1931 las toxicomanías y las toxifrenias han cambiado demasiado, existiendo un fuerte impacto del llamado heroínismo y la heroínomanía. Lo que resulta interesante de la declaración de Peón del Valle es que, si bien él representa a los médicos que tratan el caso de la toxicomanía en la penitenciaría, no trata directamente con prisioneros, sino con enfermos que son remitidos a ella por medio del Departamento de Salubridad Pública. Los toxicómanos son enfermos que tienen que ser reclusos en las penitenciarías, no necesariamente por transgredir las leyes del Estado, sino por atentar contra sí mismos, contra su salud. Sin embargo, el problema de las drogas se filtró incluso hasta en las mismas penitenciarías. Había una corrupción que nadie podía evitar, según lo señala Peón del Valle (1933):

Después nosotros mismos nos convencimos de que, dentro de la propia crujía, existía el maldito negocio de compra-venta, debido a que los familiares de los enfermos les llevaban ropa, dinero, alimentos y aun el propio tóxico, ya que no hay en el mundo oro suficiente para pagar una vigilancia incorruptible. Hemos cambiado varias veces a los celadores, mayores, guardias, y al fin y al cabo vuelve siempre a filtrarse por las paredes la “dama blanca” [cocaína]. (p348)

“...no hay en el mundo oro suficiente para pagar una vigilancia incorruptible”. Esto demuestra que la vigilancia en las penitenciarías siempre ha sido potencialmente corruptible, basta únicamente la presencia del dinero para volverla una actualidad. En este sentido, ni la penitenciaría, donde es el lugar de reclusión y curación de



estos toxicómanos, se salva de tener en sus entrañas el tráfico de la droga. Nos advierte también que la iniciación a este vicio es por “la mucosa nasal, para después experimentar la nueva virginidad como ellos llaman a las vías intramuscular y endovenosa”. Si bien en esa penitenciaría se han atendido en su mayoría a consumidores de escasos recursos, no es porque no existan las personas ricas que no padezcan de tal toxicomanía, sino que éstas tienen más precaución con su consumo y con esconderse de las autoridades, además que los consumidores de bajos recursos ya están en una fase avanzada del padecimiento. Para el caso de la marihuana, sus consumidores están identificados como delincuentes y vagos, pero también soldados, choferes y las clases humildes. Tras identificar que los “marihuanos” son más difíciles de reconocer y tratar por la sintomatología que presentan, Peón del Valle (1933) exhortará a todos de la siguiente manera:

Quienes tengan tiempo y oportunidad, deben contribuir con su grano de arena para el mejor descubrimiento de los fumadores de marihuana, así como de la manera de tratarlos, que debe ser muy diferente de la que se emplea con los opiómanos. (p350)

Exhortación que se apoya en el artículo 5° del reglamento que ya mencionamos, la única diferencia es que ya todo el cuerpo de la sociedad se vuelve todo un cuerpo de vigilancia, expuesto como un deber social para luchar en contra de estos toxicómanos que aquejan a México. Pues para Peón del Valle la toxicomanía es como el cáncer o cualquier otra enfermedad que no es curable, empero, no por eso se tiene que dejar de tratar. En esta declaración también encontraremos algo que determinará el fenómeno de las drogas como una enfermedad, no sólo por la sintomatología que genera el consumo, sino por el campo de saber que se apoderará de su estudio y tratamiento, que será la medicina. Asimismo, este campo se alía con el marco jurídico que impera en el momento. De esta manera, la procuración de la profilaxia de las toxicomanías de la sociedad quedará en manos de estos dos campos, como lo clarifica Peón del Valle (1933):



El tráfico de drogas es un capítulo jurídico-social y penitenciario; la toxicomanía, más que un tema médico-legal, es un problema médico-social. Con esto está dicho todo.

Se ha comprendido en México que la toxicomanía no es un asunto que pueda resolverse con medios coercitivos de encarcelamiento, y se ha dado un gran paso adelante encomendando el asunto –como tema biológico, de prevención social y de higiene mental- a la clase médica y directamente al Departamento de Salubridad Pública. (p350)

De esta manera queda definida la estrategia que se tomará en contra del fenómeno de las drogas. Por un lado estará el orden jurídico-policíaco que se encargará de controlar, contener, perseguir y castigar el tráfico de drogas. Mientras que el carácter médico-terapéutico se encargará de sanear a todos aquellos que estén enfermos tras un incisivo consumo de tóxico. Así vemos cómo estos dos campos se unen para aumentar los efectos de su poder. Para este tiempo, si los toxicómanos caen en la penitenciaría se debe a que todavía no hay un lugar especial para ellos donde puedan ser tratados. Sin embargo, lo que se rescata de esa carencia es que se puede unir el poder médico con el legal de una forma muy sutil. He aquí cómo se fue configurando la idea de que el consumidor de drogas era un delincuente y un enfermo. Aunque no lo explica de manera clara y extensa, aparece dentro de su declaración la idea de que todo toxicómano es una víctima. Desde este momento ya comienza a pensarse el consumo de drogas como un estado que conlleva a ese acto, más que pensar en el ejercicio de la libertad del sujeto. Pareciera que el símil que se hace con la enfermedad del “cáncer, la lepra, la tuberculosis” sea realmente una justificación para ver al sujeto como un verdadero sujeto que a pesar de sí mismo cae en las drogas, como cualquier otro sujeto que se enferma de cáncer. Como se es víctima no hay como tal una responsabilidad de las acciones ejercidas. La enfermedad abraza todo el cuerpo y la conciencia, lo cual priva al sujeto de la soberanía que tiene sobre ellos. Consume a pesar de su libertad de elegir. Las drogas como mal social no son tanto el problema como sí lo son los sujetos-víctima



que son absorbidos por ellas, como si no tuvieran otra opción. Por eso el reclamo de Peón del Valle es fuerte y termina por exhortar al combate, a la identificación y reporte de los toxicómanos como un deber social.

Al mismo tiempo que es emitido el *Reglamento Federal de Toxicomanía* en 1931, en Estados Unidos nacerá un nuevo grupo que pondrá en juego una tecnología muy diferente para encontrar, rehabilitar y readaptar a los enfermos de alcoholismo. Me refiero al grupo de Alcohólicos Anónimos. La máxima que emplearán estos grupos es la siguiente: *el primer paso es la aceptación. Reconoce y acepta que eres alcohólico, y en todo caso enfermo, para que nosotros podamos ayudarte*, además de que sólo a través de ese reconocimiento se acepta el internamiento, que ya no tiene que ver con un proceso judicial de persecución y reconocimiento, sino más bien como un reconocimiento del mismo sujeto para su *curación*.

A continuación veremos cuáles son esas maneras que ponen en juego para que el sujeto, en este caso alcohólico, dé cuenta de su problema y se reconozca como enfermo, aceptando esa primera verdad que se le exige para poder ser readaptado. Primera condición que se le impone y exige. Además de que está el presupuesto de que ningún alcohólico puede *curarse* por sí mismo, forzosamente necesita de otros que estén sufriendo su misma *enfermedad*.

Su literatura, que tiene como antecedente las *Confesiones* de Thomas de Quincey, cuyo análisis realizaremos en el siguiente capítulo, tiene como propósito fundamental ser un programa de autoayuda con pasos específicos ya trazados, además de que se apoyan, como ejemplo a seguir, en la biografía de uno de los fundadores de esta asociación, conocido como Bill W. El reconocerse como un enfermo incurable que tiene problemas con el alcohol, entendiéndose como una fiel calca de otros alcohólicos y siguiendo la vida de otro que pudo recuperarse, a pesar de su grave situación, es lo que condiciona el funcionamiento de esta asociación.

Por si fuera poco, la asociación tiene que unirse irremediabilmente a un campo de saber como el de la medicina para así justificar sus estrategias de intervención, poniendo en juego un discurso verdadero. A pesar de no ser una institución como tal, en la que no hay sabios de por medio, búsqueda de un juicio médico sobre su



estrategia genera un aumento en sus relaciones de fuerza. Así, la estrategia se consolida. “Usted puede tener absoluta confianza en cualquier manifestación de los alcohólicos anónimos sobre ellos mismos” (Alcohólicos Anónimos 1986, pX). Esta es la opinión que el médico William D. Silkworth, tiene sobre esa nueva asociación que está emergiendo. Asimismo, este médico ha interpretado el alcoholismo como una alergia, algo que los miembros de la asociación no concebían y, sin embargo, aceptan como verdadero, pues el médico, en su calidad de autoridad, lo ha dicho y eso explica gran parte de su problema.

La teoría del doctor de que tenemos una alergia al alcohol nos interesa. Aunque nuestra opinión, no profesional, sobre su validez signifique poco, como ex bebedores del tipo que se convierte en problema, podemos decir que esa explicación parece acertada. Aclara muchas cosas que, de otro modo, nosotros no podíamos explicar. (pX)

Extensamente, la opinión del médico relacionará directamente la alergia al alcohol con el deseo imperioso que se presenta, precisamente, en ese tipo de bebedores. Con esto avistamos una depreciación del deseo, pues el alcohólico sólo desea el exceso en tanto que sufre de esa alergia. “...sólo se presenta en esta clase y nunca en la de los bebedores moderados en promedio”. Pero si aceptan estas consideraciones del médico es para explicar y justificar en parte eso que llaman enfermedad, pues para esta asociación, en términos generales, el alcoholismo es eso, una enfermedad. No extraído en bases científicas sino sólo en un cierto paralelismo con una enfermedad como el cáncer, que es progresiva y degenerativa, incluso se compara con el malestar que genera en la familia y a su alrededor:

Una enfermedad de esta clase y hemos llegado al convencimiento de que es una enfermedad afecta a los que nos rodean como no lo hace ningún otro padecimiento humano. Si una persona tiene cáncer, todos sienten pena por ella y nadie se enfada ni se siente molesto. Pero no así con el enfermo de





alcoholismo, porque con este mal viene la aniquilación de todas las cosas que valen la pena en la vida; involucra a todas aquellas vidas que están relacionadas en alguna forma con la del paciente; acarrea malentendimiento, resentimiento feroz, inseguridad económica, vidas torcidas de niños que no son culpables, esposas y otros parientes apesadumbrados, amigos y patrones descontentos. Cualquiera puede aumentar esta lista. (pp16-17)

Para realmente *diagnosticar* esta enfermedad, la asociación ha elaborado una taxonomía del bebedor, nada genial, pero que describe las maneras en que, en primer lugar, el bebedor se puede identificar y, entonces, interpretarse como un alcohólico y, en segundo lugar, la manera en que los otros pueden identificar a un alcohólico. Así, su taxonomía está integrada por el bebedor moderado, el bebedor en exceso y el verdadero alcohólico. Precisamente, su taxonomía no sólo es para describir al alcohólico verdadero, sino para identificarlo, como ya hemos dicho. Pero más aún, para poder introducirlo al control y la readaptación. No nos detendremos en la especificación de las primeras dos clasificaciones, se pueden intuir según la descripción de la tercera, que es la siguiente:

[El alcohólico] Hace cosas absurdas, increíbles o trágicas mientras está bebiendo. Es un verdadero “Dr. Jekyll y Mr. Hyde” (el hombre y el monstruo). Rara vez se embriaga a medias. En mayor o menor grado, siempre tiene una borrachera loca. Mientras está bebiendo, su modo de ser se parece muy poco a su naturaleza normal. Puede ser una magnífica persona; pero, si bebe un día, se volverá repugnante, y hasta peligrosamente antisocial. Tienen verdadero talento para embriagarse exactamente en el momento más inoportuno y, particularmente, cuando tiene alguna decisión importante que tomar o compromiso que cumplir. Con frecuencia es perfectamente sensato y bien equilibrado en todo, menos en lo que concierne al alcohol; en este respecto es increíblemente egoísta y falto de honradez. Frecuentemente posee habilidades y aptitudes especiales y tiene por delante una carrera



prometedora. Usa sus dones para labrar un porvenir para él y los suyos, echando luego abajo lo que ha construido con una serie de borracheras insensatas. Es el individuo que se acuesta tan borracho que necesitará dormir veinticuatro horas; sin embargo, a la mañana siguiente busca como un loco la botella y no se acuerda dónde la puso la noche anterior. Si su situación económica se lo permite, puede tener licor escondido por toda la casa para estar seguro de que nadie encuentre toda su existencia para tirarla por el fregadero. A medida que empeoran las cosas, empieza a tomar una combinación de sedantes potentes y de licor para aplacar sus nervios y poder ir a su trabajo. Entonces llega el día en que sencillamente no puede hacerlo y se vuelve a emborrachar. Tal vez vaya al médico para que le dé morfina o algún otro sedante para irse cortando la borrachera poco a poco. Pero entonces empieza a ingresar en hospitales y sanatorios. (p20)

Acabo de presentar en extenso la taxonomía del verdadero alcohólico pues la requeríamos para poder advertir dos cosas. La primera. Ya se tiene identificado al sujeto que *tiene* problemas con el alcohol, pero, a diferencia de los toxicómanos, como lo expone el *Reglamento Federal de Toxicología*, no son objeto de encierro por su condición. Es más, si el alcohólico lo decide, pensándolo en un principio de autonomía, él puede negar cualquier tipo de ayuda, incluso rechazar cualquier tipo de internamiento. La segunda. El sujeto en el *Reglamento* no tiene que reconocerse hasta que el sabio, que en todo caso era el médico, lo hacía patente, pues él determinaba quién estaba enfermo y quién no. Incluso es difícil descubrir a los toxicómanos en la vida cotidiana. En esta otra estrategia contra el alcoholismo, ya no está el médico-sabio para designar la condición del alcohólico, sino que tiene que ser él mismo, y según sus circunstancias, quien determine su propia condición y se reconozca como tal. Sin embargo, la presión del mismo grupo puede incitar a ese reconocimiento, más que surgir desde el sujeto mismo. Y es evidente en su misma literatura en el momento en que narran las experiencias de sus integrantes: “Dos miembros de Alcohólicos Anónimos vinieron a visitarme. Sonrieron al verme, lo cual



no me agradó mucho; me preguntaron si esta vez ya creía que era un alcohólico y que estaba derrotado. Tuve que aceptar ambas cosas” (Alcohólicos Anónimos 1986, p39). Pero esto expone un doble juego de reconocimientos. Por un lado, los otros, según la descripción del verdadero alcohólico, ya saben quién pertenece a esa clasificación y quién no, mientras que por otro lado, el sujeto no sabe que pertenece a ella, hasta que lo incitan a pensarse de esa manera, y convencido acepta. La primera verdad emerge.

Tras la aceptación, saberse y reconocerse como alcohólico, y la emergencia de esa primera verdad ya es posible la readaptación. Comienza el control. La estrategia seguirá por medio de pasos, que son los siguientes:

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismo podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- 4.- Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismo.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- 6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.



11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndoles solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12.- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

No me interesa analizar ese contacto espiritual, del que se supone carece todo alcohólico, y que retomándolo dejarán su adicción, pues, como bien lo dice su literatura, eso depende de cada uno. Lo que si me interesa analizar son los supuestos que utilizan para garantizar su integridad como asociación y aumentar los efectos de su poder. Ligado a estos pasos que todo sujeto tiene que seguir se tienen que ligar tres cosas: reconocerse como alcohólico, saberse enfermo y saberse incurable. El programa tendrá el interés sí de rehabilitar, pero a la vez de mantener a los sujetos, pues tendrán que seguir los pasos al pie de la letra para encontrar esa recuperación. Y será determinante esto, ya que “una vez alcohólico, alcohólico para siempre”. El sujeto está condenado ya a lo largo de su vida a aceptarse, considerarse y reconocerse como tal. No hay vuelta de hoja. Tiene que seguir viviendo esa experiencia para no volver a consumir alcohol. La experiencia concreta del sujeto se determina por lo que sabe del alcoholismo; por lo que puede hacer, siendo integrante de esa asociación; por lo que es, a saber, un alcohólico.

La campaña contra el alcoholismo emprendida por Alcohólicos Anónimos, oficialmente, se establecerá en México a partir del 29 de octubre de 1946. Pero tuvo su primera reunión el 25 de septiembre del mismo año. Y esto se dará a conocer por un periódico local, diciendo lo siguiente:

El núcleo organizador de “A. A.” Alcohólicos Anónimos, admirable institución que desinteresadamente, sin propósito religioso o político, sino de solidaridad humana, se dedica a regenerar a aquellas personas que tienen el vicio de la



bebida, celebrará hoy su primera reunión en la casa número 66. departamento 208. de la calle de Gómez Farías.

Este movimiento, que parece tendrá en México mucho éxito, se ha iniciado gracias a la buena voluntad de un grupo de personas dispuestas a prestar eficaz ayuda a quienes, contra su voluntad en demasía y desean apartarse de la bebida, por los daños físicos y morales que ella les causa.

Lo que pone de manifiesto esta noticia es lo siguiente: la enfermedad, aunada a lo incurable, se relaciona directamente con la voluntad, pues no existe tal en el sujeto. Al menos es lo que dirá esta asociación. El beber del verdadero alcohólico se da contra su voluntad.

Lo interesante de haber revisado esta asociación de Alcohólicos Anónimos es que no sólo tiene una expansión territorial increíble, sino que no se contenta con aplicar su estrategia al problema del alcoholismo. Su impacto es tan grande que con su crecimiento diferentes adicciones y problemas mentales y emocionales comienzan a adquirir esa tecnología y la comienzan a poner a prueba. Así, vemos sucesivamente la emergencia de otras asociaciones como Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Jugadores Anónimos, Adictos Sexuales Anónimos, Fumadores Anónimos, etc. Y todas estas asociaciones, que devienen de esa primera que trataba el alcoholismo, adoptarán los mismos presupuestos y nociones de enfermedad, no curación y adicción. Pues aceptando esto, es posible aplicar las mismas maneras para intervenir, controlar y adaptar al sujeto. Y más que aceptar esos presupuestos y nociones lo que han hecho estas asociaciones es revitalizarlas y justificarlas, proponiéndolas desde un discurso de verdad que incita a recurrir a esos lugares. El sujeto no necesariamente debe aceptar en su vida diferentes determinaciones que constituyan su subjetividad, pues es consciente de cuales elige para formarse. Sin embargo, en el caso de estas asociaciones, el sujeto acepta de forma determinante esa formación de sí, reconociéndose así como adicto o enfermo, para poder comenzar su rehabilitación y readaptación. Esto nos hace pensar la noción de un poder que no es represivo, sino productivo.



Hemos visto, al menos con el *Reglamento* de 1931 y con la estrategia que pondrá en juego la institución de Alcohólicos Anónimos, cómo se han ido transformando precisamente las formas en que se tiene que descubrir al toxicómano o al alcohólico. También se está proponiendo ya a un sujeto que si tiene deseos en exceso por alguna sustancia se debe a que sufre de algún padecimiento. El sujeto mismo que consume alguna sustancia sin fines médicos comienza a incluirse en estas clasificaciones. Además de que ya está siendo considerado como anormal y, por tanto, tiene que ser rehabilitado. El reconocimiento, la ubicación, el señalamiento, el control y su readaptación también se han transformado. De ser un deber de todos y cada uno de los ciudadanos el reportarlos ante las autoridades competentes, pasará a ser una consideración que le corresponde únicamente al sujeto que comienza a experimentar algo más allá que el simple hábito. Y este más allá del hábito es la enfermedad en sí.

Sin embargo, la consideración del hábito se tendrá que volver a analizar y reformar. El concepto de hábito ya no es suficiente para designar propiamente a los toxicómanos. Más bien, la toxicomanía es por sí misma ya un momento del consumo que ya no tiene que ver con el simple hecho de consumir sustancias sin fines médicos. Además de que se encontrará ya no sólo una relación física, sino que se introducirá el campo psicológico. Desde este momento, la base de toda toxicomanía estará dada por una obsesión por la sustancia. Dependencia física y obsesión psicológica integrarán ahora el verdadero problema. Y es evidente identificar los campos de saber que harán de ello su objeto de estudio. Advertimos el desbloqueo epistemológico que determinarán a tal o cual sujeto toxicómano como un objeto de estudio, que tendrá que ser sometido a la rehabilitación institucional.

En 1957, tras la revisión de los conceptos de toxicomanía y habituación, el séptimo informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas ofreció una nueva definición a dichos conceptos. Y es que como hemos visto en el *Reglamento Federal de Toxicomanía*, ambos conceptos estaban incluidos, pues el toxicómano era aquel que consumía habitualmente cualquier droga sin fines médicos. La habituación no estaba distinguida plenamente de la toxicomanía. En lo que se estaba de acuerdo es



en que sí el consumo de drogas era un vicio y una enfermedad incurable, además de que el habituado estaba considerado como "...una impureza, que se extiende como la peste y amenaza contagiar a todos con su ejemplo" (Escotado 1998, p560). ¿Cómo podemos identificar esta diferencia entre la toxicomanía y la habituación? Para el caso tienen que suceder dos cosas. O más bien, el discurso médico tiene que proponer dos instancias dentro del mismo consumo. La primera ha sido que la habituación sólo es un síntoma de lo que llegará a llamarse síndrome de abstinencia. Al ser interrumpida la dosis de la droga, el sujeto comienza a sentir los efectos negativos de esa ausencia, por lo que tiende a repetir el consumo, para aliviar un malestar. La habituación a cualquier droga antes del siglo XIX, y desde al menos el tiempo de los romanos, se había entendido como una pérdida de sus propiedades sobre el cuerpo. En este sentido existía una suerte de autoconsumo controlado, que, sin embargo, se realizaba para no sentir esas incómodas sensaciones. La medicina al dar cuenta de esto cambia radicalmente la concepción que se tenía en cuanto a la administración de drogas. Como lo advierte Antonio Escotado: "Fue una gran novedad en la historia de la medicina pensar que el hábito debía considerarse una función del síndrome abstinencial, y que cualquier cosa resultaba preferible a sufrir su aparición" (Escotado 1998, p558).

A partir de ello, los medicamentos, legalmente aceptados, tienen que pasar por un proceso que determine su nula o baja tendencia a provocar este tipo de síndrome, y en todo caso su nivel adictivo.

El síndrome abstinencial fue la primera instancia encontrada. La segunda será la diferencia entre la dependencia física y la psíquica. Esta última dictará que el consumo reiterado de la droga se realiza únicamente para cambiar ciertos estados de ánimo o simplemente para socializar. Dependencia que no estará relacionada con actos obsesivos para conseguir la droga. En cambio, la dependencia física conllevará una necesidad de tipo orgánico, que se verá reflejado, precisamente, en el síndrome de abstinencia, lo cual provocará, aparte de las ideas obsesivas, las conductas compulsivas.



Para 1957, el Comité de Expertos, formado por un cuerpo de especialistas en química, farmacología, psiquiatría y en investigaciones en alcohol y estupefacientes, detallará esta diferencia. Por un lado la habituación será:

...la situación originada por la administración repetida de una droga. Entre sus características figuran:

- 1) un deseo (no una compulsión) de seguir tomando la droga por la sensación de mayor bienestar que produce;
- 2) una tendencia escasa o nula a aumentar la dosis;
- 3) cierto grado de dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, pero nunca una dependencia física con el consiguiente síndrome de abstinencia;
- 4) los efectos nocivos, si los hay, recaen sobre todo en el individuo.

Mientras que la toxicomanía será definida como:

...un período de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Entre sus características figuran:

- 1) un invencible deseo o necesidad (compulsión) de seguir tomando la droga y de obtenerla por todos los medios;
- 2) una tendencia a aumentar la dosis;
- 3) una relación de tendencia psíquica (psicológica) y generalmente física respecto a los efectos de la droga;
- 4) un efecto nocivo para el individuo y para la sociedad.

Así, ya tenemos desdoblado todo el proceso de adicción que sufre el sujeto. Por un lado, con el primer acercamiento a la droga, el sujeto se situará primeramente en el nivel de la habituación, que irremediabilmente, apoyado esto en la idea de lo





progresivo de una enfermedad, llegará a la toxicomanía que no sólo será un daño para él sino para la sociedad en general.

Sin embargo, ante la aclaración de conceptos, taxonomías y grados de adicción no se olvidará la prioridad del uso médico. Esto en la consideración fundamental de que toda droga, que aquí será desdoblada como psicotrópico o estupefaciente, que ya no sólo un tóxico, será únicamente en la condición de ser utilizada sin fines médicos. Incluso en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1973 en su artículo 257 clasifica a los medicamentos en lo correspondiente a su venta en: estupefacientes, psicotrópicos, medicamentos que requieren receta médica que debe retenerse en la farmacia, medicamentos que requieren receta médica que no se retendrá en la farmacia y medicamentos de venta libre. En este sentido, adquieren su condición de medicamentos en tanto están bajo la mirada del Código Sanitario y que sean usados con fines médicos. Si cualquiera de ellos no se utiliza con esa finalidad será considerado ya no como medicamento, sino como estupefaciente y psicotrópico que se encasillan en lo ilegal. Podemos pensar que estas serán en su generalización las drogas de ese tiempo. Esto será lo que determinará más adelante los nuevos reglamentos y códigos de salubridad. A su vez, la relación entre los campos terapéutico y policíaco se vuelve más patente y coersitiva, pues éste último se enfocará en la caza de esas sustancias que son producidos, traficados y vendidos de forma ilegal, o de otra manera, que evaden ese control legal.

A mediados de 1976, durante el sexenio presidencial de Luis Echeverría Álvarez, se publicó un nuevo *Reglamento sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. Texto en el cual la primera indicación es que “el empleo [de] estupefacientes y las sustancias psicotrópicas en el campo de la medicina para fines de diagnósticos de investigación científica, debe ser objeto de estrictas medidas de vigilancia y control sanitario”. Se sigue la premisa de fines del siglo XIX, privilegiando al ámbito terapéutico con el control de toda la producción y utilización de las diferentes drogas. A diferencia del *Reglamento de 1931* ya no se requiere de que el individuo sea sospechoso o sea realmente un toxicómano para poder intervenirlo, sino que la nueva estrategia será la prevención misma. En este sentido podemos inferir que el



problema del consumo de drogas ya comienza a ser si no grave, si ya preocupante. Pues pensar en prevención es estar un paso adelante de lo que se piensa ya como peligro. Se previene o se busca prevenir el acercamiento a algo que ya está presente y que, con la precaución debida, se puede evitar. Y es bastante interesante que el mismo reglamento diga lo siguiente:

Que aun cuando el problema de la farmacodependencia no ha alcanzado en México el grado de máxima gravedad en que es susceptible de manifestarse, no por ello deja de ser problema social cuyas consecuencias negativas registran un incremento fácilmente perceptible; que por lo tanto, debe presentarse especial atención a la prevención de la farmacodependencia y al tratamiento de las víctimas de ese grave vicio social, para lo cual, en el Reglamento se desarrollan y complementan las bases para la elaboración y ejecución del programa de prevención contra el uso indebido de estupefacientes o sustancias psicotrópicas...

Con esta declaración, y con la cual prácticamente comienza este nuevo reglamento, tenemos que decir dos cosas que resultan de suma importancia. En primer lugar, en 1969 es inaugurado el *Centros de Integración Juvenil* (en adelante CIJ) con el pleno propósito de atender el consumo de drogas en los jóvenes. Su justificación se daba no por un incremento en el consumo, sino en ser un problema "incipiente". De la que se puede desprender lógicamente que con la creación de esa institución pretendían controlar y erradicar ese problema que no significaba mucho. Sin embargo, presenciamos todo lo contrario. El problema no ha sido erradicado y ha ido en aumento. Lo cual nos debe resultar curioso, ya que a pesar de todo el dispositivo que se ha puesto en juego, el problema se ha desarrollado más. Ante esto, la estrategia del CIJ se basará en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Están un paso más adelante que los Alcohólicos Anónimos, pues sus campañas de prevención se enlazarán directamente con los sistemas de educación, promoviendo ahí la abstinencia y conductas saludables. La estrategia preventiva de



esta institución la trasladará a otras instituciones para disminuir la incidencia de casos, como lo serán las instituciones laborales y las penitenciarias. Por otro lado, adoptarán la estrategia de Alcohólicos Anónimos de esperar a que el sujeto se reconozca y acepte como drogadicto para poder empezar el tratamiento y la rehabilitación. Su estrategia se desdoblará ya en muchas fases, no sólo la de intervención cuando uno se es alcohólico o drogadicto, sino que la taxonomía se amplía al igual que los niveles de intervención. Así ya existe una consulta externa y lo que propiamente es la Hospitalización.

#### Consulta externa

- Plan primera respuesta (investigación temprana)
- Consulta externa básica:
  1. Tratamiento para abuso o dependencia de drogas ilegales
  2. Tratamiento para dejar de fumar
  3. Tratamiento para bebedores problema
- Consulta externa intensiva (Centro de día)

#### Hospitalización

- Plan de desintoxicación y estabilización del síndrome de abstinencia
- Centros de Día en hospitalización
- Hospitalización en estancia breve (un mes)
- Hospitalización de estancia media (tres meses)

Pese a la estrategia de prevención, tratamiento y rehabilitación que impondrá el CIJ, que actualmente se sigue utilizando, el número de consumidores sigue aumentando, como si las mismas campañas de prevención en escuelas, empresas y penitenciarias incitaran el deseo por consumir drogas. Y a esto mismo responderá el nuevo *Reglamento sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas*, aunque siga interpretando el problema no de gravedad, pero sí como lo que sigue desarrollándose significativamente.



Lo primero que notamos en este reglamento es que la designación a pasado de toxicomanía a farmacodependencia y el sujeto inmerso en ésta es considerada una víctima del propio vicio. Lo que se considera droga se ha desdoblado en estupefacientes y en sustancias psicotrópicas.

El interés de este reglamento es, pues, establecer estrictas medidas a estas sustancias que son utilizadas con fines médicos, pero que pueden ser utilizadas “de forma indebida” para dañar la salud individual o colectiva de las personas. Y el reglamento es sumamente explícito en la adjudicación de la autoridad encargada de poner en práctica este reglamento, a saber, la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En el capítulo I del título cuarto, que lleva por nombre “De las medidas de prevención y atención médica en materia de farmacodependencia” se van a establecer todas las medidas que implican la prevención y tratamiento de los farmacodependientes. Este código reivindica muchos estatutos que ya había emplazado el *Reglamento Federal de Toxicomanía* de 1931. Por un lado, el toxicómano, si lo recordamos, era aquel que consumía algún tipo de sustancias sin fines médicos, mientras que el nuevo reglamento “considera farmacodependencia, todo individuo que sin fin terapéutico tenga el hábito o la necesidad de consumir algún estupefaciente o sustancia psicotrópica”. De fondo, el farmacodependiente comparte la misma finalidad que el toxicómano, pero se le agrega esas nociones de hábito y necesidad, que ya se habían establecido en el discurso a partir de la década de los 50. Por otro lado, se establecerá una normatividad que regule la práctica médica en torno a los farmacodependientes. Recordemos que en el reglamento de 1931 se proponía tanto a la sociedad en general como a los médicos encargados del tratamiento que se reportara a todo sujeto que usara sustancias sin fines médicos, pues en este nuevo reglamento se propondrá prácticamente la misma normatividad. Ya no se piensa un hospital exclusivo para el toxicómano, sino que todo hospital, sanatorio público y privado serán auxiliares de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y funcionarán como establecimientos para el internamiento de esos enfermos o farmacodependientes, siendo la intervención gratuita. Y lo que vuelve a ser reivindicado es lo que muestra el artículo 84:



Artículo 84.- Los profesionales de la salud que atiendan casos de farmacodependencia, deberán comunicarlo a la dependencia más cercana a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dentro de los ocho días siguientes al de su conocimiento, acompañando su diagnóstico probable y opinión sobre la necesidad de la intervención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La diferencia evidente de un reglamento y otro, es que este de 1976 sólo reportará al farmacodependiente aquel médico que lo atienda, no ya la sociedad en su totalidad. Solamente será reportado el consumidor de sustancias en el caso de que se requiera el auxilio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esto significa, que sea un caso realmente grave y que el médico no pueda intervenir de manera correcta y eficaz. La caza del farmacodependiente ya no se da por parte de las instituciones, parece que en esto han adoptado la estrategia de los Alcohólicos Anónimos, o sea, llegar por propia voluntad.

El cambio por el que apuesta esta nueva estrategia es la prevención. Similar a lo que ya habíamos visto con el CIJ. El programa nacional de prevención que establece, siguiendo estos lineamientos, lo ejecutará con la Secretaría de Educación Pública, comprendiendo los siguientes puntos:

1. Promover y fomentar la investigación científica, farmacológica y social en este campo, para conocer los efectos del uso indebido de estupefacientes o sustancias psicotrópicas en la salud del individuo, de su familia y en la sociedad; los índices y factores de incidencia y prevalencia, así como sus consecuencias socioeconómicas;
2. Impartir orientación preventiva en la materia, fijando normas generales para su difusión por los organismo o instituciones del Sector público que coadyuven al programa;



3. Proponer la incorporación de medidas auxiliares para la prevención del uso indebido de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, en la legislación y en los programas de educación.

Esto, en términos generales, es la estrategia que se ha puesto en escena con la publicación de este reglamento.

Siete años después, el lunes 17 de enero de 1983, el mismo año en el que es derogado el *Reglamento sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas*, publicado en el Diario Oficial de la Federación, será decretado un consejo que estará a cargo de la discusión y aprobación de las medidas que se adopten en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenen al individuo o que degeneren la especie. El consejo estará integrado por las siguientes autoridades:

Artículo 16º. Los vocales titulares serán el Rector de la Universidad Autónoma de México, los directores generales del Instituto Politécnico Nacional, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, del consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional y de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal; los subdirectores generales médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Presidente de la Academia Nacional de Medicina; un especialista en materia ambiental y dos rectores de universidades o instituciones de educación superior del interior del país.

Para ver el tránsito de la farmacodependencia que se estipulaba a lo largo de la década de los 70 a lo que será la adicción, veremos que será un concepto que será impuesto por la Ley General de la Salud. No serán conceptos que se sucedan a sí mismos, sino, más bien, que se incluyan y se articulen en sus rasgos esenciales. Esta Ley establece los parámetros en los que se tiene que llevar a cabo una campaña de educación para la salud, en la que se encuentra la orientación y la capacitación de la población referente a los riesgos de la automedicación y la prevención de la farmacodependencia. La prevalencia del dominio sobre este problema por parte de la



terapéutica se vuelve a ratificar, estableciéndolo en su artículo tercero. Así, el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el programa contra el tabaquismo y el programa contra la farmacodependencia serán englobados en el título décimo primero bajo el rótulo de “Programas contra las adicciones”. Éste incluirá tres acciones en el artículo 191, para disminuir el impacto de los estupefacientes:

- I.- La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II.- La educación sobre los efectos de los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales, y
- III.- La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

Esta nueva tecnología, que ya engloba tres tipos de problemas bajo un mismo nombre, adicción, aclarará en el programa de estupefacientes una cosa que es de relevancia y que no se encuentra en los otros dos. En la fracción tercera, que se ha citado arriba, aparece una medida de control, que no se había presentado en los reglamentos pasados ya revisados, a saber, la disposición a educar a la familia para que reconozca los síntomas de la farmacodependencia. Esto generará una nueva vinculación con formas de vigilancia que no se habían implementado. Ya el reglamento había dado un paso al proponer sus campañas de prevención apoyado en la Secretaría de Educación Pública, pero no había mencionado nada de una vigilancia a lo interior de la familia. El reglamento de 1976 correspondía a los otros en la medida en que la vigilancia y el control sólo eran posibles a nivel social y en el interior de la fábrica, del hospital o de la escuela. Esta nueva Ley General de la Salud pondrá en juego esa nueva relación de poder que se situará sobre el cuerpo de los integrantes de la familia. El dispositivo se complementará con esta relación de poder.



Por último, realizando lo que se prometió al inicio de este capítulo, atendemos, con todo lo que se ha recorrido, al nacimiento de los centros de rehabilitación. El caso que mencionaré será único, pero que tendrá sus réplicas en el final del siglo XX e inicios del XXI. Al centro que me estoy refiriendo es Oceánica. Nacerá en 1991. Ya los anteriores modelos de hospitalización que hemos revisado, y que se pusieron en práctica mientras imperaban los diferentes reglamentos, sólo determinaban el internamiento hasta que el sujeto estuviera curado. Vimos que en todos los casos existía la figura del médico que determinaba quién estaba enfermo y quién no, quién se curaba y quién no. Advertimos además la estrategia que elaboró la asociación de Alcohólicos Anónimos para identificar a los alcohólicos, no sólo exponiendo un ejemplo de quién es el verdadero alcohólico, sino haciendo, obligando, al sujeto a reconocerse como uno de ellos, pues sólo así comienza el tratamiento y la rehabilitación. Bueno, pues para los centros de rehabilitación estas estrategias del pasado no están tan alejadas. Ya que siguen utilizando los mismo supuestos y las mismas nociones. El sujeto está enfermo, la adicción es una enfermedad; nunca reconoce que tiene problemas con la bebida o las drogas; tiene que aceptar primero su condición. Por supuesto, siguen manteniendo la idea de que el sujeto no puede salir solo, de que necesita de los especialistas o de un profesional para sobreponerse. Para efectos positivos se requiere el asentimiento voluntario para ser intervenido, sólo así puede pasar al nivel de tratamiento. Aceptar el internamiento es lo segundo. “Lo importante no es el por qué se interna, sino el hecho de que se interne.... Sólo así comienza el proceso de rehabilitación”. Sólo así el poder puede atravesar completamente el cuerpo del sujeto, rehabilitándolo y reinsertándolo en la sociedad. Dentro del nivel de tratamiento, el sujeto se volverá el objeto de estudio de la psicología, de la psiquiatría y la medicina. Estos campos de saber lo abordarán para llegar a la raíz del problema, o sea, identificar qué es lo que está provocando en el enfermo su consumo. Para ellos, no es por simple deseo, sino por eventos traumáticos de la infancia o el desprecio de la sociedad. El objetivo es precisamente superar estos traumas de edades pasadas, además de desintoxicar el cuerpo y restablecerlo. A grandes rasgos, esto es lo que caracterizará a los centros de





rehabilitación, que al igual que todas las formas de hospitalización son maneras en que se ha excluido del cuerpo de la sociedad, en este caso, a los enfermos.

Sé de antemano que este fenómeno de las drogas no termina, ni siquiera disminuye al finalizar el siglo XX, sino que al contrario va en aumento; que a lo largo del siglo XXI el problema se volverá más caótico, violento y sanguinario por el aumento de narcotráfico y por la declaración de una guerra en contra de él por parte del Estado. Una guerra que como vimos no ha empezado por la declaración que hizo Nixon en los Estados Unidos en 1970, sino que, al menos en México, su antepasado más antaño es el Dr. Peón del Valle que ya la hubo declarado, aunque no se haya puesto en práctica. Ese sentimiento bélico ya existía en ese dispositivo que todavía no precisaba su objeto de estudio ni su tecnología para controlarlo y rehabilitarlo, así que la guerra se convertía en la opción viable y realmente justificable. Y era justificable por las nociones de daño a la salud y degeneración de la raza. Será el mismo Dr. Peón del Valle quien ha hecho la división de lo que corresponde a los campos, por un lado a la medicina, cuya labor estriba en la procuración de la salud de los afectados por las drogas, mientras que el policíaco se encargará de la persecución y caza de los que practiquen y el tráfico, venta y demás de las drogas. Uno y otro campo se relacionarán para justificar y legitimar sus mismas prácticas.

#### Bibliografía:

- Escohotado, A. (2004). *Historia general de las drogas*. España: Espasa.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- (2006). *Los anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: FCE.
- (2004a). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores.
- (2004b). *Nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada*. México: Siglo XXI editores.
- (2000). *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: FCE.
- (1999a). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- (1999b). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.



Jünger, E. (2000). *Acercamientos: drogas y ebriedad*. Barcelona: Tusquets.

Sloterdijk, P. (2001). *Extrañamiento del mundo*. Valencia: Pre-textos.

Tenorio Tagle, F. (1991). *El control social de las drogas en México: Una aproximación a las imágenes que han proyectado sus discursos*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.

## 2.- Fuentes electrónicas:

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.  
<http://www.aamexico.org.mx/linea/demo1940.php>

Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder*. [En línea] <<http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf>> [2012, noviembre 13].

ONU. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. [En línea] <[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf)> [2012, septiembre 18].

----- (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. [En línea]  
< [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf) > [2012, agosto 9].

----- (1957). *Comité de expertos en drogas toxicomanígenas. Séptimo informe*. [En línea]  
<[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_116\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_116_spa.pdf) > [2012, agosto 9].

Peón del Valle, J. (1933). *Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en México*. [En línea]  
. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v12n4p347.pdf> [2012, junio 12].