



R7768rrs5ioñ  
Universidad de Chile  
Facultad de Filosofía y Humanidades  
Departamento de Ciencias Históricas

Seminario de grado: Márgenes y Marginalidades: propuestas desde la Historia Cultural y de las Mentalidades para una historia de Chile.

*Sobre el destierro de los paraísos artificiales.*  
Hacia una marginalización de las drogas y sus  
consumidores. Chile, 1875-1936

Informe de Seminario para optar al grado de Licenciada en Historia

Constanza Andrea Quinteros Ortiz  
Profesora guía: Alejandra Araya Espinoza

Santiago de Chile, diciembre de 2012.

<b>ÍNDICE</b>	
<b>Introducción</b>	3
Selección de la temporalidad, justificación y planteamiento del problema de investigación.	9
Algunas consideraciones teórico-metodológicas	15
<b>Capítulo 1- Las drogas del cambio de siglo</b>	25
1. Drogas, remedios medicinas.	28
2. Catastrar las drogas	31
2.1 La farmacopea chilena desde la publicidad, 1870-1930	33
2.2 La mirada médica sobre las drogas	45
2.2.1 <i>Los nuevos horizontes de la eliminación del dolor: los casos del éter y la cocaína.</i>	46
2.2.2 <i>Administrarse las drogas: sobre la nueva permeabilidad del cuerpo.</i>	54
3. Morfina, cocaína, éter, opio: “Los venenos sociales”, desde la mirada médico-legal.	56
<b>Capítulo 2 – Imaginando al toxicómano</b>	59
1.Las toxicomanías – medicalización de la ebriedad narcótica.	60
2.Descifrando los códigos de la enfermedad mental.	63
3. Los venenos sociales y la degeneración de la raza.	67
4. El cuerpo como escenario de la locura tóxica.	70
5. Lidiar con sujetos antisociales. Observaciones desde la medicina-legal y el Derecho.	79
5.1 Consideraciones del toxicómano como sujeto de Derecho.	86
<b>Conclusiones.</b>	92
<b>Bibliografía.</b>	97

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación surge de un problema contemporáneo: el estado de marginalidad en el que se encuentran hoy una serie de sustancias conocidas comúnmente, y de manera arbitraria, con el nombre de “drogas”, así como también de aquellos que las consumen. Esta marginalidad podemos evidenciarla en varios aspectos: la condena social hacia el consumidor (al que se le describe como un ser alienado, poco confiable, potencial criminal y hasta imbécil), la criminalización de todo tipo de tráfico “ilícito”<sup>1</sup>, la formación de ghettos en torno al comercio y consumo clandestino y, a partir de esto último, la formación de redes criminales dedicadas a este tipo de negocio. Esta marginalidad tiene como correlato un estado permanente de violencia en torno a dichas sustancias, que podemos ver en las luchas territoriales de narcotraficantes, la fuerte represión policial en las poblaciones<sup>2</sup>, el encarcelamiento de productores no dedicados al tráfico y la criminalización de todo consumidor, no precisamente por su *consumo*, sino que por estar inevitablemente ligado a una relación de tráfico al proveerse o almacenar para su uso personal.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Para estas sustancias, según la legislación actual, *todo* tipo de tráfico es ilícito en términos del *consumidor*, incluso aquel que no encarna una transacción comercial. Las únicas transacciones admitidas son aquellas para uso científico y farmacéutico.

<sup>2</sup>Evidencia de que la actual legislación entrega un poder abusivo a ciertos sujetos protegidos por su condición de policías son los múltiples casos de corrupción y abuso de poder en la Policía de Investigaciones y en Carabineros con respecto al tráfico y microtráfico de sustancias, como los vistos hace poco tiempo, de allanamientos y detenciones ilegales, extorsión y hasta torturas por parte de funcionarios de la PDI sobre microtraficantes de una población en Pudahuel. Ver: La Tercera, “Caen 10 policías en el peor caso de corrupción en la PDI en cuatro años”. 18 de octubre de 2012, p.6. Versión digital en <http://diario.latercera.com/2012/10/18/01/contenido/pais/31-120782-9-caen-10-policias-en-el-peor-caso-de-corrupcion-en-lapdi-en-cuatro-anos.shtml> donde se incluyen otras noticias de corrupción en la PDI.

<sup>3</sup>A pesar de que el consumo no es sancionado en la legislación chilena, el gobierno del entonces Presidente Ricardo Lagos encontró la forma de sancionar a los consumidores, sin prohibir estrictamente el consumo, creando la figura del microtráfico en la Ley 20.000 publicada en el diario oficial el 16 de febrero de 2005: Artículo 4º.- El que, sin la competente autorización posea, transporte, guarde o porte consigo pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, o de materias primas que sirvan para obtenerlas, sea que se trate de las indicadas en los incisos primero o segundo del artículo 1º, será castigado con presidio menor en sus grados medio a máximo y multa de diez a cuarenta unidades tributarias mensuales, a menos que justifique que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo.

En igual pena incurrirá el que adquiera, transfiera, suministre o facilite a cualquier título pequeñas cantidades de estas sustancias, drogas o materias primas, con el objetivo de que sean consumidas o usadas por otro. Se entenderá que no concurre la circunstancia de uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo, cuando la calidad o pureza de la droga poseída, transportada, guardada o portada no permita racionalmente suponer que está destinada al uso o consumo descrito o cuando las circunstancias de la posesión, transporte, guarda o porte sean indiciarias del propósito de traficar a cualquier título.

Esta ley implica, primero que todo, penas de cárcel para cualquier persona que posea, en cualquier medida, un poco de droga, de modo que se utiliza un dispositivo concreto de marginalización: el encierro y la separación del individuo de la sociedad. Incluso no estando en situación de tráfico, la tenencia de un número indefinido

En el Chile de hoy, la imagen del usuario de drogas está inevitablemente relacionada con la del criminal. Esto, en términos estrictos, no es efectivo. La legislación actual (y las que las precedieron, de igual manera) no castiga al usuario por su *consumo*, sino que castiga sólo el “tráfico ilícito”. El castigo por el consumo se da más bien a nivel social: se nos enseña desde la infancia y a través de diversos mecanismos de educación, que las llamadas “drogas” no sólo nos destruyen a nivel individual, transformándonos en seres abominables (ladrones, mentirosos, antisociales, potencialmente violentos y delictivos), sino también que destruyen las formas de convivencia básica de nuestra sociedad: la familia y la comunidad. Además de eso, el consumidor se presenta como un ser improductivo, contrario al progreso al que la sociedad entera *debe* aspirar. A partir de esto, surgen otras tantas características que definen la relación con estos individuos “anómalos”: el usuario de drogas recibe, sin dejar mucho espacio para cuestionamientos, el nombre de *drogadicto*, asumiéndose así que la relación con estas sustancias es siempre de dependencia; el usuario, además, es un riesgo para quienes lo rodean por ser inherentemente proselitista<sup>4</sup>.

Esta situación marginal en la que se coloca a las drogas no puede explicarse -como usualmente se hace desde los organismos del Estado dedicados a la prevención del consumo y el tráfico- a partir de esta relación casi axiomática que hace de la droga un problema social, puesto que, como podremos evidenciar más adelante, esta actitud hacia las drogas tiene un origen y una historia marcados por la producción de ciertos discursos, que fijaron una imagen de estas sustancias y sus consumidores como elementos problemáticos en la época que esta investigación busca abarcar, a decir, el último tercio del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX. La medicina, la medicina-legal, la química-farmacéutica, la

---

de drogas pasa a ser un delito penado con cárcel. Todas las personas que consumen estupefacientes, entonces, se transforman inmediatamente en criminales, con excepción de aquellas que puedan justificar su uso inmediato y personal, o aquellas que las necesiten terapéuticamente. Pero no, en ello no hay excepción alguna, pues por pequeña que pueda ser la cantidad que el usuario posea, no es posible que la reciba ni la produzca de ninguna manera: la única forma legal de consumir sería, entonces, que por una extraña casualidad alguien tropezara con un paquete de drogas y se fuera inmediatamente a casa a consumirlas, puesto que **toda** forma de intercambio o almacenamiento pasa a ser un crimen.

<sup>4</sup> Aunque no es una palabra que actualmente se utilice para definir al drogadicto, como sí lo era para definir al toxicómano en la época que abarca esta investigación, lo que quiero decir, puesto de manera bastante burda, es que se promueve precaución frente a la persona que consume drogas, porque potencialmente hará consumir a otros. Durante mi adolescencia, por lo menos, se me advirtió sobre no juntarme con personas que consumieran drogas, no sólo porque pudieran convencerme de probarlas yo misma, sino que porque las pusieran sin mi conocimiento en mi bebida. Muy probablemente, mis padres no debían preocuparse tanto de los *drogadictos* (que muy difícilmente regalarían un bien tan preciado como las drogas) como de violadores o asesinos. Probablemente para muchas personas, la distinción que acabo de hacer no existe: ¡criminales todos!

incipiente psiquiatría: todas se enunciarán sobre las “drogas” de manera general (en el sentido de la época, como sustancias medicamentosas), para definir sus usos y lugares, ventajas y peligros, horizontes de capacidad y otros tantos aspectos concernientes a estos objetos, pero también para enfrentarse ante el surgimiento de un nuevo fenómeno: las toxicomanías, es decir, la afición “descontrolada” al consumo extra-médico de ciertas drogas.

Lo que busco no es explicar la marginalidad actual de la cuestión de las drogas desde la implantación de leyes prohibicionistas -que marcaron la relación con estos objetos en el siglo XX- sino que de manera más profunda, adentrarme en cómo se construyó un imaginario particular sobre las drogas y sus consumidores, que permitió el emplazamiento de mecanismos concretos para su marginación. Es decir, qué utillajes mentales operaron en la construcción de una relación conflictiva con las drogas, y que sirvieron de terreno primordial para que la marginalización no sólo pudiera concretarse, sino que pudiera siquiera pensada.

A partir de la pregunta contemporánea por la marginalidad de las drogas, me centraré en cómo se hizo efectivo el proceso de *marginalización*, es decir, cómo se transformó a los objetos “drogas” y a los sujetos “toxicómanos” en elementos que debían ser apartados, regulados, intervenidos y hasta “reparados” para poder reintegrarse en un cierto “orden”, que intentará ser explicado en el desarrollo de esta investigación.

Antes que todo, cabe hacer una aclaración sobre cómo se entenderán a las “drogas” en el presente trabajo. Dado que en la actualidad el término engloba un tipo de sustancias condenadas socialmente, y por tanto, la palabra contiene intrínsecamente una carga negativa, se hace necesario precisar que dicha carga es justamente fruto del proceso de marginalización que busco analizar. Con este término no me referiré únicamente a las sustancias “problemáticas” (morfina, heroína, marihuana, cocaína, éter, etc.), sino que en un sentido más profundo, a la noción griega de *pharmakon*, que supone “una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez. Como dijo Paracelso, “sólo la dosis hace de algo un veneno”<sup>5</sup>. Al hablar de drogas me referiré en términos amplios a la farmacopea disponible en la época estudiada, de modo de

---

<sup>5</sup>Antonio Escotado. *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama. España, 2006. P.12

comprender el sistema bajo el cual se comprenden estas sustancias desde los distintos discursos, es decir, qué es una droga, qué usos se le pueden dar, qué preocupaciones suscitan, qué se espera de ellas y en general, cómo son imaginadas desde la medicina y la farmacéutica. Esto nos permitirá comprender qué factores fueron aquellos que distinguieron a una droga de otra, por qué se valoró a unas por sobre otras, y de manera más importante, por qué ciertas sustancias fueron consideradas necesarias de marginalizar, en términos de restringir su consumo al ámbito terapéutico, o bien, de ser totalmente prohibidas.

Cabe, ya habiendo establecido qué tipo de objetos me aboco a investigar, destacar la importancia que las sustancias tienen no sólo en el marco del problema que analizamos, sino que como objetos culturales. “De las innumerables sustancias además de la comida que el mundo contiene, ninguna tiene una conexión más íntima con la vida humana que aquellas cuya historia y efectos son descritos en este trabajo”<sup>6</sup>. Así, el farmacólogo alemán Louis Lewin comenzaba su *Phantastica*, libro publicado en 1924, en un intento de adentrarse en lo que él consideraba el misterio incomprensible y milagroso que encarnaban las drogas. Objetos capaces de modificar nuestra conciencia de manera radical, llevarnos a mundos inimaginables, eliminar y transformar sensaciones cotidianas como el dolor, la angustia, la euforia; sanar y también matar.

Aquella conexión íntima que Lewis observa tiene que ver con el hecho de que, desde la más primitiva relación del hombre con la naturaleza, éste ha tenido que interactuar con estos objetos enigmáticos que provocan cambios notorios en los individuos. Aunque sometidas a distintos juicios y valoraciones socialmente establecidas, las drogas implican inevitablemente una relación con el propio cuerpo y con las formas en que, desde esta particularidad corporal, observamos el mundo y asimilamos ciertas categorías socialmente construidas, como lo real, lo ilusorio, lo alucinatorio, lo paradisiaco, lo placentero, etc. A partir de cómo estas categorías son leídas, podemos evidenciar “espacios” en los que a éstas se coloca (espacio terapéutico, religioso, lúdico, conspicuo, etc.), y cómo desde estos lugares se les otorga un sentido y valor, generando construcciones simbólicas en torno a las sustancias.

---

<sup>6</sup>Louis Lewin, *Phantastika: A Classic Survey on the Use and Abuse of Mind-Altering Plants*. Versión digital en <http://books.google.cl/books?isbn=0892817836>.

Así, por ejemplo, el tabaco era considerado por los mayas como parte fundamental de ciertos rituales religiosos, tanto en forma de ofrenda como en su consumo, por lo que se le tenía gran valoración. Cuando Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre introdujeron esta droga a sus coterráneos europeos por primera vez, la droga y su principal forma de ingesta (la inhalación de humo) fueron vistas con tal reprobación, que la Inquisición ordenó encarcelar a Jerez bajo los cargos de brujería, argumentando que “sólo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca.”<sup>7</sup> La misma droga, cien años más tarde, es colocada en un espacio terapéutico, siendo consumida en forma de rapé y como cigarrillos para curar afecciones pulmonares, migrañas y afecciones nerviosas. Posteriormente, a partir de la Revolución industrial, la producción de tabaco se disparará y su consumo se hará extensivo, pasando a ser un hábito cotidiano tanto de ricos como de pobres. Recién en la segunda mitad del siglo XX, el tabaco será sometido a severos cuestionamientos, por los efectos negativos que tiene a nivel crónico en el cuerpo, provocando incluso índices de mortalidad altísimos relativos al cáncer pulmonar y de garganta. Y sin embargo, ha pasado a ser parte de un tipo de “ritual” de pasaje a la adultez para los adolescentes, quienes ven en el hábito una forma de destacarse entre sus pares. Podemos ver así como una misma droga adquiere valor según los contextos en los que se desenvuelve, adquiriendo distintas cargas simbólicas: ofrenda sacrificial, objeto divino, objeto demoniaco, medicina, etc.-

La valoración y consideración que se le otorga a las drogas no es unilateral, por supuesto, ya que esto significaría una anulación de la capacidad concreta que tienen estas sustancias sobre el organismo. La presencia de estos objetos, y las posibilidades que encarnan para las sociedades que las utilizan, dialogan con las formas en que se construye la realidad, así como también influyen las relaciones del hombre con la naturaleza, con su propio cuerpo y con categorías fundamentales como el placer, el dolor, la calma, la excitación, etc. Así, por ejemplo, en las sociedades mesoamericanas prehispánicas, el uso de sustancias psicoactivas alucinógenas como el peyote y el olioliuqui implicó una conexión con un mundo extraterrenal y divino, lo que hacía de la relación del hombre con el mundo espiritual mucho más directa y concreta<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Antonio Escotado, *Historia elemental de las drogas*. Editorial Anagrama. Madrid, 2003. P.30

<sup>8</sup> Aún en nuestros días, y como nos cuenta Carlos Castañeda, los indios yaqui de Estados Unidos se comunican con entes divinos y suprahumanos encarnados por distintas plantas, cuyos efectos son interpretados como el lenguaje con el que estas figuras divinas se expresan para los hombres. Es interesante,

Pero así también otras drogas sin tanto potencial psicoactivo como el peyote, han jugado un papel fundamental en la relación del hombre con su construcción de realidad. Así por ejemplo, la llegada del café a Europa en el 1600, suscitó un consumo recreativo y social de la droga que se popularizó a través de las cafeterías, construyéndose así un nuevo espacio de sociabilidad en torno al consumo de esta sustancia. Aunque sin duda el proceso tiene una complejidad que no podemos atribuir solamente al consumo de una droga, hay quienes afirman que la Ilustración y la germinación de las ideas liberales en Occidente tuvo que ver con el reemplazo del alcohol como droga recreativa con el café, cuyo componente activo -la cafeína- resulta un estimulante físico e intelectual, a diferencia del alcohol que embriaga y entorpece la actividad mental.

Lo que sí parece innegable, es que las drogas han jugado un papel importantísimo en el desarrollo de las sociedades humanas, en una dialéctica compleja entre la capacidad concreta que tienen las sustancias, y cómo éstas son leídas culturalmente. Esta investigación pretende adentrarse en la relación que la sociedad chilena construyó con las drogas a finales del siglo XIX y principios del XX, en un contexto en que confluía un nuevo ritmo de vida marcado por el desarrollo industrial, la proletarización de la población, el crecimiento exponencial de la población en las ciudades y el hacinamiento, el brote de enfermedades virulentas y mortales; confluye también un renovado empoderamiento del estamento médico, el desarrollo de la química farmacéutica, y con ello, la proliferación de nuevas drogas sintetizadas de potencial jamás antes visto. En la vorágine de la sociedad moderna, bajo un nuevo “estado del ánimo”, se estableció con las drogas una nueva relación: el cuerpo enfermo podía ahora ser sanado con drogas más específicas y de mayor alcance debido al desarrollo de su industria, por lo que sobre ellas pesó cierta esperanza de panaceas; pero el panorama no era perfecto, pues ese mismo optimismo vería nacer a una figura nueva, peligrosa e incomprensible: el toxicómano. A partir de los factores

---

por ejemplo, que este antropólogo concluyera, tras sus sesiones de aprendizaje con el brujo Don Juan, que las visiones que tenía no eran solo manifestaciones subjetivas de los efectos de las drogas que ingería, sino que “cualquier cosa que esté contenida en el cacto *Lophophorawilliamsii*<sup>8</sup> no tenía ninguna necesidad de mí para existir como entidad; existía por sí misma allá afuera, libre.” Mescalito, el “maestro” contenido en la planta del peyote, personificaba para el autor un ente con voluntad, con conocimiento y con sentimientos, que incluso podía seleccionar personas para mantener bajo su protección, o rechazar a otros para atormentarlos. Sin duda, la posesión de este vehículo a dimensiones extranjeras a la conciencia “normal”, tuvo un influjo importantísimo para la cosmovisión de las sociedades que utilizaban estas plantas.



mencionados, lo que se buscará es ver la construcción simbólica que se hace en torno a las drogas y a estos sujetos que contradicen la idea de la droga como remedio.

### **Selección de la temporalidad, justificación y planteamiento del problema de investigación.**

Se me preguntará, entonces, por qué seleccioné particularmente el periodo de 1875 y 1936 para intentar responder la pregunta por la marginalización del de las drogas y sus consumidores. A partir de la lectura del texto de Marcos Fernández, “Del ficticio entusiasmo...” pude concluir que las prácticas de consumo de estupefacientes durante todo el siglo XX en Chile contienen un tinte de marginal en tanto conformaron –y siguen conformando- prácticas relacionadas con un intercambio ilícito, sumergidas en la ilegalidad, y por tanto, debían ser silenciadas y escondidas. Este autor hace una revisión de las redes de consumo y tráfico en el Chile de 1920 a 1960, dando cuenta de cómo la ilegalidad se perfila como condicionante fundamental de las formas en que hoy entendemos a las drogas. Los vínculos que se hacen entre drogadicción-criminalidad son transversales a las políticas de este siglo, y es por eso mismo que me pregunté desde qué tipo de discusiones o discursos es que se estableció esta relación fundamental. El imaginario de la droga que este autor nos entrega ya tiene un tinte negativo, ya que está atravesado por la relación problemática de la adicción, y es por ello que este tipo de tráfico es castigado.

Para analizar la construcción de la relación droga-problema considero necesario hacer una revisión de las leyes que fueron delineando sus principios más primigenios, y que encarnan las primeras disposiciones fácticas para combatir el consumo de estupefacientes.

A partir de la revisión de la tesis del abogado Cristian Merino Rojas, *Evolución Histórica de la legislación nacional sobre tráfico ilícito de estupefacientes*, y las respectivas Historias de las leyes de la Biblioteca del Congreso Nacional, podemos identificar seis reglamentaciones que, desde 1875, se sucedieron para enfrentar la cuestión de los estupefacientes. La primera de ellas fue el Código Penal de 1875, el que prescribía en el párrafo 14 del Título Sexto, denominado “Crímenes y Simples Delitos contra la Salud Pública” lo siguiente:

Artículo 313 – El que sin hallarse competentemente autorizado, elaborare sustancias o productos nocivos a la salud o traficar en ellos, estando prohibidos su fabricación

o tráfico, será castigado con reclusión menor en su grado medio y multa de ciento a quinientos pesos.

Artículo 314 – El que hallándose autorizado para la fabricación o tráfico de las sustancias o productos expresados en el artículo anterior, los fabricare o expendiere sin cumplir con las formalidades prescritas en los reglamentos respectivos, sufrirá las penas de reclusión menor en su grado mínimo a multa de ciento a trescientos pesos.

Como podemos ver, el citado Código establece esta primera “regulación” sobre los estupefacientes en torno al tráfico encarnándose en dos figuras: aquél que no se halla “competentemente autorizado” y que elabora sustancias “nocivas a la salud”, y aquél que, estando autorizado, los elaborara o traficara *sin cumplir con las formalidades prescritas en los reglamentos respectivos*. A partir de esto, debemos tomar en consideración dos aspectos: en primer lugar, el hecho que, como indica el abogado Fuenzalida en 1880, “el carácter distintivo de los delitos de este párrafo no es, como parece, causar daños intencionales a la salud pública o a determinadas personas, sino lucrar por medios prohibidos por leyes o reglamentos en garantía de dicha salud pública, así es que según la intención del ajente, algunos de estos delitos suelen ser pequeñas estafas que, pudiendo dañar a la salud, se ponen aquí mas gravemente, i de este carácter se deduce que ninguno de estos delitos debiera ser necesario que se realizara el daño que se quiere prevenir”<sup>9</sup>, por lo que la disposición legal centra el problema en quien *permite* el consumo a través de su suministro, y no en el consumidor. Sin embargo, se reconoce en el objeto suministrado un *peligro*: el de ser “nocivo a salud”, lo que justifica la intervención de la justicia para prevenir un daño que se considerará “público”. Esto, sin duda, a partir de la construcción de una idea de salud pública y la instalación del discurso y estamento médico como institución hegemónica dentro de lo que para el siglo XIX encarnó, como indica María Angélica Illanes, el afán de control biopolítico sobre los cuerpos<sup>10</sup>. Será este segundo aspecto el que me pareció más importante de rescatar, en tanto nos permite reconocer que hacia 1875 existe una preocupación por el aspecto “venenoso” que podían tener ciertas sustancias

---

<sup>9</sup> Merino, Cristián *Evolución histórica de la legislación nacional sobre tráfico ilícito de estupefacientes*. Universidad de Talca, 2000. P.32

<sup>10</sup> María Angélica Illanes, *La batalla de la memoria. ensayos históricos de nuestro siglo: Chile, 1900-2000* Editorial Planeta. Santiago de Chile, 2002.

medicamentosas, así como también la necesidad de establecer un comercio regulado para ellas.

Como podemos ver, sin embargo, no existe una tipificación sobre a qué objetos específicos hace mención dicho inciso. La amplitud del término “sustancias” que, como podría pensarse, podría generar confusiones en función de que éstas podrían ser no solo medicamentosas, sino también cualquier producto químico capaz de causar la muerte<sup>11</sup>, fue utilizada de forma intencionadamente abierta, según consta en las actas de la Comisión Redactora encargada de dicho Código. Como explica Cristian Merino, en un comienzo, se estableció como objeto material de las figuras penales sancionadas a las “sustancias nocivas a la salud o productos químicos que pudieran causar grandes estragos”, frase sacada textualmente de los artículos 253 y 254 del Código Penal Español de 1850. Lo que se puso en discusión fue particularmente el hecho de que esta disposición “no era lo bastante clara y correcta, limitándose además sus disposiciones respecto de los productos, a los que se obtenían por medio de procedimientos químicos, sin determinar cuáles sean ni referirse a otras disposiciones que podían hacerlo”<sup>12</sup>. Lo que se buscaba, por tanto, era dar amplitud a la disposición legal, lo que nos da cuenta de que, aunque se reconoce el peligro abstracto relativo a ciertas sustancias ingeridas por los cuerpos, no existe una *seguridad* sobre cuáles pueden llegar a ser nocivas o no, pudiendo ser el carácter venenoso meramente contextual. Después de todo, recién en 1874, el médico prusiano Levi Levinstein<sup>13</sup> se refirió por primera vez a la afición descontrolada a la morfina como “morfinomanía”, hito fundamental en términos de la medicalización (y patologización) de las prácticas de consumo de drogas. Irónico, pero también decidor de la nebulosa en la que se encontraba el conocimiento médico sobre las drogas, en 1877 el mismo médico propondría un tratamiento revolucionario para este tipo de enfermos: la cocaína. El método será puesto en duda rápidamente, pero sólo para ser reemplazado por otro psicofármaco promisorio: la heroína.

Agrega Cristian Merino: “la doctrina, tomando en referencia la constancia de la antes Comisión, admitía que la expresión sustancia nociva tenía un significado amplio, comprendiendo tanto a las que poseían una capacidad intrínseca para causar daño o

---

<sup>11</sup> Y en este sentido, no sólo drogas, sino que ácidos, combustibles y otros productos utilizados en múltiples áreas de la industria.

<sup>12</sup> Cristian Merino, op. Cit. P.45

<sup>13</sup> El mismo Louis Lewin citado más arriba, antes de cambiarse su nombre hacia 1880.

menoscabo a la salud, como aquéllas que resultaban inocuas<sup>14</sup>, debiendo normalmente producir efectos benéficos.”<sup>15</sup> Podemos ver así que la amplitud del término “sustancia” busca hacer referencia, en un sentido vulgar, tanto a los venenos (aquellas sustancias intencionalmente maliciosas) como a los medicamentos que, pudiendo ser utilizados con fines terapéuticos, terminaren por resultar nocivos para la salud.

En 1905, con la promulgación del Reglamento de Farmacia, se integrarán nuevas medidas regulatorias para las sustancias consideradas nocivas, aunque “sólo prescribía cautelas con respecto al uso interno o externo de los medicamentos que incluían en su preparación alguno de los componentes antes nombrados [hojas de coca, cocaína, cáñamo indiano, opio y derivados]”<sup>16</sup>. Aunque ya se corporiza una visión sobre aquellas sustancias potencialmente peligrosas, recién en 1936 se formalizará la regulación a través del Reglamento de Estupefacientes, “por medio de las fiscalizaciones a farmacias por parte de la Dirección General de Sanidad (DGS) y la exigencia de la receta médica”<sup>17</sup> del expendio, tráfico, importación y fabricación de este tipo de drogas.

Como indica el abogado Fernando Rivera “penalmente, el delito de tráfico ilegal de estupefacientes se configuraba, relacionando las prescripciones contenidas en los Artículos 313 y 314 del Código Penal con el artículo 41 inciso 2º del Reglamento de Estupefacientes de 1936, el que señalaba que: ‘Para los efectos de la aplicación de los artículos 313 y 314 del Código Penal, quedan incluidos dentro de los productos ‘nocivos a la salud’ los estupefacientes que se indican en el artículo 2º del presente Reglamento.’”<sup>18</sup>. Podemos ver así cómo en 1936, aquella preocupación por las “sustancias” expresada tan vagamente por el Código Penal, se cristaliza en la regulación reforzada de un tipo particular de sustancias – los estupefacientes- para combatir un tipo particular de problema social y médico: las toxicomanías.

Dicho Reglamento estipulará:

‘Se designa con el nombre de estupefacientes:

- a) El opio bruto, el opio medicinal y sus preparados galénicos.

---

<sup>14</sup> Creo que el autor quiere decir “inocuas”, ya que el término “inocua” contradiría la noción de nocividad a la que se refiere.

<sup>15</sup> Cristian Merino, op. Cit. P.42

<sup>16</sup> Marcos Fernández, *Del ficticio entusiasmo...op. Cit. P.1*

<sup>17</sup>Ibid

<sup>18</sup> Fernando Rivera, “Delitos contra la Salud Pública. Tema desde el punto de vista jurídico”. En *Revista de Ciencias Penales*, Segunda época, Tomo XIV. P.29-49. En: Cristian Merino, op. Cit. P.42

- b) La morfina, sus sales y éteres, la tebaína y sus sales;
- c) La diacetilmorfina (Heroína), la benzilmorfina y demás éteres; la tebaína y sus sales:
- d) Las hojas de coca y sus preparados galénicos;
- e) La cocaína bruta o cruda; la cocaína y la exgonina y sus sales, como asimismo sus éteres y sus respectivas sales;
- f) El cáñamo indiano, su resina y sus preparados galénicos;
- g) La dihidro-oxicodeína; dihidrocodeína; acetildihidrocodeína; dihidromorfina; sus éteres: la N-oximorfina y sus derivados y, en general, cualquier otro derivado de la morfina que comprenda el nitrógeno pentavalente.”<sup>19</sup>

Quedan, así, precisadas aquellas sustancias particularmente problemáticas en el contexto estudiado. Lejos de dictar una *prohibición*, lo que este Reglamento pretende es establecer un ordenamiento en el que estas drogas puedan seguir sirviendo como lo habían hecho hasta entonces en el ámbito terapéutico, eliminando las formas “incorrectas” de consumo, buscando evitarlo desde la adquisición del producto. Como veremos más adelante, no existe una criminalización directa del toxicómano en tanto se le considera *enfermo*, y por lo tanto, inimputable según las lógicas del Derecho decimonónico, lo que explica que estas leyes estuvieran abocadas a criminalizar a quienes provocaran o estimularan el crecimiento de esta “enfermedad”, bajo la figura legal del delito contra la Salud Pública. Como indicará el Reglamento, “sólo será permitida la producción, importación, exportación, expendio o distribución de aquellos estupefacientes destinados a satisfacer las **necesidades médicas y científicas del país**”, por lo que cualquier droga destinada al consumo recreativo o extra-médico queda transformada en un producto ilegal.

Durante todo el siglo XX, estas disposiciones legales se verán modificadas y reemplazadas para enfrentarse de manera presuntamente “más eficaz” contra el problema de los estupefacientes. La vigencia de este Reglamento, sin embargo, perdurará (con modificaciones leves a través de Decretos con fuerza de Ley) hasta 1969, cuando el

---

<sup>19</sup>Reglamento de Estupefacientes, 1936. En: Cristian Merino, op. Cit. Anexo número 3.

gobierno de Eduardo Frei Montalva promulgue la ley 17.155<sup>20</sup>, que además de integrar un número mucho mayor de sustancias y establecer condenas para quienes no respeten las disposiciones de comercio lícito de estupefacientes de manera bastante parecida a las leyes precedentes, establece penas para quienes proporcionen un lugar físico para el consumo, estableciendo así la primera disposición abocada a combatir a las drogas en esta instancia y no sólo en el momento de su tráfico.

Cuatro años más tarde, será el Presidente Salvador Allende quien celebre la promulgación la nueva Ley 17.934 que, manteniendo la condena al tráfico estipulado en la Ley 17.155, integrará dos nociones fundamentales que marcarán una relación mucho más violenta hacia las drogas y sus consumidores: la figura de la asociación ilícita y la marginación efectiva del consumidor aficionado, fijando penas leves para quienes las utilicen recreativamente sin desarrollar dependencia, y prescribiendo internación psiquiátrica para quienes hubieran desarrollado una toxicomanía. Dicha condición será eliminada recién en 1995, con la ley 19.366, que establecerá el consumo como una *falta*, cuya sanción puede ser una multa o con el cumplimiento de asistencia obligatoria a un programa de rehabilitación. Esto, sin embargo, será revertido con la promulgación de la ley 20.000 con la creación de la figura del microtráfico, como vimos más arriba, que terminará con la criminalización actual de los consumidores, por encontrarse inevitablemente en una situación de tráfico ilícito.

Si bien la pregunta por la marginalidad actual de las drogas debe considerar el emplazamiento de todos estos dispositivos legales, esta investigación se centra en una parte particular de este proceso largo, que tiene que ver con la fijación de un imaginario negativo sobre las drogas y sus consumidores; en otras palabras, a partir de qué lógicas se pensó y se construyó esta marginalidad, en el momento en que algunas drogas de la farmacopea escaparon del ámbito meramente terapéutico y generaron sujetos considerados “anómalos” y potencialmente peligrosos para la sociedad.

El periodo de 1875-1936, a mi parecer, podría ser entendido como de la consolidación del proceso de marginalización, y lo que me propongo dilucidar es cómo durante esta época se fue configurando un imaginario sobre la droga y su consumo,

---

<sup>20</sup> Ley n° 17.155 – Introduce modificaciones a los Códigos Penales de Procedimiento Penal Orgánico de Tribunales y Sanitarios. Historia de la Ley en la Biblioteca del Congreso Nacional.

entendido unívocamente como problema social, desde los distintos discursos que sobre ellas se enunciaron.

### **Algunas consideraciones teórico-metodológicas.**

La presente investigación se enfrenta, sin duda, con un problema que ha sido visto como eminentemente médico y médico-legal. Sin embargo, la cuestión de cómo ciertas sustancias que provocan efectos subjetivos en nuestros cuerpos son asimiladas por ciertos discursos, provocando una cierta lectura de realidad que determina una representación, es sin duda, un problema cultural. Los médicos son solo uno de los agentes que se enfrentan a este problema, y por tanto, las miradas –y sus respectivas lógicas- son múltiples. Así, la creación de un imaginario sobre las drogas y las sustancias está dada, a mi parecer, por los distintos lentes que la dibujan. Me referiré en el presente marco teórico al “discurso médico” entendido no sólo como aquel proveniente de profesionales de la medicina, sino también en un sentido más general, lo que podría denominarse un “archivo del pensamiento médico”, como explicaré más adelante. Cabe hacer tal distinción, pues en el resto del trabajo hablo de tres tipos de discursos entre los cuales distingo el médico como aquel utilizado por los profesionales de la disciplina, mientras que aquí me refiero más bien a la mentalidad médica, que trasciende la propia práctica, y lo entiendo más bien como un paradigma socio-cultural.

Sin embargo, no es la comprensión del mero lente a lo que apunta mi pregunta: sino que a la consolidación de un discurso hegemónico, es decir, atravesado por una relación de poder, que se establece a partir de la conformación de saberes legitimados por ciertos principios.

La historia médica en nuestro país ha sido generalmente explorada desde los logros científicos y, en cierta medida, tecnológicos de la disciplina, así como también desde el protagonismo de algunos de sus exponentes en el desarrollo de su saber y de su servicio a la sociedad. Podemos ver en los estudios sobre la historia de la disciplina médica en Chile un carácter eminentemente positivista, lo que coincide con la “lectura” de realidad que hace la disciplina médica en general. En este sentido, lo que me interesa explorar es al lente médico entendido como expresión cultural, despojándola así del cientificismo y la pretensión de

verdad que dominan no sólo la praxis médica (en su sentido general, entendiendo así todos los discursos que pretendo abarcar; es decir, todos aquellos que se enfocan en este ámbito eminentemente médico desde distintos lugares) sino que a todo el discurso desde el cual se enuncia y se legitima.

Es por eso que me sitúo desde la Historia de las Mentalidades, en tanto lo que busco es dar cuenta de los utillajes mentales a través de los cuales los sujetos dan cuenta de su realidad, en el sentido en que entrañan actitudes, posturas y sensibilidades que determinan sus discursos, y en fin, su lectura de realidad. Estos utillajes mentales son, a decir de Revel (aunque él ocupe el término “herramientas”, que sin duda tiene otra profundidad, pero que a mi parecer es igualmente funcional a lo que propongo) “el conjunto de categorías que, desde la percepción de la realidad, su conceptualización y expresión hasta la acción eventualmente ejercida sobre ella, estructuran la experiencia, tanto en un nivel individual como colectivo.”<sup>21</sup>

Los médicos han hecho de sus construcciones discursivas *axiomas* de carácter incuestionable en nuestra sociedad actual, protegidos por esta coraza inquebrantable que les proporciona su carácter de disciplina empírica y científica, y que desliza toda crítica posible a un campo que se cataloga arbitrariamente de irracionalidad. Lo que busco no es despojarlos del lugar de autoridad que han construido, sino que desentrañar cómo esa posición está atravesada por características culturales que le otorgan un sentido específico, y que –invisiblemente- permiten que tal discurso pueda enunciarse con la fuerza y el poder con que lo hacen.

Como menciona Chartier, “desprenderse de manera tan radical de los automatismos heredados, de las evidencias no cuestionadas, no es cosa fácil, y las antiguas certezas difícilmente se descascarillan.”<sup>22</sup> Y, en el caso de la Medicina, nos encontramos ante un discurso que se siente con la autoridad de establecer y fijar los límites de lo real, de manera total y hegemónica. En este sentido, es interesante parafrasear a Foucault como lo hace el mismo Chartier, “Hay que demistificar la instancia global de lo real como totalidad a ser restituida. No existe ‘lo’ real con el que nos uniríamos si habláramos de todo o de ciertas

---

<sup>21</sup>Alberro, Solange. “La Historia de las Mentalidades: trayectoria y perspectivas”. Colegio de México. Ciudad de México, 2009. P.335

<sup>22</sup>Chartier, Roger. *El mundo como representación*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2005. p.73



cosas más ‘reales’ que otras, y que perderíamos, en beneficio de abstracciones inconsistentes, si nos limitáramos a hacer aparecer otros elementos y otras relaciones (...) Un tipo de racionalidad, una manera de pensar, un programa, una tecnología, un conjunto de esfuerzos racionales y coordinados, objetivos definidos y perseguidos, instrumentos para alcanzarlo, etcétera, todo esto es lo real, aun si esto no pretende ser ‘la realidad’ misma, ni ‘la’ sociedad entera”<sup>23</sup>. Bajar del trono a la esfera médica, y situarlos como expresión cultural, es afirmar la equivalencia de todos los objetos históricos, y de ninguna manera, quitarle la validez que el discurso mismo ha construido.

A partir de esta presunción, se hace fundamental comprender las condiciones de producción de estos discursos, y es ahí cuando nos sumergimos en el campo más profundo de las mentalidades: reconocer los utillajes mentales que permiten su enunciación, lo que podríamos llamar sus límites de posibilidad, entendido por Michel Foucault como su “archivo”. Este mismo autor, en *La arqueología del saber*, nos da cuenta de una cierta unidad que caracteriza la positividad de un discurso, y que trasciende otras individuales, de libros y de textos. No es una unidad que permita establecer criterios de verdad, sino que más bien un nivel de entendimiento, un “mismo campo conceptual”, un “espacio limitado de comunicación”<sup>24</sup>. Dan forma en definitiva a un marco de positividad de su discurso, que para Foucault constituye un *a priori histórico*, constitutivo de una condición de realidad.<sup>25</sup> Un a priori que, como afirma el autor, no escapa a la historicidad: “no constituye, por encima de los acontecimientos, y en un cielo que estuviese inmóvil, una estructura intemporal; se define como el conjunto de las reglas que caracterizan una práctica discursiva”<sup>26</sup>. Habiendo establecido el carácter apriorístico de las prácticas discursivas, debemos reconocer la complejidad de su producción, en tanto que funcionan como “sistemas que instauran los enunciados como acontecimientos (con sus condiciones y dominio de aparición) y cosas (comportando su posibilidad y su campo de utilización)”<sup>27</sup>. Estos sistemas son lo que el autor propone denominar “archivo”, y que definen sin duda el campo de las mentalidades en tanto delimitan las fronteras de lo posible de ser pensado

---

<sup>23</sup> Foucault, Michel. “La opusiere et le nuage”, en *L’Impossible Prison, Recherches sur le Système Pénitentiaire au XIX Siècle, Réunis par Michelle Perroy. Débat avec Michel Foucault*, París, Seuil, 1980.p.34-35. En, Chartier, Roger. *El mundo como ...* op. Cit. p.73

<sup>24</sup> Foucault, Michel. *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores. México, 1970. P.214

<sup>25</sup> Ibid. P.215

<sup>26</sup> Ibid. P.217

<sup>27</sup> Ibid. P.219

para un discurso. Como menciona el autor, “si hay cosas dichas [...], no se debe preguntar su razón inmediata a las cosas que se encuentran dichas o a los hombres que las han dicho, sino al sistema de la discursividad, a las posibilidades y a las imposibilidades enunciativas que éste dispone. El archivo es en primer lugar la ley de lo que puede ser dicho.”<sup>28</sup>

Así, lo que me interesa es desentrañar esas posibilidades de producción de los distintos discursos sobre las drogas, para comprender así la lógica bajo la cual se construyó el imaginario que busco dilucidar para el presente trabajo.

Comprendemos entonces que los **discursos** conforman enunciados que dan cuenta de un **sistema de pensamiento** que los subyace. Como ya he mencionado, estos estarán limitados por el archivo a partir de los cuales éstos se construyan, y comprenderán lógicas coherentes y en gran medida fijas de aquello que buscan enunciar. Dentro de estos mismos discursos emergen distintas luchas, concordias y discordias, que van perfilando el campo de lo imaginable dentro de sus lógicas, pero que también se enmarcan en luchas externas a sí mismos, por la conquista de un poder. Como afirma Foucault, “el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse.”<sup>29</sup>

Ahora, quisiera aproximarme a ciertos saberes de finales del siglo XIX y del XX que perfilan lógicas propias de producción, y que se enmarcan también en una lucha por la conquista de una “verdad” con respecto a las drogas: estos serán, el saber médico, químico-farmacéutico y médico-legal. Habría que introducir en relación con la producción de estos discursos una característica que determina sus lógicas de producción, y que las atraviesa a nivel de contexto: el de **modernidad y modernización**, de los que hablaré un poco más adelante. Dichos discursos comprenderán por un lado un sistema de pensamiento bajo el cual se definen y se entienden a sí mismos, y a partir de esos principios, se enunciarán con respecto al uso de drogas, dando cuenta de sus preocupaciones, sus conceptos y definiciones; y, por otro lado, deben ponerse en un campo de discusión en la que estos discursos se yuxtaponen o chocan. Es en este sentido en que se perfilará la conquista de un poder, expresado en la formación un imaginario hegemónico sobre el consumo y el

---

<sup>28</sup>Ibid.

<sup>29</sup> Foucault, Michel. *El Orden del discurso*. Tusquets editores. Buenos Aires, 1992. P.15

consumidor de drogas que será asumido como “convención” socialmente y culturalmente legitimada.

En cuanto al concepto operativo de **imaginario**, lo comprendo, como hace Celso Sánchez en su texto *El imaginario cultural como instrumento de análisis social*, tanto como continente como contenido de la esfera de la imaginación humana. En un primer sentido, del imaginario como continente, parto de la definición de Gilbert Durand, que lo comprende como “el conjunto de las imágenes y las relaciones de imágenes que constituyen el capital pensante del homo sapiens, se nos aparece como el gran denominador fundamental donde van a ordenarse todos los métodos del pensamiento humano”<sup>30</sup>. Se refiere así a un sustrato fundamental de la experiencia humana, referida a la acción de pensar e imaginar.

Este concepto operativo, para el presente trabajo, está enfocado a ese segundo ámbito, del contenido específico de la imaginación humana, es decir, de una manifestación más concreta o al menos delimitable de esa experiencia de pensar: establecer un imaginario de un “algo”, crear una imagen de él, otorgarle una materialidad que nace de la relación directa de ese “algo” con nuestra subjetividad.

En términos de la Historia de las Mentalidades, como menciona Vovelle, ésta al dedicarse al “estudio de las meditaciones y de la relación dialéctica entre las condiciones objetivas de la vida de los hombres y la manera en que la cuenta y aun en que la viven”, establece una mediación, materializada en el imaginario, en los dos términos establecidos anteriormente. Así, el imaginario que se construya de las drogas da cuenta de una condición objetiva (su consumo, su relación de dependencia, la alteración de la conciencia) con la forma en que ésta se lee (otorgándole connotaciones negativas, condenándolo socialmente, definiendo características subjetivas fijas a quienes las consumen, etc.-).

Ahora bien, se hace necesario también situar a los mencionados discursos dentro de un contexto que los trasciende, y que sin duda podría comprender como una forma discursiva en sí misma: la **modernidad**. Sin duda, este concepto ha suscitado numerosas definiciones, que dan cuenta de distintas dimensiones bajo las cuales las sociedades post-

---

<sup>30</sup>Gilbert Durand, *Las estructuras antropológicas del Imaginario*, Fondo de Cultura Económica. México, 1992, p. 21

medievales han estructurado su forma de organización y de pensamiento. Stefan Vrsalovic da cuenta de un cambio a nivel de la “conciencia” en las sociedades medievales y modernas, que para el autor “es un cambio radical, es un paso del hombre sumiso, del hombre bajo las ordenes de un ser superior, a un hombre que ve el mundo como suyo, que el límite no es más que su propio límite, ya no le es impuesto los límites desde fuera. Se despierta un sentimiento de autoindependencia y auto-crítica; ahora los parlamentos enfrentan a los reyes, los concilios a los papas. Es por ende, un cambio tanto ontológico, qué es el hombre, y un cambio epistemológico, cómo conoce el hombre.”<sup>31</sup> Este autor nos da cuenta de ciertas características fundamentales del cambio de “conciencia” de la época moderna, de las cuales rescato las siguientes: la instauración de una libertad de espíritu, ya no manejada por la Iglesia, sino que por “la razón de uno mismo”, y el acercamiento de la filosofía a las ciencias naturales, que se entiende por el surgimiento de un marcado empirismo, que comienza a dominar el pensamiento moderno occidental. Sin duda, aunque estas características están dadas en el ámbito específico de la filosofía, no creo imprudente relacionar el desarrollo de esta disciplina con la forma en que se comienza a pensar el mundo de manera más global: será una característica de la modernidad el dominio de la razón como motor del pensamiento.

Martin Heidegger afirma, por otra parte, que “el emplazamiento fundamental de la modernidad es el “técnico”. Dicho emplazamiento no es técnico porque haya máquinas a vapor y posteriormente motores de explosión, sino al contrario: si hay cosas tales es porque la época es “técnica”<sup>32</sup>. Esta técnica se refiere a la construcción de herramientas que permitan al hombre un dominio más acabado de la realidad, no sólo a un nivel material, sino que “es esa técnica un modo ya decidido de interpretación del mundo que no sólo determina los medios de transporte, la distribución de alimentos y la industria del ocio, sino toda actitud del hombre en sus posibilidades.”<sup>33</sup> Se trata, sin duda, de una ampliación de las capacidades posibles del hombre sobre el dominio de la naturaleza, y, además de una “actitud de poner a todo bajo planes y cálculos para, a su vez, aplicarlos a amplios períodos

---

<sup>31</sup>Vrsalovic, Stefan. *La culminación y la superación de la modernidad*. Informe Final para optar al Grado de Licenciado en Filosofía, Universidad de Chile. Santiago, 2008. p.6

<sup>32</sup> Heidegger, Martin. *Conceptos fundamentales*. ED. Alianza. Madrid, 1989. p.45

<sup>33</sup>Ibid.

de tiempo, con el fin de poner a buen recaudo de una manera consciente y voluntaria a lo susceptible de duración, mediante una duración tan grande como sea posible.”<sup>34</sup>

Quisiera utilizar aquellas definiciones para adentrarme en la modernidad desde la arista principal que nos convoca, lo que podríamos llamar la “modernidad médica”. En este sentido, el término ‘modernidad’ se hace funcional como articulador de ciertos tipos de discursos que no solo se *hacen posibles*, sino que se transforman convencionalmente en verdades absolutas. La ciencia cobrará una importancia fundamental para el desarrollo de la modernidad, en tanto se establece como eje de progreso técnico como también en tanto es evidentemente una manifestación del afán del hombre moderno por conocer, medir y definir las cosas, desde la razón empírica.

A mi parecer, la modernidad otorga un espacio fundamental, dentro de las lógicas ya establecidas, a la práctica y el pensamiento médico, en un sentido de un **proyecto modernizador**, ligado específicamente al progreso técnico por un lado, y por otro, al mejoramiento de las condiciones de vida desprendidas de la coyuntura específica de la modernidad industrial y capitalista. Así, es necesario considerar como parte de la modernización, el surgimiento y consolidación de la idea de la salud pública. Así, el desarrollo médico no estará dado solamente por el progreso en sus propios principios y técnicas, sino que en la extensión que esta pudiera alcanzar a nivel social, proyecto asido por el Estado moderno chileno.

El concepto de **modernización** es fundamental para comprender el fenómeno estudiado, en tanto conforma también una característica fundamental desde la cual los discursos estudiados se enuncian: el hecho de que existe una responsabilidad social por parte de estas elites de velar por el desarrollo “correcto” de la salud y la salubridad pública. Sin duda, no podemos ver este esfuerzo como una intención del todo inocente: la higiene social –gran bandera de esta modernización médica- no conformará solamente un intento por mejorar las condiciones de vida, sino que también trazará límites, ordenará espacios y se perfilará como un factor importante de exclusión y marginalización.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup>Ibid.

<sup>35</sup> Y así, por ejemplo, los intentos de Vicuña Mackenna por limpiar la ciudad, expresados en *La transformación de Santiago*, escapan del inocente esfuerzo de sanear las calles y los espacios, sino que en

Sin embargo, desde el discurso médico, la higiene se perfilará como solo uno de las formas de exclusión, siendo la psiquiatría una forma mucho más directa de definición de un “otro” social. El nacimiento de la psiquiatría en Chile, además, es sumamente atingente a mi problema de estudio, puesto que para la época propuesta, se encuentra en su periodo de auge, con la creación de una escuela en la Universidad de Chile, y la germinación de distintos manicomios y centros correccionales. Según Camila Leyton, “la locura durante el siglo XIX se transforma en objeto de estudio positivista; ella es investigada y se trata de corregir: aparece el mundo correccional.”<sup>36</sup> Este carácter positivo de la comprensión de la locura, implica que el loco deja de ser parte de una masa indiferenciada, sino que se propone un análisis médico metódico de lo que conforma la enfermedad mental. Además, fuera del criterio de “enfermedad”, cabe destacar que “durante esta época al loco se le comienza a ver como a un ser humano socialmente incapacitado y por tanto inhabilitado, como a un extranjero en su propia patria que sería la sociedad. Así, nace una psiquiatría que ve al loco como a un ser humano, no animalizado, sino a un ser incapacitado socialmente. Es un ser alienado, incapaz y parte de lo Otro. [...] La Otredad se hace patente, ya que al loco, al ser objeto de estudio, se le manifiesta su carácter distinto y disfuncional dentro de un sistema; distinto y disfuncional por su carácter de enfermo. Y al verlo como enfermo, es por consiguiente, visto como defectuoso, anormal y como alguien carente.” En fin, planteo aquello para definir el concepto de modernización, en los términos que nos convocan, como un proceso ambivalente: por un lado, integrador, que busca la extensión de la salud como un derecho público, y por otro, de exclusión, ya que define y delimita los límites de lo correcto y lo incorrecto, lo que debe ser “corregido”.

Es entonces que debo explorar el concepto operativo de **marginalización**, puesto que se cuelga de cierta manera a un proceso que se explica a partir de lo anteriormente dicho. Quisiera distinguir lo que yo comprendo como una diferencia entre “marginación” y “marginalización”. El primer término, da cuenta de una acción de excluir, mientras que a mi parecer, el término marginalización refiere a la creación de un “algo” o “alguien” marginal.

---

establecer una división física notoria entre la “ciudad propia” y la “ciudad bárbara”, estableciendo así una línea de marginalización evidente para gran parte de la población.

<sup>36</sup>Leyton, Camila. *La locura o una experiencia moral y autónoma a la deriva*. Trabajo final de Seminario de Grado "Foucault: A partir de una ontología crítica de nosotros mismos", para optar al grado académico de Licenciatura en Filosofía. Santiago, 2003.

En ese sentido, se trataría de la formación de criterios bajo los cuales se puede ejercer una marginación. Por tanto, el término “marginalización” es funcional a mi problema de trabajo porque da cuenta de un *proceso* en que las drogas y sus consumidores reciben características subjetivas que las relacionan directamente al margen social, y a lo que debe ser “corregido” o “extirpado”.

A mi parecer, el proceso de marginalización del consumo de drogas estuvo fuertemente marcado por el emplazamiento de dispositivos fácticos para combatir lo que se había convertido en un problema social. Esto implicó la construcción de un discurso normativo a través de un dispositivo en específico que es la Ley. Es importante hacer la salvedad, puesto que la marginalización, siendo un proceso de construcción mucho más complejo que la mera estipulación de un reglamento que condene una conducta, estuvo marcado por una política. Se inserta, por tanto, en una lógica que escapa el mero castigo social que pudo haberse dado por la construcción de un imaginario negativo, sino que además, por la acción de un ente estatal que determina de manera hegemónica y homogeneizante lo que es incorrecto, y desde entonces, estará capacitado bajo la legitimidad que le otorga la Ley a intervenir en el proceso de marginalización de manera directa y definitiva.

Finalmente, basta establecer lo que entenderé por **consumo y adicción**. Entenderé consumo como el simple uso de sustancias psicoactivas, de manera tanto recreativa, como medicinal y experimental. Así, intentaré dar cuenta de todas las formas de consumo, tanto “correctas” como “incorrectas” para los discursos de la época, en lo que podría definirse como su uso o abuso. En tanto, la adicción, la comprenderé como una relación de dependencia ya sea física o psicológica de las drogas, aunque con la conciencia de que el término es contemporáneo. Lo que yo comprendo por “adicción”, que sería lo que hoy se considera más problemático sobre el consumo de drogas, se entenderá desde otra nomenclatura para los saberes de la época: la toxicomanía. La adicción, así, es un concepto que da cuenta del desplazamiento de la comprensión del problema de las drogas que hubo en el siglo XX, desde una “manía”, que corresponde a un trastorno mental y conductual, a un nivel de dependencia que se entiende más por sus carácter problemático a nivel social o de sociabilidad, que como enfermedad.

Para responder a la pregunta de la construcción de los imaginarios sobre las drogas y los toxicómanos, y trazar a partir de ello, las bases bajo las cuales se construyó un proyecto de marginalización, he dividido este trabajo en dos capítulos: el primero, dará cuenta de la relación que se estableció entre los distintos discursos con las drogas como *objetos*. Para ello, se intentará dar cuenta de un cierto “orden” en el que se coloca a las drogas, en el sentido de que se le otorgan usos y lugares correctos e incorrectos según ciertos aspectos como su toxicidad, su capacidad terapéutica, su potencial adictivo, etc.- Para ello, se utilizarán primordialmente dos tipos de materiales. Primero, para “catastrar” las drogas que circulan en el ámbito público para la época propuesta y trazar el discurso de la esfera farmacéutica sobre las drogas, se utilizará material publicitario, cuya selección hice intentando abarcar más tiempo que cantidad, puesto que sería una tarea titánica intentar dar cuenta de toda la farmacopea presente, en un plazo de 60 años, y en un periodo en que ésta sufre reiteradas modificaciones. Es por ello que los documentos revisados pertenecen específicamente a los años 1870, 1880, 1890, 1900 y 1901, 1910 y 1920, de *El Mercurio de Valparaíso* y *El Mercurio de Santiago*, así como de otras revistas de menor tiraje tales como *La Farmacia nacional*, *Bric a Brac*, *El Boticario*, y *La Farmacia Chilena*, entre otras. Se utilizó también material que nos diera cuenta de la visión del estamento médico sobre las drogas, para lo cual se revisó tesis de la Universidad de Chile de médicos y dentistas que trataran directa o tangencialmente sobre ellas. Esto fue complementado con material correspondiente al discurso médico-legal, que se servirá totalmente de la perspectiva médica para comprender a estos objetos, asumiendo ese tipo de conocimiento como el verdadero en estas temáticas, por lo que nos aporta ciertas imágenes de un conocimiento convenido y asentado sobre las drogas.

En el segundo capítulo, analizaré la construcción imaginaria que nace de la relación problemática con algunas de estas drogas: la figura del toxicómano, relacionado principalmente con la morfina, la cocaína, el éter, el cloroformo y, en menor medida, el hachís. Para esta sección, los materiales utilizados serán primordialmente tesis de medicina, química-farmacéutica y de Derecho que se refieran a estos sujetos, y que nos permitirán reconocer cómo desde distintas esferas del conocimiento – y por tanto desde distintas lógicas epistemológicas, teóricas y prácticas- se establece una imagen de un sujeto enfermo, inmoral, sin voluntad y potencialmente peligroso para sí mismo y quienes lo rodean.



## CAPÍTULO 1 - Las drogas del cambio de siglo.

“Asidos a los pechos de nuestra madre común, que nos ha criado y nos devorará, le pedimos remedios y venenos; y ella (la tierra) todos nos lo prodiga... No hay un objeto terrestre, por innoble que sea, que no posea su cualidad secreta; no hay un objeto por benéfico y precioso que parezca, que no se descomponga, y rebelándose contra su origen, no pueda llegar a ser funesto. Fuera de una justa aplicación, la virtud se convierte en vicio; y hay acciones que pueden ennoblecer al vicio mismo. En este ligero cáliz, en esta frágil flor, se ocultan a la vez la vida y la muerte, el veneno y el deleite. Su suave perfume embelesa los sentidos y los excita; y si se gusta su peligroso jugo, el corazón se hiela, y el hombre muere...”  
Shakespeare, *Romeo y Julieta*.

En este capítulo se abordará la forma en que se conocen y se conciben las distintas drogas a fines del siglo XIX –en un sentido amplio, que considerará en general a las sustancias que alteran los ciclos vitales, pero luego más particularmente, a los “alcaloides” o drogas heroicas, es decir, aquellas que tienen efectos sobre el ánimo, la conciencia o el dolor - para entender cómo se construye un imaginario y una relación con estas sustancias en dicha época, configurando un orden o sistema que fijará los usos, lugares y juicios (positivos o negativos) en que las distintas drogas encontrarán su sentido.

Nos encontramos frente al escenario de la sociedad moderna del siglo XIX, frente a esa duda. La ciencia decimonónica, bajo el estandarte de la búsqueda de la verdad, racional y concreta, se encuentra en medio de una revolución en su forma de mirar las sustancias: su misterio químico ha sido desentrañado, y con ello, la combinatoria matemática que guía su naturaleza se hace aparente. Las drogas dejarán de ser plantas, para pasar a ser principios activos, posibles de extraer, dosificar, alterar. Como indica Antonio Escohotado, “las drogas dejaron de ser vegetales más o menos mágicos, ligados a ritos y sacramentos. Sus principios –casi siempre compuestos alcalinos o alcaloides, formados básicamente por carbono, hidrógeno y nitrógeno- se comprendieron como elementos nucleares de la sustancia orgánica –no menos ‘maravillosos’ desde luego, pero libres de énfasis mítico.”<sup>37</sup> Al conocer la composición química y molecular de las drogas, y al reconocer en ella la esencia de lo que las hace especiales, se abrió un horizonte inimaginable de posibilidades para la ciencia moderna. Hacer de aquellos efectos difusos que las drogas en su estado

---

<sup>37</sup> Antonio Escohotado, *Historia elemental de las drogas*. Anagrama. España, AÑO. P.89

natural nos proveían, materia de sistematización y control, para limar aquellos efectos indeseados y incrementar aquellos que parecieran más funcionales. Manejar también su administración, las dosis. La Farmacia, hasta entonces el primo pobre de la Química, cuyo saber se encontraba anclado en el conocimiento botánico, verá en esta nueva capacidad de manejar las sustancias la posibilidad de mejorar los medicamentos hasta entonces disponibles, y presentar soluciones cada vez más certeras al problema de la enfermedad y el dolor. Se trata del nacimiento de la químico-farmacéutica. Se retroalimentará con el pujante estamento médico, que busca desentrañar los mismos problemas, pero en los cuerpos. El optimismo se apodera entonces de los hombres de ciencia, que no tienen sino que seguir el camino trazado por el progreso hasta el fin de la miseria humana, el fin de la sus sufrimientos.

En términos positivos, durante el siglo XIX se descubrió y aisló a la morfina (1806), la codeína (1832), la cafeína (1841), la cocaína (1860), la heroína (1883) y la mescalina (1896), y con ellas, nacieron un sinnúmero de remedios que prometían, con más confianza que nunca antes, reparar las operaciones malsanas del cuerpo y aliviar los dolores tanto físicos como morales. Surgen, también, anestésicos con alto poder psicoactivo, como el éter, el cloroformo y el óxido nitroso. Pero el inmenso número de nuevas sustancias se transforma en dato nimio cuando contemplamos los efectos que esta revolución tuvo en la relación del hombre con las drogas. Por un lado, “ya no era preciso transportar masas vegetales corruptibles de un sitio a otro, porque en un maletín cabían hectáreas de cultivos. Tampoco habría las incertidumbres derivadas de concentraciones desiguales en distintas plantas, pues la pureza permitía dosificar con exactitud, multiplicando los márgenes de seguridad para el usuario”<sup>38</sup>. Pero además, y lo que es más importante en términos de este trabajo, el nacimiento de nuevas prácticas de consumo, consideradas abusivas y “degenerativas”, tanto en el ámbito social como del cuerpo del individuo.

La revolución farmacéutica del siglo XIX significó un optimismo general sobre los logros médicos y la capacidad de las drogas. No es inocente que en 1901, tras un siglo de desarrollo explosivo de la medicina y la farmacia, un artículo de prensa anunciara la recompensa ofrecida por un periódico estadounidense por encontrar “El remedio contra la muerte”. Dicho artículo de prensa, “discurre acerca de las causas que ‘paralizan la maquinaria vital’ y admitiendo como evidente ‘que la lenta e insidiosa degeneración altera

---

<sup>38</sup> Ibid.

el funcionamiento de los órganos más importantes a medida que los años avanzan’, opina que al llegar al hombre a cierto periodo, que se estima sobre poco más o menos, entre los cincuenta y los sesenta años de edad, el sistema jeneral empieza a ser menos exigente en la nutrición, y eso indica que comienza la declinación física.”<sup>39</sup> Se premiaría con 2 millones de dólares, a quien lograrse revertir el proceso “la rigidez de los depósitos carnosos en los músculos y las arterias”, “la dejeneración del cerebro” y la declinación física general que viene con la menor exigencia del sistema. Aunque el proyecto pueda parecer sumamente ilusorio, es decidir que exista, no tanto la esperanza, como la posibilidad de imaginar los límites a los que puede llegar el conocimiento humano.

Igualmente importante es la apreciación acerca de la “maquinaria vital”, cuestión bastante extendida en los juicios médicos y públicos sobre el cuerpo para la época. A decir de David Le Breton, la reducción cuerpo-máquina es un fenómeno que se da desde la filosofía cartesiana, y que encuentra sus raíces en la filosofía mecanicista, en el momento en que se despoja al cuerpo de características simbólicas para fijarlas en un plano fisiológico y anatómico que pretende ser neutral, objetivo, rígido, y por tanto, predecible y “reparable”. “El organismo no sólo está separado del hombre sino que, además, se ve privado de su originalidad, de la riqueza de sus respuestas posibles. El cuerpo no es más que una constelación de herramientas en interacción, una estructura de engranajes bien aceitados y sin sorpresas.”<sup>40</sup> Agregará el autor que la concepción del cuerpo-máquina implica una racionalización de los procesos vitales y las actitudes del cuerpo, en una “analítica social” de su funcionamiento, lo que llevará a concebir el cuerpo, como indica Michel Foucault, en torno a una anatomía política, que buscará a través del emplazamiento de ciertos saberes, el control y mejoramiento funcional de los cuerpos en la sociedad moderna<sup>41</sup>. Es interesante cómo el autor plantea que este desplazamiento hacia un mecanicismo pone un foco particular en el cuerpo como fuente de “sospechas”, razón por la cual se busca “corregirlo, modificarlo, si no someterlo totalmente al mecanismo”<sup>42</sup>. Tanto Le Breton como Foucault cuestionarán los dispositivos políticos a partir de los cuáles se busca esa sujeción, tales como la medicina, la disciplina y la higiene, las que generarán un

---

<sup>39</sup> “El Remedio contra la muerte”. *El Mercurio, Santiago*. 4 de enero de 1901.

<sup>40</sup> Le Breton, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2002. P.78

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> *Op. Cit.* P.80

sistema que pretenderá abarcar a todo el cuerpo social, de modo de hacerlo funcional a la sociedad. En este sentido, la relación del cuerpo con los remedios toma una importancia, a mi juicio, fundamental, puesto que se plantea como una forma de corrección fácil e inmediata de la mecánica ruinosa de los cuerpos, sumergidos en la enfermedad. La lucha contra la enfermedad toma colores únicos en esta modernidad avasalladora, puesto que no se trata meramente de una batalla humana contra los dolores del mundo, sino que, muy por el contrario, de una forma de hacer de estos cuerpos serviles herramientas funcionales a la producción y a las formas “correctas” de la vida en sociedad. Sin duda, la revolución farmacológica y médica del siglo XIX, tuvo una dimensión biopolítica que no podemos dejar de considerar.

Y sin embargo, el esquema perfecto que vincula a las nuevas drogas con la solución de la enfermedad y el dolor, se encuentra con un obstáculo terrible. Así como se mejoraron las drogas, se liberaron también terribles demonios para la ciencia y la sociedad decimonónica. Junto con la eliminación total del dolor lograda con la morfina, nació el viaje morfínico, el placer más que la sanación. Junto con la anestesia y la estimulación de la cocaína –la forma pura y mejorada de la droga hasta entonces encarnada por las hojas de coca- la capacidad del hombre de recibir cantidades enormes de energía “artificial”. Y luego la adicción, y con ella, los síndromes de abstinencia y sus peligros. De pronto, lo que había parecido como un conocimiento infinitamente superior, traía consigo nuevas interrogantes y nuevos misterios. ¿Cómo saber qué drogas, habiendo (tantas nuevas, desconocidas, y tan poderosas) producían verdaderos efectos positivos en los cuerpos? En lo que podría parecer una visión idílica sobre los remedios, aparecen elementos que se apartan de la combinatoria, que producen resultados anárquicos e inmanejables, y que tendrán que ser, por tanto, aislados y dentro de lo posible, rehabilitados en el orden correcto, el orden de la sanación.

### **1. Drogas, remedios, medicinas.**

Debemos considerar una primera cuestión, relativa a la definición y los usos del concepto “droga” para la época; cuestión fundamental si es que pensamos en el imaginario que este concepto suscita en la actualidad, relacionado con un fenómeno social ya instalado en la opinión pública como problemático. La mutación semántica que este concepto tuvo

durante el siglo XIX y el XX tiene correlación, sin duda, con el nacimiento y desarrollo de esta problemática.

El Diccionario de la Real Academia de 1852 define droga como “Cualquier género de especería; como clavo, canela; y también se llaman así algunas cosas medicinales; como maná, jalapa; y aun fuera de éstas otras muchas; como incienso, añil.”<sup>43</sup> Añade otra acepción que, sin referirse particularmente a las sustancias, nos da una visión más negativa del concepto: “Ficción, embuste.” Podemos ver en este mismo sentido, que las palabras “droguista” (referida a quienes se relacionan con el comercio de drogas) y “droguero” (“Embustero, tramposo.”), son puestas en relación, presentándolos incluso como sinónimos. Habría que hacer, sin embargo, un alcance contextual, puesto que no se trata, a mi parecer, de una relación directa del “embuste” y las sustancias, como podría leerse contemporáneamente, puesto que para entonces las grandes drogas que se alzaron como el nuevo “veneno social” todavía no hacen aparición explícita en las preocupaciones de la opinión pública. A mediados de 1850, la morfina –aunque ya descubierta hacía casi medio siglo- aún no era utilizada terapéuticamente, y la cocaína estaba recién siendo aislada como principio activo. Las drogas, como podemos ver en la primera acepción, se refieren más bien a un número indefinido de sustancias, cuyos usos son igualmente ambiguos.

El Diccionario de la RAE de 1869 ofrece una definición más precisa del tipo de sustancias a la que la palabra hace referencia. En una primera acepción, define: “Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales ó animales, aromatizadas algunas de ellas, que se emplean en la medicina, en la industria y en las artes.” En una segunda acepción, indica: “Ficción, embuste. || Es droga, es una droga ó es mucha droga. Fr., fam. Con que se da á entender que alguna cosa nos desagrada o molesta.”

En términos del material analizado, podemos ver igualmente modificaciones en los usos de la palabra. En el material de fines del siglo XIX, el vocablo es rara vez utilizado de forma negativa, además de ser poco recurrente. En general, se relacionará el concepto de drogas con el de medicamentos, y la carga positiva o negativa que pueda darse al compuesto está más bien dada por los adjetivos que muchas veces la acompañan. Un buen ejemplo de ello es el texto de León Tournier, “Las drogas antiguas en la medicina popular de Chile”, en que se hace una recopilación de la farmacopea que hasta 1910 había sido utilizada –correcta o incorrectamente por el pueblo, según los criterios del autor-

---

<sup>43</sup>Tesoro lexicográfico de la RAE. Diccionario de 1850.

considerando entre las “drogas” una serie de compuestos y sustancias, tanto preparadas como naturales. Asimismo, la palabra utilizada en un contexto farmacéutico, designa neutralmente a las distintas sustancias medicamentosas o utilizadas en la industria química para distintos fines, como podemos ver en el tratado de Federico Puga Borne, “La farmacopea chilena”, donde la palabra droga no encarna más que la presencia de una sustancia consumible terapéuticamente. En este mismo sentido, no es vano también señalar que los mismos establecimientos donde se expenden estas sustancias, adoptarán el concepto en su nombre: droguerías, como sinónimos al de boticas.

No quiero decir con lo anterior que hasta 1910 no hubiera una preocupación por la cuestión de las drogas, o más precisamente, de las toxicomanías, pero no será este término el que encarnará la problemática. Se usará, en este contexto, palabras como “veneno” o “tóxico”, y para designar a un grupo en particular –lo más problemáticos- “estupefacientes”.

Podemos ver cierto quiebre tras el decenio de 1910, cuando la cuestión de las drogas toma fuerza como problema social y médico-legal, y es entonces que las dos acepciones antes más distantes, toman un sentido único: la droga será el medicamento que encarna el “embuste”, y no tanto la generalidad de las sustancias que se encuentran en la farmacopea.

A mi juicio, este desplazamiento semántico puede indicarnos varios puntos dignos de considerar. El hecho de que la palabra droga contemplara una acepción relativa al embuste en paralelo con un uso más “neutro”, como es el de designar sustancias, plantea un desafío particular, sobre todo considerando que etimológicamente el vocablo droga, del árabe andalusí *hatrika*, significara literalmente “charlatanería”. Un estudio más acabado podría darnos cuenta de cómo esta palabra pasó a designar a un conjunto particular de sustancias, aunque podríamos inclinarnos a pensar que proviene de los usos de medicamentos populares de variable efectividad, relacionadas con brujerías o curandería, degradados muchas veces a formas de charlatanería. Conjeturas y teorías aparte, las fuentes trabajadas nos dan cuenta de una apropiación ya establecida en el lenguaje farmacéutico del siglo XIX, que coloca paralelamente los términos “droga”, “medicamento” y “remedio”.

Esto nos lleva a otra interrogante, relativa a cómo fue transformado el uso de la palabra para designar, nuevamente, un término cargado valóricamente de forma negativa. ¿Un rescate semántico, funcional para explicar un fenómeno nuevo? ¿Una carga que realmente nunca desapareció? Aunque responder a estas interrogantes escapa a los

objetivos de mi investigación, sí me parece interesante conjeturar que la palabra *droga* pudo haber sido especialmente funcional en este contexto, justamente porque a diferencia de “medicamentos” o “remedios” (cuyo carácter, a mi parecer, puede considerarse como positivo, en el sentido de que se relaciona con la cura), aquélla daba cuenta más “objetivamente” de la esencia de la sustancia, en un sentido farmacológico; es decir, el hecho de que toda sustancia es tanto remedio como veneno, según los usos y las dosis. Esto podría explicar, de cierta forma, el posterior desplazamiento para designar definitivamente una sustancia perjudicial, en la medida en que el carácter venenoso es el que se acentúa.

Una salida práctica a este problema es revisar, en definitiva, cuáles son las consideradas drogas en la época estudiada, pero no en un sentido estático, sino que más bien, analizando el proceso de cómo la palabra pasó a denominar a un subconjunto particular del universo de sustancias, encarnadas principalmente por la morfina, la cocaína, el opio, el éter y, en menor medida en nuestro país, el hachisch. Es por ello que creo importante incluir, en un primer término, a todos los medicamentos expendidos en un sentido amplio (el universo *drogas* para la época) y no específicamente a las que resultaron marginalizadas al culminar el proceso que estudiamos (si es que puede decirse que el proceso “culminó”, esto es de por sí discutible). Partir de lo que en nuestra visión contemporánea constituye una droga o no, nos deja totalmente ciegos ante cómo funciona nuestro propio “sistema” de las sustancias, y más aún, ensombrecería el análisis sobre las imágenes y relaciones que las drogas implican para la época que esta investigación busca abarcar. Como se ha expuesto brevemente, la noción de droga y medicamento para entonces engloba a una serie de sustancias que son colocadas en un lugar común, por lo que hacer divisiones rígidas basadas en nuestros propios juicios sobre las drogas resultaría anacrónico, y entorpecería nuestra visión de un “sistema”. Debemos recordar que se trata de una época en que el saber farmacéutico no ha sistematizado un conocimiento muy acabado de la multitud de drogas ahora existentes, por lo que se trata de un momento en que las categorías que distingue a una droga de otra, que hoy vemos como categorías naturales, se encuentran en incipiente construcción.

## **2. Catastrar las drogas**

Quisiera partir de una pregunta que, aunque básica, es fundamental. ¿Dónde podemos encontrar las drogas? ¿En un inventario de botica, en el suicidio de una joven con

altas dosis de un fármaco, en la noche de parranda de un literato oscuro, o en su muerte? Y en los medios, en los tratados de medicina, en las fichas médicas. Todos ellos nos darán perspectivas distintas respecto de este objeto –tan enigmático a ratos- que es la droga. No puedo negar que mis propias respuestas estuvieron condicionadas por dónde podríamos encontrarlas hoy, y en este sentido, tal vez muchas otras posibles fuentes podrían darme cuenta de dimensiones imprevistas sobre las drogas para la época. Sin embargo, mi búsqueda a partir de los criterios que expondré, resultó satisfactoria, en tanto me permitió ver de forma general aquellas sustancias de circulación habitual en nuestro país.

Lejos de enumerar positivamente los compuestos que pueden encontrarse en la farmacopea chilena, en un afán meramente descriptivo, intentaré dar cuenta de los distintos “lugares” desde donde las drogas se hacen presentes, y qué consideraciones particulares tienen los distintos discursos que se expresan en dichos lugares. Para el presente “catastro”, consideraré la información recogida tanto en los manuales o recopilaciones de farmacia y farmacología, en la publicidad de la época, y en forma diferenciada, en las tesis de medicina, odontología y medicina-legal, puesto que en estos últimos casos encontraremos las drogas que suscitaron mayor preocupación a nivel social, y que ya he mencionado: la morfina, el opio, la cocaína y en menor medida, el éter y el hachisch (marihuana).

Tras analizar la publicidad de medicamentos de forma global, pude identificar ciertas estructuras básicas del discurso farmacéutico al momento de presentar las drogas, que nos dan cuenta de las principales preocupaciones con respecto a los medicamentos en venta. En primer lugar, la publicidad da cuenta de un público al cual está dirigido de manera de llamar su atención, esto de maneras diversas: interpelando al lector con preguntas o enunciados sugerentes, tales como “¿POR QUÉ SEGUIR SUFRIENDO DE DOLOR de cabeza, neuralgias, jaquecas, cuando con pocas ‘Cápsulas de Nervalina del doctor Clermont’ se curan pronto y completamente...”; o bien enunciando el nombre de las afecciones que cura, generalmente potenciado por **negritas** o mayúsculas, por ejemplo:

#### “ANEMIA – CLOROSIS (PALIDEZ O OPILACION)

Todos los médicos prescriben las verdades píldoras del Dr. Blaud como el mejor y mas económico ferruginoso.[...]<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> *El Mercurio*, 3 de enero de 1920.



Una segunda categoría de información que presenta el mensaje publicitario está dedicada a describir la variedad de efectos curativos del remedio, lo que por una parte nos da cuenta de la multitud de enfermedades y dolencias que afectan al público de la época, además de permitirnos reconocer los focos corporales donde las drogas se hacen más necesarias. Por ejemplo:

“Chlorodyna del Dr. J. CollisBrowne. De un valor inestimable contra RESFRIADO, ASMA, BRONQUITIS. Seguro remedio contra las FIEBRES.”<sup>45</sup>

“De 2 a 4 **Perlas de Èter de Clertan** bastan en efecto para disipar instantáneamente las palpitaciones y los ahogos, aún los más alarmantes, y para hacer recobrar el conocimiento en los casos de desvanecimientos o de síncope. Calman rápidamente los ataques de nervios, los calambres del estómago y los cólicos del hígado.[...]”

Por otro lado, en gran parte de los anuncios publicitarios analizados se explicitan las ventajas comparativas que tiene el producto, pudiendo ser éstas la certificación de un médico famoso, la acreditación por parte de un hospital o una farmacéutica, como también ciertas ventajas del producto mismo, a decir, que no es tan tóxico como otros, que tiene un buen sabor, que es fácil de digerir, que no causa desarreglos en la cabeza o incluso, que no ennegrece los dientes.

Una última categoría de información, que no es tan recurrente como las anteriormente nombradas, se refiere al medio de ingesta del medicamento o a la dosis que debe seguir para el tratamiento.

## **2.1 La farmacopea chilena desde la publicidad, 1870-1930.**

En un primer análisis del material publicitario, extraído primordialmente de *El Mercurio de Valparaíso*, *El Mercurio de Santiago*, y otras publicaciones periódicas de menor tiraje, podemos ver ciertas características comunes en la forma en que se presentan los remedios y drogas en venta. Esto, sin duda, significa un primer filtro importante, puesto que no todas las drogas contarán con el privilegio de ser anunciadas tan públicamente y

---

<sup>45</sup> *El Mercurio*, 5 de enero de 1920.

expandidas con tanta libertad como aquellas que aparecerán en los medios de prensa. Se trata de objetos que encarnan una modificación del cuerpo que se considera correcta, libre de peligro, posible de hacer extensiva y pública. Incluso si nos encontramos en una época en que el conocimiento que se tiene de las drogas es bastante débil, o por lo menos suscita aún numerosas discusiones acerca de la naturaleza de estos objetos, es interesante constatar que aquellas drogas que destacaron por su inmenso poder psicoactivo y terapéutico, como es el caso de la morfina, la cocaína y el cloroformo, no están presentes en el material publicitario, sino más bien en los espacios dominados por el estamento médico y farmacéutico.

Sobre estas fuentes podemos trazar ciertas características generales; en primer lugar, la relativa simpleza del anuncio publicitario: las ilustraciones son bastante escasas, y cuando existen, se trata bien de la presentación gráfica del remedio o de algún doctor o farmacéutico recomendándola, alegremente. En un grado menor, veremos algunas acompañadas por imágenes de hombres y mujeres en distintas posiciones de dolor o satisfacción, cuestión que se complementará con una pequeña descripción acorde al caso, que de cierta manera vuelve nuestra atención al texto. Por ejemplo, en el caso del anuncio del tónico Cordial de Cerebrina del Dr. Ulrici, en que aparecen dibujados un hombre y una mujer de apariencia evidentemente aristocrática, la expresión de ambos parece neutral, se encuentran vestidos muy elegantemente, y no establecen un énfasis particular en alguna situación de malestar. Sin acompañamiento de texto, la imagen podría parecer una ilustración de moda, o alguna descripción de la sociedad de la época, pero da pocas luces de tratarse de un anuncio relativo a la salud o a la enfermedad. El texto, sin embargo, explica: “La Sociedad. Los placeres no pueden disfrutarse sin salud; la mayor parte de las veces á ésta no se atiende á tiempo. Teniendo á mano un tónico para los nervios que mejore las condiciones generales del cuerpo como es el CORDIAL DE CEREBRINA del Dr. Ulrici, que tiene la ventaja, que al nutrirle, quita el cansancio, aumenta la actividad y energías, induce al sueño, vivifica, alegra, mejora el apetito y la digestión; contrarresta los excesos tan frecuentes cuando se desea cumplir con las exigencias impuestas por la vida moderna.”<sup>46</sup> Lo que puede contemplarse en general es, por tanto, una dependencia más ligada al texto que a otro tipo de elementos. Se trata, en general, de cajas de texto sencillas, en que el nombre del producto aparece en mayúsculas y con destacado, con un agregado en

---

<sup>46</sup> *El Mercurio*, Santiago. 5 de enero de 1920. P.12

descripción que varía según el remedio, y que es donde radica la riqueza de este tipo de documentos. Estará presente, además, el laboratorio que ha creado el fármaco y la indicación de dónde el consumidor puede conseguirlo.

Con respecto a las denominaciones bajo las que se encuentran los fármacos, y esto parece bastante transversal a la época analizada, las veremos principalmente de dos formas: nombres de fantasía (relacionados generalmente con la enfermedad que buscan tratar, tal como los análogos de nuestra época Migranol, Kitadol, y tantos otros) o nombres derivados de las sustancias que los componen, pero en ambos casos, la referencia a una marca o a una autoridad será decisiva. Así tendremos, por ejemplo, el “Stomalix”, para afecciones estomacales, “Ferranon”, tónico ferruginoso para fortalecer la sangre, y otros como la Nervalina y Jaquequina, píldoras para los desarreglos nerviosos y neuralgias. Sin embargo, se trata en estos casos de compuestos registrados, listos para su consumo inmediato, y que generalmente son importados de grandes industrias farmacéuticas, en su mayoría francesas o norteamericanas. Además de este tipo de remedio, podremos ver también en la publicidad de las boticas la oferta de compuestos puros, publicitadas para la utilización doméstica o bien, para la preparación más compleja hecha por el profesional farmacéutico. Así, por ejemplo, se publicitará el éter en estado puro, que según un artículo de prensa de *El Mercurio* de 1920 es uno de los “artículos que no pueden faltar en la botica del hogar”, así como también en preparaciones industriales, como es el caso de las Perlas de Éter de Clertan.

Hacia 1870 podemos ver en la publicidad como medicinas a chocolates, inyecciones, vinos, jarabes, licores, perlas, cigarrillos, polvos y píldoras, que prometen con absoluta convicción la curación de enfermedades. Por ejemplo, el Chocolate Ferruginoso-Colmet, asegura “curar los colores de opilada, las enfermedades del estómago nerviosas, el flujo blanco, las palpitations, la raquitis”, además de funcionar “contra las congestiones sanguíneas de la cabeza, los vértigos, los zumbidos, la palpitation, la parálisis, los reumatismos, y como depurativo después de muchas enfermedades.”<sup>47</sup> El Jarabe Labiyonle dice curar “las enfermedades del corazón y las diversas hidropesías. Tambien se emplea [...] para la curación de las palpitations y opresiones nerviosas, del asma, de los catarros crónicos, bronquitis, tos convulsiva, caputos de sangre, extinción de la voz, etc.”<sup>48</sup> Otra

---

<sup>47</sup> *El Mercurio*, 4 de enero de 1870.

<sup>48</sup> *El Mercurio*, 5 de enero de 1870

forma de medicina bastante común son las “perlas”, denominación particular para las pastillas en estado puro, como las de Éter y Terebentina del Dr. Clertan. Las primeras, “calman casi instantáneamente, los accesos de asma, opresión, sofocación, así como los dolores de cabeza y la jaqueca. [...] Es ciertamente el medicamento mas fácil de tomar en esta clase de enfermedades”<sup>49</sup>, mientras las segundas “se emplean diariamente con un éxito inmenso para la curación de las neuralgias, de los reumatismos, ciática y de la vejiga.”<sup>50</sup>

Por otro lado, nos encontraremos con una multitud de vinos y elixires, cuya función sanadora, según la publicidad, se encuentra en su composición reconstituyente. Tendremos entre ellas a la Mulculina-Guichon (“El más precioso y mas reparador de todos los analépticos, DISGESTIBLE aun en los mas desesperados casos de dispepsia”, recomendado para personas de constitución débil, como niños, ancianos o convalecientes), el QuiniumLabarrache, la Quina Larroche y tónicos alimenticios, como el tan poco célebre Aceite de Hígado de Bacalao de distintas marcas, que tantas experiencias terroríficas significó para los abuelos de nuestra generación, por su sabor y olor insoportable. Este último tónico, que es transversal a toda la época que abarca esta investigación, promete ser una forma higiénica de curar anticipadamente todas las enfermedades.

Un tónico alimenticio, pero también medicamentoso, es el Jarabe Laroze de cortezas de Naranjas Amargas, que funciona “como TÓNICO EXCITANTE, para recomponer las funciones del estómago, activar la de los intestinos y curar las enfermedades nerviosas agudas o crónicas; TONICO ANTINERVIOSO, para curar esas indisposiciones numerosas precursoras de las enfermedades que el cura, al nacer y facilitar la digestión; ANTI-PERIODICO, para quitar escalofríos y calores con o sin intermitencia, de los que los amargos son los específicos, y cura gastritis, gastralgias; TONICO REPARADOR, para combatir el empobrecimiento de la sangre, la dispepsia, la anemia, el agotamiento, inapetencia, languidez.”<sup>51</sup>

Otros remedios serán menos presuntuosos en cuanto a sus alcances, pero igualmente promisorios en cuanto a su efectividad. La Paulina-Fournier, por ejemplo, aduce ser “infalible para combatir las nevralgias, gastralgias, espasmos, reumas y particularmente las jaquecas, cuyos más violentos accesos desaparecen en algunos minutos”<sup>52</sup>, mientras que la

---

<sup>49</sup>Ibid

<sup>50</sup>Ibid.

<sup>51</sup> *El Mercurio*, 7 de agosto de 1870

<sup>52</sup> *El Mercurio*, 6 enero de 1870

CopahineMege “es tan activa que cura por términos medio en 6 días las enfermedades sin náuseas, cólicos, ni dolores de estómago.”<sup>53</sup>

¿Qué características llaman la atención en los remedios de esta época? Primero que todo, el hecho de proclamar una *curación*, nombrando denominaciones comunes de enfermedades (reumatismo, jaqueca, bronquitis, etc.-) y síntomas específicos en un nivel análogo. La enfermedad, comprendida como una condición general en la que se encuentra un cuerpo, tendrá una relación fundamental para este discurso con la manifestación *perceptible*, centrada en lugares específicos donde se constata el dolor o el malestar. Ambas dimensiones se confunden en el discurso publicitario, e incluso, a medida avanzamos hacia el siglo XX, podremos ver que el *síntoma* se transformará en el centro de la mirada farmacéutica, siendo éste aquél sobre el que se busque actuar. Se trata, para el discurso publicitario, de *soluciones* más que de tratamientos, en la medida que proporcionan una curación del estado mórbido al eliminar sus manifestaciones concretas, lo que no deja de ser sorprendente para quien ve esto desde el siglo XXI, sumergido en el paradigma de la publicidad engañosa, donde este tipo de publicidades como los que hemos revisado hasta ahora sería mirado con gran escepticismo.

En un segundo término, los remedios destacan por pretender curar una gama siempre muy variada de males, y de tener efectos múltiples y bastante maravillosos. Se trata más bien de “medicamentos generales”, que prometen solución eficaz y en muchos casos inmediata (o al menos, cortoplacista) más que a un cuerpo terriblemente enfermo (lo que sería una posibilidad), a un público enfermo en formas bastante diversas, al que espera poder alcanzar y convencer. Si hacemos un ejercicio de abstracción –y a falta de máquina del tiempo, buena es la imaginación- resulta bastante dudoso que el público objetivo de estas medicinas sea una multitud tísica-cardiaca-jaquecosa-nerviosa-gastrálgica, sino que más bien una persona que se presenta a una botica con dos o tres dolencias particulares, y que pregunta a la autoridad que tiene en frente, “¿qué me puede dar para este dolor de estómago que tengo?”. No puedo dejar de sentir cierta compasión por el afanado boticario que, al mirar tras de sí a las repisas boyantes de remedios, tenga que dar una lista que se acerca bastante a su inventario.

Una última característica es la casi completa ausencia de explicitación de los componentes de los medicamentos, fundamentando la efectividad de los compuesto no a

---

<sup>53</sup>Ibid.

través de la acción de sus principios activos ni sus efectos en el cuerpo, sino que a partir de la referencia a una autoridad, como es la marca del laboratorio farmacéutico, el doctor que crea la medicina o alguna otra autoridad médica que la recomienda.

Para el año de 1880 podremos ver mutaciones bastante marcadas en la forma de presentar los remedios, a lo que se suma la introducción de una serie de nuevas sustancias que, a diferencia de las anteriores, podemos asegurar que son psicoactivas. No quiero decir que algunas de las anteriormente presentadas no lo fueran, pero como no existe la explicitación concreta de posibles efectos adversos ni tampoco de sus componentes, se hace complicado asegurarlo muy tajantemente<sup>54</sup>.

Entre estos nuevos medicamentos, se cuenta el Jarabe Falieres al Bromuro de Potassium, utilizado para “insomnios, neuralgias, jaquecas, congestiones, epilepsias, histeria, etc.”<sup>55</sup>, y cuya única garantía explícita es su “pureza absoluta”. Se trata de un medicamento cuya área de acción se concentra en las operaciones del cerebro, y que ofrece la estabilización de estados anómalos dentro del orden que establece la salud del cuerpo: para el insomnio, tendrá que imponerse el sueño; para el dolor, la analgesia, para las convulsiones y estados de intranquilidad, la calma. Podemos ver cómo la acción de la droga toma sentido en un orden que solo busca tender a un equilibrio, y es entonces que el uso que se le otorga, prescribe un orden que deja fuera la acción pura del tóxico en el cuerpo. Así, la droga, que es de por sí una sustancia que desestabiliza o hace mutar los estados del cuerpo hacia distintos extremos (la excitación o el sueño profundo, la inconsciencia) solo puede entenderse en el contexto de su uso público cuando existe otro desorden que estabilizar: el desorden de la enfermedad, comprendida esta no sólo como un estado anormal derivado de una debilidad fisiológica o el ataque de un agente mórbido externo, sino que también como lo que Antonio Pagador denominará “la enfermedad de vivir”<sup>56</sup>.

Otro medicamento psicotrópico que vemos introducido en la década de 1880, es el Jarabe y Pasta de Berthe con Codeína, que afirma que “pocos medicamentos poseen propiedades tan ciertas como la Pasta y Jarabe de Berthe, ninguno calma con mas seguridad la tos pertinaz de la *Gripa*(sic), del *Catarro*, de la *Tos ferina* (coquelucho), de la *Bronquitis*,

---

<sup>54</sup> Con excepción del éter, el psicoactivo más recurrente en la publicidad y más transversal a toda la época estudiada.

<sup>55</sup> *El Mercurio*, 7 de enero de 1875.

<sup>56</sup> Antonio Pagador, *Los venenos sociales: opio, morfina. Psicopatología de los intoxicados y tratamiento de la intoxicación*. Barcelona, 1923

de la *Tisis*, y todos los *dolores nerviosos*.”<sup>57</sup> La codeína, conocida también como metilmorfina, aun teniendo efectos sicotrópicos de tipo narcótico y analgésico, fue reconocida por sus usos en las enfermedades pulmonares, por su buen efecto en la expectoración en dosis bajas, aunque, como podemos ver en el anuncio, no se descartan sus usos en los “dolores nerviosos”, único mal presente en la publicidad que no corresponde al sistema respiratorio. Es interesante que todos los malestares que pretenden ser estabilizados con los efectos de este opiáceo, hayan sido tratados en la misma época (pero hacía mucho más años), con morfina. La codeína, a diferencia de su hermana alcaloide, produce efectos psicotrópicos marcadamente inferiores a la morfina, generando analgesia leve y sopor, más que un efecto puramente narcótico. Pudo ganarse un lugar en la farmacopea comercial, por no mostrar los efectos peligrosos que para entonces la morfina ya había presentado, quedando como un sucedáneo menos tóxico, y por tanto, que podía ser expandido al público general sin generar peligros importantes. Habría que esperar muchos años para que la química-farmacéutica desplazara este medicamento del centro discursivo, al mostrar que sus efectos tóxicos podían llegar a ser tan importantes como la morfina, generando dependencia y síndrome abstinencial.

Otro compuesto que podemos evidenciar es el Cloral<sup>58</sup>, bajo la forma de Jarabe de Cloral de Follet, que funciona primordialmente para el insomnio, pero quien publicita específica, además, otras consideraciones: “Útil en todos los casos que acarrear la privación del sueño: gota, reumatismos, neuralgia, jaquecas, dolor de muelas, cólicos, heridas, dolores agudos en general, preocupaciones morales, agitación causada por los grandes calores.”<sup>59</sup> Sin presentarse una cura o tratamiento magistral para los malestares citados, aduce su funcionalidad para ellos de todas formas, lo que podríamos interpretar – nuevamente, pero no de la misma manera- como una estrategia para capturar público.

La quina, y su principio activo la quinina, comenzará a utilizarse mucho más extensivamente para esta época, existiendo varias marcas que aprovechan sus funciones, sobretodo en forma de vinos, como es el Vino de Quina Ferruginoso, Vino Aroud de Quina,

---

<sup>57</sup> *El Mercurio de Valparaíso*, 3 de enero de 1880.

<sup>58</sup> El cloral es una droga bastante curiosa, porque produce un efecto soporífero bastante fuerte, que implicó discusiones en el estamento médico de la época. Fue presentado con optimismo y cautela, así como otros medicamentos como la heroína y la codeína, pero a diferencia de estas dos últimas, resultó no ser mayormente problemática. Cabe puntualizar que se trata de una destilación en alcohol. Hoy es utilizado como narcótico en pediatría, para inducir el sueño o la inmovilidad de los niños y neonatos en las cirugías, y tiene la característica de no dejar recuerdos ulteriores de las intervenciones.

<sup>59</sup> *El Mercurio*, 15 de marzo de 1890.

Quinium Labarraque y el Vino de Catillón con Glicerina y quina, pero además, es recurrente encontrarla en forma pura en la publicidad de boticas, así como también en recomendaciones médicas. Se trata en todos los casos de tónicos reparadores, reconstituyente y antifebrífugo<sup>60</sup>.

Tendremos algunos medicamentos que pretenderán tener efectos relativamente más amplios, como los que vimos anteriormente, pero que igualmente evidenciarán una diferencia. Tal es el caso del Alquitrán de Guyet, que:

“[...] se emplea con gran éxito para combatir las enfermedades siguientes:  
En Bebida. Una cucharada de café por cada vaso de agua y dos cucharadas soperas por cada botella: BRONQUITIS, CATARRO DE LA VEJIGA, RESFRIADO, COQUELUCHE O TOS CONVULSIVA, TOS TENAZ, IRRITACION DE PECHO, ENFERMEDADES DE LA GARGANTA.

En lociones: licor puro o diluido en poco agua: AFECCIONES DE LA PIEL, PICAZÓN, ENFERMEDADES DE LA PIEL CABELLUDA.

En inyecciones. – Cuatro partes de agua y una de licor (EFICACIA ESTREMADA): FLUJOS CRÓNICOS O RECIENTES, CATARRO DE LA VEJIGA.”<sup>61</sup>

Es claro que se trata de un elixir que, aunque presenta múltiples usos, no pretende ser una cura general. Es interesante, además, que se haga la diferenciación entre cada forma de consumo de la droga, aduciendo con ellos efectos distintos y localizados.

Como vemos, los medicamentos que alegan ser curas generales son bastante menos frecuentes, siendo reemplazados en sus pretensiones por los tónicos reconstituyentes, de acción higiénica más que terapéutica, por lo que se hace evidente que el recurso publicitario tan explotado anteriormente, ya no mantiene su fuerza. El Jarabe de Cloral es un buen ejemplo, puesto que no aduce efectos curativos sobre las enfermedades nombradas, aunque las nombra, sino que se asume específico sobre el problema del insomnio. Las medicinas

---

<sup>60</sup> Hoy solo es utilizado en el tratamiento de la malaria, con ciertos reparos, puesto que se trata de un compuesto muy tóxico. Se trata de un alcaloide que no tiene efectos psicoactivos, pero que puede producir “chinchonismo”, intoxicación que se caracteriza por comprometer los sentidos, la circulación sanguínea y el aparato gastrointestinal, además de provocar episodios de cefaleas, mareos, confusión y hasta psicosis, razón por la cual su uso como reconstituyente ha quedado bastante obsoleto. Es irónico que el chinchonismo tenga características muy similares al “salicismo”, intoxicación producida por la aspirina. Ya vemos como medicamentos con peligros similares, pueden tener vidas sociales bastante distintas.

<sup>61</sup> *El Mercurio*, 15 de marzo de 1890.



que acabamos de revisar, además, se enfocan en problemas corporales locales, que van trazando ciertas zonas de acción más específicas, que serán comunes en la publicidad que revisaremos más adelante: medicamentos dedicados a desórdenes estomacales, desórdenes del aparato pulmonar, neuralgias y problemas del ánimo. Vemos, además, una relación distinta de algunos remedios a la que se había visto anteriormente, que nos da cuenta de una relación con la enfermedad, marcada fuertemente por el síntoma perceptible más que por categorías preconcebidas a través de las cuales se entendía el cuerpo enfermo. Es decir, existe un tránsito en la forma en que se comprende la curación farmacológica del cuerpo enfermo, desde una visión sinecdótica (al tratar la enfermedad como un “todo”, se cura la parte, el “síntoma”) a una metonímica, por la que curar el síntoma significará curar el cuerpo. Mientras lo que vemos en los medicamentos del 1870 es la “curación” de enfermedades como la bronquitis o la jaqueca, podemos ver un desplazamiento discursivo que promueve el uso de algunas drogas sobre las manifestaciones más claras de esas enfermedades, pero no como su cura magistral. Así, el Cloral no sanará del reumatismo, sino que del insomnio que de él se desprende; el Jarabe de Codeína no funcionará sobre la Bronquitis o la tisis, sino que sobre “la tos pertinaz de” las distintas enfermedades nombradas. Aunque puede parecer un desplazamiento leve, establecerá una relación más directa entre el tóxico y el efecto que de él se espera, generando un uso más particularizado.

Hacia el 1900, los tónicos reconstituyentes tomarán mayor protagonismo por su variedad y mayor presencia en la prensa, estando dirigidos a las personas débiles en general, pero especificando gran parte de las veces las enfermedades que se derivan de una constitución débil. Estos tónicos, aunque dedicados a “purificar la sangre” y “recuperar la salud y la fuerza”, no sólo son presentados como productos alimenticios para una población anémica y raquítica, sino que como remedios integrales, cuyos focos de curación empiezan con la sanación digestiva, para extender sus alcances al hígado, los pulmones y el sistema nervioso. Aunque estos focos están siempre bien diferenciados, en función a los efectos curativos que las drogas pueden tener en los órganos, se establecen relaciones entre los sistemas que nos hablan de una concepción fisiológica<sup>62</sup> del cuerpo que coloca a diversas dolencias o enfermedades en un plano común: el cuerpo como un sistema de engranajes en el que, si falla un órgano, el sistema completo se ve comprometido. Esto lleva a cierta

---

<sup>62</sup> La fisiología se refiere a la comprensión de las funciones de los seres orgánicos, es decir, al funcionamiento complejo de los sistemas anatómicos en los seres vivos. Si la anatomía trata de la descripción de los órganos, la fisiología se encargará de poner estos elementos en un sistema funcional.

confusión de las funciones de las drogas en el cuerpo, pues mientras asumen su acción en un foco particular, adquieren características que les hace presentarse como curas generales. Un buen ejemplo es el Remedio Específico de Clark:

“Para la curación rápida y radical de la bilidad nerviosa, impotencia, derrames seminales y toda clase de desarreglos producidos por los excesos sexuales de la juventud.

Este específico cura aun cuando hayan fallado todos los demás remedios y es único medicamento que cura todos los casos de debilidad del sistema nervioso, impotencia (parcial o total), postración nerviosa, consunción. Espermatorrea o derrames seminales, toda clase de debilidad en el organismo, con falta de virilidad y enfermedades en los órganos jenítales. [...] Obra como calmante y devuelve prontamente al enfermo la salud del cuerpo y la del espíritu, comunica fuerza y vigor, revive las funciones orgánicas y entonces especialmente el sistema nervioso, disminuyendo gradualmente y cesando por último la excitación general que suelen acompañar estos casos. En muchos de ellos, los riñones, que suelen estar afectados, vuelven a funcionar regularmente; los derrames, ya sean involuntarios o prematuros se contienen y refuerzan las partes jenítales. Sobre éstas y sobre el sistema nervioso, obra constitucionalmente este específico.”<sup>63</sup>

Vemos en este ejemplo como el remedio parte estableciendo su foco de acción en el sistema genital, siendo un específico para lo que en la época aparece recurrentemente como las “enfermedades secretas” de la juventud. Éstas se refieren particularmente a la gonorrea y la sífilis, enfermedades bacterianas, que no pudieron ser tratadas hasta bien entrado el siglo XX, gracias a la invención de la penicilina por Alexander Fleming y el posterior desarrollo de antibióticos complejos para tratar enfermedades que se resistían a este último compuesto, como son la tuberculosis y las dos enfermedades recién nombradas. Es interesante que se proclamaran múltiples curas para tratar estas dolencias complejas y fatales, pero ninguna podría pretender la curación absoluta, sino que más bien el tratamiento sintomático más evidente, ya fueran escrófulas, debilidad, postración o desarreglos pulmonares en el caso de la tuberculosis. Como vemos, este remedio, a pesar de estar dedicado al tipo de enfermedades descrito, hace un énfasis particular en los síntomas

---

<sup>63</sup>*El Mercurio*, 3 de enero de 1901.

nerviosos, proponiendo efectos calmantes y vigorizantes, siendo éste el verdadero foco al que aboca la curación. Al establecer la curación de los desarreglos nerviosos, no sólo propone la curación de los problemas sexuales, sino que además de órganos que no habían aparecido en la combinatoria fisiológica que aquí se establece, como es el caso del riñón.

Así, podremos ver que los remedios presentados buscan obrar de manera múltiple, confundiéndose muchas veces sus características de psicofármacos, reconstituyentes, antibiliosos, analgésicos, antirreumáticos, digestivos, etc.-

A pesar de que generalmente los remedios son presentados en esta lógica, se evidencia un énfasis en las curaciones nerviosas, pudiendo catalogarse una parte importante de los medicamentos como psicofármacos (ya sean calmantes o energizantes), así como también enfocados a otra función que involucra también al sistema nervioso, como es el tratamiento del dolor, es decir, analgésicos. Entre ellos tendremos a la Codeína (en todas sus formas), el Bromogenol Pepin, la Chlorodyna, las Grageas del Dr. Hecquet, el Remedio Específico de Clark, el Hypneural y otros que pueden ser vistos en la tabla anexa.

En los años posteriores que abarca este estudio, esta característica seguirá presentándose en la publicidad farmacéutica, ya sea en forma de nuevos remedios, como también en una serie de medicamentos invariables en la farmacopea, que seguirán apareciendo hasta décadas después, transformándose muchas veces en productos clásicos en las farmacias chilenas.

Además de la riqueza de este tipo de material para comprender cómo se imagina el cuerpo enfermo y la acción curativa de las drogas sobre éste, el anuncio publicitario nos entrega información fundamental para comprender cómo se imaginan las drogas mismas, en el sentido anteriormente mencionado de la dualidad veneno/remedio que ellas encarnan. Hemos visto hasta ahora la dimensión curativa de las drogas, que se estipula directamente en los textos del material publicitario. No veremos para esta época la explicitación de contraindicaciones o efectos secundarios de estos medicamentos, pero el material nos da cuenta de esta dimensión a través de otro recurso: las ventajas comparativas que el remedio tenga en comparación a otros de su especie. Estas características nos dan cuenta de las múltiples preocupaciones que existen en torno a las drogas, de las que he podido observar primordialmente tres:

- a) Preocupación por la “toxicidad” del compuesto. En este sentido, destacan los remedios que se presentan como reemplazantes a otros compuestos, como el

azufre, yoduros, mercurio, morfina y otros. Se hace evidente, por tanto, que se tiene consideración al potencial venenoso o letal que pueden tener las drogas en distintos niveles. Así por ejemplo, el HypneuralCos “reemplaza a veronal, sulfonal, aspirina, antipirina, piramidón por no ser tóxica”. Otras, de forma menos explícita, dirán que su medicina debe ser preferida –como es el caso de Inyeccion Brou- por el hecho de curar “sin peligro”. Más reiteradas serán las referencias a efectos secundarios evitados por el remedio publicitado, como son principalmente el estreñimiento y la pesadez estomacal provocados por los “remedios baratos” y las imitaciones. Un arma de doble filo, el remedio encarna también un riesgo, que intentará ser progresivamente disminuido, tanto en el discurso como en el desarrollo práctico de la química-farmacéutica (generando medicinas cada vez menos invasivas). En este mismo sentido, aunque menos recurrentemente, se evidencia la preocupación por la influencia psíquica que puede tener el remedio, es decir, si es que “afecta la cabeza”, como es el caso particular de la Quinina, tanto en sus formas pura como procesada, el Bromuro y la Codeína, la que se colocará incluso como un posible sucedáneo de la morfina por carecer de este tipo de toxicidad.

- b) Respecto de la facilidad del consumo y la solubilidad del compuesto. Es posible constatar que la gran mayoría de los productos publicitados corresponden a medicamentos de consumo oral, que por tanto no requieren de una “técnica” (como el caso de la inhalación y la inyección subcutánea o intravenosa), sino que responden al acto básico de beber o comer (jarabes, elixires, chocolates, obleas, pastillas, perlas). La principal preocupación en torno a la facilidad del consumo tendrá que ver con lo amable que resulte para el sistema digestivo o nervioso, pero también respecto a lo agradable que resulte para el consumidor, gracias a factores como el sabor y la rapidez con la que obra.
- c) Otras preocupaciones no médicas, como el precio o valores estéticos (hinchazones de vientre, ennegrecimiento de dientes, etc.-).

Podemos ver a partir del discurso publicitario que en torno a los “objetos” drogas se trazan ciertos horizontes que condicionan el imaginario que se tiene sobre ellas. Se le considerará, como vimos, objetos que encarnan una capacidad curativa sobre distintas

operaciones del cuerpo, así como también potenciales peligros para la salud, lo que nos hace pensar en cómo es que esta combinatoria de factores hace de una droga “mejor” que otra, en términos del imaginario. Esto, según lo que hemos visto, se relaciona con la curación *rápida y eficaz* del síntoma “perceptible”, lo que sin duda entraña una construcción cultural aún más compleja sobre cómo se entiende la enfermedad y el cuerpo enfermo en la época estudiada.

A partir de este material se puede trazar un cierto “orden” en el que las medicinas y remedios toman sentido, y a partir del cual podemos ver mayor cercanía o lejanía con el centro discursivo bajo el cual comprendemos la marginalidad de las drogas. De los fármacos se esperará eficacia, rapidez, “facilidad” de consumo, pero también se les pedirá que actúen de manera especial en el cuerpo, modificándolo dentro de un esquema benéfico y terapéutico. Así, las drogas surgirán en el espacio público en la medida que existe un malestar o enfermedad que atacar -un desequilibrio que estabilizar- lo que, como veremos, va a ser corroborado por la visión médica sobre estos objetos.

## **2.2 La mirada médica sobre las drogas.**

A través de múltiples soportes, tales como tesis, artículos de prensa o conferencias, las drogas serán sometidas al análisis médico, que verá en ellas un potencial práctico inimaginable para las distintas ramas de la disciplina. Serán utilizadas y estudiadas tanto para su utilización terapéutica (cura de enfermedades, tratamiento de síntomas, analgesia) como para facilitar y expandir las posibilidades de intervención médica en los cuerpos, utilizando el potencial anestésico que muchas de ellas poseen en cirugías cada vez más complejas e invasivas.

A diferencia del discurso publicitario, la opinión médica no buscará la promoción de los medicamentos para la solución doméstica de afecciones morbosas, sino que el conocimiento científico exhaustivo de las sustancias, considerando ventajas, desventajas, posibles usos, dosis, modos de empleo, efectos, “accidentes”, etc.- La variedad de lugares desde donde el médico se enuncia permite ver dimensiones variadas del uso de drogas: en los apuntes de casos clínicos, las drogas aparecerán en un segundo plano, siendo apenas nombradas como parte del tratamiento; en las tesis, encontraremos descripciones extensas, que incluirán generalmente todos los factores antes nombrados, para hacer balances acerca

de qué sustancias son más funcionales a las distintas problemáticas médicas bajo discusión; en los artículos de prensa y noticias de conferencias médicas, primarán las propuestas de nuevos medicamentos (o usos nuevos de algunos remedios antiguos) para reemplazar algunas sustancias, o sanar enfermedades de forma más eficaz y sencilla. Las intenciones que podemos ver en cada soporte serán sumamente variables, pero el espíritu científico que las motiva y que subyace al discurso médico será transversal. Esto deriva en que todos los análisis que los médicos hacen de las drogas tienen la pretensión de ser *objetivos*, y por tanto, se dará cuenta tanto de los efectos positivos como los negativos de cada una de las sustancias, de manera de hacer no dejar al azar las respuestas que puede dar el cuerpo ante este tipo de intervención médica.

Analizaré una selección de documentos para aproximarnos a las lógicas bajo las que se observan a las drogas desde la mirada médica, que corresponderán a distintos soportes: tesis de la Universidad y un artículo de la Revista Médica de Chile, para luego trazar ciertas conclusiones generales.

### ***2.2.1 Los nuevos horizontes de la eliminación del dolor: los casos del éter y la cocaína.***

Una de los principales tópicos tratados por los médicos con respecto a las drogas durante la época estudiada, es el potencial anestésico que tienen las sustancias para su uso quirúrgico, lo que en términos sencillos implica el poder adentrarse en los cuerpos –bisturí en mano- para intervenirlos y “repararlos” libremente, sin las limitaciones que hasta entonces había tenido la cirugía, sobre todo en términos de la cantidad de dolor que un paciente era capaz de soportar. A pesar de que desde antiguo la medicina se había servido de medios y drogas para disminuir el dolor de sus sujetos<sup>64</sup>, la anestesia general es un invento relativamente nuevo para la época, recién estrenado en cirugía en 1842 por el norteamericano Crawford Williamson, a través de la utilización de éter inhalable. Para la década de 1840 en Estados Unidos se experimentaron numerosos tipos de anestesia de este tipo –por vía inhalable- las que fueron ampliamente difundidas en el país del norte y en Europa: el ya mencionado éter, el cloroformo y el óxido nitroso, entre otros<sup>65</sup>. Además de satisfacción por la eliminación de la sensibilidad y el dolor, la medicina funda a partir de

---

<sup>64</sup> El opio y el alcohol, particularmente, aunque éstos tóxicos no tenían buenos usos en cirugía, pues no eliminan la movilidad muscular.

<sup>65</sup> Escohotado, Antonio. *Historia General...* op. Cit.

esta nueva relación con los cuerpos –cuerpos que no son dolientes, que no gritan ni se quejan, y que permanecen inmutables incluso con las intervenciones más violentas o más invasivas- una pretensión mucho más experimental, de modo de profundizar y generalizar sus intervenciones sobre la salud del cuerpo. En la tesis *El éter y el cloroformo como los agentes anestésicos más importantes tanto para la cirugía operatoria como para la fisiología experimental*<sup>66</sup>, de autor desconocido, se establece dicha doble función: “La cirugía busca solo en ellos el mejor medio de debilitar la influencia del dolor en el paciente, aprovechando (sic) también, por supuesto, las facilidades que le proporcionan la insensibilidad i la resolución muscular. [...] La fisiología, por el contrario, sin preocuparse de los sufrimientos del animal sometido a los experimentos, solo procura prolongar su inmovilidad (sic) hasta terminar estos.”<sup>67</sup>Podremos ver así cómo muchas de las nuevas drogas inauguradas durante el siglo XIX implicaron la ampliación de los horizontes de la medicina, en la medida que fueron capaces de “silenciar” los cuerpos y dejarlos en total sumisión para su intervención.

Ya hacia 1870, la técnica anestésica estaba bastante naturalizada, como indica el autor desconocido de la tesis de medicina, afirmando incluso que “verdad que la materia elejida no tiene el mérito de la novedad; pero posee indisputablemente el de la oportunidad, si se toma en consideración la grande importancia que hoi se da entre nosotros al estudio de la fisiología, de la anatomía, de la cirugía i de las clínicas.”<sup>68</sup>

La cocaína, por su parte, era reconocida -sobre todo por los dentistas- como el más poderoso y eficaz método de anestesia local, hasta el punto en que se le pone por encima a una serie de drogas abocadas a la misma función, como la tropocaína, eucaína, novocaína, etc.- Incluso, el dentista Gustavo Cerda López, en su memoria de la Universidad de Chile, afirma: “solo me resta decir, que en la larga práctica adquirida en varios años de trabajo, no

---

<sup>66</sup> Tampoco se indica la fecha de publicación en el documento, pero se puede inferir que es anterior a 1870 y posterior a 1860 por la distancia temporal con la que sitúa en relación a los primeros usos de estos anestésicos.

<sup>67</sup> Autor Desconocido, *El éter y el cloroformo como los agentes anestésicos más importantes tanto para la cirugía operatoria como para la fisiología experimental*. Manuscrito. Fecha Desconocida.

<sup>68</sup>Ibid

dejaré jamás de recomendar la cocaína como un anestésico local, de efectos seguros, siempre que se observen las precauciones debidas i rigurosa dosificación para su uso.”<sup>69</sup>

Libre de muchos de los prejuicios que hoy pesan sobre esta droga, la cocaína encarnaba una posibilidad tremenda para la curación quirúrgica de un sinnúmero de enfermedades, así como también, para la expansión de las prácticas médicas a una población más amplia, al eliminar en la relación médico-paciente la mediación siempre desagradable del dolor. Esto tiene una importancia más marcada en el ámbito odontológico, lugar de imaginarios terroríficos sobre la figura del dentista y el dolor que implicaba en los casos de las extracciones dentarias. Es una de las preocupaciones más recurrentes cuando se estudia la analgesia cocaínica. “Lo que vemos frecuentemente es, que hai personas que resisten días i días fuertes odontalgias, ante la perspectiva de un dolor probable en el Gabinete dental i prefieren conservar siempre el estado lastimoso de su boca, a ponerse en manos del dentista.”<sup>70</sup> La cocaína permite la mayor aceptación del tratamiento dental, no sólo en forma de extracciones, sino que además, introduciendo la posibilidad de salvar las piezas dentales al someterse al cuidado del profesional. “Las extracciones podrán ser muchas veces realizadas de una manera defectuosa, pero existiendo una anestesia perfecta, el paciente solo tendrá palabras de gratitud para el profesional, i un divulgador de su fama; no pasará lo mismo si una extracción, aun habiendo sido hecha en condiciones perfectas, la operación ha resultado dolorosa; el paciente quedará molesto i la timidez será su compañera inseparable, siempre que trate de hacerse una nueva operación o extracción”<sup>71</sup>.

Sin embargo, a pesar de que se tendrá durante todo el periodo estudiado una opinión bastante positiva sobre este alcaloide, eso no quita que se sopesen sus ventajas y desventajas, así como que se estudie las formas en que la toxicidad de la cocaína afecta las funciones orgánicas, fisiológicas y psíquicas del cuerpo en el que ejerce su acción.

Un buen ejemplo de la utilización optimista de la cocaína son los experimentos realizados por varios médicos –chilenos y argentinos- con inyecciones subaracnoideas de clorhidrato de cocaína. Este método de consumo consiste en la inyección en la zona lumbar, de forma parecida a las inyecciones epidurales en las embarazadas en la actualidad, de

---

<sup>69</sup> Gustavo Cerda López, *Estudio de algunos medicamentos empleados como anestésicos locales en inyecciones hipodérmicas para extracciones dentarias*. Memoria de prueba para optar al título de dentista en la Universidad de Chile, 1916.

<sup>70</sup> Op. Cit. P. 4

<sup>71</sup> Op. Cit. P. 3-4



forma de llegar directamente a la médula, extrayendo una pequeña cantidad de líquido céfalo-raquídeo para reemplazarlo con un agente anestésico. El descubrimiento fue aclamado numerosas veces por la prensa y por el estamento médico en general, recibiendo buenas críticas en el Primer Congreso Latinoamericano de Medicina, realizado en Chile en 1901. Con las bases técnicas sentadas recientemente, el método, aunque aclamado por su efectividad, es visto también con cierta sospecha, sobre todo por los efectos secundarios observados en la instancia post-operatoria, los que incluyen náuseas, cefalalgias, insomnios y más.

En la tesis de 1901 de Aurelio Melean, *Contribución al estudio de la analjesiaquijúrgica por inyección lumbar sub-aracnídea de cocaína (raquicocainización)*, el autor presenta un balance del conocimiento que hasta entonces se había adquirido en esta nueva técnica analgésica, usada muy exitosamente para lograr analgesia localizada. Se pretendía con este método prescindir del uso de analgésicos generales –representados en particularmente por el éter y el cloroformo–, por considerarles nocivos contra los órganos sanos “i con mayor razón en los enfermos”<sup>72</sup>. Esta técnica permitiría además, entre otras cosas, mantener intacta la “personalidad del operado durante la intervención”<sup>73</sup>, lo que según el autor era considerado una ventaja para algunos.

Su argumentación se divide en dos partes: en primer lugar, hace una breve historia de la técnica subaracnoídea, desde las primeras experimentaciones en 1885, para continuar con las discusiones académicas que el método suscitó en el “XVIII Congreso Internacional de Medicina i Cirujía de París” de Agosto de 1900; el autor, así, nos permite escuchar una multiplicidad de voces desde las cuales se analiza y se juzga la efectividad del método. Las opiniones son variadas, y en muchos casos, totalmente divergentes. Raciviceanu-Pitesci, de Bucarest, “cree al método incapaz de reemplazar al cloroformo y al éter”, mientras que Legueu afirma: “Nada nos prueba mejor, bajo este punto de vista, la superioridad de la anestesia lumbar, que la facilidad con la cual es no solamente aceptada, sino reclamada, exigida por ciertos enfermos que han visto a sus vecinos de cama volver de la sala de operaciones, tranquilos y concientes”<sup>74</sup>. Las opiniones, sin embargo, se inclinan por la

---

<sup>72</sup> Aurelio Melean, *Contribución al estudio de la analjesiaquijúrgica por inyección lumbar sub-aracnídea de cocaína (raquicocainización)*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Medicina, Universidad de Chile. 1901. P. 32

<sup>73</sup> Op. cit. p. 34

<sup>74</sup> Op. cit p. 35

sospecha: los efectos post-quirúrgicos evidencian la toxicidad de la cocaína, un alto precio por conseguir una analgesia que, según Bier (quien fue uno de los pioneros de la práctica), “presenta ventajas tan marcadas, que es de nuestro deber buscar los medios para hacerle inofensivo”<sup>75</sup>.

La segunda parte se refiere a los efectos que la raquicocainización tiene en los pacientes en los que se ha utilizado, haciendo un balance entre aquellos negativos y positivos. Se hace evidente que el autor de esta tesis –y alumno de quien fuera el primer experimentador de esta técnica en Chile, el profesor Barros Borgoño- se muestra a favor del método, y a pesar de que hace un análisis extenso sobre los efectos negativos que el método y el tóxico puede tener, no duda respecto de pensar el método como una práctica exitosa y común. Muy por el contrario, al establecer las contraindicaciones, muestra un marcado interés por combatirlas, ya sea a través de otras drogas (morfina, antipirina, cafeína...) o bien, estableciendo un protocolo profiláctico para evitar accidentes: la preparación moral de individuo, la abstención de tratar “nerviosos, histéricos, pusilánimes”, puesto que “perturban i dificultan el buen curso de la operación con las convulsiones i la falta de tranquilidad”, o la utilización de materiales de calidad. Sobre esto último, Malean indica: “El clorhidrato de cocaína debe ser de buena procedencia. Los tabloides de Midy son los mejores por su pureza i limpieza; preparados de tal manera que en todo momento están listos para disolverlos.”<sup>76</sup>

Es interesante constatar que el énfasis que el autor hace está sobre los efectos secundarios negativos del método, y sobre todo, de la acción tóxica de la cocaína; sin embargo, sus conclusiones no desaprueban en absoluto la continuación de su uso, sino más bien lo recomienda como un reemplazante de la cloroformización, por ejemplo, “en aquellos enfermos que tienen lesiones renales, [...] puesto que sabemos la influencia nociva del cloroformo sobre estos órganos sanos i con mayor razón en los enfermos”. Agrega, reforzando este punto, que “los que han tenido oportunidad de ver el estado de un enfermo operado con cloroformo i el de otro con cocaína, notan la diferencia manifiesta del bienestar de éste con el estado decaído i languideciente del primero”<sup>77</sup>.

La cocaína, siendo un alcaloide aceptadamente tóxico y de acción poderosa sobre el cuerpo, pero de uso extendido, nos permite observar cómo y desde dónde los médicos

---

<sup>75</sup> Op. Cit. p. 10

<sup>76</sup> Op. Cit. P. 9

<sup>77</sup>Op. Cit. P. 34

piensan las drogas. Por un lado, la funcionalidad que ofrecen para la práctica médica es innegable, por lo que dentro de esta esfera, a aquellas drogas con alto potencial adictivo como la morfina, la cocaína, el éter y el cloroformo, son consideradas más en términos de su utilidad práctica, siendo el mayor factor de oposición los efectos secundarios inmediatos que pueden contemplarse en los pacientes. Es en este ámbito en que la noción de *pharmakon* bajo el cual entendemos a las drogas toma su más profundo sentido: todas las drogas, vistas desde la medicina, encarnan una posibilidad técnica de curar o tratar enfermedades, al mismo tiempo que involucran un *riesgo*, constatable en los efectos mórbidos que las sustancias manifiestan en los cuerpos. Bajo estos términos, las toxicomanías podrían entenderse como uno de los posibles peligros que encarnan las sustancias: una condición mórbida cuyos síntomas constatables se relacionan con la enfermedad mental, por lo que pasarán a ser materia de estudio de la Medicina alienista o Psiquiatría.

Las drogas “problemáticas” que serán las bases de la toxicomanía, como vemos, no estarán tan severamente distanciadas de aquellas que no cayeron bajo esa categoría en términos de la práctica médica. Los doctores se servirían de todas las herramientas que la ciencia podía proveerles, no sólo en términos de drogas, sino que también a través de otros desarrollos técnicos de la época, como fue el sistema de anestesia por electricidad<sup>78</sup>. Sin embargo, cuando los “estupefacientes” tengan como efectos adversos no solo la náusea, el dolor o el malestar, sino que la formación de una conducta considerada anómala como resultado de la intoxicación, se establecerá una relación nueva con estos medicamentos, que serán vistos específicamente desde la psiquiatría y la medicina-legal no ya desde la noción del *pharmakon*, sino que unívocamente como venenos sociales.

Sin embargo, cabe aclarar que si bien la figura del toxicómano y la construcción de un imaginario negativo sobre el conjunto de drogas abarcado por el término “estupefacientes” tuvo su base en la configuración de un sujeto “enfermo” desde la rama particular de la psiquiatría, la relación de esta especialidad con los objetos farmacéuticos no siempre estuvo dada por esta condición, e incluso, las drogas (sobre todo las psicoactivas) sirvieron como herramientas sumamente funcionales para tratar las enfermedades mentales y nerviosas.

---

<sup>78</sup> Sobre este tema, muchos médicos de la época trabajaron en sus trabajos de tesis. [copiar referencias]. Cabe destacar también que el uso de electricidad también se usó de forma terapéutica en el ámbito doméstico, como puede contemplarse a través de la publicidad –sumamente extendida- del vigorizante “Herculex”.

Así, por ejemplo, en 1872, la Revista Médica de Chile presenta el caso de un niño de 12 años llamado Sebastian Lyon, al que se le ha diagnosticado una “neurosis generalizada”, expresada en graves trastornos de su ánimo y problemas psicomotores. La primera aproximación del Dr. Zúñiga con su paciente trae consigo extrañas sorpresas: el doctor aduce que el paciente no sólo manifiesta una angustia constante, dolores agudos y un estado de salud deteriorado, sino que presenta una inteligencia anormalmente aguda, atribuyéndole al niño, además, poderes sobrehumanos<sup>79</sup>. El tratamiento del niño consistirá fundamentalmente en la administración de drogas, gran parte de ellas psicoactivas. “Sigue el éter administrado en varios vehículos, hasta que el enfermo, conociendo el mal efecto que tal medicación le producía i que lo empeoraba, rehusa tomar la medicina. El señor Zúñiga apela a otros anti-espasmódicos, pero nada consigue. El bromuro de potasio, el cloral i otra infinidad de drogas burlan toda esperanza. Por último, el señor Zúñiga, desesperado de luchar con tan tenaz enemigo, ordena la aplicación de un estenso vejigatorio que mantiene en supuración por mas de ocho días. Nada consigue, hasta que lo abandona con pesar.”<sup>80</sup> Además de las ya mencionadas drogas, el doctor ya ha prescrito “una infusión de valeriana con éter sulfúrico i licor de morfina.”<sup>81</sup> El niño, que no presenta mejorías, comienza además a desarrollar un miedo y afición extraños para el doctor que observa, el que afirma: “El niño aun conserva un gran horror al éter i sus preparados, no puede percibir su olor sin que sufra horribles convulsiones (sic); en vez de huir se arroja con desesperación sobre el frasco que lo contiene i en medio de contorciones lastimosas se lo lleva a las narices. Rie, llora, grita y suplica que se lo quiten porque él no puede hacerlo.”<sup>82</sup> Probablemente éste sea el primer caso registrado de eterismo en nuestro país, aun cuando no existe una sistematización de esta extraña afición como enfermedad mental.

En 1906, el aspirante a doctor Rafael Peñaranda, interno del manicomio nacional, presenta su tesis llamada “Contribución al estudio de la melancolía en Chile”, en la cual hace un análisis sobre esta figura médica desde sus causas, sus manifestaciones físicas y psíquicas y sus posibles tratamientos. Las drogas estupefacientes, para este autor, presentan

---

<sup>79</sup> Indica que el niño, sin haber estudiado jamás, puede comprender sin problemas el francés, así como manifestar algunas capacidades adivinatorias. Se destaca, además, la inmensa capacidad auditiva del niño, como posible explicación a algunos de estos fenómenos. El caso será rebatido con fuerza en la misma Revista, tildando al doctor Zúñiga de embustero, por exagerar y modificar la información entregada. Ver: *Revista Médica de Chile, Tomo I, p.419- 426*

<sup>80</sup> Revista Médica de Chile, Tomo I. p. 419

<sup>81</sup>Ibid.

<sup>82</sup>Ibid.

ya la problemática de la adicción bajo la figura de las “psicosis tóxicas”<sup>83</sup>, y son relacionadas con algunos cuadros considerados melancólicos. Según el autor, “las psicosis tóxicas, producidas por el alcohol, morfina, tienen a su vez estados melancólicos, pero el alcoholismo en particular les imprime un sello especial que ofrece fases distintas, con una sintomatología que depende de la resistencia individual.”<sup>84</sup> Sin embargo, el autor nos presenta como parte del tratamiento apropiado para este tipo de enfermos el uso de estupefacientes, aunque de manera marginal, puesto que el centro del tratamiento será la reclusión, la estabilización de la digestión y lo que el autor denomina “remedios morales” (refiriéndose al establecimiento de una rutina, “cuidados y distracciones”<sup>85</sup>. Para la terapia farmacológica “se emplea el opio, en inyecciones hipodérmica i con resultados satisfactorios”. Agrega Peñareda, basándose en la opinión de un médico alemán, que “El secreto de estos éxitos de la terapéutica por el opio consiste en el *empleo metódico* de este medicamento. Estas inyecciones calman al enfermo, disminuyen el eretismo psíquico i la angustia percardial”<sup>86</sup> Además de esta droga, el autor propone combatir el insomnio –muy común en este tipo de pacientes- a través de cloral, sulfonal, trienal y veronal<sup>87</sup>, marcando así el incipiente uso de un tipo de drogas que será utilizado regularmente en psiquiatría durante el siglo XX: los barbitúricos. Estas sustancias con alto potencial adictivo -y que ha suscitado muy poco interés recreativo pero sí muchos abusos en su consumo- corresponden a somníferos, que según Antonio Escohotado “son drogas prácticamente tan adictivas como la heroína, que crean dependencia física con cuatro semanas de dosis altas o seis semanas de dosis medias. Como en el caso del alcohólico, el síndrome abstinencial posee tal dureza que exige siempre internamiento en una unidad de cuidados intensivos. Se suscita un cuadro de *delirium tremens* con crisis epileptoides cuyo desenlace es un ‘estado epiléptico’ bastantes veces mortal, seguido por semanas de caos psíquico”<sup>88</sup>. Estas drogas, sin

---

<sup>83</sup> Cabe aclarar que las únicas drogas mencionadas en el texto que se relacionan con esta figura médica son el alcohol y la morfina. Rafael Peñareda, *Contribución al estudio de la melancolía en Chile. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, 1906. P.37

<sup>84</sup>Ibid.

<sup>85</sup>Op. Cit. P.39

<sup>86</sup>Op. Cit. P.41

<sup>87</sup>Ibid.

<sup>88</sup> Antonio Escohotado, *Historia General de las Drogas*. Ed. Espasa, 2005 P. 1242

embargo, no fueron integradas en las primeras legislaciones, aun cuando fueron utilizadas ampliamente en medicina<sup>89</sup> e incluso, en el espacio doméstico<sup>90</sup>.

Hacia 1933, cuando el entonces aspirante a doctor Salvador Allende tome como tema la “etiología médica del delito” desde la llamada Higiene Social –una perspectiva de la medicina alienista centrada en “la prevención, curación y vigilancia profiláctica de los individuos que por sus alteraciones neuro y psicopáticas constituyen una entidad desarmónica en nuestro medio social. Es decir, abarca al individuo y a la colectividad”<sup>91</sup>- la relación de la psiquiatría con las drogas ya está marcada por la noción de las toxicomanías, y por lo tanto, ya estará en pleno funcionamiento un imaginario negativo sobre un tipo de medicamentos representado por los “estupefacientes”. La psiquiatría, más que referirse a los objetos-drogas en sí mismos, centrará su discurso en los sujetos anómalos generados por su consumo abusivo, lo que será revisado con mayor detalle en el capítulo II.

### ***2.2.2 Administrarse las drogas: sobre la nueva permeabilidad del cuerpo.***

Me gustaría exponer algunas características técnicas, que a mi parecer contribuyeron a construir el imaginario médico construido sobre las drogas. En primer lugar, en términos de su administración, la llegada de la jeringa de Pravaz marcó un hito importantísimo en el desarrollo de la práctica médica, ya que permitió suministrar dosis de drogas de forma exacta, así como permitir a las drogas penetrar en todo el cuerpo, a través de las vías sanguíneas veloz y eficazmente. Hasta hoy, la administración de drogas por vía intravenosa es la más rápida y efectiva que existe, por no pasar por ningún proceso metabólico antes de penetrar en la sangre. La técnica de inyecciones llegó a popularizarse de tal manera por su efectividad, que suscitó osadas experimentaciones para determinar aquellos puntos del cuerpo susceptibles de perforar. En un artículo de la Revista Médica de 1876, un doctor, bajo la intención de estudiar el tratamiento de la sífilis por inyecciones hipodérmicas de preparados mercuriales, indica: “He visto emplear i he practicado yo

---

<sup>89</sup> El doctor Ramón Zegers Pérez, incluso, propondrá al “sulfonal” como el mejor medicamento para el tratamiento hipnótico de los niños, por carecer –según el autor- de cualquier contraindicación. Ver: Ramón Zegers, *Estudio del Sulfonal como Hipnótico en los niños*. (Memoria de licenciatura en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 1889). Manuscrito disponible en <http://hdl.handle.net/123456789/320>.

<sup>90</sup> Por la terminación “al” que generalmente acompaña a los barbitúricos, y por recomendarse para enfermedades nerviosas e insomnio, podría pensarse que algunas de las drogas catastradas en la publicidad podría tratarse de este tipo de sustancias, sin embargo, como no se indican los compuestos que contienen los remedios, no puedo afirmarlo con seguridad.

<sup>91</sup> Salvador Allende, *Higiene mental y delincuencia*. Memoria de grado para optar al grado de Licenciado en Medicina de la Universidad de Chile.

mismo las inyecciones hipodérmicas en las siguientes rejiones: antebrazo, brazo, pierna, muslo, abdomen, pecho i dorso.”<sup>92</sup> Ya hemos visto, también, la administración de cocaína por la zona lumbar para alcanzar la médula y la anestesia bucal. Las agujas revolucionaron la concepción médica del cuerpo, en la medida que lo hicieron mucho más permeable para la intervención médica, y con esto me refiero tanto al hecho hoy naturalizado de introducirse una aguja (que, para la época, tenía un largo y diámetro bastante superior al de las de hoy, lo que significaba dolor inmediato y heridas posteriores), como también a las posibilidades quirúrgicas y clínicas que permitió, al poder intervenir más invasivamente los cuerpos.

Esto que podemos aseverar sobre la nueva permeabilidad del cuerpo ante las sustancias, puede extrapolarse también a otras formas de administración. Tal es el caso, por ejemplo, de las “instilaciones oculares de cocaína”<sup>93</sup>, probadas por el doctor Francisco de Neyga, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, para tratar la conjuntivitis<sup>94</sup>.

Otro factor técnico de consideración, que ya he mencionado anteriormente, es la proliferación de nuevos medicamentos, que en muchos casos eran presentados como “reemplazantes” de las grandes drogas, como la morfina y la cocaína. De la morfina, por ejemplo, surgirá la codeína y la dionina como posibles reemplazantes, así como también la heroína, aunque su presencia en Chile es apenas visible<sup>95</sup>. Estos substitutos respondían tanto a una preocupación por la toxicidad de las sustancias y sus efectos secundarios, como también a la creciente preocupación por las toxicomanías. No existe, sin embargo, consenso sobre utilizar estos compuestos nuevos, puesto que éstos, aunque menos tóxicos, son considerados por algunos como menos activos y eficaces<sup>96</sup>. Es posible evidenciar en casi

---

<sup>92</sup>“Tratamiento de la sífilis por las inyecciones hipodérmicas de los preparados mercuriales”, en *Revista Médica de Chile. TOMO I: 1872-1878, p. 468.*

<sup>93</sup> Debe haber tenido un efecto psicoactivo muy marcado, pues la cocaína reacciona muy activamente en contacto con las mucosas. Para los usos recreativos se consumía en forma de rapé (inhalación) o restregándolas en las encías y labios, pero no he visto otra referencia más a dichas instilaciones. Sin embargo, sé que es un método efectivo, puesto que se ha popularizado en los últimos años el consumo de LSD por dicha vía, lo que potenciaría el efecto del alucinógeno.

<sup>94</sup> El Mercurio, 9 de Octubre de 1901.

<sup>95</sup> No hay testimonios de médicos chilenos que la hayan utilizado terapéuticamente. He encontrado una única referencia en la publicidad y en una nota de prensa, que la considera más tóxica que la morfina. A diferencia de España y otros países de Latinoamérica, como Uruguay y Argentina, -donde se vendía en conjunto con la aspirina- la heroína no tuvo gran presencia en nuestro país. Si es que Bayer tuvo alguna razón para no traerla comercialmente, no he logrado descubrirla. Inocentemente mandé un mail a la compañía para solicitar información, pero es considerada información corporativa confidencial.

<sup>96</sup> Es de consideración, por ejemplo, que la morfina siga siendo un remedio de importancia para casos graves, incluso tras un siglo de desarrollo farmacéutico, pues no ha encontrado un rival en efectividad analgésica. En

todas las manifestaciones del discurso médico un idealismo teñido del optimismo científico y liberal de la época, imbuido con la esperanza de encontrar técnicas y sustancias cada vez más eficaces y menos tóxicas.

### **3. Morfina, cocaína, éter, opio: “Los venenos sociales”, desde la mirada médico-legal.**

La medicina legal considerará como parte de sus estudios sólo aquellas sustancias que generaron el problema de la adicción, y por tanto, la relación de este saber con las drogas está mediado siempre por la noción de las toxicomanías. En este sentido, veremos que las únicas drogas que aparecen en estos discursos son la morfina, la cocaína, el éter, el cloroformo y, en mucha menor medida, el hachís.

En primer término, debemos considerar que este saber se sirve de manera absoluta de los conocimientos médicos y químicos para establecer los preceptos en los que se basan sus argumentos. Así, en términos de la descripción de las sustancias, su sustento será siempre el del conocimiento “científico” que se ha alcanzado sobre ellas. Sobre los efectos de las drogas, hablará desde convenciones médicas, bajo las mismas lógicas que dicta la observación clínica: la observación de la constitución fisiológica del sujeto, de los efectos físicos o psíquicos constatados y de las reacciones “anómalas” que suscitan. Se servirá también del conocimiento químico farmacéutico para establecer rangos de toxicidad y dosificación. Dichas convenciones, podemos deducir de las referencias recurrentes a autores franceses y alemanes, son en general importadas, así como también en gran medida lo son los modelos legales que se proponen para combatir el problema, basado en los acuerdos establecidos en Convenciones Internacionales de Shanghai y La Haya.

La medicina-legal, por tanto, se posicionará desde ciertas “verdades” ya consagradas por la medicina, que no merecen mayor cuestionamiento por su carácter científico. La pregunta médico-legal por las drogas nace desde el momento en que el Derecho debe enfrentarse a ellas dentro del marco de un problema, cuyos alcances sociales lo hacen materia de “salud pública”.

Armando Roger Zelada define, en 1940, los “estupefacientes” como “un grupo de sustancias de origen vegetal, que tienen la propiedad de producir en el individuo estados

---

el plano de la anestesia, la cocaína intentó ser reemplazada con la stovaína, la novocaína, la eucaina y algunas otras, pero se impuso finalmente la lidocaína, tanto para el uso odontológico como obstétrico.



sensoriales, volitivos e intelectuales de un carácter especial, con producción de estupor o excitación.”<sup>97</sup> En dicha definición, no se hace mención al carácter problemático que tienen las sustancias, por lo que se podría asumir que caben bajo esta categoría todos los remedios psicoactivos. Sin embargo, agregará: “Los estupefacientes, productos de constitución química variada, de origen vegetal, producen en los que a ellos se entregan, degeneraciones y taras físicas y psíquicas de tal consideración, que llegan a transformarlos en verdaderos inadaptados sociales cuando no enajenados mentales. Y lo que es más grave, engendran descendencia enferma, con lo que contribuyen, en no poca proporción, a la degeneración del hombre.”<sup>98</sup> Se le otorga, así, una connotación directamente negativa a todo uso de drogas, incluso a aquel que se hace en espacios terapéuticos por ser causa, como explicará más adelante, de gran parte de los enfermos por toxicomanías.

La droga, desde este discurso, será observada vista en forma ambivalente. Por un lado, se verá en la droga el potencial venenoso que genera la enfermedad, por lo que se pondrá en el centro tanto del problema como de la solución: el problema son los estupefacientes, la forma de solucionarlos será restringirlos. Sin embargo, se asumirá que el efecto de las drogas estará siempre mediado por la constitución individual de la persona que las consume, por lo que el peligro que puedan encarnar será dependiente también de cómo la droga sea recibida por el individuo. Así, las toxicomanías encontrarán un terreno más fértil en “individuos especialmente propensos a llegar a ser toxicómanos, individuos que podríamos calificar de predispuestos. Son los que sufren de una especie de déficit psíquico que los hace inaptos para conseguir ciertos estados sensoriales o emotivos que sólo presienten en toda su plenitud y que recurren al tóxico para lograrlos. Son también, los inestables, los inadaptados al medio social que buscan en sí mismos lo que, en su concepto, la sociedad les niega. Y son los buscadores de sensaciones, curiosos enfermizos o los intelectuales decadentes.”<sup>99</sup>

A pesar de que serán las toxicomanías y no las drogas las que suscitarán mayor discusión en la medicina legal (la discusión de la problemática estará dada primordialmente por preguntas surgidas el Derecho Civil y Penal), las sustancias como objetos pasan a ser de vital importancia para los juristas, ya que será su regulación y restricción a nivel nacional e internacional el mecanismo utilizado para combatir la enfermedad.

---

<sup>97</sup> A. Roger Zelada, op. cit p.10

<sup>98</sup> A. Roger Zelada, op. Cit. p.9

<sup>99</sup> A. Roger Zelada, op. Cit. P.12-13



## Capítulo 2: Imaginando al toxicómano

“El fumador inveterado, el Intoxicado crónico, ése ya ni piensa en cumplir sus obligaciones, que, seguramente, desde hace tiempo no tiene. Si no permanece en el fumadero, esperando la hora de cumplir nuevamente con su ritual, deambulará por plazas y calles, como un sonámbulo, como un ebrio tambaleante y trémulo, con la mirada extraviada y el semblante sin expresión. Para él, la vida social, la familia, la Patria, la propia personalidad, todo ha desaparecido. Sólo el instinto vive en él, y ese instinto lo llevará de nuevo al fumadero, convertido ya en un ex hombre, en un pingajo humano, en un esclavo de su vicio, del que ya no se libertará sino con la muerte.”

Dr. Pedro Macuada,

En el presente capítulo se intentará dar cuenta de la construcción de un imaginario sobre el consumidor recurrente de sustancias psicoactivas para la época propuesta, a partir de los discursos médicos, farmacéuticos y médicos legales. Para ello analizaré el surgimiento de la categoría del “toxicómano”, que se piensa e imagina desde distintos paradigmas de los saberes expresados, encauzándose una *formación discursiva* en torno a esta figura. Esta construcción implica, antes que todo, la medicalización de la “ebriedad narcótica” tipificándola como una condición mórbida, pero así también, el surgimiento de un imaginario que vincula a este sujeto enfermo con un peligro social.

Lo que se busca de forma general es perfilar cómo y desde qué paradigmas dichos discursos pensaron e imaginaron a los consumidores de drogas y a la *toxicomanía* como enfermedad mental. Para ello, se trazará una historia de las ideas que subyacían la constitución de este sujeto como enfermo, desde la medicalización de la ebriedad a la categorización de este tipo de patología dentro del término “manía”. Posteriormente, se analizarán las principales preocupaciones que surgen en torno a esta figura, vinculados principalmente a las nociones de “veneno social” y “degeneración”.

Ya habiendo establecido las bases teóricas bajo las cuales se piensa al toxicómano como enfermo y como peligroso, me centraré en las construcciones imaginarias que se

hacen del cuerpo y psiquis del toxicómano, recogiendo las principales representaciones bajo las cuales este sujeto se corporiza para los saberes médicos y químico-farmacéutico. Se trata, como veremos, de puesta en escena de lo considerado “mórbido” a nivel corporal y conductual en un cuerpo indefinido, lo que nos permite evidenciar cómo cargaron simbólicamente tales características a modo de encarnar un peligro que debía ser intervenido.

Posterior a esto, daré cuenta de cómo la medicina legal se enfrentó ante esta figura, qué preocupaciones suscitó y cómo se constituyó a partir de este discurso no sólo una imagen naturalizada del toxicómano, sino que de manera más importante, una *estrategia* para combatir desde poderes fácticos al problema.

Para ello, se tomará en consideración calificaciones y clasificaciones que la ciencia médica construye en torno al término “manía”, los principales problemas que suscitaron para los discursos médicos, farmacéutico y judicial, qué peligros para intentar trazar cómo aquellas características otorgadas a estos sujetos enfermos se naturalizaron, conformando un imaginario fijo, estático y esencialista tanto de las sustancias como de los consumidores.

Posteriormente, intenté trazar un breve catastro de quien constituye el “toxicómano” en Chile para la época propuesta en términos sumamente prácticos, rescatando algunas estadísticas que nos permitan reconocer a quienes fueron catalogados bajo esta categoría, su número y algunas otras conclusiones que pude sacar tras la revisión de las estadísticas de la Casa de Orates, así como también algunas otras consideraciones sobre estos sujetos desprendidas de los estudios de caso presentados por el Dr. Salvador Allende en su *Higiene mental y delincuencia*.

### **1. Las toxicomanías – medicalización de la ebriedad narcótica**

El uso de sustancias psicoactivas de forma recreativa o extramédica tenía, por supuesto, una larga y reconocida historia, representada principalmente por el opio y el alcohol, ambas sustancias psicoactivas con carácter adictivo. Esta última fue, sin duda alguna, aquella que más preocupación suscitó por considerarse una de las causas de la miseria en las clases populares, pero así también por una condena a la ebriedad de alcance más largo, cuya raíz puede encontrarse en la imposición de una moral que promulgaba la sobriedad. La editorial de revista *El Abstinente* de 1897 es perentoria: “La intemperancia es una de las mas grandes i terribles calamidades que aflijen a la humanidad. Es el vicio de la

embriaguez el centro i desarrollo de todos los males, el corruptor i embrutecedor de la juventud, que la estravia del recto sendero del deber i de las leyes.”<sup>100</sup>

La relación de la ebriedad con el vicio tiene que ver con ciertas conductas observadas en los borrachos que se instalan en el centro de un discurso sobre la inmoralidad y el crimen. Sobre el borracho se dirá: “el ebrio, al mismo tiempo que pierde el dominio sobre sí mismo, es materia mui dispuesta para ejecutar cualquier clase de maldad”, lo que justificaría la preocupación que estos individuos pueden suscitar en su medio social.

Sobre este sujeto se enunciarán discursos que se encuentran fuera del ámbito médico, principalmente relacionados con organizaciones religiosas y de beneficencia. Las representaciones que podemos encontrar en este tipo de texto no tienen que ver con ámbitos patológicos, sino que con ciertas conductas consideradas anómalas y problemáticas, como vemos en el siguiente poema publicado en la revista *La Temperancia* en 1897:

“EL BORRACHO

Horrible desatino, torpe andar

Figura inmundada, faz desencajada.

Estupidez mostrando en la mirada.

I aliento detestable al conversar.

Repetir necedades sin cesar.

Faltar a la amistad mas acendrada.

Hallar ofensas en cualquier bobada.

I hacerse por doquiera despreciar.

Bochorno del hogar con sus borrones.

Ser majadero, torpe i contumaz.

Cometer inconsciente mil acciones.

Ludibrio en todas partes, i además

Inmundo lodazal de las pasiones.

¡Todo esto es el borracho i mucho más!”<sup>101</sup>

Según el periodista Mauricio Becerra, en el contexto de la sociedad moderna, la ebriedad representaba “una conducta opuesta a la economía y el hábito del trabajo”<sup>102</sup>, y lo

---

<sup>100</sup> *El Abstinente*, 1 de agosto de 1897.

<sup>101</sup> “El Borracho”, en *El Abstinente*, noviembre de 1897.

que es peor, un peligro latente para la constitución física de la nación. A decir del Dr. Murillo, “la turbia corriente de la ebriedad que de año en año estamos viendo ensancharse, amenaza el porvenir de nuestra raza y debilita las fuerzas vivas de la nacionalidad chilena”<sup>103</sup>. Es por ello que este vicio es reconocido como un verdadero peligro al conjunto social en términos de su constitución racial, preocupación que incluirá también –aunque posteriormente- a las toxicomanías, y que se inscribe dentro del paradigma de la teoría de la degeneración, la que será explicada más adelante.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, como indica Becerra, “la condena moral que suscitaban la ingesta inmoderada de bebidas etílicas, sus efectos sobre el orden social y la figura del borracho no era una novedad, pero sí la magnitud de la reacción antialcohólica, los objetivos que ésta perseguía y el proceso de medicalización y patologización de lo que hasta ese momento había sido considerado ante todo un vicio”<sup>104</sup>. Como indica R. Campos para el caso de España, “en la segunda mitad del siglo XIX se producirá una transformación terminológica en lo referente al consumo de bebidas alcohólicas que reflejará el creciente protagonismo de la medicina en la definición de los problemas derivados de dicho consumo.”<sup>105</sup> Esta transformación terminológica se alejará de los conceptos del borracho, la borrachez, la embriaguez, la ebriedad, etc., que tenían una carga moral relacionada con el vicio, a emplear los de alcoholismo y alcohólico, de evidentes connotaciones médicas. El proceso de patologización de la ebriedad, sin embargo, no puede separarse de la condena ya existente a este tipo de estados, por lo que, como indica Campos, “los médicos incorporaron a los nuevos parámetros científicos los prejuicios sociales hacia el consumo y el consumidor de bebidas alcohólicas, lo que convertía al alcohólico en un borracho medicalizado y al alcoholismo en una plaga social más que en una enfermedad.”<sup>106</sup>

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, y como explica Marcos Fernández, la ebriedad alcohólica se pone en el centro del ojo médico: “La producción de un saber sobre la ebriedad ocurre en la clínica con la internación forzosa. Acontece primero con el cuerpo

---

<sup>102</sup> Mauricio Becerra, “De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954”. Documento digitalizado en [http://www.biopolitica.cl/docs/publi\\_bio/Mauricio\\_Becerra\\_psicosis toxica.pdf](http://www.biopolitica.cl/docs/publi_bio/Mauricio_Becerra_psicosis toxica.pdf) p. 10

<sup>103</sup> *El Abstinente*, 1 de octubre 1897

<sup>104</sup> Mauricio Becerra, op. Cit.

<sup>105</sup> R. Campos Marín, “Entre el vicio y la enfermedad. La construcción medicosocial del alcoholismo como patología en España (siglos XIX y XX)” en revista *Trastornos Adictivos*. ELSEVIER tomo I núm. 3. Texto completo en <http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/entre-viceo-enfermedad-la-construccion-medicosocial-alcoholismo-13010700-ponencias-1999>

<sup>106</sup>Ibid.

del alcohólico que será objeto de una atención minuciosa para la mirada médica, lo que permite producir una descripción nosográfica que terminará por asociar ebriedad y locura.”<sup>107</sup> El proceso de medicalización de la ebriedad como patología fue el resultado de un debate amplio y mundial, desde la esfera médica, para dar una respuesta a la preocupante expansión del hábito alcohólico<sup>108</sup>.

A decir de Becerra, la patologización de la ebriedad alcohólica “produce los primeros acercamientos terapéuticos a las experiencias extáticas, erigiendo en el estado denominado como ‘delirium tremens’ su eje integrador. Tal descripción será el molde de las posteriores descripciones referidas a otros agentes de ebriedad, las que reducirán a la noción psiquiátrica de ‘psicosis’ los estados alterados de conciencia productos del uso de determinadas sustancias.”<sup>109</sup> Este es, sin duda, el precedente bajo el cual se pensará la patologización del consumo de otros compuestos psicoactivos, y que llevará al surgimiento del concepto de *toxicomanía*.

En la década de 1870, la morfina, aquel remedio que había hecho tantos prodigios en el ámbito médico, comenzó a suscitar una creciente preocupación por los efectos que tenía a nivel conductual, generando, a decir de Lohr, “necesidades artificiales”. Hacia 1871, se publicaron por primera vez, en Alemania, artículos médicos comentando el surgimiento de una nueva enfermedad: el morfinismo, término acuñado por Levi Levinstein, para referirse a la dependencia y afición a utilizar la droga fuera del ámbito puramente médico. Junto con la afición a la morfina, se constatarán similares efectos adictivos en las sustancias que serán englobadas bajo el nombre de “estupefacientes”, y que serán vistos desde las mismas categorías médicas de la manía y la psicosis. Hacia 1939, la medicalización de la ebriedad narcótica es efectiva, como se deduce de la afirmación categórica del jurista Roger Zelada: “Cualquiera que sea el camino por donde se llegue a la toxicomanía, una vez adquirida a ella pasa a ser una enfermedad.”<sup>110</sup>

Ya en la primera década del siglo XX podremos ver que tanto la ebriedad alcohólica como la narcótica fueron consideradas como enfermedades mentales adquiridas,

---

<sup>107</sup> Marcos Fernández Labbé, “Enfermedad y vicio: medicina, alcoholismo y patología social. Chile, 1870-1930” citado en M. Becerra, Op. Cit. P.7

<sup>108</sup> Un documento muy útil para entender la producción del conocimiento médico en torno a este fenómeno para el siglo XIX es “The Combined Addiction Disease Chronologies of William White, MA, Ernest Kurtz, PhD, and Caroline Acker, PhD 1864 – 1879”, disponible en <http://www.bhrm.org/papers/1864-1879.pdf>

<sup>109</sup> Mauricio Becerra, Op. Cit. P.6

<sup>110</sup> A. Roger Zelada, Op. Cit.p.12

llamándoseles comúnmente “locuras tóxicas”. El jurista Eduardo Rodríguez comentará en su tesis de 1909 respecto de la enajenación tóxica que “es en general (sic) toda sustancia orgánica que ingerida (sic) en el organismo humano puede producir una situación morbosa; para conocer si una sustancia es tóxica o es veneno hai que atender la intención con que ha sido aplicada, si es con fines terapéuticos se llama tóxica, si es con el fin de matar es veneno; las sustancias tóxicas más conocidas i (sic) agradables son el alcohol, la morfina, el éter, la cocaína, el opio, etc.”<sup>111</sup> Así también, en 1911, el profesor de Medicina Legal Universidad de Chile Tomás Ramírez reconocerá a las “locuras tóxicas” como parte de las enfermedades mentales adquiridas, entre las que se encuentra “el delirio general o manía; el delirio parcial o monomanía; las locuras unidas a neurosis o neuróticas; la demencia; y las locuras tóxicas. Entre las locuras tóxicas menciona el alcoholismo ebrioso, el cocainismo, la morfínomanía, la opiomanía, el eterismo y la pelagra.”<sup>112</sup>

## 2. Descifrando los códigos de la enfermedad mental

Podemos ver, por tanto, el surgimiento de la preocupación por los efectos mórbidos de los estupefacientes en la segunda mitad del siglo XIX, y la catalogación de este hábito en la categoría de enfermedad mental. El término manía desde el punto de vista médico – cabe hacer la diferenciación con la noción popular-, no se refiere necesariamente a un estado obsesivo, sino más bien a un trastorno del ánimo que afecta de manera problemática en la vida cotidiana<sup>113</sup>. La introducción del término “manía” constituyó una importante reformulación de lo que aquello que constituía una actividad mental normal y una anormal, en tanto dio un espacio para pensar las conductas en términos médicos con una mirada objetiva, y además, permitió conectar esta disciplina con un espacio bastante necesitado de explicaciones más concluyentes acerca de la conducta humana: los tribunales. Este incipiente concepto psiquiátrico, acuñado por Pinel en 1801, complementado con el de “monomanía”, del Dr. Esquirol en 1804<sup>114</sup>, permitió repensar los principios bajo los cuales se pensaba al criminal, creando una figura que vino a saciar las necesidades del positivismo

---

<sup>111</sup> Eduardo Rodríguez: ‘Las enfermedades mentales desde el punto de vista médico legal’ (Santiago de Chile, 1909), 12. En: Mauricio Becerra, op. Cit. P.3

<sup>112</sup> Félix Montero Urzúa: ‘Enajenaciones Mentales’ (Santiago, 1911), 8. En: Mauricio Becerra, Op. Cit.

<sup>113</sup> Diccionario médico, <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/>. Lo corroboré de todas maneras con un psiquiatra.

<sup>114</sup> Emilio García y Aurora Miguel. “Enfermedad mental y monomanía. Estudio de tesis doctorales en España. (1850-1864)Revista de Historia de la Psicología 2001, Vol 22, nº 3-4 Universidad Complutense. Madrid, 2001. Digitalizado en <http://eprints.ucm.es/9971/1/MONOMANIA.pdf>



legal decimonónico, que veía en el “loco” tradicional, un vacío legal abismante. El emplazamiento de dispositivos tendientes a manejar estas “anormalidades” se vería concretamente en la formación de una escuela médica psiquiátrica y en la construcción de un nuevo medio de control: el manicomio.

Ahora, lo que planeo hacer en este apartado es otorgarle la profundidad que tiene el término ‘toxicomanía’, y más específicamente el de ‘manía’ para quienes lo acuñaron, puesto que esto tendrá que ver con los criterios de morbidez bajo los cuales se pensó y se catalogó estas enfermedades, definiendo distintos y particulares criterios de anormalidad para construir un sujeto enfermo. Las teorías de estos médicos franceses llegaron de manera directa a Chile, puesto que sus autores fueron profesores inmediatos de quien formaría a toda la generación de médicos de la época estudiada: el doctor Lorenzo Sazié, médico “importado” a nuestro país por el gobierno de José Joaquín Prieto (1831-1841) para la constitución del primer curso de medicina, y quien sería el primer decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cabe mencionar también, como nos cuenta María José Correa, el importante rol jugado por el hijo de dicho médico, Carlos Sazié, quien dirigió el primer curso de medicina alienista de la Universidad<sup>115</sup>, así como de una generación de médicos enviados en la década de 1860 a especializarse en Europa.

El término manía se presenta, desde el título mismo de la obra de Pinel, como hermano de la alienación mental, que se refiere a un tipo de conducta en la que las facultades mentales no se presentan “normales”, viéndose el enfermo como un sujeto impedido de funcionar correctamente en la sociedad. Para este doctor, existen cinco tipos de enfermedades que caben bajo aquella categoría: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo. Las manías, en particular, en conjunto con la melancolía, tienen la característica de no privar al enfermo de toda su capacidad mental, pero sí de generar conductas consideradas problemáticas, puesto que se trataba de un “delirio limitado a un objeto o clase de objeto, manteniendo el libre ejercicio de todas las facultades del entendimiento. El melancólico puede presentar un estado de humor estable y hasta satisfactorio, o por el contrario abatimiento y tristeza extrema, con carácter difícil que

---

<sup>115</sup> En septiembre de 1881 el Consejo de Instrucción Pública aceptó la creación de un curso de enfermedades nerviosas y mentales bajo la dirección de Carlos Sazié, hijo del primer médico del asilo de locos, el francés Lorenzo Sazié. "Boletín de Instrucción Pública", *Anales de la Universidad de Chile* lx (1881): 467. En: María José Correa, “Cuerpo y demencia. La fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)” en *Revista Historia Crítica* n° 46 Universidad de Los Andes, Colombia. Enero - Abril 2012. P. 88-109

puede llegar a la misantropía y hastío extremo de la vida.”<sup>116</sup> Es interesante, sin embargo, que se encierre este tipo de conductas en un paralelo (aunque diferenciado) con la demencia y el idiotismo, puesto que éstos –incapacitados en el acto básico de “comprender”- se presentan como sujetos cuya inserción en la sociedad es prácticamente imposible. Al establecer esta generalidad, a mí parecer, lo que se hace es otorgar una categoría tajante en términos de la capacidad de intervenir a un sujeto desde la práctica médica. El ‘alienado’ antes que nada, era considerado un anormal, cuyo criterio de diferenciación se encuentra en las facultades mentales percibidas desde un marco reglamentado de aquello “sano” e “insano” de la actividad mental. La categoría alienado se presenta como una generalización poderosa, que, aunque se presente dentro de la disciplina médica como una taxonomía bastante compleja de subdivisiones de trastornos mentales, engloba a partir de la imagen del “alienado” a otro social cuya característica es, de por sí, una diferenciación entre lo correcto y lo incorrecto. Se podrá leer muchas veces el término alienado en compañía de degenerado, psicótico, neurópata, y otras clasificaciones difusas, y que sin embargo se presentan desde la lógica del positivismo médico que presentó, desde el siglo XIX, mayores intentos de una nosología y sintomatología estructurada.

El término monomanía llegó a complementar esta primera visión, puesto que su autor consideraba que la “melancolía” podía producir demasiada confusión en cuanto a los usos más tradicionales de aquella palabra: la mera tristeza. Así, la monomanía se refería a una “enfermedad mental caracterizada por el delirio limitado a un objeto o un pequeño número de objetos”<sup>117</sup>, que podía manifestarse de dos maneras: como estado depresivo o como estado de excitación, pero siempre atravesado por una condición de delirio parcial. Lo que plantea esta definición es la categorización de ciertas prácticas conductuales y también morales consideradas “anormales”, en tanto éstas se presentaban bajo la forma de delirio.

Esta revisión somera de las ideas médicas de la época nos permite comprender cómo ciertas conductas son desplazadas, a partir de un criterio de anormalidad, a uno de enfermedad. Y es a partir de esas ideas que los médicos chilenos, influenciados por las enseñanzas del doctor Sazié, comprenderán a este nuevo enajenado mental: aquel cuyo delirio comenzó con las sustancias.

---

<sup>116</sup>María José Correa, Op. Cit. P.336

<sup>117</sup>Ibid.

### 3. Los venenos sociales y la degeneración de la raza

El Dr. Antonio Pagador, en 1923, daba cuenta en su libro “Los venenos sociales”, de una creciente problemática: las toxicomanías, “esta plaga social que invade actualmente toda la tierra”<sup>118</sup>. Como una plaga, esta enfermedad social había logrado expandirse, eludiendo todo el control de las leyes y su penalidad, por todo Occidente. El autor se ubicaba desde un proceso para él consolidado, desde la introducción de las drogas como una “invasión originaria de Oriente, y que nosotros, occidentales, hemos transformado, pulido y estilizado”<sup>119</sup> hasta el verdadero hito que había agudizado la infección: la Gran Guerra. La transformación de los hospitales de campaña en silenciosos espacios de recuperación ya venía desde hace medio siglo, cuando la introducción de la morfina en la Guerra de Secesión Norteamericana se llevó lejos los gritos del dolor y la mutilación.<sup>120</sup> Pagador ilustra cómo lo que se había percibido como un remedio magistral, se había transformado en un arma de doble filo, puesto que para él la guerra europea había “transformado nuestras costumbres y, Madrid y Barcelona, las dos primeras capitales de nuestra península, se han encenagado rápidamente con las salpicaduras de aquella guerra que arrojó a nuestra patria un aluvión de gentes, portadoras de todos los vicios y exentas de todas las virtudes.”<sup>121</sup> Su diagnóstico es tajante: “El siglo de los venenos ha de llamarse en la Historia este siglo, testigo de la guerra más cruenta y de las revoluciones más hondas.”<sup>122</sup>

A partir del discurso de este médico, podemos evidenciar dos aspectos fundamentales para comprender su visión de las toxicomanías: por un lado, la noción de venenos, capaces de provocar la enfermedad y la muerte, y por otro, la de plaga, lo que implica la preocupación por el contagio. El término plaga nos lleva al de cuarentena: se hace necesario intervenir la infección, ser capaz de controlarla, antes de que sus estragos se expandan y entonces el coste sea muy alto. Lo importante de rescatar es cómo el consumo de drogas se perfila como una enfermedad que, como veremos más adelante, es tanto mental como social.

---

<sup>118</sup> Antonio Pagador, Op. Cit.p.9

<sup>119</sup>Ibid.

<sup>120</sup>Antonio Escotado, *Historia general de las drogas*. Editorial Espasa-Calpe S. A. Madrid, 1999.

<sup>121</sup>Antonio Pagador, Op. Cit. P.10

<sup>122</sup>Ibid.

Pero, siendo concretos, ¿cuál era el problema? ¿Podía ser la mera experiencia extática de las drogas una cuestión tan deplorable? Pagador lo plantea como un problema moral: el toxicómano es el portador de todos los vicios, y está exento de todas las virtudes, pero el asunto no se acaba ahí. El problema se encuentra en el origen de la enfermedad: su contagio desde Oriente. Su discurso está impregnado de una preocupación latente por el buen cuidado de su raza y, mucho más que el contagio de un hábito oriental, se trata de la transformación progresiva que éste puede ocasionar en la constitución de los hombres.

La preocupación estaba presente desde el instante en que las ciencias decimonónicas comenzaron a preguntarse por la forma en que se transmitía la herencia, y si es que esto, como había indicado Darwin desde su teoría de la Evolución, se hacía siempre en un sentido progresivo. La idea de raza, y su clara jerarquía, se hacen fundamentales para entender el discurso del médico español. Las discusiones que se suscitaron en torno a la evolución como nuevo paradigma científico, llevó también a cuestionamientos en torno a la generación de razas evidentemente inferiores a la occidental, en un racismo que se instala como norma. La teoría de la degeneración de la raza, expuesta por el doctor alienista Benedict Augustin Morel, es tanto reacción a la propuesta darwiniana, como también una respuesta, desde una visión occidentalista que se enuncia desde la evidente primacía del hombre occidental sobre el oriental. Los factores políticos tendrán mucho que ver: el colonialismo del siglo XIX estableció una nueva relación con Oriente, que veía bajo la dominación occidental la prueba de su supremacía como raza.

La teoría de la degeneración se plantea, desde Morel como su primer exponente, como una respuesta a la evolución inversa que el hombre había tenido desde su origen primigenio: el génesis descrito en la Biblia, el “hombre ideal”. Esta propuesta, de lógicas creacionistas, se contrapuso tajantemente a las teorías del darwinismo social, pero sin embargo, eventualmente con científicos como Legrain y Magnan, pudo integrar lógicas naturalistas y científicas para dar una mayor coherencia a la idea de que las sociedades humanas (y también las animales) no siempre se transforman evolutivamente en seres o razas superiores, sino que existen también movimientos inversos que disminuyen la “calidad” (en cuanto a adaptación al medio y otras categorías claramente degradatorias de aquellas etnias que no correspondieran a la caucásica-europea) de las especies. Para definir la degradación, Legrain y Magnan explican que se trata de “un estado patológico del ser que, comparativamente a sus progenitores más inmediatos, es constitucionalmente inferior

en su resistencia psicofísica y no reúna más que incompletamente las condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida. Esta inferioridad, que se traduce en estigmas permanentes, es esencialmente progresiva, salvo regeneración intercurrente; pero fuera de esta excepción, aboca más o menos rápidamente en el aniquilamiento de la especie.”<sup>123</sup>

Estas ideas penetraron en España a fines del XIX con lentitud, pero lograron instalarse como paradigma conductor de las disciplinas médica e higienista<sup>124</sup>. Al leer al Dr. Pagador, pude constatar la importancia que tiene en su argumentación una evidente concepción racista, que concibe a las razas orientales como biológicamente inferiores y degradadas. Esta degradación se vincula, entre muchos factores, con la condición intrínseca que tiene el oriental de “opiómano”. “El chino viene al mundo con la herencia del veneno ancestral. Comienza por mascar y comer la pasta de opio y las hojas de la planta, y termina por fumar el chandoo. Es para él una religión, un rito, una segunda naturaleza. La tierra que pisa es un conglomerado de pétalos de adormidera y el aire que respira está cruzado por nubes espesas del humo del opio. El asiático, pasivo y fatalista, busca en el tóxico la supresión de la personalidad, la quietud, la inercia absoluta que complementa su diátesis indolente y adinámica. El cerebro amarillo es de cortos límites de ideación y los dragones de sus telas bordadas y las flores de corolas estallantes, son todo el campo ideales en que se entienden sus ensueños.”<sup>125</sup>

La teoría de la degeneración tiene como correlato la construcción de ciertas ideas enfocadas al mejoramiento de la constitución racial de los pueblos: la eugenesia. Bajo una pretensión científica y médica, la eugenesia se basa en una nueva comprensión de las formas de herencia humana, estableciendo un esquema basado en la dicotomía mejoramiento/degeneración de la raza, a partir del cual ciertos organismos institucionales (vinculados a la concepción de Salud Pública) trazarán propuestas tendientes a asegurar el constante mejoramiento, por parte de la sociedad, de su formación hereditaria. Lo que se buscará es incentivar “que individuos de impecables condiciones físicas e intelectuales se reprodujeran entre ellos”<sup>126</sup>, así como evitar aquellas condiciones morbosas transmisibles

---

<sup>123</sup>Magnan, V. y Legrain P.M, “Les dégénéérés. Etat mental etsyndromépisodiques. París, Rueff. P. 79. En, Ricardo Campos: “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”. LLULL, Vol. 21, 1998. P.2

<sup>124</sup> Ver Ricardo Campos: “La teoría de la degeneración...”. LLULL, Vol. 21, 1998.

<sup>125</sup> Pagador, Antonio. Op. Cit. P.77

<sup>126</sup> María Gabriela Ortiz, *Eugenesia en Chile: El camino hacia la manipulación racial de un pueblo mestizo, 1900-1940*. Universidad FinisTerra. Santiago, 2006. P.3

por la herencia, a decir, el alcoholismo, la demencia, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la epilepsia así como también las toxicomanías. De esta manera, busca prevenir la participación de los ‘no aptos’ (en cuanto a sus defectos genéticos y de conductas), en la formación y nacimiento de futuras generaciones<sup>127</sup>.

Como explica María Gabriela Ortiz, los ideales eugenésicos suscitaron amplias discusiones en el ámbito chileno, puesto que dicha doctrina en Europa y Estados Unidos promulgaba una idea de raza inconcebible en términos de la composición étnica de nuestro país.<sup>128</sup> Sin embargo, en términos teóricos, la eugenesia tuvo importantes alcances en el contexto nacional, lo que queda demostrado en la dictación del Decreto Ley N° 355, del 21 de marzo de 1925. En esta norma legal se establece que “es función del Gobierno luchar contra las enfermedades y costumbres susceptibles de causar degeneración de la raza y adoptar los medios que juzgue adecuados para mejorarla y vigorizarla”. A partir de esto, se dispuso la constitución de una “División de Higiene Social”, dependiente del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. Se confería, así, a dicho organismo el deber de velar sobre “el cuidado de la raza”.

La preocupación eugenésica en Chile se manifestará, en la época estudiada, principalmente a través de estrategias higiénicas dedicadas aquellos factores reconocidamente “degenerativos” que afectan a la sociedad chilena, a decir, el alcoholismo, las enfermedades infecciosas, la desnutrición, etc.- Las toxicomanías se inscribirán, asimismo, en esta misma preocupación por el deterioro racial de la sociedad chilena.

#### **4. El cuerpo como escenario de la locura tóxica.**

Vemos ya en 1888, a la morfomanía como un problema instalado en la sociedad chilena. Las investigaciones en torno a la posibilidad de encontrar anestésicos menos tóxicos que la morfina está presente en varias tesis, sin descartar de llano la necesidad terapéutica que esta sustancia tiene en la práctica médica. Vemos, por ejemplo, el caso del Dr. Patricio Venegas, quien en su tesis de licenciatura, plantea un estudio sobre los usos de la antipirina<sup>129</sup> como forma de reemplazar al problemático opiáceo. Su estudio está motivado en gran parte por “poder preservar a la sociedad de ese fatal y dañoso hábito,

---

<sup>127</sup>Ibid.

<sup>128</sup>Ibid.

<sup>129</sup> Analgésico utilizado hoy para dolencias agudas, pero menores, como la otitis.

cada vez más invasor, la morfínomanía, que produce accidentes cerebrales graves y profundos trastornos en el organismo.”<sup>130</sup>

Desde esta visión puramente médica, el problema de la toxicomanía más que a nivel social, se observa en la constitución individual de la persona, constituyendo un peligro para la salud personal. Habrá un interés por identificar corporalmente la toxicomanía, haciendo descripciones acerca de la constitución física y psíquica de los sujetos. La forma en que estas características se presentan destacan, primero que todo, por su potencial dramático. El Dr. Antonio Pagador nos plantea una imagen vívida del toxicómano, a partir de cómo percibe al opiómano en particular: “físicamente, el opiómano adelgaza, se descarna y se vacía. Sus músculos se funden, su piel adquiere un color terroso, su mirada es como la de una bestia y su cara tiene una expresión idiota. Los pómulos parecen que van a romper la piel de sus mejillas. Las pupilas entreabiertas tienen un tinte verdoso. Los ojos se adivinan hundidos y su esclerótica tiene la frialdad viscosa de la de un cadáver.”<sup>131</sup> Se evidencia una preocupación marcada por las carnes, cuya ausencia nos llevan a un imaginario cadavérico de este sujeto flaco, descarnado y “vacío”, así como también su semblante se relaciona con dos características que, si bien buscan su evidencia en factores físicos (la mirada y la expresión) están valóricamente cargadas de antemano: se relacionará así la figura del toxicómano con la bestialidad –forma fundamental para definir otro no-civilizado e incluso para despojar la categoría de humanidad en el sujeto que se observa- y el idiotismo, que para el momento en que este discurso se produce, hace referencia a una categoría medicalizada, y colocada como enfermedad mental<sup>132</sup>, que nos da cuenta de una expresión perdida relacionada con la estupidez. El autor continúa: “La piel de la frente, surcada y pegada sobre el frontal es mate, amarilla, sucia. Los temporales hundidos. En todo su cráneo casi se adivinan las suturas óseas, y las orejas, apergaminadas, parece que van a desprenderse de aquel cráneo de escasos y ralos cabellos. La nariz está afilada, esquelética;

---

<sup>130</sup> Patricio Venegas, *De la antipirina y de su uso como sucedáneo de la Morfina en su acción analgésica*. Memoria de prueba para optar al grado Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Santiago, 1888 p.1

<sup>131</sup> Antonio Pagador, Op. Cit. P. 89

<sup>132</sup> Hasta 1925, la RAE define al idiota como el “falto de entendimiento, imbécil.” A partir de esta fecha, se vincula el idiotismo con un trastorno mental, por lo que ya es comprendido desde el paradigma médico psiquiátrico. Es interesante mencionar también que hasta 1843 el idiota no se relacionaba con la incapacidad o dificultad para el entendimiento, sino que con el “ignorante, el rústico”.

los labios amoratados dejan ver los dientes negruzcos, con unas encías descarnadas, ulceradas y sanguinolentas.”<sup>133</sup>

J. Emilio Belmonte, por su parte, describirá la constitución física del morfinómano como “de una extrema flacura, con sus pómulos salientes, cubiertos algunas veces de placas violáceas. Esta coloración es signo de que ya llega el momento de administrarse su nueva dosis. El color de la cara es plomizo, de mirada vaga sin expresión, apareciendo arrugas prematuras que dan el aspecto de una persona de edad avanzada. También sufren de calvicie, y son muy predispuestos a la tuberculosis y otras enfermedades, pues su resistencia orgánica es casi nula.”<sup>134</sup> Como vemos, existe una nueva fijación en la flacura y la debilidad corporal, que ahora se relaciona con una degeneración temprana del cuerpo, que relaciona al cuerpo del toxicómano con el estado débil de la vejez.

Estas características nos dan cuenta del estado fisiológico con el que se relaciona al toxicómano, en una descripción casi nosológica de la enfermedad. Serán estos los síntomas de primer nivel que serán observados por estos discursos, que harán de la figura del toxicómano no sólo el escenario de una enfermedad *mental*, sino que físicamente verificable. Dichas representaciones no se alejarán, por ejemplo, de aquellas con las que se describe a la tuberculosis y a las enfermedades venéreas, verificando la debilidad de las carnes y la pérdida del color “normal”.

Además, existirá un énfasis marcado en describir la generalización mórbida del cuerpo del toxicómano, densamente afligido por una terrible sintomatología:

“Hay trastornos de los diversos sistemas. El sistema gastrointestinal es visiblemente afectado: hay disminución de la saliva, el medio de la boca se hace ácido, los dientes se carían y el aliento se hace fétido. Hay pérdida del apetito, constipación, son frecuentes los hemorroides y los prolapsos rectales. Se producen crisis intestinales, colelitiasis, vértigos, etc. [...] En el sistema respiratorio los efectos se manifiestan por bronquitis crónica y el individuo se transforma en un campo fácil para la tuberculosis. Los que absorben cocaína por la mucosa nasal llegan a presentar perforaciones del tabique.[...] La circulación es igualmente afectada. El toxicómano siempre siente frío, las extremidades adquieren un tinte [ilegible]. La presión arterial es generalmente anormal. Hay, también, trastornos de las

---

<sup>133</sup> Antonio Pagador, op. Cit.

<sup>134</sup> J.E. Belmonte, op. Cit. p.18



glándulas de secreción interna. En la mujer, generalmente, cesan las menstruaciones y los hombres dejan de ser impudentes.”<sup>135</sup>

De la misma forma, el doctor Pedro Macuada en 1940 dirá sobre el estado mórbido del toxicómano: “Las funciones del corazón, de los riñones, del cerebro, de los nervios, están totalmente comprometidas y alteradas por el tóxico. Todas las infecciones hacen fácil presa en ese organismo desnutrido y sin defensas. La tuberculosis principalmente acecha a esos individuos y los devora con facilidad”<sup>136</sup>.

El toxicómano, sin embargo, presenta como problema médico una sintomatología más compleja, relacionada con características de la personalidad y la conducta. Mientras que en la descripción física podemos ver al individuo de forma estática, como si se tratara de un retrato fotográfico, la descripción psíquica de esta enfermedad será presentada en base a poner a los toxicómanos en “escena”, en una descripción que nos muestra movimiento, acción y la consideración de un espacio en el que el sujeto se desenvuelve, como vemos en el ejemplo siguiente:

**La hora de la inyección.** Cuando llega el momento de la inyección, se apodera del morfinómano, una gran agitación interior, se pone inquieto muy a su pesar; recorre todos sus miembros un hormiguelo incesante, los músculos se le avivan con temblores febricitantes (sic), y le parece que millares de gusanos se encarnizan en su cuerpo. [...] La debilidad le abate, fáltanle las fuerzas, lleno de ansiedad, de dolorosa opresión al tórax, no alcanza a realizar una inspiración, respiración entrecortada, pulso débil y lento; el corazón le palpita, zumban sus oídos y la cabeza le parece horriblemente vacía. El pensamiento se entorpece, y toda acción espontánea se dificulta. La inteligencia no le permite fijar sus ideas, y en este caos de pensamientos confusos, solo queda una preocupación dominante e imperiosa: aplicarse una inyección de morfina.<sup>137</sup>

De la misma forma, la tesista de Química y Farmacia, Laura Monnetta, relata: “Una vez pasada la hora de su inyección, el morfinómano se vuelve inquieto, sus facciones se alteran y su respiración se acelera. Más adelante aparece la ansiedad, asociada a la

---

<sup>135</sup> A. Roger Zelada, op. Cit. p.14-15

<sup>136</sup> Pedro Macuada: *El suicidio por las drogas*. Editorial Zigzag . Santiago, 1940. P. 56

<sup>137</sup> J. E. Belmonte, Op. Cit. p.20-21

inhibición muy prolongada de las diversas funciones psíquicas. El enfermo abandona el trabajo o una conversación durante su transcurso y se aleja temiendo no poder sobreponerse a la exasperación que es víctima. Al mismo tiempo se nota palidez en la cara, aceleración y pequeñez del pulso, sudores fríos, a veces diarreas y colapso. Todos los síntomas se calman con una inyección de morfina”<sup>138</sup>

Podremos ver cómo se configura cierta sintomatología psíquica a través de categorías tanto médicas como morales, tales como ‘degeneración impulsiva’, ‘perversión moral’, ‘pérdida de la dignidad y el honor’, ‘desdoblamiento de la personalidad’, ‘abulia’ y ‘anestesia moral’. Esto evidencia cómo el saber psiquiátrico estará fuertemente comprometido con un discurso moralizador, que establecerá en torno a normas sociales una suerte de tipología de lo que, a nivel psíquico, se considerará anormal. Así, por ejemplo, la abulia, que se presenta regularmente como síntoma psíquico de las toxicomanías, aparecerá relacionada con conductas inarmónicas en el medio social, como podemos ver la tesis del Dr. Arce Molina: “La afectividad apagada, se trata de un individuo indolente para sí mismo y para los suyos; los sentimientos más elevados, como altruismo, dignidad, respecto de las leyes no existen ya.”<sup>139</sup> Así podemos ver qué tipo de conductas son las que se esperan de un individuo psíquicamente sano: afectividad, preocupación por el otro y por sí mismo, altruismo, dignidad, obediencia, etc.-. En este mismo sentido, explica Macuada, el toxicómano se define no solo por presentar actitudes contrarias a las normas conductuales “apropiadas”, sino por el quiebre rotundo con la estructura moral, explicado en un sentido de carencia: “todo lo ha perdido: salud, patria, familia, dignidad, situación. (...) Y así como el sentido familiar afectivo se ha perdido, se ha perdido también el sentido moral: no es raro que el opiómano se convierta en ladrón para procurarse la droga, pero eso para él no tiene importancia. Ladrón y embustero; porque para él la mentira no existe, forma parte de su modo de ser como una cosa específica y natural”<sup>140</sup>.

Las transgresiones a los límites morales atribuidas a los toxicómanos son múltiples, como indica Pagador: “**Miente** para negar, audaz, su vicio, o se vanagloria de su intoxicación. [...] Se vuelven **sucios, descuidados, abandonados**. [...] La **debilitación moral y afectiva** llega hasta la obnubilación completa [...] Los hombres más educados y amables se convierten en **groseros e insoportables**. La corrección en contradicción

---

<sup>138</sup>Laura Monetta, *Breve estudio sobre el opio y sus derivados*. Santiago, 1929.

<sup>139</sup> Arce Molina, *Higiene Mental*. Santiago, 1937. p.118.

<sup>140</sup>Pedro Macuada, Op. Cit. p.65

constante y si es mujer **pierde su instinto de coquetería y de pudor**, hasta límites inconcebibles”<sup>141</sup>. Podemos ver en este ejemplo y en los anteriores como existe una doble dimensión de la transgresión moral del toxicómano: primero en un sentido de individuo, del que se espera la adopción de valores como parte fundamental de su conformación ética (sentido de patriotismo, preservación de la salud, higiene personal, dignidad, etc.-), y por otro lado, en términos de su inserción en la sociedad, primando normas relativas a la convivencia armónica de los individuos (como la honestidad, la amabilidad, el pudor, la afectividad familiar, etc.-).

En forma general, se pueden evidenciar un énfasis particular en tres aspectos del toxicómano puesto en escena, y que configurarán las principales preocupaciones que sobre ellos se tienen: 1) la vinculación con la inmoralidad y carácter antisocial; 2) el desdoblamiento de la personalidad que presentará el sujeto y 3) la situación de contagio, por la que el toxicómano será presentado principalmente como un proselitista y como germen de descendencia degenerada. Todos estos factores serán colocados para defender un punto central transversal al discurso médico y médico-legal: el toxicómano es **peligroso**.

En términos de su vinculación con la inmoralidad y su carácter antisocial, la discusión estará dada por la carencia absoluta del sujeto de **voluntad**, reemplazada ahora por la necesidad desesperada de su fármaco “Los morfinómanos carecen de voluntad. [...] El sentido moral está muy debilitado, sufren de una indiferencia absoluta: los afectos casi desaparecen y no sienten sino el egoísmo más total, que los arrastra a vivir solo para su vicio.”<sup>142</sup> El morfinómano se presenta como un ser desgraciado, “aguijoneado por el anhelo incesante de volver a sentir aquellos primeros goces de la euforia, se precipitará cada día más en su vicio, considerándose siempre vencido contra esta pasión invasora”<sup>143</sup>. Inevitablemente, nos indica el autor, se entregará a un “verdadero e inaudito abuso”<sup>144</sup>. La inmoralidad del toxicómano no pasa solamente por la dependencia del fármaco, sino que por la amenaza que la práctica implica en su relación con otras personas, como el Dr. Salvador Allende nos indica, en 1933: “El toxicómano es una carga pesada y una constante amenaza para la familia y la sociedad, por la pérdida y relajación de su moral, pareciéndole

---

<sup>141</sup> Antonio Pagador, Op. Cit. P. 133.

<sup>142</sup>J. E. Belmonte, Op. Cit. p.15

<sup>143</sup> J. E Belmonte, op. Cit. p.20

<sup>144</sup>Ibid.

al enfermo perfectamente lícito, en el imperioso anhelo de conseguir la droga, recurrir a los más extremados medios, como la mentira, la estafa o el crimen.”<sup>145</sup>

La anulación de la voluntad, hace del toxicómano un ser “esclavizado”<sup>146</sup>, que transgredirá ciertos límites sociales tanto para saciar su vicio, como a consecuencia de él, como indica Belmonte: el morfinómano obedece a todas las órdenes de su droga, perdiendo su capacidad de discernimiento, y por tanto, “se ve impulsado con irresistible fuerza a pincharse”<sup>147</sup>.

En términos concretos, esta anulación de la voluntad tiene como consecuencia seres antisociales. El Dr. Arce dirá sobre ellos: “Estos individuos sufren generalmente perturbaciones profundas en su esfera moral, perturbaciones que producen reacciones antisociales, que van desde el crimen hasta los delitos sexuales; que van de las toxicomanías a la ofensa de las buenas costumbres.”<sup>148</sup>

Belmonte nos ofrece el dramático relato de su alejamiento de la sociedad: “En este momento comienza el abandono y la negligencia en su tenida antes impecable, ahora no teme mostrarse distraído. Cabellos y barba hirsuta, sus uñas están sucias y abandonadas, los cuidados higiénicos no los preocupan. Este descuido es para el observador una verdadera rebelión e indica que el morfinómano se ha aislado parcialmente de la sociedad.”<sup>149</sup> Esta condición antisocial, representada por la imagen de un cuerpo descuidado y sucio, tiene su correlato en la transformación moral del individuo. “Más adelante, ya lo vemos encerrado en un egoísmo insensato y absoluto, que todo el resto del universo les es profundamente indiferente. La inteligencia no tiene sino leves destellos, que los emplean para asegurarse que no les falte su morfina. La anestesia moral y sensitiva es completa. Buscan la soledad. Su posición favorita, sobre todo en las mujeres, es la horizontal.”<sup>150</sup> Dicha anestesia moral sería la causa de los actos inmorales que se le atribuyen a este tipo de enfermo. Se dirá de ellos que “son por esencia mentirosos, astutos hasta lo inverosímil, con el fin de engañar a los que lo rodean”<sup>151</sup>, “todo sentimiento de pudor desaparece; el cuidado de su persona no

---

<sup>145</sup> Allende, Salvador. *Higiene mental*. Tesis para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile p.62

<sup>146</sup> J. E. Belmonte. Op. Cit. p.13

<sup>147</sup>Ibid

<sup>148</sup> Arce Molina, Op. Cit. p.11

<sup>149</sup> Belmonte, Op. Cit. p.15

<sup>150</sup> Belmonte, Op. Cit. p.16

<sup>151</sup> Belmonte, Op. Cit. p.14

las inquieta. [...] Si les falta el excitante, se ponen insoportables aun para aquellas personas más queridas.”<sup>152</sup>

Una de las características más destacadas que se atribuyó a los toxicómanos fue el del **desdoblamiento** de su personalidad. Según Belmonte, “el morfinómano es un ser verdaderamente desdoblado, según que esté privado de su tóxico o con su dosis ordinaria. Estos dos estados no tienen punto ninguno de comparación. La inyección modifica inmediatamente al morfinómano, de triste, apático, perezoso, lo vuelve en activo, comunicativo, pasando de la fluidez a la fanfarronería, de la debilidad extrema, a la dulzura más exquisita, del desprecio por la vida a la alegría de vivir. Tales cambios operan instantáneamente. Momentos antes de la inyección son irritables, después vuelve la inteligencia a aparecer viva y animada; la metamorfosis es tan radical, que asombra aun a los que están acostumbrados a observarla.”<sup>153</sup> Esta bipolaridad de la conducta del toxicómano será un factor determinante para establecer la **desconfianza** y la imprevisibilidad de su carácter cuanto se encuentra en abstinencia.

El morfinómano se dibuja como un sujeto esencialmente mentiroso, cínico, descuidado, egoísta y rebelde. Pero ese es sólo un cariz del desdoblamiento: “Mientras tenga su provisión de morfina, sus actos no tomarán un carácter impulsivo, pero si son víctimas de la abstinencia, entonces sí que son de temer.”<sup>154</sup> Como vemos, el factor central de la bipolaridad del morfinómano tendrá que ver con el síndrome abstinencial, hasta el punto en que se considera que en algunos casos “este estado es compatible con sus ocupaciones diarias, conserva sus hábitos y lleva a feliz término un trabajo serio. Sus negocios son manejados con cordura y nada manifiesta en él en apariencia los graves trastornos de su razón.”<sup>155</sup>

Sin embargo, el llamado “delirium tremens morfinico” que trae la abstinencia es considerado una modificación tan radical de la personalidad y la voluntad, que puede dar paso a “impulsiones”, entre las que Belmonte cuenta la impulsión a inyectarse (cualquier cosa que esté a su alcance), impulsión al homicidio y al suicidio, al robo y a la prostitución.

Lo que puedo deducir de esta imagen del toxicómano como un ser “doble” es, por un lado, la preocupación por la radicalidad de su cambio –generando desconfianza, por lo

---

<sup>152</sup>Belmonte, Op. Cit. p.15

<sup>153</sup> Belmonte, Op. Cit. p.13

<sup>154</sup> Op. Cit. p.17

<sup>155</sup> Op. Cit. p. 22

impulsivo e imprevisible de sus actos- pero de manera más importante, por la monstruosidad de su metamorfosis. “Podemos decir que el morfinómano en estado de necesidad, se convierte en un verdadero **animal**, que no desea ni ve otra cosa que saciar su necesidad.”<sup>156</sup> Dicha animalidad se expresa en la transformación de su carácter relacionada a estados furiosos e, incluso, a locuras momentáneas –o “síndromes episódicos” a decir de Magnan<sup>157</sup>- representadas por la impulsión al robo, al asesinato y al suicidio.

Una tercera característica, como ya he mencionado, es el **proselitismo** del toxicómano, que aunque no se presenta como generalizada, corresponde a uno de los peligros más patentes en los discursos médico-legales. A decir del abogado Roger Zelada, “Se sabe que los narcómanos, especialmente los morfinómanos, tienen la tendencia a hacer prosélitos y los buscan entre sus amigos, sus cónyuges o sus amantes, usando para vencer los escrúpulos o el temor de los no iniciados de una astucia e inteligencia admirables”<sup>158</sup>.

Los proselitistas, o “morfinómanos cínicos” son aquellos quienes no disimulan su vicio, sino muy por el contrario, lo recomiendan y expanden: “exageran su dosis, y pintan aumentados los placeres morfinicos, enumerando con torpe complacencia sus efectos, estos son los ‘cínicos’. Se aplican sus inyecciones delante de las personas que las creen capaces de ser convencidas con sus beneficios.”<sup>159</sup> Éstos son para Belmonte el peligro más importante, “estos son los peligrosos, que deberían ser castigados con todo el rigor de la ley”<sup>160</sup>.

Al poner al toxicómano bajo el lente médico, y al categorizarlo como “enfermo”, se traza una sintomatología que explicita lo que se espera o no de un cuerpo sano y una mente sana. Como vemos, la dotación de características corporales y psíquicas conforman un imaginario que nos permite conocer desde qué criterios “patológicos” se construye una condena a un tipo de conducta y un tipo de constitución fisiológica, por considerárselas anormales.

El diagnóstico del abogado Roger Zelada resume en forma categórica esta relación problemática con el toxicómano: “El toxicómano cuando no es un psicópata constitucional,

---

<sup>156</sup> Op. Cit. P.48

<sup>157</sup> Op. Cit. p.27

<sup>158</sup> Roger Zelada, Op. Cit. P.17

<sup>159</sup> Belmonte, Op. Cit. p.16

<sup>160</sup> Op. Cit. p.16

llega a ser un enfermo mental a causa de su vicio. Su desorden psíquico lo hace incapaz de un trabajo continuado, pierde el sentido moral y es un **candidato al delito**. En su desesperación por conseguir la droga, **es capaz de cometer delitos contra las personas y los bienes** (hurtos, robos, lesiones, homicidios), en estado de ebriedad tóxica puede cometer **delitos sexuales (violación, estupro)**. Es, además, un individuo inepto para el matrimonio, habida consideración del peligro que significa para la descendencia.”<sup>161</sup> El Dr. Allende presentará de igual manera una vinculación de este sujeto con el delito: “El toxicómano es una carga pesada y una constante amenaza para la familia y la sociedad, por la pérdida y relajación de su moral, pareciéndole al enfermo perfectamente lícito, en el imperioso anhelo de conseguir la droga, recurrir a los más extremados medios, como la mentira, la estafa o el crimen.”<sup>162</sup>

La medicina legal deberá, partiendo de esta sintomatología “convenida” por el discurso médico, hacerse cargo de este sujeto anómalo tan fácilmente vinculado con el crimen y la degeneración, lo que suscitará nuevas preocupaciones sobre cómo tratar al toxicómano desde el Derecho civil y penal.

## **5. Lidiar con sujetos antisociales. Observaciones desde la medicina-legal y el Derecho.**

Como ya hemos visto anteriormente, la medicina legal se servirá del conocimiento médico “establecido” y valorado científicamente para enfrentarse a la problemática de las toxicomanías, pero repensará al toxicómano desde sus propias lógicas, llevando a este sujeto –médicamente pensado- al ámbito jurídico, sometiéndolo así a criterios de observación centrados en definirlo como sujeto de Derecho.

La medicina-legal, como rama del Derecho, tendrá como sus principales objetivos, por un lado, establecer un marco normativo para regular la buena convivencia entre los individuos, y por otro, establecer una proyección progresista de la sociedad, a partir de la cual los principales problemas que aquejaban al cuerpo social pudieran ser debidamente solucionados. Así, el abogado Belmonte, indicará: “Son los grandes problemas colectivos de orden económico social los que mueven a los hombres a revivir, generar y plantear

---

<sup>161</sup> Roger Zelada Op. Cit. p.18

<sup>162</sup> Salvador Allende, op. Cit. P.62

nuestros postulados de convivencia. Y así, los más variados y múltiples aspectos de la vida, aún aquellos de máxima intimidad, han variado su concepción.”<sup>163</sup> Vemos así, no sólo la preocupación por la buena convivencia y la solución de problemas de gran orden, sino que también por el individuo en el ámbito privado, extrapolándose este espacio a uno de interés público, y a partir de ello, la supeditación total de este individuo al orden social.

El médico Salvador Allende, desde la psiquiatría, se referirá a la importancia de la medicina legal en el desarrollo económico y social de la nación. “No es de extrañarse entonces, que la orientación actual de las ciencias médicas esté ligada al desenvolvimiento económico social de la humanidad, y que su máxima preocupación sea, no el individuo como enfermo aislado, sino como integrante de la colectividad, cuya vida está vinculada intensamente a la de los demás seres. Ante el caso clínico se interesa y apasiona el médico; pero se interesa y apasiona más, por vislumbrar y prever los efectos nocivos que éste puede tener para el conglomerado social; y no tan solo utiliza su ciencia para evitarlo, sino que afianza su acción en la ley si es necesario.”<sup>164</sup> Más que el cuerpo enfermo, la medicina-legal se enfrentará a un cuerpo-social considerado malsano, con síntomas reconocibles en la miseria, las enfermedades infecciosas, el crimen, etc., y para el cual, desde el Derecho, se ofrece cierta terapéutica social: un orden en que los distintos elementos de la sociedad consigan –como diría el Dr. Allende- un estado *armonioso* para desenvolverse, regulando las formas correctas de interacción de las personas, y al mismo tiempo castigando aquellas consideradas anómalas y potencialmente peligrosas. Así, concluirá Allende: “Hoy, no sólo previénese y se cura. Hoy se previene, se cura y se sanciona. Al enfermo infeccioso, se le aísla. Al enfermo rebelde al tratamiento, se le recluye. Al enfermo tarado, se le impide, en nombre de la sociedad y en beneficio de ella, gran parte de sus actividades.”<sup>165</sup>

Ahora bien, ¿en qué consiste tal desarmonía? ¿Desde qué bases la medicina-legal se enfrenta a las toxicomanías como problema?

A pesar de que el problema de las toxicomanías había sido pensado desde principios del siglo XX desde el Derecho, tanto desde el Derecho Internacional consagrado en convenciones Internacionales como la de Shangai (1909) y la Haya (1912), el tema del toxicómano como sujeto de derecho comienza a ser abordado en la escuela de Derecho de

---

<sup>163</sup> J. E. Belmonte, Op. Cit. P.2

<sup>164</sup> Allende, op. Cit.

<sup>165</sup> Op. Cit. p.7



la Universidad de Chile recién en 1920<sup>166</sup>, con la presentación de la tesis de José Emilio Belmonte, *Capacidad y responsabilidad del morfinómano, cocainómano y opiómano*. Este autor, así como los que le seguirán, se enfrentará a un marco legal que no da cuenta en absoluto sobre este tipo de sujeto, para cuestionarse acerca de cómo –desde las lógicas fundamentales del Derecho Civil, demarcadas por las disposiciones del Código Civil de 1857- la sociedad debe tratar con este sujeto, así como qué derechos y obligaciones son efectivas en un individuo que –según lo indicado por la ciencia médica- carece de voluntad, de libertad y en muchos casos, de sano juicio.

Para dicho año, los intelectuales y políticos de la República habían consagrado su afán de constituir un código normativo “moderno”, análogo a las codificaciones desarrolladas en Europa tras las revoluciones liberales. El presidente Manuel Montt hace explícita esta influencia, al afirmar el deseo de “emprender una obra semejante, con la ventaja de podernos aprovechar de los trabajos de otras naciones ilustradas por la ciencia y por una larga experiencia.”<sup>167</sup> Fue a través de estos códigos normativos, sobre todo el francés de 1804, que se legitimaron una serie de principios que darían forma a una nueva noción de Estado, entre los que se cuentan el derecho a la propiedad concebido como emanación "natural" de la persona y la seguridad más absoluta para su disfrute; la defensa de la institución familiar, nuclear y urbana, construida en torno al matrimonio entendido como contrato laico y disoluble; y el principio de la autonomía de la voluntad para crear compromisos jurídicos obligatorios y, dentro de ciertos límites, para revocarlos. Pero sobre todo, como indica Montt, “fijar reglas uniformes, a primera vista minuciosas, para determinar el punto preciso en que nacen y expiran los derechos y las obligaciones en que este elemento figura.”<sup>168</sup>

El Código Civil chileno establecía las categorías y normas básicas para comprender la relación de convivencia de las personas dentro de la sociedad, entre lo que destaca la

---

<sup>166</sup> Aunque se había incluido la figura del toxicómano como una enfermedad mental en los trabajos de Eduardo Rodríguez: *Las enfermedades mentales desde el punto de vista médico legal* (Santiago de Chile, 1909) y Félix Montero Urzua, *Enajenaciones Mentales* (Santiago, 1911), en los que se mencionan a los estupefacientes como agentes tóxicos capaces de generar locura. Sin embargo, éstos son apenas mencionados y en consecuencia se funden con la figura del “demente” sin mayores cuestionamientos. Las tesis analizadas para esta parte estarán dadas desde el principio por la pregunta por el toxicómano, sobre todo cuando se reconoce que la figura del *demente* en la legislación Civil y Penal no permite responder de manera “apropiada” ante estos nuevos sujetos enfermos.

<sup>167</sup> MENSAJE DEL EJECUTIVO AL CONGRESO PROPONIENDO LA APROBACION DEL CODIGO CIVIL. Código Civil.

<sup>168</sup>Ibid.

“autonomía de la voluntad” (autonomía privada), la protección a la buena fe, el derecho a la propiedad privada, la sanción al enriquecimiento sin causa y el concepto de responsabilidad civil. Pero sobre todo, supedita a un marco regulatorio a la totalidad del cuerpo social, al establecer la noción de “persona” –natural o jurídica- y desprender de esta categoría derechos y obligaciones irrenunciables. Sin embargo, en este mismo marco, se exigirán ciertas condiciones para poder ejercer la personalidad, que consistirán primordialmente en: a) la posesión de pleno “juicio y discernimiento”, b) tener verdadera libertad al momento de ejecutar cualquier acción civil, c) en el caso de la imputabilidad, se requerirá, además de discernimiento y libertad, intencionalidad. En términos prácticos, el Código Civil dictaba:

“Art. 1447. Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito.

Sus actos no producen ni aun obligaciones naturales, y no admiten caución.

Son también incapaces los menores adultos y los disipadores que se hallen bajo interdicción de administrar lo suyo. Pero la incapacidad de las personas a que se refiere este inciso no es absoluta, y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos, determinados por las leyes.

Además de estas incapacidades hay otras particulares que consisten en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos.”<sup>169</sup>

Los toxicómanos, dentro de este marco, plantearán nuevas interrogantes por los matices que ofrece dicha “enfermedad mental”, por no encarnar -en términos estrictamente médicos- una demencia, lo que generará conflictos en términos del discernimiento, como analizaremos más adelante.

Cabe, por tanto, analizar las distintas implicancias que este problema tenía para los juristas que se enunciaron sobre este particular. En 1939, el abogado Roger Zelada, explicará: “Desde muy antiguo los hombres de todas las nacionalidades y razas han buscado, por una desgraciada ocurrencia, el **medio irracional y antinatural**[destacado mío] de los estupeficientes para conseguir la realización de ciertos estados psíquicos especiales de euforia o de quietud física y espiritual que se asemejen al concepto vago de lo

---

<sup>169</sup> Código Civil.

que vulgarmente se entiende por felicidad. A esos estados los hombres de ciencia califican de ‘paraísos artificiales’<sup>170</sup>. Podemos ver, en un momento en que el proceso de marginalización que esta investigación busca abarcar se encuentra ya en pleno funcionamiento, que existe una condena intrínseca al consumo de drogas, por considerársele un sucedáneo de lo que, para el contexto, significa la *felicidad*. Ello se desprende de una característica fundamental del problema de las toxicomanías: estos sujetos enfermos, convencidos de la bondad de sus sustancias, las defenderán y adularán, a modo de crearse prosélitos. Sin embargo, como explicará el autor más adelante, la preocupación por las drogas no se expresa solo por el gusto de ciertos sujetos de abstraerse hacia una felicidad considerada ilusoria, sino que por el hecho de que los tóxicos “producen en los que a ellos se entregan, degeneraciones y taras físicas y psíquicas de tal consideración que llegan a transformarlos en verdaderos inadaptados sociales cuando no en enajenados mentales. Y lo que es más grave, engendran descendencia enferma, con lo que contribuyen, en no poca proporción a la degeneración del hombre.”<sup>171</sup>

El abogado Belmonte, además, identificará otro tipo de elemento que resulta perturbador en la armonía social, y que será central para comprender la preocupación por el toxicómano desde la medicina-legal. “En una sociedad bien organizada, todo ocioso degenera en un elemento perturbador; el individuo no solo es culpable cuando destruye, sino que también es nocivo, cuando no coopera material o intelectualmente a la producción de la vida social. [...] Se sabe que Solón clasificaba la ociosidad en el número de los delitos: la ociosidad y el incendio son similares, el no hacer nada equivale a destruir, por cuando esto conduce a un retardo en la acumulación de cosas útiles.” [...] El morfínomo habituado por su pereza, no solo es un ser improductivo, sino también nocivo en razón de sus tendencias al proselitismo.”<sup>172</sup>La relación con el “ocioso”, peligroso por su inutilidad, tendrá una relación íntima con la vida bohemia, ajena a los verdaderos valores a los que debe aspirar la sociedad según médicos y juristas: el trabajo y la salud. Será este tipo de morfínomo -el “pasional” o “cínico”- aquél que relacionará más marcadamente a las toxicomanías con el *vicio*.

Roger Zelada, en su texto *El problema de las toxicomanías*, se preocupará por hacer una categorización de los sujetos a partir de cómo se contrae el vicio, lo que determina, en

---

<sup>170</sup> A. Roger Zelada, op. Cit. p. 8

<sup>171</sup> Ibid.

<sup>172</sup> J. E. Belmonte, Op. Cit. p.34

gran medida, qué tipo de toxicómano se es: terapéutico o vicioso. Hemos visto ya, a partir de la mirada médica sobre el cuerpo del toxicómano, que desde estos discursos se entiende una sintomatología y nosología particular, que coloca a estos sujetos bajo la categoría de “enfermos”. Aunque la medicina-legal tenga necesidad de rescatar el conocimiento convenido desde el saber médico, y por tanto, la categorización del toxicómano como enfermo se hace irrefutable, su ámbito de estudio se refiere a estos sujetos enfermos insertos en la sociedad, sometiendo al sujeto no a criterios de morbosidad (lo que ya se da por sobreentendido), sino que en términos de su capacidad y responsabilidad, lo que definirá incluso, la capacidad de ser considerado sujeto de Derecho.

La relación con el vicio, para este saber, será fundamental, en tanto permitirá definir estándares en que las toxicomanías son comprendidas o condenadas, según distintos matices. En general, podemos identificar tres tipos de toxicómanos, en los que se pone en juego su voluntad y la intención del uso. Cabe destacar que todos los tipos de toxicómanos serán reconocidos, tanto por Allende como por Roger Zelada y Belmonte, como “predispuestos” a contraer la enfermedad, por poseer una constitución psíquica más débil. Sobre ellos, Roger Zelada indicará: “son los que sufren de una especie de déficit psíquico que los hace inaptos para conseguir ciertos estados sensoriales o emotivos, que sólo presienten en toda su plenitud y que recurren al tóxico para lograrlo.”<sup>173</sup> La toxicomanía ocurrirá en un terreno ya preparado por la constitución física y psíquica del individuo, por lo que, aunque se considera a todos los toxicómanos como enfermos, la *intención* de drogarse jugará un papel fundamental en las consideraciones que la medicina legal haga de este sujeto.

En primer término, tendremos los toxicómanos “terapéuticos”: quienes han adquirido el vicio a partir de la prescripción –en todos los casos negligente, según Belmonte- de drogas de potencial adictivo por parte de un médico o boticario. Dicha debilidad los transforma en meras víctimas de la acción de un tercero –la familia, el médico, la enfermera, etc.-, y por tanto, el trato hacia ellos desde el Derecho estará determinado por el interés de proveerles un tratamiento y una cura.

Un segundo tipo de toxicómano podría definirse como el “prosélito”, al que también se le atribuye una constitución psíquica débil y cierta condición de víctima. Sin embargo, Roger Zelada los considerará “culpables”, en tanto “el individuo se intoxica sin haberlo

---

<sup>173</sup> Roger Zelada, p. 11

deseado, pero por negligencia de su parte”<sup>174</sup>. Belmonte, a su vez, los considerara “neurópatas, que son degenerados impulsivos, que tienen la voluntad casi abolida, tratando de gustar todo lo que su cerebro enfermizo les dicta.”<sup>175</sup>

Un último tipo será el más controversial para todos los autores: el toxicómano “pasional” o “cínico”. Se referirá particularmente a “los inestables, los inadaptados al medio social que buscan en sí mismos, lo que, en su concepto, la sociedad les niega. Y son los buscadores de sensaciones, curiosos enfermizos o los intelectuales decadentes.”<sup>176</sup> Belmonte los identificará como aquellos que “en el uso de la droga buscan placeres nuevos, o estimulantes para su cerebro.[...] Estos constituyen la aristocracia del vicio, pues lo forman escritores, periodistas, poetas, mujeres del gran mundo, etc.”<sup>177</sup>. Vemos cómo se establece una relación íntima entre la vida intelectual y el consumo de estupefacientes, lo que determinará en gran parte su peligro: el contaminar transversalmente a la sociedad, sin importancia de la condición económica o social. Serán estos “buscadores de sensaciones” e “intelectuales decadentes” sobre quienes más pesará la condena, centrados principalmente en su potencial proselitista.

Existirá una preocupación recurrente, además, por la relación del toxicómano con el delito. Si bien el consumo mismo es considerado una condición morbosa, y por tanto, no corresponde a un delito, se dirá de este tipo de sujeto que, como ser profundamente inestable y “aunque su estado de peligrosidad varía en cada caso y circunstancias, podemos decir, en general, que es un candidato al delito”<sup>178</sup>. A partir de esta consideración es que, como veremos más adelante, la medicina-legal se interrogará sobre si el toxicómano es imputable, siendo que, obedeciendo una voluntad que no es la propia (sino que la del tóxico), carece de “libre albedrío”, cuestión fundamental para comprender el hecho delictivo, lo que será analizado posteriormente en torno a la noción de responsabilidad penal.

---

<sup>174</sup> Roger Zelada, p.20

<sup>175</sup>

<sup>176</sup> Roger Zelada p.11

<sup>177</sup> J. E. Belmonte, Op. Cit. p. 10

<sup>178</sup> Roger Zelada, Op. Cit. p.20

## 5.1 Consideraciones del toxicómano como sujeto de Derecho

Ya habiendo establecido una base médica para definir al toxicómano, así como también aquellas preocupaciones sociales que este sujeto suscita, el Derecho se enfrentará a dar inteligibilidad a esta figura en los marcos reglamentarios dictados por la legislación vigente, para que estos sujetos puedan ser comprendidos en su relación con el todo social.

Tanto para Belmonte como para Roger Zelada, el problema de las toxicomanías, aunque se comprenda como una enfermedad, plantea la necesidad de definir qué tipo de enfermedad mental entraña, en términos de si se tiene consciencia o no de los actos que el sujeto cometa. La cuestión de la *intención* y la *voluntad* será fundamental, puesto que ello es determinante para definir, por ejemplo, la responsabilidad de un morfinómano al cometer un asesinato o una estafa, que podría no ser imputable según el Código Penal en su artículo 10, número 1, que establece la exención del criminal si “se halla totalmente privado de razón por causa independiente de su voluntad.”<sup>179</sup> Al considerar a los toxicómanos como seres privados de razón o supeditados a una voluntad ajena a sí mismos, se les vincula necesariamente con un estado demencial, bajo el cual no pueden hacerse responsable de sus acciones, y por tanto, susceptibles de convertirse en interdictos, despojándoseles así de su capacidad y responsabilidad civil. Sin embargo, el saber clínico sobre el toxicómano complica en gran medida estos enunciados, puesto que parte de la personalidad desdoblada de este sujeto incluye momentos de evidente lucidez y hasta viva inteligencia –sobre todo para conseguir los fármacos, e incluso, dirá Belmonte, serán “aptos para dirigir sus negocios, razonando cuerdamente y aun se lamentan amargamente de los desórdenes de vida, suplicando se les cure de tales impulsiones.”<sup>180</sup> Esto abre la pregunta de si debe considerarse al toxicómano como un verdadero enajenado mental, o si debe considerársele un sujeto especial para el cual es necesario establecer un marco legal específico.

La medicina-legal se cuestionará, entonces, ya no sobre las características físicas o psíquicas particulares de esta “enfermedad mental”, sino sobre si estos sujetos pueden o no ejercer sus derechos y obligaciones -dictadas por el Derecho-, y en un sentido más profundo, si es que pueden establecer relaciones legítimas con el resto de la sociedad. Es entonces que podemos contemplar, a partir de las dos tesis de medicina legal analizadas para este trabajo, cómo –a pesar de que se reconoce que no existe una reglamentación

---

<sup>179</sup> Op. Cit. p.20

<sup>180</sup> Belmonte, op. Cit. p.13

precisa en la legislación chilena de la época que se encargue de las toxicomanías- opera ya en la imaginación de los juristas la figura del toxicómano como un ser antisocial, que no se adapta, en razón de su locura, a los marcos normativos encargados de regular las relaciones legítimas entre las personas. Es entonces que se considerará despojar al toxicómano de ciertos derechos o potestades, en la misma medida en que, como figura demencial, se le eximirá de responsabilidad en algunos actos delictivos.

Esta discusión se hará en torno a dos ejes: la capacidad civil del toxicómano y su imputabilidad penal. Es a partir de estos criterios que, a mi juicio, se determina de forma efectiva al toxicómano como sujeto marginal, a quien se despoja de manera concreta de derechos de ejercicio y de goce. Belmonte, en este sentido, será categórico: “convendrá tratarlos como a enfermos, abandonados a sus instintos caprichosos, tal como pasa con los niños.”<sup>181</sup>

En términos de su capacidad civil, el toxicómano será considerado, por su estado demencial, incapaz de:

- 1) Hacer actos o declaraciones jurídicas de voluntad, puesto que ésta se considera anulada por la afición al tóxico. Estas operaciones, en términos prácticos, significa el ejercicio concreto de ciertos derechos en el acto judicial más cotidiano: establecer un requerimiento de pago, ejercicio de una facultad de optar, prestar testimonio, etc.- Estos no serían legítimos, a decir de Belmonte, puesto que “no puede ser válido en un individuo obsesionado por una idea fija, cuando todo su razonamiento y su voluntad están viciados por el tóxico.”<sup>182</sup>
- 2) Establecer contratos. Esto se desprende a partir del art. 465 inciso 2º que “habla de los actos o contratos ejecutados o celebrados por un enajenado, sin previa interdicción serán válidos a menos de probarse que el que los ejecutó o celebró estaba ‘entonces’ demente”<sup>183</sup>. Desde esta óptica sin embargo, existe el problema de los estados lúcidos del toxicómano, que se contradicen con la definición de demente que de ellos se hace. Belmonte, sin embargo, afirma que si bien estos estados son dignos de considerarse a favor del toxicómano, “no podría ponerse en duda que en largo periodo de su vida es un verdadero loco, así

---

<sup>181</sup> Op. Cit. p. 37

<sup>182</sup> Op. Cit p.52

<sup>183</sup> Op. Cit. p.53

tenemos el delirium tremens morfinico, el estado de abstinencia y la caquexia.”<sup>184</sup>

- 3) Testar (establecer testamento) y testificar (prestar como testigo para un contrato), dentro de los mismos marcos del Código Civil que excluye a los dementes primero que todo, como persona con voluntad, lo que se contradice con los requerimientos de ‘libertad’ del que va a ejecutar este tipo de operaciones. Así, sobre ellos dirá Belmonte: “en el momento en que el hombre dispone de su heredad bajo la forma testamentaria, su voluntad debe estar intacta y su libertad moral debe ser absoluta. (Testatio-mentis, indica claramente, que estas cualidades son indispensables para que el acto tenga entera validez). [...] Ningún enfermo está más dispuesto que el morfinómano a escuchar las insinuaciones extrañas y a recibir las sugerencias de cualquier parte que vengan.”<sup>185</sup>
- 4) Contraer matrimonio. Esto, en primer término, es solucionado por el art. 4º, número 5º de la Ley de Matrimonio Civil que “prohíbe contraerlo a los dementes”<sup>186</sup>. Sin embargo, veremos cómo se recurre también a otras consideraciones legales para prohibir el matrimonio a los toxicómanos: por un lado, no puede concretarse el “principal fin” de esta institución, referido a la reproducción, por ser presentar estos sujetos “indiferencia y aun repugnancia al acto carnal”<sup>187</sup>, así como también porque se considera que por su intoxicación constante, el toxicómano es generalmente infértil. Por otro lado, “también tenemos entre las causales de disenso, según el art. 113 del Código Civil, número 3º y 4º, se señalan el peligro grave que para la salud del menor significa el matrimonio con un morfinómano; y en el número 4º habla de vida licenciosa, embriaguez habitual, etc., y creo yo que este vicio es más funesto que el de la embriaguez; debería figurar también esta causa entre las enumeradas por el art. 113.”<sup>188</sup> Esto incluye entrar en causas de divorcio. “En la misma ley, tratando del divorcio en el art. 21, número 3º dice: ser uno de los cónyuges autor,

---

<sup>184</sup>Ibid.

<sup>185</sup> Op. Cit. p. 30

<sup>186</sup> Op. Cit. p.55

<sup>187</sup>Op. Cit. 56

<sup>188</sup>Ibid.



instigador o cómplice en la perpetración o preparación de un delito contra los *bienes, la honra o la vida del otro cónyuge*, y en el número 9º habla del vicio arraigado del juego, embriaguez o disipación.”<sup>189</sup> Roger Zelada indicará, por su parte, la preocupación por hacer efectiva esta incapacidad, al cuestionarse: “¿qué puede esperarse de un matrimonio en que uno o ambos cónyuges son toxicómanos? En primer lugar, sobre todo si es el marido el enfermo, se observará en él la falta de sentido moral para el mantenimiento de una institución que, en la actualidad, es la base de la organización social; se observará, además, en las clases que necesitan de su trabajo para vivir, un déficit económico poco propicio para el conveniente desarrollo de la familia, y habrá, por último, un constante peligro de tener una descendencia tarada.”<sup>190</sup>

- 5) Ser tutor o guardador, considerando que, como los niños, estos “dementes” para la legislación no pueden siquiera responder por sí mismos.
- 6) Adquirir posesión. Afirmará Belmonte: “se requiere el ánimo [de señor o de dueño], que en el morfinómano no puede existir durante su caquexia, siendo por tanto incapaz para adquirir la posesión para sí otra para otra persona, como lo dice el inciso 2º del art. 723, que declara incapaces a los dementes para adquirir por su propia voluntad la posesión.”<sup>191</sup>

Además, el toxicómano podrá ser sometido a interdicción. “La interdicción es la declaración judicial que inhabilita al enajenado para el ejercicio de su capacidad. El art. 456 del Código Civil requiere que sea adulto y que la demencia sea habitual.”<sup>192</sup> En un sentido más práctico, el juicio por interdicción se realiza “cuando la afección mental constituye un estado tal que hace al enfermo incapaz para administrar sus bienes en forma conveniente.”<sup>193</sup> Con esto, podemos ver cómo la reglamentación se basa en la incapacidad del toxicómano de ser un sujeto productivo, cayendo usualmente en el despilfarro y la pereza, como vimos anteriormente. Esto significará, en definitiva, la anulación civil del toxicómano, transformado ahora en un sujeto sobre el cual se toman decisiones. Se

---

<sup>189</sup>Ibid.

<sup>190</sup> Roger Zelada, Op. Cit. p.20

<sup>191</sup> Belmonte, Op. Cit. 54-55

<sup>192</sup> Op. Cit. p.56-57

<sup>193</sup> Op. Cit. p.57

superpone, por tanto, la “voluntad” del progreso social que promueven estas reglamentaciones, a la voluntad –virtualmente inexistente- de estos sujetos malsanos.

Sobre la responsabilidad penal del toxicómano en la ejecución de un acto delictivo, Belmonte nos indica de manera precisa bajo qué lógicas del Derecho se define la penalidad de manera general, y cómo se debe entender al toxicómano dentro de estos esquemas. En primer término, se definirá el delito como “toda acción u omisión *voluntaria* penada por la ley”, lo que pone en crisis al toxicómano como delincuente en tanto, para que concurra *estavoluntad* se requerirá de tres factores: libertad, inteligencia e intención.<sup>194</sup>

“Capacidad de imputación” es, según la ciencia del derecho, el estado en que se halla un individuo “que es capaz de escoger entre el cumplimiento y la no ejecución del acto calificado por el Código de delito, y de tomar una determinación en uno u otro sentido”<sup>195</sup>, y dicha capacidad tendrá que ver, finalmente, con las siguientes condiciones:

“1° Una condición de hecho objetiva, el acto contrario a las leyes.  
2° Condiciones subjetivas, es decir, que el acto ha de ser manifestación de su libre voluntad (un acto al azar no lo es); 3° Que el autor en el momento en que quiere el acto, haya podido en el mismo momento no quererlo (capacidad de determinación). Ese acto de voluntad, como condición de la capacidad de imputación supone la existencia de los siguientes elementos: a) La **facultad de distinguir**, esto es, la posibilidad para el individuo de conocer la naturaleza, las condiciones y las consecuencias de su acto; b) **La facultad de escoger**, entre el cumplimiento o la no ejecución de un acto, fundándose sobre estos motivos. Concurriendo estas dos condiciones psicológicas, la capacidad de imputación existe.”<sup>196</sup>

En este sentido, el toxicómano tendrá que ser puesto en consideración del estado en que se encuentre su “delirio” para concluir si es que realmente existe juicio y discernimiento, lo que, a juicio tanto de Belmonte como de Roger Zelada, quedará al arbitrio de la ciencia médica en su actuar como perito y autoridad durante el juicio criminal.

Desde la legislación chilena, dirá Belmonte, la figura del narcómano “podría asimilarse al ebrio si a éste le fuera aplicable el artículo 10, número 1, que acepta la

---

<sup>194</sup> Op. Cit. p.58

<sup>195</sup>Ibid

<sup>196</sup> Op. Cit.58-59

exención de responsabilidad criminal cuando el individuo ‘se halla totalmente privado de razón por causa independiente de su voluntad’”<sup>197</sup>. Sin embargo, entra en crisis acá la exención, al considerar que el consumo de drogas y la “pérdida de razón” que éstas implican, no siempre son causadas de forma “independiente” de la voluntad de la persona. Muy por el contrario: muchas personas lo harán en plena consciencia de los efectos y peligros que este consumo puede entrañar, y por tanto, existe “dolo”, en la medida que existió una intencionalidad.

Sin embargo, tanto Roger Zelada como Belmonte, asumen que en el estado “caquéctico” o final de las toxicomanías -en que existe una dependencia biológica hacia los fármacos- no puede verificarse una verdadera voluntad del sujeto, quien se administrará la droga simplemente por una necesidad vital. Es por ello que la imputabilidad dependerá, en gran medida, en el estado verificable (por un médico, sin duda, según el esquema imaginario trazado anteriormente) de demencia en que los enfermos se encuentren.

---

<sup>197</sup> Op. Cit., p.20

## CONCLUSIONES

Pudimos ver cómo, a través de distintos discursos provenientes de saberes de creciente importancia social, las drogas y los toxicómanos fueron convirtiéndose en figuras que entrañaban distintas características negativas, a decir, su relación con la inmoralidad, la criminalidad y la enfermedad. Si bien esta investigación fue planteada, en un principio, desde supuestas “discusiones” o discrepancias entre los discursos, en el desarrollo de la investigación eso me fue imposible de sostener, puesto que, si bien los lugares de enunciación y sus distintas lógicas nos entregaron distintas visiones tanto sobre las drogas como de sus consumidores, se hace evidente que no existe una *primacía* de un discurso sobre otro, sino que una complementación compleja que, a partir de una serie de “verdades” científicas (o sociales, si pensamos en la hegemonía del Derecho como discurso de verdad), crean una imagen homogénea, que se transmite a la sociedad –como explicaré en seguida– a través de dispositivos fácticos. Dichos dispositivos, sostengo, son las formas en que los saberes se legitiman como poderes, en la medida en que logran intervenir de manera efectiva el cuerpo social.

El proceso de marginalización de las drogas y sus consumidores puede explicarse desde *formaciones discursivas*, que a decir de Michel Foucault implican “enunciados diferentes en su forma, dispersos en el tiempo, [que] constituyen un conjunto si se refieren a un solo y mismo objeto.”<sup>198</sup> La unidad de estos discursos “no estaría fundada sobre la existencia del objeto [...] o la constitución de un horizonte único de objetividad: sería el juego de las reglas que hacen posible durante un período determinado la aparición de objetos, objetos recortados por medidas de discriminación y de represión, objetos que se diferencian en la práctica cotidiana, en la jurisprudencia, en la casuística religiosa, en el diagnóstico de los médicos, objetos que se manifiestan en descripciones patológicas, objetos que están como cercados por códigos o recetas de medicación, de tratamiento, de cuidados.”<sup>199</sup> La figura de los “estupefacientes” y los “toxicómanos” fue generada y dotada de valor simbólico a través de elementos discursivos dispersos, pero que conformaron a través del tiempo –y de forma más importante, a través de la naturalización de la condición

---

<sup>198</sup> Foucault, *La arqueología del saber*. P.51

<sup>199</sup>Op. Cit. P.53

marginal de estos objetos- una unidad, que podemos ver en el imaginario fijo que hasta hoy suscitan las drogas.

En la primera parte de este trabajo, se intentó dar cuenta de un “orden” bajo el cual se comprenden las drogas como objetos ambivalentes: medicinas, pero también potenciales venenos. Se trazan, a partir de las distintas consideraciones que se tiene sobre los remedios, formas “correctas” o “incorrectas” en que estos compuestos ejercen su función: por un lado, existirá la preocupación por la *toxicidad*, o el potencial mórbido que entrañan distintas sustancias, lo que permite suponer que existe una escala en que los remedios, a pesar de sus usos beneficiosos, pueden ser marginalizados, así como también muchos remedios altamente tóxicos y que podrían pensarse como posibles de marginalizar, se posicionan en el centro de la práctica cotidiana, sin adquirir rasgos negativos. Sostengo que la línea que divide a estos dos tipos de sustancias está dado por lo que considero el “eje” del orden de las drogas: la forma en que son utilizadas. Las drogas (todas ellas) serán colocadas, en todos los discursos analizados, en un ámbito exclusivamente médico y terapéutico, por lo que su uso injustificado (sin existir una dolencia que lo explique), pasa a ser condenado.

Ahora bien, ¿qué entraña dicho orden terapéutico? A mi parecer, se reconoce en las drogas la capacidad de alterar las operaciones del cuerpo de maneras múltiples, modificando indudablemente las formas “normales” en que el cuerpo funciona. El uso de estos elementos alterantes del orden del cuerpo estará dado siempre por el ataque a otro tipo de desorden corporal: la enfermedad. Al posicionar las drogas en el ámbito terapéutico, sus funciones se limitan a la acción sobre el cuerpo mórbido, y es entonces que su concepción como medicinas se hace inteligible. La acción de las drogas sobre el cuerpo sano sólo nos indicará, desde los discursos analizados, un carácter “venenoso” atribuido a las sustancias que penará como un constante peligro de este tipo de objetos.

Las drogas estupefacientes, por su parte, se enfrentarán a este orden de manera más controversial, puesto que a diferencia de los tóxicos sin influencia en la mente, su potencial venenoso afectará la *conducta*- lo que tiene altas implicancias en términos de la convivencia social-, además de generar un nuevo tipo de estado mórbido para el ojo médico: la adicción. Sin embargo, dentro del ámbito terapéutico encontrarán alta valoración y usos extensivos, lo que se condice con el hecho de que, en el orden de las drogas, lo importante es que las sustancias actúen sobre un cuerpo mórbido. De cualquier otra forma, la droga no es remedio, es sólo un veneno.

Ya habiendo establecido las condiciones que hacen de una droga un elemento negativo o incorrecto dentro de este orden, me aboqué a analizar el surgimiento de una figura que se desprende de un conjunto de elementos y prácticas que no entran en este esquema: el toxicómano, consumidor extra-médico de sustancias, ya sea para estimular sus percepciones de manera radical, generalmente de forma lúdica, como para saciar la necesidad compulsiva del tóxico, en el marco de lo que fue considerado una enfermedad mental.

El ojo médico pondrá a este sujeto en el centro de una observación metódica y científica, que busca dar cuenta de una sintomatología y nosología de estos cuerpos y mentes enfermas. Con esto, se da consistencia a una figura eminentemente morbosa, cuyos signos se encuentran en las taras físicas y las anomalías conductuales observables tras la observación acuciosa de la autoridad médica. Es a partir de esta mirada en que se dibuja una verdadera obra dramática en la que el toxicómano se desenvuelve, en la que se demuestra su angustia, inmoralidad, debilidad, etc.- no sólo a partir de la descripción positiva de un cuerpo, sino que como protagonista de una tragedia interminable cuyo destino final es la locura o la muerte. Se trazará, así, no solo el imaginario sobre un cuerpo y una mente enfermas, sino que cierto carácter monstruoso que hace del toxicómano un candidato a la mentira, la inmoralidad y el delito.

Sin embargo, el proceso de marginalización no puede entenderse sólo como una construcción imaginaria de parte de los discursos enunciados, sino que como una voluntad biopolítica de intervenir, desde los distintos espacios en que estos discursos funcionan, el cuerpo social y las conductas anómalas de estos sujetos de manera individual. Es entonces en que los saberes –al establecer “verdades” irrefutables sobre estos sujetos- se consolidan como poderes, en la medida que impone la intervención pública por parte de organismos del Estado.

Como pudimos constatar, el imaginario del cuerpo y la estructura psíquica de los toxicómanos se basaron en gran medida en la definición de una *enfermedad*, y por tanto, será el estamento médico principalmente quien trace dichas figuras. El proceso de marginalización de las drogas estupefacientes y sus consumidores surge necesariamente de esta construcción imaginaria, y se completa con el emplazamiento de un marco legal en el que los toxicómanos son colocados como sujetos incapaces, irresponsables, incompatibles

con el orden social, y por tanto, relegados a una condición de incivilidad y, en casos extremos, marginación espacial (por las vías de reclusión forzosa).

Creo, finalmente, que confluyen tres factores primordiales en la época estudiada, que sin duda dan forma al proceso de marginalización de las drogas. En primer lugar, la idea de que se vive en un momento de “nerviosidad”, en la que se relacionan ciertas características de la “vida moderna” con estados morbosos, a los que se intentará dar tratamiento por vía medicamentosa. En la vorágine de la modernidad del siglo XIX y XX, estas enfermedades no sólo comprenderán aquellas que pueden comprobarse en la fisiología de los cuerpos -en sus síntomas visibles- sino que, junto con el desarrollo de la medicina psiquiátrica, aquellas cuyos síntomas se verifican en la conducta y en el estado mental del individuo. Se puede constatar esta preocupación en todos los discursos estudiados, en concordancia con el segundo factor a considerar: el surgimiento y multiplicación de los remedios a partir de la revolución farmacológica del siglo XIX, que permitió drogas mucho más “efectivas”, rápidas y poderosas para el tratamiento de las enfermedades. Esto no sin un alto grado de riesgo, por la igualmente importante capacidad tóxica de dichos remedios. Estos factores fueron determinantes en el surgimiento de una pauta de consumo de fármacos imprevista, con consecuencias de variable consideración, pero entre las que destaca el surgimiento de las toxicomanías.

Todos los discursos estudiados deben enfrentarse, así, a una nueva concepción sobre la enfermedad y sobre las formas de combatirla, teniendo como herramientas las nuevas y mejoradas sustancias, verdaderas armas de doble filo. Es entonces que los saberes deberán enfrentarse ante los factores “anómalos” dentro del orden correcto de la sanación –en el fondo, disminuir los riesgos o daños que los fármacos pudieran tener sobre el individuo y la sociedad-, constituyendo una voluntad de *normar* las formas correctas de medicación, y en definitiva, como pudimos ver a través de esta investigación, *monopolizar* los usos legítimos de sustancias desde el ámbito terapéutico.

El proceso observado en la época estudiada es, a mi juicio, la base para comprender el estado de marginalidad de las drogas hoy, en la medida en que se impusieron, sobre un tipo de vida y de conducta, juicios y verdades que determinaron la marginalidad de ciertos sujetos y ciertas sustancias. Esto no sólo tiene como consecuencia hoy la discriminación bastante arbitraria de ciertos estilos de vida que incluyen el consumo de sustancias, sino lo que es peor, la formación de dos tipos de hipocresía básicos en nuestra sociedad: primero,

la formación de una profecía auto-cumplida en torno al consumo de sustancias, por lo que se les enseña a los niños y jóvenes que las drogas significan inevitablemente la locura, la enfermedad y la muerte, sirviendo esta educación muchas veces como excusa, al promover contradictoriamente la idea del “junkie” (o yonqui); y, por otro lado, la constitución de un *chivo expiatorio*, que coloca a la droga como raíz del delito, olvidándose así toda la estructura social, política y económica que subyace, en gran medida, la existencia (o, más bien, la construcción de la idea) de ‘criminalidad’.

En un momento en que las políticas de drogas a nivel mundial están siendo severamente cuestionadas -al contemplar los efectos más negativos que benéficos que estas políticas han tenido en el último siglo- creo sumamente necesario reflexionar en torno a la construcción de sujetos y objetos marginales desde saberes cuya autoridad se encuentra naturalizada, y por tanto, que se han vuelto incuestionables y arbitrarios para la sociedad, no solo por la restricción de libertades individuales que promueven (no únicamente a nivel del uso recreacional, sino que porque creo, como Antonin Artaud, que nadie puede decidir sobre cómo uno debe tratar el dolor, sea físico o “moral”, por lo que me parece grave el que se prohíban, en definitiva, medicinas), sino que por los alcances que esto tiene a nivel social. Pienso, en conclusión, que la ilegalidad y marginalidad de las drogas es la raíz del consumo de sustancias adulteradas, sobrepreciadas y altamente tóxicas en los sectores más pobres de nuestro país, del poderío incuestionable de los narcotraficantes protegidos por la clandestinidad, de la criminalización de productores para consumo personal, y, en fin, de la constitución de un sistema en que las drogas se han convertido en un lucrativo negocio para carteles millonarios, perjudicial única y exclusivamente para los consumidores, que en su gran mayoría, puedo asegurarles, solo quieren aplacar sus dolores, dormir plácidamente, bailar más enérgicamente o despertar nuevos tipos de consciencia, sin hacerle daño a nadie más que a sí mismos. Y si alguien tiene discrepancias con el que uno se “dañe” en cualquier medida, mi consejo es que jamás salgan de sus casas, nunca se enamoren, eviten las fiestas y los viajes, nunca compartan una copa con un amigo, respiren aire en botella y cómanse todas sus verduras.

Espero que este incipiente estudio sobre las drogas en nuestra sociedad sirva para reflexionar sobre cuánto permitimos que ciertos poderes fácticos restrinjan las formas que, individualmente y como sociedad, queremos alcanzar la felicidad.



## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS CONSULTADOS

- Aparicio, Octavio. *Drogas y Toxicomanías*. Editora nacional, Madrid, 1972
- Chartier, Roger. *El mundo como representación*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2005.
- Durand, Gilbert., *Las estructuras antropológicas del Imaginario*, Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
- Escohotado, Antonio. *Historia general de las drogas*. Alianza Editorial. Madrid, 1995.
- \_\_\_\_\_, *Historia elemental de las drogas*. Editorial Anagrama. Madrid, 2003.
- \_\_\_\_\_, *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama. España, 2006
- Foucault, Michel. *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores. México, 1970.
- \_\_\_\_\_, *El orden del discurso*. Tusquets editores. Buenos Aires, 1992.
- Heidegger, Martin. *Conceptos fundamentales*. ED. Alianza. Madrid, 1989.
- Illanes, María Angélica. *La batalla de la memoria. ensayos históricos de nuestro siglo: Chile, 1900-2000* Editorial Planeta. Santiago de Chile, 2002.
- Julien, Robert M., *La acción de las drogas. Manual de información básica*. Edisar. Buenos Aires, 1981.
- Le Breton, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2002.
- Lewin, Louis. *Phantastika: A Classic Survey on the Use and Abuse of Mind-Altering Plants*. Versión digital en <http://books.google.cl/books?isbn=0892817836>.
- Margaret O. Hyde. *Drogas alteradoras de la mente* Editorial Diana, 1973.
- Armando Roa. *La marihuana*. Editorial Universitaria. Santiago, 1971.
- Richard Schroeder, *El mundo de las drogas*. EDAMEX. Ciudad de México, 1982

- Vrsalovic, Stefan. *La culminación y la superación de la modernidad*. Informe Final para optar al Grado de Licenciado en Filosofía, Universidad de Chile. Santiago, 2008.

### **CAPÍTULOS DE LIBROS**

- Michel Foucault, “Nietzsche, la genealogía, la Historia”. En *La Microfísica del Poder*.

### **ARTÍCULOS DE REVISTAS**

- Alberró, Solange. “La Historia de las Mentalidades: trayectoria y perspectivas”. Colegio de México. Ciudad de México, 2009.
- Fernández, Marcos. “Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile. 1920-1960” *Historia Crítica* no. 29, Bogotá. 2009
- \_\_\_\_\_, “Historia Social del Alcoholismo en Chile. Los usos de la taberna: Renta Fiscal, combate al alcoholismo y cacicazgo político en Chile, 1870-1930” En *Revista Historia, Universidad Católica de Chile. V. III, n° 39*.
- Fernando Rivera, “Delitos contra la Salud Pública. Tema desde el punto de vista jurídico”. En *Revista de Ciencias Penales*, Segunda época, Tomo XIV.

### **TESIS CONSULTADAS**

- Leyton, Camila. *La locura o una experiencia moral y autónoma a la deriva*. Trabajo final de Seminario de Grado "Foucault: A partir de una ontología crítica de nosotros mismos", para optar al grado académico de Licenciatura en Filosofía. Santiago, 2003.
- Merino, Cristián *Evolución histórica de la legislación nacional sobre tráfico ilícito de estupefacientes*. Universidad de Talca, 2000.

## DOCUMENTOS

### Libros

- Arana, Martín y Castellano, Ninéforo. *La imputabilidad penal en los estados llamados de toxicomanía y tratamiento del caso dentro de las nueve disposiciones del derecho positivo*. Penitenciaría Nacional. Buenos Aires, 1925.
- Bermann, Gregorio. *Toxicomanías*. El Ateneo. Buenos Aires, 1926.
- Macuada, Pedro. *El suicidio por las drogas*. Santiago: Empresa Editora Zig-Zag, S.A, 1940.
- Montero Urzúa, Félix. *Enajenaciones Mentales*. Santiago, 1911.
- Pagador, Antonio: *Los venenos sociales: opio y morfina*. Barcelona, 1923
- Paragini, Argante. *Estupefacientes y toxicomanías : hachisch-coca y cocaína-opio-morfina-éter*. Imprenta Juan Gómez. Montevideo, 1935.
- Rodríguez, Eduardo: *Las enfermedades mentales desde el punto de vista médico legal*. Santiago, 1909.

### Tesis

- Avaria, Alfredo. *Contribución al estudio de la anestesia local en las extracciones*. Memoria de Prueba. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, 1913.
- Azócar, Asterio. *La anestesia local en la extraccion de la pulpa dentaria i en la hiperestesia de la dentina*. Tesis de prueba para optar al título de Dentista en la Universidad de Chile. Santiago, 1911.
- Barría, María Luisa. *Cocainomanía*. Universidad de Chile, 1929.
- Barrientos, Francisco. *Estudios de los medios apropiados para asegurar el desarrollo en Francia de la industria de los medicamentos químicos*. Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1917.
- Belmonte, J. Emilio. *Capacidad y responsabilidad del morfinómano, cocainómano y opiómano*. Santiago: Imprenta Lagunas & Cía, 1920
- Cabrera, Sergio. *Tratamiento de la bronconeumonía en los niños por medio del citrato de sodio asociado a las inyecciones de éter*. Memoria de Prueba. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, 1923.

- Cerda, Gustavo. *Estudio de algunos medicamentos empleados como anestésicos locales en inyecciones hipodérmicas para extracciones dentarias*. Memoria para optar al título de dentista de la Universidad de Chile. Santiago, 1916.
- Durán, Cornelio. *De las inyecciones de Clorhidrato de Cocaína en Cirugía*. Memoria presentada para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia en la Universidad de Chile. Santiago, 1899.
- Ellwanger P., Guillermo. *Medicamentos que merecen ser aceptados por la farmacia chilena*. Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1917.
- Fuentes, Ezequiel. *Estracciones dentarias* Memoria de Prueba para optar el título de Dentista de la Universidad de Chile. Santiago, 1915.
- Giraud, Enrique. *Investigación toxicológica de algunos medicamentos por el método de stas-otto*. Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1906.
- Jessen, Arturo. *Procedimientos analíticos en las investigaciones químicas i farmacéuticas*. Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1905.
- Melean, Aurelio. *Contribución al estudio de la analjesiaquijúrbica por inyección lumbar sub-aracnídea de cocaína (raquicocainización)*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Medicina, Universidad de Chile. Santiago, 1901.
- Monetta, Laura. *Breve estudio sobre el opio y sus derivados. Convenios internacionales sobre el tráfico de drogas heroicas*. Memoria de Prueba, Facultad de Química y Farmacia. Universidad de Chile, 1929.
- Morello, Arturo. *Propiedades i caracteres de algunos medicamentos nuevos*. Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1906.
- Moreno, Manuel. *Anotaciones sobre el estudio de un nuevo anestésico, la Estovaina*. Memoria de Prueba, para optar al título de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia en la Universidad de Chile. Santiago, 1906.
- Peñaranda, Rafael. *Contribución al estudio de la melancolia en Chile*. Memoria de prueba, para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, 1906.

- Pinto, Rafael. *La cocaína i su uso en dentística*. Memoria de prueba, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Imprenta La Bolsa, Santiago, 1919.
- Prudencio, Simón. *La anestesia General en Odontología*. Memoria de prueba para optar al título de dentista de la universidad de Chile. Santiago, 1915.
- Reyes, Carlos. *Análisis de las píldoras para corazón, reumatismo i dispepsia del Dr. Munyon* Memoria de prueba. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1904.
- Roger Z., Armando. *El problema de los estupefacientes*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile. Impresora El Imparcial. Santiago, 1939.
- Vega, Valentín. *De las inyecciones de clorhidrato de cocaína en cirugía*. Memoria de Prueba, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Imprenta Litografía. Santiago, 1899
- Venegas, Patricio. *De la antipirina y de su uso como sucedáneo de la morfina en su acción analjésica*. Memoria de Prueba. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Manuscrito. Santiago, 1888.
- Villagómez, Cristóbal. *Anestesia Local*. Memoria de prueba para optar al título de dentista en la Universidad de Chile. Santiago, 1917.

#### **Publicaciones periódicas:**

- *Boletín Farmacéutico*, Santiago, 1927-1930.
- *Boletín Oficial de Investigaciones*, Santiago, 1936.
- *Farmacia Chilena*, Santiago, 1927-1940.
- *El Mercurio*, Santiago, 1900-1925
- *El Mercurio de Valparaíso, Valparaíso. 1870-1900.*
- *Revista Médica de Chile*, 1872-1920.
- *Revista científica y literaria*, Tomo II. 1871

#### **Códigos y Leyes consultadas**

*Código Penal de 1874.*

*Reglamento de Estupefacientes, 1936.*

Biblioteca digital del Congreso Nacional. *Historia de la ley n° 17.934.*

\_\_\_\_\_, *Historia de la ley n° 17.934.*

\_\_\_\_\_, *Historia de la ley n° 18.503.*

\_\_\_\_\_, *Historia de la ley n° 20.000.*