

“Restaurando la voluntad del enfermo”: Medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile

Restoring the will of the patient: Medicalization of drug
use in the first half of the twentieth century in Chile

MAURICIO BECERRA REBOLLEDO*

Resumen: El artículo acompaña el proceso de construcción del uso de drogas como categoría diagnóstica y ámbito de exclusiva intervención médico-terapéutica en Chile. Se revisan los discursos médicos, farmacéuticos y legales que desde fines del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, medicalizaron las diferentes formas de ebriedad. En este período, usando la noción de ‘abuso de drogas’, el estamento médico se constituye en autoridad terapéutica para estas prácticas. Se consolida así el sanatorio como espacio táctico que permite la intervención en los cuerpos y hábitos de las personas declaradas adictas. Además, se revisan las prácticas laboratoriales asociadas a la emergencia de la categoría diagnóstica, el horizonte de reeducación que visaba dicha intervención y las terapias usadas.

Palabras clave: Medicalización uso de drogas, toxicomanía, prácticas laboratoriales, reeducación mental.

Abstract: The article accompanies the construction process of the use of drugs in Chile as a diagnostic category and of exclusive domain of medical therapeutic intervention. This paper examines medical, pharmaceutical and legal discourses which, since the late 19th century until the mid- 20th century, medicalized the different forms of inebriation. In this period, using the notion of ‘abuse of drugs’, the medical establishment became the therapeutic authority for these practices. Therefore, sanatorium is consolidated as the tactical space that allows body intervention, as well as the habits of people who have been declared from suffering addiction. Moreover, the article reviews laboratory practices related with the emergence of this diagnostic category, the horizon of re-education that endorsed such an intervention and the used therapies.

Keywords: Medicalization of drugs use, toxicomania, laboratory practice, mental reeducation.

Recibido: 20. 10. 2016 Aceptado: 21.12.2017

* Doctorando en Historia de las ciencias, por CEHIC (UAB). Magister en história das ciências da Saúde, COC (Fiocruz). E-mail: vervigracia@gmail.com

Introducción

ESTE ARTÍCULO DESCRIBE el proceso por el cual el estamento médico se constituyó como autoridad en la gestión del uso de moduladores de la percepción. Insertaremos tal despliegue dentro del proceso de medicalización experimentado por la sociedad chilena desde mediados del siglo XIX, por lo que se revisará en un primer nivel analítico la ascensión del estamento terapéutico como agente normativo y la génesis de las metáforas militares para gestionar los procesos de salud enfermedad de la población. En un segundo nivel analítico se detallará la primera intervención hecha por el cuerpo médico sobre una forma de ebriedad: el alcoholismo. Dicha práctica al ser medicalizada y descrita dentro del universo referencial de enfermedad implicó una primera mediación desde un enfoque profiláctico para inteligibilizar el uso de vehículos de ebriedad. El alcoholismo como patología allana el camino para la emergencia del toxicómano como objeto de saber y de intervención normalizadora por parte de la medicina.

Las fuentes que revisar son las formaciones discursivas que hicieron emerger el uso de modificadores de la conciencia como dominio de saber y de gestión por parte de la medicina. La noción *formaciones discursivas* fue introducida por Michel Foucault como un método de análisis histórico de los enunciados que hacen emerger un fenómeno de saber que se pueden detectar va más allá del campo de producción de discursos que se definen como propios de una ciencia específica o que detentan cientificidad en sí. Hacen referencia a una serie de discursos que no necesariamente obedecen a una disciplina cerrada o un campo de saber homogéneo, pero que sí aluden a una inteligibilidad coherente de un fenómeno. Murillo las entiende como "conjuntos de enunciados, articulados con prácticas concretas (que son sus condiciones de existencia y desaparición), que no forman un sistema homogéneo, sino que se articulan en la dispersión, en la diferencia" (Murillo, 1997: 34).

Para objeto de este análisis consideraremos como formaciones discursivas los enunciados sobre la toxicomanía que se despliegan en textos médicos, farmacéuticos y médico legales, sean libros referidos al tema, comunicaciones o trabajos publicados en la *Revista Médica de Chile* y *La Revista de Farmacia*, y tesis de pregrado en las áreas recién mencionadas. La revisión de estos textos y las conexiones que establecen permite reconstruir el proceso por el cual el estamento médico se desplegó sobre el uso de vehículos de ebriedad. El método utilizado fue hacer una revisión bibliográfica de fuentes en dichos campos de saber que refieran al uso de alcohol y de drogas, fundamentalmente tesis y artículos publicados en revistas científicas y cuyo análisis permita identificar continuidades o inflexiones en la inteligibilidad dada a la temática.

El período a analizar corresponde a la aparición del uso de alcohol como problema médico en 1875, considera la primera aparición del concepto de morfino-

manía en la *Revista Médica de Chile* en 1887 (RMCh, 1887: 176), primer uso de drogas medicalizado, y culmina con la publicación del *Plan Nacional de Defensa de la Salud Mental* del médico Hermes Ahumada en 1954, libro que sintetiza el pensamiento médico de la primera mitad del siglo XX respecto del monopolio de la gestión de los vehículos de ebriedad.

El enfoque de análisis será desde la noción de biopolítica, noción dada por Foucault para una forma específica de gobierno que aspira a la gestión de los procesos biológicos de la población. La biopolítica se expresa de manera contundente en la preocupación dada por el poder político a la salud de la población, inquietud que surge en Chile a fines del siglo XIX. La biopolítica es la gestión de la vida, es la entrada de la vida a la historia (Foucault, 1996: 171). Tal inflexión en los mecanismos de gubernamentalidad persigue conducir normativamente la conducta de los sujetos. Foucault sostiene que dicha inteligibilidad busca "tomar en gestión la vida, los procesos biológicos del hombre-especie, y asegurar no tanto su disciplina como su regulación (...) Más acá de ese gran poder absoluto, dramático, hosco, que era el poder de la soberanía, y que consistía en poder hacer morir, he aquí que aparece, con la tecnología del biopoder, un poder continuo, científico: el de hacer vivir" (Foucault, 1996: 169).

Utilizaremos además la noción de *espacio táctico* para describir la constitución del espacio hospitalario como lugar de intervención médica hegemónica (Fuster, 2013: 68). El hospital es el lugar de despliegue de la estrategia de medicalización social y de producción de una subjetividad medicalizada. El hospital como espacio táctico permite no sólo la intervención médica como un cuerpo profesional mantenido por el Estado, sino que por sobre todo una nueva economía de la relación de los sujetos consigo mismos, modos de existir sujetos a una nueva relación con sus cuerpos, ahora colocados en un proyecto nacional y cuidados por la mirada médica.

Biopolítica y drogas

Escasos son los estudios desde un enfoque biopolítico para analizar el uso de drogas. Un análisis desde esta perspectiva fue realizado por Bourgois, quien junto a un trabajo de campo etnográfico se concentró en los programas de sustitución de heroína por metadona realizados por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de Estados Unidos durante la década de 1980 (Bourgois, 2000: 173). El autor distingue que, si la heroína es definida como droga, la metadona es considerada una medicina por las autoridades estatales y terapéuticas. Además, considera dicha intervención sanitaria un intento del Estado para inculcar disciplina moral a los desviados (usuarios de heroína) que rechazan los modelos de productividad económica (Ibíd.: 167).

Bourgois también analiza la farmacodinámica de la metadona, la que interviene en las sinapsis de los agonistas opiáceos del cerebro, bloqueando las sensaciones placenteras de la heroína, evitando así la euforia esperada con su uso. Vislumbra así que la metadona es una tecnología biomédica que facilita un bloque moral para el placer (Ibíd.: 169). El autor advierte que la metadona se convirtió en el modelo para todas las drogas (Ibíd.: 173) y critica la reducción de la discusión sobre los tratamientos de drogas a debates sobre las dosificaciones (Ibíd.: 189).

Desde un enfoque similar Couto, Lemos, y Couto (2013) analizaron las regulaciones del uso de drogas en Brasil, fundamentalmente las legislaciones que amparan el internamiento forzado de usuarios de drogas. Concluyen que dichos cuerpos legales son usados para disciplinar cuerpos indóciles a las subjetividades empresariales promovidas y el proceso de mercantilización de la salud. Además, se preocupan en evidenciar cómo se construye 'peligrosidad', imaginario encarnado en los usuarios de drogas, lo que permite la puesta en marcha de un racismo de Estado que descalifica y segrega comportamientos como el uso de drogas (Couto, Lemos, y Couto, 2013: 148).

Discutiendo conceptos de la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, Muñoz aborda el determinismo farmacológico que sustenta la perspectiva institucional prohibicionista que controla el campo científico de las drogas. El autor comprende dicho espacio como lugar de luchas epistemológicas y políticas, distinguiendo lo que llama una 'perspectiva psicoactiva' a favor de la legalización y que se opone al campo oficial.

Muñoz cuestiona la *doxa* del campo científico, que define como el conjunto de creencias y de prácticas sociales que son consideradas normales en un campo determinado, las cuales son aceptadas sin cuestionamientos (Muñoz, 2012: 22). Dicha *doxa* en el campo de las drogas está atravesada por la definición de uso 'ilegal' o 'no médico' de dichas sustancias, conceptualización determinada por el proceso de medicalización de la sociedad. Bajo esta perspectiva la intervención médica sobre el uso de drogas se justifica como forma de control social de conductas y grupos sociales designados como 'anormales' (Ibíd.: 24). El determinismo farmacológico también provoca para Muñoz un *habitus científico* que condiciona a asociar automáticamente comportamientos con sustancias, ensombreciendo el contexto social de dichos usos (Ibíd.: 30).

Otra perspectiva de análisis ha sido desarrollada desde la historia de las ciencias en América Latina. En Argentina, Weissmann analizó las discusiones levantadas por el médico Leopoldo Bard¹, quien en la década de 1920 en Buenos Aires conceptualiza las toxicomanías como enfermedades sociales. La autora expone la

¹ Leopoldo Bard (1893-1973) publicó *Los peligros de la toxicomanía* (1923), uno de los primeros libros en América Latina dedicados a configurar la categoría diagnóstica de la toxicomanía. Bard también tuvo actuación política en Argentina, llegando a ser diputado.

disputa entre los saberes de la psicopatología y la criminología por la apropiación del campo de la toxicomanía. Dicho proceso estuvo atravesado por la teoría de la degeneración de Morel y Magnan, y las nociones de defensa social y de predisposición de Lombroso². En la comprensión sintetizada por Bard se define la toxicomanía como un déficit de voluntad (Weissmann, 2001: 78). El intelectual médico también es retomado por Fasano, quien analiza un caso de morfinomanía publicado entre 1918 y 1923 por Bard, procurando demostrar la estrecha relación entre la criminología y los estudios sobre la psicopatología en la reducción del problema de la toxicomanía a una enfermedad (Fasano, 2014).

En Brasil, Adiala analizó la consolidación de la representación patologizante sobre el uso de drogas como un proceso relacionado con la institucionalización del saber psiquiátrico. Centrado en fuentes médicas de Río de Janeiro, el autor da cuenta cómo en el cambio del siglo XIX al XX, dos problemáticas médicas inicialmente abordadas como cuestiones diferentes, la anestesia y el problema del alcohol, concurren para la configuración de la nueva categoría diagnóstica (Adiala, 2011: 70). La relación entre drogas y locura en Brasil fue posible comprendiendo la toxicomanía como una degeneración mental que amenazaba el proyecto de nación civilizada durante las tres primeras décadas del siglo XX (Adiala, 2011: 112).

En Colombia, García, recurriendo a fuentes del Departamento de Antioquía, presenta las negociaciones que acompañaron el proceso de reglamentación, producción y prescripción de medicamentos, el que está inserto en un proyecto nacional de higienización y medicalización en las cuatro primeras décadas del siglo XX. El autor denomina a dicho proceso como de 'medicalización del medicamento' e implica la transformación del comercio liberal de drogas heroicas en un dominio regulado. El control de la circulación que se negocia está definido por la medicina de patentes y el nacimiento de la industria farmacéutica colombiana (García, 2008).

En Chile hay pocos trabajos historiográficos sobre drogas. Fernández se ha dedicado a analizar la temática del alcoholismo en las primeras décadas del siglo XX y la articulación del mercado de drogas en Chile hasta la década de 1970 (Fernández, 2006; Fernández, 2011; Fernández, 2013). El historiador se concentró en definir las instituciones preocupadas de la reglamentación, fundamentalmente la corporación médica y farmacéutica en las primeras dos décadas del siglo y a partir de 1930 las instituciones policiales. También contorneó las representaciones, experiencias de consumo y las cargas simbólicas implicadas (Fernández, 2011).

² Cesare Lombroso (1835-1909) desarrolló a partir de la década de 1870 en Italia la criminología positiva, más reconocida como antropología criminal. En su obra *L'uomo delinquente* (1876) asegura haber encontrado trazos físicos y estigmas que explicaban un 'atavismo criminal nato' en el cadáver de un criminal.

Proceso de medicalización

Un fenómeno que va desde mediados del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX es el profundo proceso de medicalización que experimentó la sociedad chilena, que podríamos definir como el hecho por el cual problemas sociales o conductas van transformándose en problemas médicos o patológicos, ampliando considerablemente el estamento terapéutico sus objetos de intervención. Foucault comenta que la medicalización es “el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (Foucault, 1977: 4). Si en los siglos anteriores la medicina y el arte de la cura se concentraban en los estados de enfermedad, con el devenir de la medicina higienista primero y el descubrimiento de la microbiología después, los alcances de la competencia médica se amplían a la gestión del espacio urbano, las habitaciones populares y, sobre todo, el cuerpo y la conducta de los individuos. Según Romaní se trata de “un fenómeno que incluye diversos procesos históricos de largo alcance, y a través del cual podemos detectar que ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente van siendo objeto de preocupación, estudio, orientación, y en definitiva, control, por parte de la corporación médica” (Romaní, 1991: 39).

Si durante la época colonial y en la primera mitad del siglo XIX la gestión de los procesos de salud enfermedad de las multitudes correspondían al ámbito doméstico o, en relación con la muerte y la vejez de las masas pobres de las grandes ciudades, a la gestión caritativa; al avanzar dicho siglo los procesos biológicos de la población se convierten en preocupación de gobierno.

Foucault resalta que los pilares que sustentaron el surgimiento de una medicina del Estado en los países centrales de Europa fueron una medicina urbana y la medicalización de la fuerza laboral. La medicina estatal surge en Alemania a partir de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, siendo la primera experiencia en Occidente de una medicina “burocratizada, colectivizada y estatizada”; la medicina urbana se desarrolla en Francia y se expresa en la intervención higienista del espacio, como la reforma urbana de París promovida por Georges-Eugène Haussmann entre 1852 e 1870; y la medicina orientada a la fuerza laboral en Inglaterra, donde tanto la ciudad como los pobres fueron objetos de medicalización (Foucault, 1977: 24).

En Chile, dicho proceso fue fuertemente estimulado por una élite médica preocupada de ampliar sus áreas de influencia sobre lo social y que se apoyaba en los descubrimientos de la microbiología que redujeron los fenómenos morbosos a los agentes patógenos y demostraron la importancia de los vectores como agentes de transmisión, junto con la intervención higienista del espacio que implica que a fines del siglo XIX: el agua, el aire, las construcciones, las viviendas obreras, los

terrenos y desagües se convierten en objeto para la medicina. Si lo primero generó que a fines del siglo XIX las enfermedades sean reducidas a un fenómeno eminentemente biológico, recortándola de sus conexiones sociales; lo segundo dotó de mayor prestigio y autoridad normativa a los profesionales médicos.

En el horizonte del estamento terapéutico el objeto de intervención de la medicina va más allá de la enfermedad, asumiendo también una función positiva respecto del 'cuerpo de la nación'. Así lo expresa en 1853 el médico higienista Víctor Pretot (1801-1867), quien decía en la Facultad de Medicina que "dependerá del concurso simultáneo de vosotros mismos, de la edilidad Santiaguina i de los médicos (...) proporcionar a la República una sucesión de generaciones sanas" (Pretot, 1853: 36). En los primeros números de la *Revista Médica de Chile* un galeno sostiene que la tarea principal del médico es "el mejoramiento incesante del hombre como ser físico, su desarrollo como ser intelectual, su perfeccionamiento como ser moral" (Schneider, 1873: 43).

Desde mediados del siglo XIX que los médicos en Chile vienen ofreciendo al Estado una eficacia sustentada en una naturaleza científica, la que se opone a la competencia de curanderos, yerbateros y otros agentes de salud que hasta ese momento les disputaban la gestión de los procesos de salud y enfermedad. La tarea médica ya no será sólo la cura de las enfermedades, sino que modelar la salud vital, del hombre y la comunidad. Un siglo después se asiste a que producto de ese proceso, los ámbitos de intervención terapéutica se han ampliado más allá del polo de salud enfermedad. En el último siglo, la política vital se ocupa de nuestra capacidad de "controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas. Es, como sugiero, una política de la vida en sí" (Rose, 2012: 25).

La intervención higienista del espacio fue central en esta etapa de ascenso de la autoridad médica como agente de reforma social. El médico y profesor de Higiene y Medicina Legal, Federico Puga Borne (1855-1935) publica en 1891 *Elementos de higiene*, obra que compendia el saber médico y su horizonte de intervención social. Puga Borne explica la higiene como "el conjunto de conocimientos; de preceptos que enseña a conservar; a perfeccionar la salud" (Puga, 1891: 2). La obra expresa claramente los ámbitos de competencia médica para la medicina higienista a fines del siglo XIX. Además de los capítulos sobre conocimiento médico, el libro se refiere a las condiciones del suelo, aguas, gases, organismos microscópicos, vegetación, atmósfera, climas, epidemias, habitación, vestido, aseo corporal, baño, cosméticos y alimentación. Su énfasis será "la destrucción de focos epidémicos, evitar la propagación de las epidemias y disminuir la intensidad de ella" (Puga, 1891: 198).

A fines del siglo XIX, los primeros objetos de intervención médica serán la ciudad y la fuerza de trabajo. Según Fuster, la socialización de la medicina decimonónica "se articuló sobre un proceso sostenido de medicalización de la socie-

dad, que significó el desarrollo de prácticas de intervención médica del espacio urbano de la ciudad moderna y de la fuerza de trabajo" (2013: 169).

La reforma urbana del intendente Benjamín Vicuña Mackenna (1831-1886) entre 1872 y 1875 en Santiago se inscribe en el paradigma higienista de la época. El proyecto de una ciudad higiénica anhelado por las élites intelectuales latinoamericanas corresponde a un esfuerzo modernizante que, junto con evitar miasmas y pestilencias, también aspira a controlar peligros sociales, personificados en el 'roto' y sus prácticas de vida. Leyton denomina a Vicuña Mackenna como el Haussmann chileno (2015: 27), quien, a través de la remodelación del espacio urbano de la capital de Chile, genera mecanismos de exclusión de pobres, inmigrantes, indígenas, quienes son desplazados hacia los arrabales, denominados por el intendente como el *aduar africano* (Ibíd.: 28), junto con la profilaxia de enfermedades como la sífilis, la tuberculosis y prácticas como el alcoholismo y la prostitución (Ibíd.: 33). Según Fuster, la medicalización urbana proporcionó un espacio táctico al saber médico. La ciudad, el barrio y las habitaciones fueron demarcados socialmente en base a criterios higiénicos, permitiendo de ese modo una estrategia de gobierno de la multiplicidad (Fuster, 2013: 101). A la vez se desarrollaron legislaciones destinadas a higienizar las casas de los obreros en la ciudad, reformar sus costumbres y robustecer los lazos de familia, como la Ley de Habitaciones Obreras de 1906 (Hidalgo, 2000: 3).

La necesidad de asegurar una mano de obra constante para la economía nacional generó que la mirada también se volviese para los cuerpos que integraban la nación. En un contexto en que los propios trabajadores desde hace décadas autogestionaban sus problemas de salud y enfermedad a través de las sociedades de socorro y mutuales³, el estamento médico abogó con fuerza para hacer de su competencia exclusiva una política pública. A la demanda médica, se sumaba la difusión de ideas socialistas que exigían una intervención más activa del Estado. En un proceso que va más allá del alcance de nuestro estudio, a comienzos del siglo XX se comienza a configurar el Estado asistencial. Según Illanes éste

Emerge en el siglo XX como un aparato instrumental históricamente construido 'desde arriba', fruto de la puesta en acción de un voluntarismo en el poder (...) Aparece adjuntado al Estado Gendarme (liberal) como una construcción producto de la emergencia popular y como respuesta –institucional– a la emergencia histórica del 'socialismo real' (...) El Estado se configura siguiendo los pasos al Pueblo, saliendo al camino de su protesta, poniéndosele por delante, tomando sus banderas –asistencialmente– encauzándole su marcha. Así, mientras el Estado Gendarme

³ Para un análisis más extenso sobre las sociedades de socorro y mutuales ver Grez (1994), Illanes (2003).

reprime y envía a la cárcel, por delante el Estado Asistencial recoge los heridos y envía leyes al Parlamento (Illanes, 1993: 15).

En el transcurso del proceso diversos dispositivos legales permitieron la gestión normativa del estamento médico sobre lo social que de a poco exige una competencia exclusiva en la gestión de las enfermedades. En un nivel institucional esto cuajó en 1892 con la creación del Consejo Superior de Higiene Pública y el Instituto de Higiene, cuyo primer director será Puga Borne⁴. Dichas instituciones son la respuesta a las epidemias de viruela y cólera que asolaron Chile a fines del siglo XIX, las que permitieron legitimar el rol de los médicos en las dos décadas finales del siglo XIX ante la élite y los sectores populares, lo que tendrá como efecto la consolidación del estamento médico como agente de profilaxis con importantes consecuencias. En función de nuestro objeto de estudio, dos legislaciones allanan el camino: la Ley de Vacunación Obligatoria (1888) y la Ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas (1899). Ambas se inscriben en el horizonte médico sanitario y permiten poner los cuerpos a un régimen de obligaciones y la enfermedad como objeto de control forzoso por parte del Estado.

Dos décadas tardaría la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo en 1924, que consolidó el proceso de medicalización de la sociedad chilena y su profunda vinculación con el ámbito del trabajo. La mantención de la salud así es entendida como tarea del Estado para la preservación de una masa laboral que sea palanca de la economía nacional. El médico, Alejandro del Río (1939, citado en Herrera, 2013), primer ministro de dicha repartición⁵, expresa que la salud pública es el primer deber del Estado: "Así se ha llegado al conocimiento de un hecho: que la prosperidad industrial no se pueden alcanzar sin la cooperación de hombres que puedan vivir en habitaciones sanas, alimentarse fisiológicamente, sobrellevar los gastos familiares, disponer de horas de descanso, o sea, que los bien entendidos intereses del capital y del trabajo no son antagonicos" (Del Río, 1930, citado en Herrera, 2013: 205).

Illanes comenta que "cuerpo y Estado entrarán en una relación simbiótica de mutuo reconocimiento, definición e intervención. A través de dicho 'cuerpo' el Estado alcanza una materialidad real y también científica, existencial y racional; por su parte, a través de dicho Estado, los cuerpos se levantan del barro de la naturaleza y alcanzan una escenificación cultural" (Illanes, 2002: 125).

⁴ El Consejo se ocupó de provisionar de alcantarillado a Santiago y Valparaíso, de la profilaxia de enfermedades epidémicas, crear estaciones sanitarias en puertos para control de enfermedades infecciosas, la higiene de las escuelas, iglesias, cementerios; del trabajo industrial, baños públicos, ejercicios físicos, habitaciones obreras, hospitalización de niños, crear sanatorios para tuberculosos, provisión de leche para las ciudades y de la venta de alimentos (Puga Borne, 1891).

⁵ Alejandro del Río fue además profesor de la Facultad de Medicina, exdirector del Instituto de Higiene, miembro del Consejo Superior de Higiene Pública y administrador de la Asistencia Pública.

Las epidemias y la guerra

Desde fines del siglo XIX que la metáfora de la guerra contra las enfermedades coloniza el saber médico y sus intervenciones. El descubrimiento de los agentes patógenos identificados como bacterias que 'invadían' el cuerpo sano terminó por sepultar las explicaciones miasmáticas en la inteligibilización de las enfermedades, cobrando así vigor la metáfora militar de un combate contra un enemigo a la hora de referirse a éstas. La posibilidad de identificar y aislar un agente activo permite a su vez ensayar un antígeno. Esta inteligibilidad otorga certificado de defunción a la tradición terapéutica del equilibrio de humores que comprendía la cura como un proceso de restauración de equilibrio. Ahora se trata de un microbio a identificar y combatir. La metáfora del combate a un mal en la inteligibilización de las enfermedades provoca que el tratamiento exija movilizar ahora a la sociedad toda. Sontag comenta que "el aprovechamiento de la guerra para movilizar ideológicamente a las masas ha conferido eficacia a la idea de la guerra como metáfora para todo tipo de campañas curativas cuyos fines se plasman en una derrota de un 'enemigo' (Sontag, 1996: 97).

Entre 1872 y 1886 el estamento médico llama la atención para el combate a epidemias como la viruela; el cólera y el tifus exantemático (Molina, 2006: 29). Con el cambio de siglo, ya no sólo las enfermedades biológicas serán descritas como epidemias, sino que también conductas sociales como la prostitución y el alcoholismo. La enfermedad para los médicos ya no sólo es un fenómeno biológico, sino que incluye las conductas alteradoras del orden social. Una editorial de la *Revista Médica* de los años '30 dirá que la Higiene Social apunta a "considerar al hombre no como individuo y sí como célula constitutiva del cuerpo social, cuya función necesita regularse y protegerse para no perturbar la vida del organismo todo entero" (RMCh, 1932: 724).

Dicha conceptualización ya no sólo arrastrará a los agentes patógenos, sino que también conlleva a quienes sufren la enfermedad, sean vistos como víctimas o responsables. Así sus cuerpos serán objeto inevitable de intervención terapéutica. Un efecto de esta conceptualización es la articulación de una ética privada de la buena salud a partir de un ideario de sanidad. De ahora en adelante la medicina no será enteramente una ciencia biológica dedicada a la higiene pública, también se consolida aún más el relato de que es una ciencia social destinada a perpetuar la raza para el crecimiento económico de la patria. Una editorial de la *Revista Médica de Chile* de 1932 dice que los agentes de salud tendrán ahora la misión de "prevenir la miseria y decadencia de los hombres" (RMCh, 1932: 710).

El ideario salubrista perdurará durante décadas y surgirá la llamada Medicina Social. En 1950 el médico salubrista Amador Neghme (1912-1987) considera que la investigación médica debe ser complementaria con investigación sociológica, ya que la medicina tiene directa relación con la economía, el desarrollo

industrial y la agricultura. Frente a la enfermedad propone un examen periódico, un piso proporcionado por el Estado y una cooperación sin reservas por parte de los cuerpos: "El médico puede llegar a influir en la génesis de este proceso mediante el control periódico del estado de salud de los componentes de una colectividad. El Estado y la sociedad, por su parte, deben procurar la instauración de las condiciones materiales y espirituales para una vida higiénica y al individuo compete una cooperación sin reservas en la cotidiana conquista de su propia salud" (Neghme, 1950: 10).

La profilaxia del alcoholismo

El alcoholismo desde fines del siglo XIX se constituye como uno de los principales problemas de salud pública. Su intervención estrenará tecnologías de control y represión que posteriormente se aplicarán sobre las personas declaradas como toxicómanos. La terapéutica con el tiempo adquirirá la categoría de una cruzada contra una enfermedad definida como 'social'.

La relación entre el uso de bebidas alcohólicas y enfermedad fue establecida por primera vez por el médico y militante pro temperancia norteamericano Benjamin Rush (1746-1813) en *Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind* (1785). Además de la descripción de efectos sobre el cuerpo, Rush se preocupa en acusar una perversidad del alma y la corrupción de la moralidad de los usuarios (Escohotado, 1999: 125). En 1804 el médico inglés Thomas Trotter (1760-1832) describe la ebriedad como una enfermedad mental en *Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness* y en 1819 el médico alemán-ruso Carl Von Bruhl-Cramer concluyó que lo que hasta el momento era considerado un hábito de inmoderación en el beber, debiera describirse como una enfermedad del sistema nervioso, acuñando el concepto 'dipsomanía'. Con un énfasis fuerte en la herencia, se caracterizaba esta nueva 'entidad mórbida' por la pérdida del control del individuo sobre la voluntad, construyéndose sus descripciones clínicas como una impulsión irresistible que dominaba la personalidad (Santos & Verani, 2010: 404).

Cuando en la década de 1840 el alienista Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) publica su tratado de enfermedades mentales, integra la ebriedad bajo la categoría de 'monomanía instintiva'. El término 'alcoholismo' será acuñado en 1849 por el médico sueco Magnus Huss (1807-1890), quien describe bajo tal categoría diagnóstica el conjunto de síntomas físicos y mentales presentados por el consumo excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas, colocando énfasis en los efectos del alcohol sobre el cerebro y el sistema nervioso⁶.

⁶ Descrito en el opúsculo *Chronische alkoholskrankheit, oder, Alcoholismus chronicus: ein beitrag zur kenntniss der vergiftungs-krankheiten, nach eigener und anderer erfahrung* (1849).

En Chile, siguiendo la tradición del paradigma anatomopatológico, una pionera aproximación de mediados del siglo XIX, será la atribución del alcohol como causa etiológica de la cirrosis hepática. La dolencia es descrita como un proceso degenerativo de los tejidos del estómago y del hígado. A través de la cirrosis hepática los médicos de la época establecen una relación directa entre el uso de embriagantes y lesiones orgánicas. Es un momento de transición en la explicación etiológica de las enfermedades, cuando la anatomopatología en ascenso se combinaba con el paradigma miasmático y las teorías humorales en declive. El médico Wenceslao Díaz⁷ decía en 1875 que las enfermedades del hígado eran comunes en Chile por la abundancia de casos de disentería, la aridez del ambiente que exagera la evaporación pulmonar y cutánea y por el exceso de las bebidas alcohólicas (Díaz, 1875).

Otro abordaje al consumo de alcohol en la época fue hecho por el psiquiatra y político Augusto Orrego Luco⁸, que instaló la 'cuestión social' para el pensamiento de la élite chilena. Preocupado por el 'vigor de la nación', al igual que Vicuña Mackenna coloca en las costumbres y modos de vida popular un objetivo a intervenir. En su pensamiento los espacios de las habitaciones y las tabernas son focos de vicio y causa principal de su precariedad (Orrego Luco, 1884).

En 1879 Clotario Salamanca en su tesis de médico vincula el uso de embriagantes con la degeneración de la raza, la demencia y la parálisis general. Su perspectiva organicista intenta articular localizaciones patológicas con observaciones del comportamiento. En su tesis, publicada en la *Revista Médica de Chile*, comenta que el alcohol

Envenena las fuentes más puras de la vida, destruye la inteligencia i el sentido moral, pervierte los instintos, dejenera las razas, i llegando la intoxicacion crónica a su última evolución, produce la demencia i la parálisis jeneral, estando en relación estos dos modos de terminación, el primero con la dejeneracion grasosa i el segundo con la esclerosis difusa de los centros nerviosos (Salamanca, 1879: 302).

Para el médico el alcohol es "un modificador del sistema nervioso, obrando a débil dosis como escitante, i a dosis elevadas como estupefaciente" (Ibíd: 359).

Al igual que Orrego Luco, Salamanca produce una relación de los modos de

⁷ Wenceslao Díaz Gallegos (1834-1895) fue un médico sanitarista que en 1873 asume la cátedra de Medicina Interna en la Facultad de Medicina. Fue precursor del uso de instrumentos como el termómetro y la jeringa hipodérmica de Pravaz, utilizada para inyectar morfina, atropina y cocaína, reemplazando con ellos el uso del cloroformo y del éter como anestésicos.

⁸ Augusto Orrego Luco (1848-1933) fue un conocido médico psiquiatra del cambio de siglo. Formado por el alienista Jean-Martin Charcot en París, dirigió la cátedra de Anatomía Humana en la Facultad de Medicina, fue presidente de la Sociedad Médica de Santiago y director de la Escuela de Medicina (1891).

vida popular con un destino ineludible, determinado por el alcohol, la falta de un espíritu de acumulación, el hambre, las prisiones y la enfermedad. Comenta así que

Basta observar a la lijera los hábitos de la clase proletaria del país para comprender lo arraigado que tienen el vicio de las bebidas alcohólicas. El espíritu de orden i previsión en la reunión de sus salarios no existe: todo lo pierden, lo derrochan, i em cambio, dejan a sus familias pereciendo del hambre i van a aumentar el número de habitantes de las prisiones, cárceles i hospitales (Salamanca, 1879: 304).

Hasta ese momento diversos alcoholes habían sido utilizados en la terapéutica, sobre todo como anestésicos, y en la tradición médica galénica se le consideraba también un alimento. Federico Puga Borne en su *Tratado de higiene* expresa la ambivalencia respecto del alcohol para los médicos de su época. En el capítulo dedicado a los alimentos reproduce la noción de 'alimentos nervinos'⁹, grupo que integra junto al alcohol, la hoja de coca, la yerba mate, el café, el tabaco y la caña de azúcar. Puga comenta que

En nuestra civilizacion, donde hai tantas cosas artificiales, el estimulante artificial de las bebidas alcohólicas no puede ser condenado en absoluto. El uso moderado de este líquido, sobre todo en forma de bebidas fermentadas, alienta incontestablemente el vigor del homvbre, tanto del obrero manual como del intelectual. Esta bebida causa sensaciones gratas, da atractivo a las comidas más groseras, levanta las fuerzas momentáneamente, despierta la alegría i hasta hace olvidar la miseria i el pesar (Puga, 1892: 495).

Evidenciando una transición en el pensamiento médico de su época sobre las cualidades atribuidas al alcohol, Puga Borne advierte que, si en dosis bajas es un alimento, el uso excesivo de las bebidas produce alcoholismo, siendo "absolutamente tóxico": "Sobre el sistema nervioso produce la estimulación, en seguida la perversión, desorden (ataxia), i por fin la depresion (anestesia). En pequeña dosis hace momentáneamente más fácil, mas enérgico el ejercicio físico, ayuda el trabajo intelectual i en alto dosis trae siempre el desórden i la incoherencia" (Ibíd.: 492).

Empapado del paradigma de la degeneración que vigoraba en su época, Puga Borne concluye que el alcohol es un enemigo de la raza, provocando la decadencia de ésta producto de la herencia alcohólica y cuyo estadio final es la locura:

⁹ Noción dada por el médico italiano Paolo Mantegazza (1831-1910), neurólogo, fisiólogo y antropólogo italiano que viajó por el norte de Argentina a fines del siglo XIX, interesándose especialmente por el uso de la yerba mate en la región. De vuelta en Italia se dedicó a estudiar los efectos de anestésicos, como la cocaína, en seres humanos.

Los hijos de los borrachos nacen débiles, de una nerviosidad exajerada, algunas veces imbéciles, idiotas o cretinos; muchos son incapaces de vivir o mueren pronto, otros están condenados a servir algún día de presa de algún jénero de locura entre cuyas formas se encuentra una inclinación enfermiza e irresistible a la bebida. Es mui probable que el raquitismo también sea una forma de herencia alcohólica (Ibíd.: 497).

El mismo año, el médico Luis Vergara Flores publicaba un artículo titulado "Alcoholismo y degeneración" en la *Revista Médica de Chile*. A diferencia de Puga Borne y de la tradición médica hasta entonces, Vergara retira las cualidades nutricionales del alcohol, comentando al respecto que "el excesivo exclusivismo de los higienistas cae de por sí cuando uno se pregunta con ávida curiosidad o investiga atento el papel que ha venido a desempeñar el alcohol en la vida humana" (Vergara, 1892: 81).

La teoría de la degeneración fue el gran modelo en la explicación de las enfermedades mentales desde la segunda mitad del siglo XIX. Propuesto originalmente por el alienista Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) en *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (1857), define el concepto como los desvíos mórbidos en relación con el tipo normal de humanidad creado por Dios, transmitido hereditariamente a los descendientes hasta la extinción del linaje¹⁰. La noción fue perfeccionada por el alienista Valentin Magnan (1835-1916). Para ambos la clasificación de las enfermedades mentales sentada por Esquirol a partir de las monomanías era insuficiente y se afanaron en definir y agrupar las patologías en función de una causa etiológica y no de los síntomas. De esta forma, su modelo apunta a constituir una especie patológica articulando todos los elementos con relevancia en el tiempo en vez de inteligibilizarlos como una entidad mórbida, y así colocan las enfermedades mentales y comportamientos como fases de una dolencia mayor, un fondo degenerado que estaría por detrás de las diferentes formas de patologías mentales (Caponi, 2011: 176).

Magnan se preocupó de quitar los fundamentos teleológicos a la teoría original de Morel y darle fundamentos científicos según el modelo fisiológico experimental de la época instaurado por Claude Bernard. Para esto se preocupó en relacionar los síntomas con la fisiología en su laboratorio anexo al Asilo de Ste. Anne, para lo cual realizó varios experimentos con absenta en animales para proporcionar un modelo observable de la degeneración en un espacio laboratorial. Para Magnan ésta era producto de una deformación del eje cerebro espinal, ya sea por destrucción o inhibición de sus componentes (Bercherie, 1989:155). Una propuesta de clasificación de las enfermedades mentales basada en este paradig-

¹⁰ El tema de la degeneración en diferentes momentos del pensamiento médico chileno es abordado por Sánchez (2014).

ma fue presentada por Magnan junto con Paul Garnier y M. Christian ante la *Société Médico-psychologique de París* en 1888.

La tesis de Medicina *Alcoholismo inveterado como causa de degeneración hereditaria* de Moises Loyns Cerda, publicada en 1898, da cuenta de que a fines del siglo XIX la relación entre el alcohol y la degeneración está ya establecida en el pensamiento médico de la época. La controversia de las décadas precedentes respecto de las propiedades alimenticias y terapéuticas del alcohol no aparece y junto con encuadrar el uso de alcohol en la teoría de Magnan, comenta que los efectos del uso de alcohol se expresan en el periodo de exaltación funcional de algunos órganos producto del uso de embriagantes, lo que provoca a nivel comportamental "parálisis de los centros frenadores i de de la conciencia i por la semiparálisis de la voluntad i del juicio" (Lyons, 1898: 11).

En la primera década del siglo XX el problema del alcoholismo es opuesto al proyecto de inserción de las multitudes en las formas de trabajo de la sociedad industrial y las relaciones capitalistas en su descripción dentro del universo referencial de enfermedad. Así a la relación entre la embriaguez-pobreza-enfermedad-crimen se le opone un ideario laborioso de prosperidad en la subjetivación para las clases populares de su rol en la sociedad industrial. Un tesista de Derecho comenta en 1910 que:

Mientras viva el roto sumerjido en la ignorancia, bebiendo en la taberna o destrozándose a puñaladas, la familia, el pueblo, la ciudad, la sociedad entera tendrán que lamentar el crimen i la enfermedad, i los hombres de gobierno deberán contemplar, aunque no quieran, cuadros de miseria i decadencia moral; pero ellos mismos, penetrados de sus deberes, pongan remedio eficaz al alcoholismo i la borrachera, se sentirán por todas partes también músicas divinas: ruidos de fábricas i de martilleos, pasar de locomotoras i cantos de obreros que van llenos de salud en pos de su trabajo. Entonces se respirará vida en todas partes i se dirá con arrogancia que la salud del pueblo es la salud de la República (Labra, 1910: 34).

En función de este ideario se discutían dispositivos de penalización de la embriaguez. En 1909 se exigía la penalidad de la embriaguez con trabajos forzados, ya que "los ebrios consuetudinarios y los con *delirium tremens* deberán ser considerados divorciados del seno del hogar y de la sociedad, en interdicción provisoria, mientras no se regeneren y si no se regeneran, durante toda su vida" (Moraga, 1909: 14). Se proponen colonias penales para encerrar a los 'ebrios consuetudinarios' por periodos de 6 meses hasta 2 años, porque un lugar de aislamiento es "una escuela de buenas costumbres para el que se ha desviado del buen camino durante la vida; un sanatorio de cura de la miseria física y moral" (Ibíd.).

El espacio táctico de la lucha antialcohólica será el asilo de bebedores. Estas instituciones son herederas de la tradición del encierro del manicomio y permiti-

rán el ejercicio de un poder directo y horizontal por parte del estamento médico. La primera Ley de Alcoholes de 1902 ordenó crear un asilo anexo a la Casa de Orates llamado Asilo de Temperancia. La anterior represión policial a la embriaguez fue modificada por la interdicción del 'ebrio consuetudinario' en dicho asilo. Dicha designación era dada a quienes en un año hubiesen sido castigados 4 veces por ebriedad, estableciendo para ellos una reclusión de 6 meses a 1 año. Las sucesivas leyes de 1902, 1916 y 1929 mantuvieron la reclusión forzosa (Fernández, 2006: 370).

Posteriormente, la Ley de Alcoholes de 1932 creó anexo al open door un Instituto de Toxicómanos con capacidad para unas 100 personas, pero será la inauguración del Instituto de Reeducación Mental (IRM), en 1943, el momento de institucionalización definitiva de un espacio destinado en específico a alcohólicos y toxicómanos (Ahumada, 1954: 58).

Un médico dirá en 1937 que la lucha contra el alcoholismo "debe constituir una verdadera cruzada en la cual todos los ciudadanos tienen la obligación de tomar parte" (Arce, 1937: 85). Para el médico dicha campaña "constituye una enfermedad social, porque su generalización tiene repercusiones obvias sobre el equilibrio material y moral de los pueblos. Es una enfermedad social, porque engendra en la colectividad un cuadro mórbido especial, con su patogenia, su sintomatología y su fisiopatología, llamado alcoholismo colectivo" (Ibíd.: 76).

En los discursos que discuten el problema de la ebriedad aparecerá la palabra 'profilaxia', la que terminará por cerrar la idea del consumo de embriagantes como enfermedad a combatir, con su correspondiente contagio. El médico Hermes Ahumada (1911-2004) dirá en 1954 que "al alcoholismo hay que tratarlo como una enfermedad infectocontagiosa" (Ahumada, 1954: 206).

Las intervenciones sobre el cuerpo de los toxicómanos serán edificadas sobre la gestión médica del alcoholismo, hecha autoridad a través de un dispositivo, el internamiento; y un espacio táctico, el asilo. Los ejes de tal intervención serán la reclusión forzosa de los toxicómanos, su aislamiento bajo absoluto control médico y la reeducación. Más, el estamento médico necesitó de una noción que permitiera ampliar su competencia al uso de vehículos de ebriedad.

El abuso de drogas

El concepto 'abuso de drogas', entendido como cualquier uso no médico de sustancias con efectos sobre la voluntad, permite la intervención terapéutica en las experiencias de ebriedad. A fines del siglo XIX lo que era inteligibilizado antes como una debilidad de la voluntad, comienza a ser visto en términos de abuso. Mas no se trata de un abuso dado por exceso, sino por ausencia de competencia

médica. El uso de morfina y, posteriormente, de cocaína serían las primeras prácticas descritas en tal estilo de pensamiento.

Los anestésicos desarrollados durante el siglo XIX amplificaron como nunca las posibilidades de intervención sobre los cuerpos. El éter (1818), el cloroformo (1847) y la morfina, aislada por Friedrich Sertürner (1783-1841) como principal compuesto activo del opio (1806), significaron una revolución en la anestesia. Esta última tras la invención de la jeringa hipodérmica en 1854 por Alexander Wood, otorgó una gran dosis de precisión, inalcanzable por los vapores del cloroformo o el éter en los pabellones quirúrgicos. La masificación de su uso por fuera de los espacios médicos provoca alarmas en el estamento terapéutico, cuya primera denuncia es realizada en 1874 por el médico Eduard Levinstein (1831-1882), quien tras recolectar más casos publica un informe acusando el uso no médico de la morfina como enfermedad, la que integra entre las manías de Esquirol, denominándola morfínomanía (Levinstein, 1879).

En 1885, el neuropsiquiatra Friedrich Albrecht Erlenmeyer (1849-1926), comienza una controversia científica con Sigmund Freud (1856-1939) respecto de la utilidad terapéutica de la cocaína, sustancia que el fundador del psicoanálisis defendía para la cura de la morfínomanía y del alcoholismo¹¹. Erlenmeyer le niega toda utilidad terapéutica a la sustancia, a la que define como "el tercer flagelo de la humanidad" después del alcohol y la morfina¹² (Escobedo, 1999: 461). En 1899 el médico francés Paul Sollier (1861-1933) reagrupa las diferentes formas de ebriedad no alcohólicas, como la morfínomanía, el cocainismo y el eterismo bajo el concepto de 'toxicomanía' en el Congreso Francés de Medicina de aquel año¹³. Asistimos a la emergencia de una nueva categoría diagnóstica para la psiquiatría.

En 1888 aparece en la *Revista Médica de Chile* una comunicación del profesor Jerman Sée, dicho ante la Academia de Ciencias de París. Es el primer escrito en dicha revista que hace referencia a evitar la morfínomanía. En la nota se recomienda la antipirina en inyecciones subcutáneas, en sustitución de la morfina, ya que la primera "no presenta ninguno de los inconvenientes de aquella, tales como vértigos, vómitos, somnolencia, excitaciones artificiales que conducen a la morfínomanía" (RMCh, 1887-1888: 176).

¹¹ El optimismo de Freud respecto del uso de la cocaína se expresa en su obra *Über Coca*, publicada en 1884.

¹² Erlenmeyer reúne casos diagnósticos y los sistematiza en el artículo *Über die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung*, publicado en *Centralblatt d. Nervenheilkunde* (1885).

¹³ Paul Sollier era discípulo del alienista Jean-Martin Charcot, y describe la nueva categoría diagnóstica en el Congreso Francés de Medicina de 1899 (Lille) en la ponencia *Les Toxicomanes*. Ya había publicado, entre otras cosas, *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme* (1889).

Desde que Karl Köller (1884) experimentara el uso de la cocaína en una operación ocular, las cualidades de la sustancia como anestésico local acompañaron el desarrollo de especialidades médicas como la oftalmología y la dermatología. En Chile, el cirujano Manuel Barros Borgoño fue un gran divulgador del uso de la cocaína como anestésico hospitalario (Laval, 2006: 261). La primera alarma respecto de su uso de la cocaína fue hecha en 1886, mas fueron observaciones clínicas de sus efectos, más que advertencias respecto a una categoría diagnóstica específica. La primera publicación en la *Revista Médica de Chile* es un relato de un médico de Copiapó que acusa una intoxicación en un paciente que inyectó con la sustancia para extraer un molar. La descripción médica relata que el sujeto "tuvo dolores, dificultad para respirar, ansiedad precordial, temblores musculares, un *delirium tremens* durante poco más de una hora" (RMCh, 1887: 34). En 1896 se detalla otro caso de envenenamiento por cocaína después de inyecciones uretrales y subcutáneas (RMCh, 1896: 205).

En 1929, una tesis de Química y Farmacia define el uso de la sustancia como cocainomanía y describe su efecto como una intoxicación en la que se observa "exitación cerebral, con locuacidad, risas, llantos, cóleras, inestabilidad motriz, fases de agitación violenta, confusión de ideas, desorientación (...) palabra fácil e irritabilidad vehemente" (Barría, 1929: 11).

Una tesis dedicada a las enajenaciones mentales publicada en 1911 hace mención al 'abuso' de cocaína y morfina, encuadrando sus usos en la inteligibilidad dada al alcoholismo. Dice sobre el cocainismo que "es el resultado del abuso de inyecciones de cocaína o de coca; produce ideas delirantes i persecutorias i también alucinaciones análogas a las que produce el alcoholismo". Sobre la morfino-manía el autor sostiene que "proviene del exceso de inyecciones de morfina. Esta enfermedad se desarrolla gradualmente en el individuo i produce los mismo que el alcoholismo, una serie de alteraciones i ciertos estados de exaltación análoga al *delirium tremens*, con sus mismos caracteres" (Montero, 1911: 32).

Por abuso los médicos entienden cualquier uso no médico de sustancias con efectos sobre la conciencia, lo que se instala como principio explicatorio de la toxicomanía y fundamento que autoriza sancionar el uso de embriagantes de manera lúdica o como contemplación extática. De esta forma, las diferentes experiencias de ebriedad son integradas en el universo referencial de la enfermedad, proceso de medicalización que implica su inteligibilidad como una conducta social a erradicar.

La obra del médico español Antonio Pagador, *Los venenos sociales: opio y morfina* (1923) va a tener en la segunda década del siglo XX amplia circulación entre el estamento médico chileno, siendo citado en varias publicaciones referidas a la toxicomanía durante las décadas de 1930 y 1940 (Arce, 1937; Macuada, 1940). Pagador integraba la comisión de la Liga de Naciones para la lucha contra los estupefacientes en viaje por América Latina. En su libro, acusará la intervención

médica normalizadora en función de un horizonte social libre de drogas: "El papel director del Estado debe tender a que las generaciones sucesivas abandonen el uso del veneno, hasta su completa y total desaparición, siendo esta profilaxia social la verdadera curación en bloque de toda una raza y siendo, por lo tanto, la psicoterapia, algo como la educación general de un pueblo" (Pagador, 1923: 184).

En la década de 1920, el químico farmacéutico Francisco Hernández asume un rol protagónico en la patologización de los usuarios de drogas. Profesor de Deontología de la Facultad de Química y Farmacia, participó como delegado chileno ante la Convención sobre Restricción del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas en Ginebra (1936) y dirigió varias tesis dedicadas a la temática. A través de la revista *La Farmacia Chilena*¹⁴, Hernández desarrolla una campaña por el control de las drogas y la criminalización de los circuitos y obtención de sustancias no controlados por el estamento médico. El farmacéutico sostiene que "todo individuo dado al vicio de las drogas narcóticas, por el sólo hecho de usarlas sin sujeción a la vigilancia y tratamiento médico conveniente, constituye un serio peligro para la sociedad, del cual debe preservarla el Estado en cumplimiento de sus deberes, lo que implica, desde luego, el aislamiento del narcómano y su atención institucional, considerada esta como la más provechosa medida, tanto para el vicioso como para la comunidad" (Hernández, 1937: 158).

Denuncia obligatoria y reclusión forzosa

Una vez inteligibilizado el uso no médico de drogas como enfermedad, sobre el cuerpo de los toxicómanos se desplegarán medidas de control médico, como la denuncia obligatoria y la reclusión forzosa en los sanatorios. Hernández justifica ésta última diciendo que el toxicómano es "un elemento pernicioso a la sociedad, susceptible de aislamiento forzoso (aunque no haya cometido delito), conveniente para evitar los daños que él ocasiona a la sociedad con la propagación oculta del vicio, muy difícil de constatar, y necesaria a la vez para la salvación del sujeto esclavizado por la droga, carente de voluntad y abandonado por lo general a su propia suerte en razón de su conducta y de las repugnantes características del vicio" (Hernández, 1943: 157).

A fines de la década de 1930, los enfoques jurídicos propondrán técnicas de contención de la toxicomanía puestas en vigencia desde la declaración de enfer-

¹⁴ La revista *La Farmacia Chilena* fue editada entre 1927 y 1954. Fue el primer órgano del estamento farmacéutico en proceso de consolidación profesional. La disciplina estaba en proceso de consolidación desde principios del siglo XX, constituyendo un evento importante la separación de los estudios de Farmacia de los de Medicina con la creación de la Escuela de Química y Farmacia dentro de la Facultad de Medicina en 1911.

medades infecciosas, como la denuncia obligatoria propuesta por el tesista Armando R. Zelada, quien la explica así: "Todo caso de toxicomanía será puesto en conocimiento del Jefe Sanitario Provincial respectivo, directamente o por intermedio del Cuerpo de Carabineros" (Zelada, 1939: 103). Cónyuge, parientes cercanos o guardadores son llamados por Zelada a participar de esta cruzada. La convocatoria es hacia la sociedad toda. Bajo este enfoque se estimula que el cuerpo social asuma una mirada médica.

La captura y reclusión de morfinómanos o cocainómanos por los médicos permitirá a dicho estamento producir la toxicomanía como enfermedad. Colocados los cuerpos de los usuarios bajo la atenta mirada médica, la patologización del toxicómano requiere de una precisión en la definición de causas etiológicas, síntomas y pronósticos de la dolencia. En este punto convergen los discursos de Química y Farmacia para proporcionar al estamento médico un mecanismo certero y con amplios efectos de verdad: el examen. Las técnicas para su concurso serán tomadas de la experiencia médica con enfermedades biológicas: Si en un primer momento la mirada se concentrará en fenómenos físicos (pulso, dilatación de pupilas, latidos cardíacos) el refinamiento de las técnicas de vigilancia terminará por traspasar la piel a través de los exámenes de pelo u orina. En un período que alcanza los primeros años de la década de 1920 hasta 1933, varias tesis de Química y Farmacia calibran y proponen dosis que delimiten cuando el médico se encuentra frente a un 'toxicómano, amplificando la etiqueta diagnóstica respecto de diferentes sustancias (Valenzuela, 1922; Bórquez, 1922; Gutiérrez, 1923; Barría, 1929; Monetta, 1929; Poblete, 1929; Veloso, 1932; Carvajal, 1933). Una tesis de 1932 dedicada al dosaje de morfina en la orina de morfinómanos es justificada diciendo que "puede ser de alguna utilidad para el descubrimiento de las morfinomanías ocultas" (Veloso, 1932: 11).

El examen también resuelve un problema que se le presenta al curador de toxicomanías, duda vuelta constante en el tratamiento, que es evidenciar ¿cuándo el toxicómano está curado? Para responder esto el hospital resulta ser el aparato ideal de interrogación por sus características de control terapéutico. No sólo en dicho lugar se producirá la toxicomanía, también será el lugar para su observación regular y continúa.

El examen necesita también una escala de medición para resultar coherente y funcional. Un tesista de Química y Farmacia recurre a la clasificación de Jennings¹⁵ sobre morfinismo, en la que se agrupa a los usuarios de morfina en tres grandes grupos: Los "enfermos que desearían curar, pero que se sienten incapaces por temor a aceptar una cura rígida", luego los "habitados a raíz de una afección dolorosa, de un estado depresivo; que en ocasiones reducen voluntariamente su

¹⁵ Clasificación expresada en el libro *Morphinisme et morphinomanie*, editado en París en 1910.

dosis diaria al mínimo y que acuden al especialista, aceptando lealmente sus prescripciones"; y finalmente los toxicómanos cuyo hábito "no es más que un episodio revelador de una grave alteración mental y que pertenecen al gran grupo de los neuróticos. Necesario sería en estos, poder cambiar de raíz su modo de ser, de reaccionar inherente a su estado patológico". Se trata de "verdaderos maníacos de la morfina, psicópatas que no desean curar y que, si son desintoxicados, reinciden" (Carvajal, 1933: 7).

En el campo legal aparece el Proyecto de Ley sobre Legislación sobre Estupefacientes, enviado por el presidente Pedro Aguirre Cerda el 10 de noviembre de 1939, primer cuerpo legal que considera el uso de drogas como una categoría diagnóstica específica a intervenir, divide a los toxicómanos en Habituales, Reincidentes o Proselitistas (Ahumada, 1954).

El sanatorio como máquina de curación

La denuncia forzosa permite identificar al toxicómano, visando su internación en el sanatorio. El internamiento opera en dos niveles, tanto en el nivel fino de la individualidad, como en el cuerpo social, ya que permite un control absoluto del cuerpo del adicto y su tratamiento, además del alejamiento de los usuarios de drogas de la sociedad. Si en un principio la Casa de Orates albergó a los rotulados como toxicómanos, pronto estos compartirán el extrañamiento en el Asilo de Bebedores primeramente y en el Instituto de Reeducción Mental (IRM) a partir de 1943. Dichos espacios comparten con la Casa de Orates el ser lugares de total control médico y de la correspondiente producción de la toxicomanía como enfermedad (Becerra, 2009: 6). Este control se desplegará desde las condiciones ambientales hasta intervenciones a nivel químico de los cuerpos.

Pagador define al Sanatorio como el lugar ideal de curación, recomendando que la reclusión debe durar de 3 a 4 meses (Pagador, 1923: 110), tiempo suficiente para mantener el cuerpo a trasluz para la mirada clínica, condición de posibilidad de la producción del enfermo. También se referirá a la arquitectura de los Sanatorios, los que "deben estar perfectamente instalados, con habitaciones amplias y ventiladas, con cuartos de baño individuales, con toda clase de distracciones, con publicaciones escogidas en el salón de lectura. Científicamente deben contener los aparatos de investigación clínica y locales para el tratamiento electro-terápicos y kinesiterápicos. (...) Estará situado en el centro de un amplio jardín o parque, en donde el enfermo pueda hacer ejercicios físicos y pueda dar largos paseos" (Pagador, 1923: 148).

Una tesista de Química y Farmacia justifica bajo el argumento de defensa de un contagio la reclusión de los toxicómanos: "¿Cómo desconocer al Estado el perfecto derecho que le asiste de defender a sus asociados? Sagradas son induda-

blemente las garantías individuales; pero por encima de ellas está el interés colectivo de la Nación entera. Así lo han comprendido los Gobiernos en el aspecto sanitario y si hay leyes que ordenan el aislamiento de ciertos enfermos infecto-contagiosos" (Ureta, 1937: 55).

Ya en 1928 se consigna que ingresaron a la Casa de orates 36 narcómanos, de los cuales uno era por pantopón, 2 por heroína, 3 por cocaína y el resto por ser usuarios de morfina (Hernández, 1943: 24). Para el farmacéutico el tratamiento es ineficaz cuando enfermo no ha sido aislado "lo que se puede obtener sólo en sanatorios especiales para narcómanos, bajo un régimen de aislamiento forzoso de estos" (Hernández, 1937: 159).

Una publicación del psiquiatra peruano Baltazar Caravedo¹⁶ en la *Revista de Psiquiatría* de 1937 dirá que:

El pronóstico de los narcómanos es muy sombrío, no sólo por el bajísimo porcentaje de curaciones y porque se arraiga, por lo general, en la juventud y aún en la niñez, sino porque transforma al sujeto, haciéndolo un ser peligroso; lo lleva a la degeneración física, moral e intelectual. Por eso, la lucha contra la toxicomanía debe ser intensa, y es indispensable segregar a los adictos como medida terapéutica y profiláctica, porque en los predispuestos, en los débiles de voluntad, en los emotivos, el contagio por el ejemplo es un hecho que favorece la narcomanía (Caravedo, 1937: 34).

Caravedo recomienda el sistema de granjas de Estados Unidos, iniciadas en Lexington en 1935, donde se trata a los enfermos y se hace experimentos: "las funciones de este instituto serían las de un centro de tratamiento e investigaciones, por un lado, y de un centro educativo, industrial, vocacional y rehabilitador, por otro, a lo cual se agregan ciertas características de custodia de los reclusos" (Caravedo, 1937: 35).

Hernández insiste en la "conveniencia que existe en que se dicte una ley para la internación forzosa del narcómano (...) para un tratamiento apropiado el cual será tanto más eficaz y provechoso para el individuo cuanto más temprano se realice. De manera que el tema de que se trata es, en principio, un tema de prevención, de verdadera profilaxis de las narcomanías" (Hernández, 1937: 158). Zelada aboga porque "debe instituirse la obligación del tratamiento médico. Naturalmente que esta obligación debe traer aparejado el derecho del Estado para recluir forzosamente al narcómano en un sanatorio para el efecto" (Zelada, 1939: 21).

La Ley de Alcoholes de 1943 establece que "con el nombre de Instituto de Reeducción Mental se mantendrá en Santiago, anexo a la Casa de Orates, un

¹⁶ Baltazar Caravedo Prado (1884-1953) fue el segundo director del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera, principal institución pública de salud mental en Lima hasta 1962.

establecimiento público destinado a la curación de los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos" (Ahumada, 1954: 58). Dicho espacio funcionaba desde 1937, cuando se abre un *open door* para alcohólicos en el fundo El Peral, espacio antes destinado al internamiento de tuberculosos y ubicado camino a Las Vizcachas (Zelada, 1939:21). Al momento de ser inaugurado tenía una capacidad para 100 enfermos. Su objetivo definido por la Ley de Alcoholes persigue "promover la reeducación y readaptación de los enfermos que sufren una toxicomanía y especialmente los alcohólicos crónicos" (Ahumada, 1954: 185). El Art. 124 de la Ley de Alcoholes de 1946 destinaba al IRM para "recibir y dar atención médica a los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos, cuya reclusión fuese indicada por las autoridades penales" (Jordán, 1955: 189). El plazo de reclusión forzosa podría llegar hasta los 24 meses.

La lógica de exclusión propia de las instituciones psiquiátricas será reproducida en este nuevo espacio terapéutico. Extrañamiento y lejanía son las condiciones para instalar el IRM en el fundo El Peral. Profilaxia del contagio y para evitar una recaída por cercanía de lugares donde adquirir embriagantes, justifican dicho emplazamiento.

En 1939 un par de psiquiatras visualizaban que el IRM "contará con 200 camas y los elementos necesarios para la terapia y la reeducación a que deben ser sometidos" (Vivado et al., 1939: 170). También visibilizan la escasa incidencia de las toxicomanías en relación con el alcoholismo y da cuenta de que la captura institucional de usuarios de drogas corre más por cuenta de policías que de toxicómanos deseosos de curarse. Comentan que "su frecuencia es mínima en relación a la del Alcoholismo, tanto más cuanto que es la expresión muy aproximada a la realidad de su uso en el país. Hay que considerar que el número de encuestados, ochenta y un enfermos, representa el producto de hospitalizaciones forzadas por campañas nacionales de tipo cuasi policial" (Vivado et al., 1939: 192).

Antes de ser inaugurado el IRM, el médico Pedro Macuada expresa el horizonte de intervención terapéutica diciendo que "algún día se hará el gran hospital para toxicómanos: ancho crisol depurador de cuerpos y de almas, refugio y esperanza de tantos miserables náufragos de su vida" (Macuada, 1940: 39).

En 1955, una descripción del IRM el psiquiatra Jorge Jordán lo describe así: "Su estructura arquitectónica recuerda la letra H, con sus ramas paralelas siguiendo la dirección de la cordillera. Cuenta con servicios de Estadística, Dietética, Laboratorio y Clínica Dental independientes". Luego menciona que el establecimiento funciona con 150 camas: 116 para hombres, 14 mujeres y 20 pensionado; además de contar con 5 psiquiatras de medio tiempo. Hasta la fecha de publicarse el artículo se habían hospitalizado 2.545 personas (Jordán, 1955: 190).

Un cuadro de distribución de frecuencia por diagnóstico y sexo de los enfermos atendidos entre el período 1946-1953 en el Instituto de Reeducación Mental, publicado en 1955, da cuenta de que en ese período fueron internados

53 hombres y 40 mujeres por toxicomanía. La morfinomanía fue decretada en 43 casos de hombres y 38 de mujeres, constituyendo el 3,1% del total de internados en el IRM. Un 0,5% correspondía a otras toxicomanías. Si comparamos las cifras con el alcoholismo, en el mismo período fueron internados 2.168 hombres y 169 mujeres, los que juntos representan el 91,8% de los diagnósticos de internos en el IRM (Jordán, 1955: 190).

Dispositivos de individuación

La experiencia de la ebriedad recluida en el gabinete de la psiquiatría es objeto de un proceso de individuación. La emergencia del individuo es un fenómeno decimonónico que tiene diversas vertientes, desde procedimientos de identificación hasta prácticas de cuidado de sí. Entre 1860 y 1880 "culmina el movimiento de individuación que anima el siglo, mientras que el neokantismo inspira a los dirigentes y Pasteur impone la existencia de los microbios, perturbadores del organismo; modelo biológico que, aplicado al campo social, plantea el control del individuo como algo esencial para la supervivencia del grupo" (Corbin & Perrot, 1991: 160). El 'individuo puro' va a encontrar sus fundamentos científicos a fines de dicha centuria gracias a los descubrimientos de la neurobiología" (Ibid.). Así ocurrirá también con las prácticas de ebriedad.

El hospital en tanto tecnología de cura implica además de un tiempo de reclusión, una arquitectura específica, el recurso al examen constante y un espacio de control total para el médico. Diseño del paisaje cuyo objetivo es modelar la vida. Definición meticulosa, que abarca desde la arquitectura hasta el mobiliario, el médico se vuelve autoridad sobre uno de los elementos que nos dejó el avance de la individuación, el paisaje más próximo a la subjetividad: el cuarto individual. Pagador al concentrarse en la habitación clínica del toxicómano dirá que estará el "enfermo solo, la puerta del cuarto cuidadosamente cerrada, la ventana alta, dispuesta de modo que evite todo contacto con el mundo exterior. El mobiliario simple, lo indispensable: un lecho fijado al muro, una mesita de noche, una silla mecedora y sin objeto alguno que pueda ser desplazado o roto, y sirva de arma en los accesos de delirio furioso por la abstinencia" (Pagador, 1923: 157).

Otro control operará sobre el individuo mismo en un nivel más fino, un control que conlleva convertir la biografía y las cosas como objetos abiertos al saber médico. Pagador recomienda que:

El enfermo será sometido a un completo y detenido reconocimiento de todo su organismo, de todos sus antecedentes, de su estado actual, de su educación, de su cultura (...) la vigilancia en el Sanatorio será perfecta, el personal apto y el enfermo, o quien lo represente, obedecerá en absoluto a las decisiones del médico jefe

del establecimiento (...) Al ingresar éste, será sometido a un registro minucioso mientras toma el indispensable baño y se colocará en su habitación el equipaje, cuyo contenido ha de llevar y utilizar durante su estancia en el Sanatorio (...) (ya que) esconde en las suelas del calzado, entre el pelo y hasta en las cavidades naturales, los comprimidos del veneno (Pagador, 1923: 157).

Una vigilancia permanente se debe desplegar sobre estos cuerpos: "Todo lo que el enfermo reciba durante su estancia, paquetes, libros, correspondencia, será abierto en presencia del médico director, que de ningún modo deberá dejar este cuidado a otra persona" (Pagador, 1923: 150). Para el médico español toda terapia parte con un examen general del cuerpo y la indagación de todas las costumbres opiáceas del individuo, "a fin de enterarse sobre todas las particularidades de relaciones, domicilio y placeres que facilitan su pasión" (Pagador, 1923: 103). También considera medidas totales de control desplegadas hasta recónditos ámbitos de la vida de los toxicómanos, recomendando que "el departamento y los objetos que hayan servido al fumador, incluso su ropa y que conservan el olor del opio, serán abandonados y renovados durante la cura para que nada recuerde al fumador sus antiguas costumbres (...) todo el instrumental del fumador será destruido" (Pagador, 1923: 103).

Asistimos así a la reducción de las experiencias de ebriedad de ser fenómenos sociales y culturales a la singularidad de un cuerpo, operación que se acompaña de las tecnologías de individuación y de intervención terapéutica basadas en técnicas de contención de epidemias. Ya en 1933 el estamento farmacrático había propuesto crear un registro de usuarios de morfina y cocaína, como una temprana medida de individuación de los usuarios de drogas (*La Farmacia Chilena*, 1933: 25). Hernández va más allá, reduciendo al cuerpo del adicto el problema del uso de embriagantes. A su juicio se debe "considerar al elemento narcómano como factor fundamental del problema de los estupefacientes" (Hernández, 1937: 160).

La conversión del usuario en enfermo

La conversión de los usuarios de drogas en enfermos está mediada por el rol tutelar del médico. La reclusión forzada permitirá producir la toxicomanía como enfermedad al colocar el cuerpo de las personas declaradas como adictas a trasluz de la mirada patologizante de la medicina. A partir de los estados de abstinencia provocados por la supresión del uso de drogas se definen síntomas, se explican causas, se establecen categorías diagnósticas y modelos de clasificación. Todo bajo la atenta mirada médica. Pagador, dirá que todo intoxicado es perfectamente curable: "Una buena dirección médica y psicológica pueden hacerle recobrar su perfecto sentido moral y su instinto de conservación" (Pagador, 1923: 147).

El agente terapéutico debe reunir en su quehacer un amplio saber, una bondad pastoral y un celo cuidadoso del control. Pagador recomienda que "la personalidad del jefe del establecimiento debe dejar sentir a su alrededor una influencia indiscutible. Poseerá la cultura suficiente para penetrar hasta el fondo psicológico especial que esconda cada enfermo, conocer sus gustos, sus tendencias, el punto débil de su espíritu deprimido. Entre él y su enfermo deberá establecer una corriente de simpatía, inspirarle confianza, que éste encuentre en el médico seguridad y firmeza en sus conocimientos y procedimientos de curación, que no se vea tratado como un ser rebelde y vicioso, sino como un enfermo a quien cuidar cariñosamente" (Pagador, 1923: 151).

Sometido el enfermo a la total autoridad del médico, "éste procurará no hacer ostensible esta voluntad superior. Y aquí está el secreto del médico que ha de tratar con un enfermo cuyo espíritu está decaído y desorientado. Huirá de las explicaciones técnicas, fuera de lo necesario, pues sólo conducen a que, a la menor equivocación u olvido por parte del médico, éste se convierta ante los ojos del enfermo en un vulgar charlatán" (Pagador, 1923: 151).

Arce reproduce un poder exigido a los toxicómanos al ingresar al Asilo Sainte Anne de París que transfiere todo poder sobre el cuerpo al terapeuta, para aplicar en Chile. Este poder dice:

Deseoso de entrar al servicio de profilaxis mental para hacerme desintoxicar, me comprometo a someterme enteramente a la disciplina impuesta por la cura durante los 40 días que ella dura y especialmente en no recibir visitas, ni correspondencia, ni encargos sin la autorización del médico (...) Pido además, para garantizarme contra la debilidad posible de mi parte, que se me retenga en tratamiento en el servicio hasta mi entera curación (Arce, 1937: 175).

Para Macuada la labor del médico es pedagógica y paternal, cual recomponedor de almas caídas:

Además de psicólogo y conocedor profundo de la naturaleza humana, el médico, en este caso, es también un restaurador del espíritu de su enfermo, y debe saber aprovechar todos los sentimientos, todos los pensamientos, todos los pliegues espirituales de su cliente que puedan ser útiles a su curación. Debe llegar a ser más que un amigo, un padre del enfermo, y llegar a imponerle su autoridad, ganar su confianza ciega, y ser en esos momentos de su vida el sostén, el asilo seguro y noble donde se han refugiado su alma y su personalidad (Macuada, 1940: 85).

Hernández, por su vez, propone una normativa:

1º.- Todo narcómano, o todo individuo que usa en forma extra-médica una o más drogas estupefacientes debe ser considerado como un enfermo sin voluntad

propia, que atenta contra su propia existencia y que le ocasiona un grave daño a la comunidad, como tara social por su inepticia y también con la propagación del vicio y la realización de hechos delictuosos.

2º.- El Estado debe cumplir sus funciones de protector del individuo y de la sociedad segregando al narcómano para su tratamiento científico, tanto más provechoso éste cuanto más temprano se realice (Hernández, 1937: 161).

Para lograr esto, Hernández propende a la dictación de una ley que entregue el poder sobre el cuerpo del adicto a un cargo de la burocracia terapéutica: El Director General de Sanidad, quien "podrá ordenar la reclusión de todo individuo no alienado al cual se le compruebe mediante el testimonio de una o más personas y el examen de dos médicos de los servicios de Sanidad o de Beneficencia y Asistencia Social, que usa por mera afición o costumbre uno o más estupefacientes" (Hernández, 1937: 161).

La reeducación: Enderezando la voluntad

La tarea del médico será la de reeducación. Une así su función curadora con un rol pedagógico, de enderezar las conductas desviadas. Un primer blanco de la medicina será la voluntad de los sujetos y después su disciplinamiento social. Importante objetivo será la formación de hábitos de trabajo. Si el encierro implica la negación del toxicómano para la comunidad, la terapia será el ajuste disciplinario para el reintegro de éste a la sociedad. Rechazo y encauzamiento de la conducta a la vez, despliegue de un conocimiento meticuloso que marca y analiza, que cura y endereza. Si el encierro reduce, la terapia multiplica un comportamiento ajustado. En el decir de una tesista de Química y Farmacia "se entregará de nuevo a la Economía Social, fuerzas productoras que estaban anuladas" (Ureta, 1937: 55).

Pagador apela a la ética pastoral en la relación entre el médico y el usuario de embriagantes. Para el médico español se trata de un enfermo al que curar, un esclavo al que liberar; aplicando respecto de los toxicómanos una ética cristiana. El horizonte de intervención será la fisiología del individuo, la rectificación de su voluntad en términos de deberes sociales: "El que sucumbe y se esclaviza es un pobre enfermo a quien hay que curar y tratar cariñosamente, reorganizando su fisiologismo y enderezando su pobre voluntad torcida, despertando en su conciencia los deberes del hombre y del ciudadano" (Pagador, 1923: 127).

La voluntad es la categoría por restituir en los usuarios de drogas. Así, la reeducación "tiende a mejorar, a devolver la normalidad, la voluntad desfalleciente del enfermo, a reintegrar su 'selft-control' (...) El éxito dependerá del grado la alteración mental y del constante imperio del médico sobre el enfermo. Siendo

en la mayoría de los casos, el fondo mental perturbado, el principal estrato que mantiene el hábito, muy poco se ganará, si no se trata de reformar la voluntad del enfermo" (Carvajal, 1933: 8).

En función de ellos se recurre a prácticas tendientes a una producción de cuerpos normalizados, en los que la educación física tendrá un rol destacado. Pagador parte recomendando que, en períodos de convalecencia, los toxicómanos realicen ejercicio físico, especialmente bicicleta (Pagador, 1923: 161). Por su parte, Ureta sostiene que "cuando el sujeto está ya sano, es necesario rehabilitarlo moralmente, hay que cultivar en él, el sentido de la responsabilidad ante la familia y hacia la sociedad en que vive; debe dársele un trabajo adecuado y facilitársele los deportes" (Ureta, 1937: 17).

Subyace en este enfoque una comprensión de la normalidad social dependiente del eje familia-trabajo-deportes, ideal normativo que sanciona a los sujetos a nivel relacional, económico y corporal. La normalidad deseada tendrá un elemento central en el trabajo asalariado por lo que el ajuste de la 'voluntad' del toxicómano requiere modelar el uso productivo del tiempo, por lo que una de las terapias más usadas en la Colonia El Peral serán los talleres de laborterapia. Habrá de carpintería, agricultura, juguetería, baldosas, telares y alfombras.

Objetivo de la cura es un disciplinamiento para la vida social, la noción de sanidad justifica y refleja la función bioeconómica de la autoridad médica. Lo anterior se expresa en el DL N° 525, publicado en agosto de 1932, que designa a los asilos de temperancia como Institutos de Reeducción Mental, destinados a ebrios habituales, morfinómanos y cocainómanos (Arce, 1937: 11).

En el Acápite 4° y 5° de dicho decreto se señala que "la existencia de establecimientos de esta naturaleza reporta un beneficio efectivo y constituye un evidente progreso social, por cuanto en ellos se proporciona a los toxicómanos un tratamiento científico, capacitándolos una vez curados para reintegrarse a las actividades de la vida colectiva, como elementos sanos, útiles y aptos para contribuir al progreso de la sociedad" (Arce, 1937: 11).

Una mirada al proceso de disciplinamiento en la década de 1930 lo da una tesista jurídica. Cuenta que a los adictos en rehabilitación "se les obliga a ejecutar ciertos trabajos manuales. Una vez que están casi curados, se les traslada a villas o granjas donde continúan una vida sana y de trabajo. Sólo después de pasar por ellas se les considera capacitados para quedar en libertad y enfrentar de nuevo la vida real" (Enríquez, 1938: 143). Luego agrega que "la obra de estos Institutos no debe terminar cuando el individuo queda en libertad. Su acción benéfica debe prolongarse en la vida posterior del reeducado, procurándole un ambiente favorable, libre de contagio tóxico, moral y de trabajo" (Enríquez, 1938: 144).

Enríquez plantea como pasos frente a los casos de toxicomanía el "conseguir la desintoxicación y luego la pérdida del hábito; hacerles readquirir el normal funcionamiento de sus facultades mentales y, en general, una fuerte voluntad; y

crearles el hábito del trabajo y una noción de disciplina" (Enríquez, 1938: 142). Otro tesista de Derecho argumenta que "la reclusión forzosa tenía por objeto separar y aislar a estos enfermos y, en seguida, tratarlos y curarlos para reintegrarlos a la vida como seres útiles a la colectividad. Agregamos que todo tratamiento y reclusión debe ser seguido por un período de readaptación, de colocación del individuo nuevamente en el medio social: 'emplazamiento', como lo denominan los norteamericanos, y de la vigilancia del individuo ya curado, durante cierto tiempo, por algún organismo de asistencia social" (Zelada, 1939: 102).

Las terapias para la supresión total del uso de drogas

Un elemento que será central en la reeducación de los usuarios de drogas serán las terapias farmacológicas. Establecido ya los argumentos y fórmulas para la interdicción de estos, los terapeutas se concentrarán en las terapias a aplicar sobre sus cuerpos. El horizonte normalizador exigirá como fin de éstas, el abandono total del uso de drogas. Tempranamente Pagador comenta que "el primer acto de todo este drama de sustitución es la supresión del tóxico, de una manera radical y definitiva" (Pagador, 1923: 151).

Se persigue reformular una conducta, por lo que el eje integrador de las terapias desplegadas será la voluntad del sujeto. La terapéutica integrará propuestas como el impedir matrimonios o el control espacial e instrumental destinado a una vigilancia omnipresente sobre el adicto; y en un nivel más profundo de intervención, la inoculación de sustancias químicas que obraran en la fisiología de los cuerpos.

En este último nivel hallaremos la sustitución de unas sustancias provocadoras de dependencia farmacológica por otras y el ignorar los efectos secundarios de estas terapias, pese a las adversas consecuencias que provocan. Ni el peligro de muerte del paciente será un obstáculo para el fin deseado, que es la erradicación absoluta del uso de drogas.

Las observaciones que se harán de este proceso terapéutico ayudan además a construir la etiología patológica de la toxicomanía. Hernández clasifica en 3 períodos el proceso de cura de los usuarios de drogas: el primero será de desintoxicación o rehabilitación física; el segundo de estabilización emotiva o reeducación; y el tercero de emplazamiento social y vigilancia del sujeto restituido a su medio (Hernández, 1943: 157). En el primer período exige que ocurra una "supresión brusca o gradual del tóxico, acompañada de una medicación propia del estado y reacciones del individuo y a la vez de un régimen higiénico adecuado" (Hernández, 1943: 157).

Las fuentes consultadas nos detallan el uso de sustancias con efectos sobre la conciencia, insulina, suero humano y de animales. Con el desarrollo de nuevos

fármacos asistiremos a un proceso de refinamiento y precisión que sólo otorgarán las intervenciones a nivel químico.

Monetta recomienda una cura para la morfinomanía que dura entre 5 y 7 días, substituyendo la abstinencia con bromo, cloral, morfina, sulfonal y acotina. También menciona un método más lento de sustitución del opio fumado por gotas de láudano o gránulos e inyección de morfina, bajando la dosis sin que lo note el sujeto (Monetta, 1929: 2). Además, señala la desmorfinización con dosis de dionina y heroína, de la que comenta que es menos hipnótica que la morfina, pero más analgésica. Su uso es "sedativo y analgésico en enfermos que toleran mal la morfina" (Monetta, 1929: 34 y 36). Otro compuesto usado es el Pantopón, que lleva morfina (50%), codeína (7%), otros alcaloides (10%) y ácido clorhídrico (10%) (Monetta, 1929: 38).

En 1933, la tesis de Carvajal dedicada al tratamiento del hábito morfinico a partir de su experiencia en el manicomio da cuenta del uso en dicho espacio de un método de supresión gradual usando insulina y glucosa para la desmorfinización (Carvajal, 1933). Para el autor, la supresión brusca de la morfina conlleva un peligro de muerte, por lo que recomienda métodos de sustitución en base a tónicos cardiovasculares, hipnóticos e hidroterapia (Carvajal, 1933: 9).

Carvajal también detalla que en el Manicomio de Santiago para combatir la excitación psicomotriz de los morfinómanos internados se recurre a la "balneoterapia, tónicos cardíacos, sedantes e hipnóticos" (Carvajal, 1933: 12). Hernández describe otro tratamiento en base a la insulina, adicionando el uso de aceite de oliva ricinazo y lecitinado (Hernández, 1943: 157).

Como el fin perseguido es el abandono total del uso de drogas, ni la posible muerte de los pacientes, ni los efectos que provoca la abstinencia obligatoria resultan problematizadas por el saber terapéutico. A lo más son mencionados como efectos colaterales del tratamiento. Ya Pagador en la década de 1920 enumeraba entre los accidentes ocasionados por la supresión de una sustancia de uso habitual "espasmos de músculos inferiores, enervamiento, angustias, hiperhidrosis, dilatación alternante de las pupilas, diplopia, bostezos, disnea, tos, dolores precordiales, debilidad del corazón, sed, diarrea, vómitos, excitación genésica, con pérdidas seminales a veces, albuminuria y tenesmos vesical" (Pagador, 1923: 184).

Carvajal describe el caso de un profesor de 21 años habituado a la morfina en 1932. Luego de comentar que el sujeto es morfinómano desde hace 7 años y que usa 1 gr. diario de la sustancia, Carvajal construye un cuadro sintomatológico a partir de la carencia de la sustancia provocada en el Manicomio de Santiago. Comenta que la falta de la droga le produce al docente malestar, angustia, desesperación, impulsos suicidas, insomnio, diarreas, vómitos y sudores, además de gran enflaquecimiento, astenia y abscesos múltiples en la región lumbar (Carvajal, 1933: 14).

El tratamiento que se le aplica suspende la morfina totalmente y se le inyectan

60 unidades diarias de Insulina acompañada de 50 c.c. de suero glucosado al 50%. El paciente "pasa 5 días en excelentes condiciones, salvo vómitos y diarrea escasos el tercer día. Pero al quinto día bruscamente tiene gran decaimiento, angustia, disnea y tos. Se le hizo el diagnóstico de Bronconeumonía" (Carvajal, 1933: 14). El resultado final del tratamiento de desintoxicación será la muerte del paciente. Según el diagnóstico emitido por anatomía patológica ésta fue producida por bronconeumonía y toxemia aguda.

En la década del '50 aparecen los primeros psicofármacos: ansiolíticos, anti-depresivos y neurolépticos. Estos productos fueron desarrollados a la par de las intervenciones de neurocirugía que producen mapas de la mente humana. Así, los internos del psiquiátrico serán objetos de saber para la psiquiatría que avanza hacia la farmacratización de las terapias.

Así, la medicina añade una nueva tecnología despojada al campo social: el uso de fármacos alteradores de la conciencia. Esto abre todo un capítulo en la historia de la mente humana y las subjetividades, jalonado por la posibilidad de intervención y modulación sobre el ánimo y la voluntad.

En 1953, en una nota de la Cátedra de Psiquiatría publicada en la revista institucional se menciona que la toxicomanía se trata a través de electroshock, electronarcosis, electroestimulación, electrocoma con corriente unidireccional, insulina, pentotal y otros hipnóticos, narcosis continuada, pireto malarico-terapia, disulfiram (antabus), terapia de aversión (reflejos condicionados), cura de engorda, psicocirugía, reserpina y clorprozamina (Revista de Psiquiatría, 1953: 92).

Asistimos a un momento de superposición de técnicas de control físico eléctrico con fármacos. Ese mismo año las camisas de fuerza eran reemplazadas por drogas desarrolladas para su uso específico en psiquiátricos. Técnica más sutil e imagen menos violenta de intervención que corresponde a un ajuste en la economía disciplinaria. Los fármacos usados son antipsicóticos, neurolépticos, anti-depresivos y litio. Rose invita a pensar a propósito del uso de psicofármacos que "cuando se ha sido testigo del efecto que producen los psicofármacos, en lo que respecta a reconfigurar los umbrales, normas y volatilidad de los afectos, de la cognición, de la voluntad, es difícil imaginar un yo que no pueda modificarse de ese modo" (Rose, 2012: 49).

Conclusiones

El proceso de medicalización social que experimentó Chile desde mediados del siglo XIX se desplegó a través de dos estrategias. La primera fue la intervención de la ciudad y del hábitat de los sujetos populares, expansión que se cimentó en la medicina higienista. Un segundo nivel de intervención más profundo fue sobre los cuerpos de los sujetos populares, cuya inteligibilidad era asociada al destino de

la economía nacional. A diferencia de las prácticas médicas conocidas hasta ese entonces, concentrada en los cuerpos enfermos, a principios del siglo XX asistimos a una intervención terapéutica que se arroga competencia en la producción de subjetividad, de individuos sanos. Dichas intervenciones pavimentaron la institución de la autoridad médica como ejercicio exclusivo y competente.

Inserto en este proceso y jalonado por los descubrimientos de los agentes patógenos para la comprensión de las dolencias y la necesaria respuesta a las epidemias que asolaron a Chile a fines del siglo XIX, se concibe la enfermedad en términos de un combate. La metáfora de la guerra va a colonizar los discursos médicos cuyo alcance se había extendido hasta las conductas. Así el alcoholismo es la primera experiencia de ebriedad medicalizada y va a ofrecer un modelo de inteligibilidad dentro del universo referencial patológico para el uso de otros vehículos de ebriedad.

El asilo de temperantes y, después, el Instituto de Reeducción Mental serán los espacios tácticos donde se va a producir un saber sobre las distintas formas de modulación de la percepción y su gestión medicalizada. La denuncia obligatoria y el internamiento forzado serán las tácticas del estamento médico para la intervención de los cuerpos de las personas definidas como toxicómanas.

La noción de 'abuso de drogas' será el punto de anclaje de la intervención médica en cuanto autoridad normativa sobre las prácticas de uso de sustancias modificadoras de la percepción. Dicha noción funciona como categoría que permite el ejercicio de la autoridad terapéutica sobre el cuerpo de los adictos y el discurso sobre la droga como un enemigo a erradicar a través de intervenciones médicas adquiere legitimidad. El drogadicto exige sobre sí la concurrencia de una serie de dispositivos médicos, jurídicos y policiales, los que articulan toda una cruzada social en función del mantenimiento de la salud pública.

Lo anterior es permitido por la denuncia obligatoria y reclusión forzosa de los toxicómanos en el sanatorio, que además de ser una máquina de cura, también es de producción de una enfermedad, la toxicomanía, y una subjetividad, patológica, asociada al uso de drogas. El IRM se ha convertido en una fábrica laboratorio de individualidades. Asistimos a un momento en que se produce una nueva forma de entender la subjetividad. Se trata de un dispositivo de individuación cruzado por la medicina. En la gestión de la toxicomanía la intervención sobre el cuerpo de los adictos alcanza una dimensión totalizadora al cernirse sobre las diferentes esferas del individuo, ya sea su biografía o sus pertenencias.

El uso de vehículos de ebriedad atravesado por la medicalización es una conducta por sanar y el cuerpo de los usuarios, convertidos en enfermos, un objeto a intervenir para 'enderezar la conducta'. Fundada dicha mediación en la reeducación de los sujetos, la medicina se permitirá testear terapias de sustitución de drogas y la modulación con otras sustancias. El objetivo final es que no haya consumo de drogas en ausencia de agentes médicos. A mediados del siglo XX

se observa que la autoridad y gestión médica sobre las diferentes ebriedades está consolidada.

En julio de 2015 la Cámara de Diputados aprobó legislar un proyecto de ley que persigue despenalizar el uso y cultivo del cannabis en Chile, instalándose el debate en torno a permitir los usos medicinales y recreativos de la planta¹⁷. Un sector que cobró visibilidad al encarnar el rechazo a tal modificación legal es el estamento terapéutico. La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Sonepsyn) junto al director del SENDA, el psiquiatra Mariano Montenegro, se han instalado como los principales defensores de la actual prohibición. Consultado en una entrevista sobre los horizontes que vislumbra respecto de políticas de drogas, el psiquiatra sostuvo que el problema de despenalizar el cultivo de cannabis y permitir su consumo va en contra del "país que queremos construir, que es un país más sano, un país sin sustancias dañinas para la salud (...) Qué país queremos construir, con que jóvenes queremos avanzar, que descendencia queremos tener" (Montenegro, 2015). En sus palabras el ideario del cuidado de la raza y la profilaxia de la toxicomanía cobran una inusitada actualidad.

De esta forma, el modelo médico hegemónico que ha delimitado la actual comprensión social del uso de vehículos de ebriedad es el principal sustento de la prohibición de las drogas. Mantener la colonización médica de la ebriedad, expresada en la patologización del usuario de drogas, ha demostrado ser un reduccionismo farmacológico. Se trata de dejar de medicalizar y empezar a pensar gestiones más efectivas del cannabis y de todas las drogas que integren otros campos de experiencias y saberes.

Bibliografía

- Adiala, J. (2011). *Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República*. Rio de Janeiro, trabajo de post grado, História das Ciências. Saúde/Fundação, Oswaldo Cruz.
- Ahumada, H. (1954). *Plan Nacional de Defensa de la Salud Mental*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Arce, B. (1937). *Higiene mental*. Santiago: Editorial Nascimento.
- Barría, M. (1929). *Cocainomanía*. Memoria para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile, Santiago.

¹⁷ El campo científico en torno del cannabis está en disputa. Si por un lado tenemos la cerrada posición de las asociaciones psiquiátricas, investigaciones en otros campos científicos de las últimas décadas han evidenciado que los compuestos de la planta son terapéuticamente eficaces en el control de náuseas y vómitos, estimulación del apetito, espasticidad, síndrome de Tourette, dolor neuropático, esclerosis múltiple, elevación del estado de ánimo; y potencialmente útiles para prurito, glaucoma, asma, epilepsia y migraña (Flemming et al., 2007).

- Becerra, M. (2009). De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872-1954. *Biopolítica*. Recuperado de https://www.biopolitica.cl/docs/publi_bio/Mauricio_Becerra_psicosis_toxica.pdf.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Borquez, A. (1922). *Cocaína-Cocainomanía*. Memoria para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile, Santiago.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 165-195.
- Caponi, S. (2011). Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 4(2), 167-182.
- Caravedo, B. (1937). Organización de la asistencia de los alienados. En *Revista de Psiquiatría*, Santiago, 7. Julio.
- Carvajal, R. (1933). *Tratamiento del hábito morfínico*. Trabajo de grado, Química y Farmacia. Universidad de Chile, Santiago.
- Corbin, A. y Perrot, M. (1991). Entre Bastidores: Sociedad burguesa: aspectos concretos de la vida privada. En *Historia de la vida privada* (Tomo 8). Madrid: Taurus.
- Couto, A.; Lemos, F. y Couto, M. (2013). Biopoder e Práticas Reguladoras do Uso de Drogas no Brasil: Algumas Análises de Projetos de Lei. *Polis e Psique*, 3(2), 132-150.
- Díaz, W. (1875). *Geografía médica de Chile. Enfermedades reinantes en Chile*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.
- Erlenmeyer, A. (1885). Über die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung. *Centralblatt d. Nervenheilkunde*, 8, 289-299..
- Escotado, A. (1999). *Historia general de las drogas*. Madrid: Editorial Espasa-Calpe.
- Fasano, C. (2014). Toxicomanías en la década del '20. Pequeños sucesos argentinos. *Estrategias, Psicoanálisis y Salud Mental*, 2, 23-26.
- Fernández, M. (2006). Los usos de la taberna: renta fiscal, combate al alcoholismo y cacicazgo político en Chile. 1870-1930. *Revista Historia*, 39(2), 369-429.
- Fernández, M. (2011). *Drogas en Chile (1900-1970): Mercado, consumo y representación*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Fernández, M. (2013). Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940. *Atenea*, 508, 73-89.
- Flemming, T.; Muntendam, R.; Steup, C. y Kayser, O. (2007). Chemistry and Biological Activity of Tetrahydrocannabinol and its Derivatives. *Topics in Heterocycle Chemistry*, 10, 1-42.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. Segunda conferencia dictada en el curso de Medicina Social del Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil, octubre de 1974.
- Foucault, M. (1996). *Historia de la sexualidad. Vol. I La voluntad de saber* (24^o ed.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina. Medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago: Ceibo Ediciones.

- García, V. (2008). *Remedios secretos, drogas heroicas y medicinas de patente: una historia de la regulación de los medicamentos en Antioquía, 1900-1940*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Grez, S. (1994). La trayectoria histórica del mutualismo en Chile (1853-1990): Apuntes para su estudio. *Mapocho*, 35, 293-315.
- Hernández, F. (1937). Necesidad de una ley que faculte la internación forzosa de todo narcómano para su tratamiento eficaz en casas de salud apropiadas. En *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* 1.
- Herrera, S. (2013). La familia chilena en el contexto de cambio sociodemográfico. En Domínguez, C., Corbalán, C. (coords.). *La familia ayer, hoy y siempre*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Hidalgo, R. (2000). La política de casas baratas principios del siglo XX. El caso chileno. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 55, Recuperado de http://www.ub.edu/geocrit/sn-55.htm#N_19_
- Illanes, M. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Santiago: La Unión.
- Illanes, M. (2002). *La batalla de la memoria*. Santiago: Editorial Planeta.
- Illanes, M. (2003). La revolución solidaria. Las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1910. En *Chile des-centrado: formación socio-cultural republicana y transición capitalista 1810-1910* (pp. 263-361). Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Illanes, M. (2003). *Chile des-centrado: formación socio-cultural republicana y transición capitalista 1810-1910*. Santiago: Lom Ediciones.
- Jennings, O. (1910). *Morphinisme et morphinomanie*. París: Vigot.
- Jordán, J. (1955). Instituto de Reeducción Mental. En *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* IV.
- Labra, A. (1910). *La locura ebriosa considerada bajo el punto de vista médico-legal*. Santiago. *La Farmacia Chilena* (1933). Santiago. 7(2) Levinstein, L. (1879). Über Morphiumsucht, *Deut. Mediz. Wochenschr* (5).
- Leyton, C.; Huertas, R. (2015). La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). En Leyton, C.; Palacios, C.; Sánchez, M. *Bulevar de los pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica. Siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libro Editores.
- Lyons, M. (1898). *Alcoholismo inveterado como causa de degeneración hereditaria*. Trabajo de grado, Facultad de Medicina y Farmacia. Imprenta San Buenaventura.
- Macuada, P. (1940). *El suicidio por las drogas*. Santiago: Editorial Zig-Zag.
- Molina, C. (2006). La cuestión social y la opinión de la elite médica. Chile: 1880-1890. Un Análisis de la *Revista Médica de Chile* y de los *Anales de la Universidad de Chile*. *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, 16(1), 17-31.
- Monetta, L. (1929). *Breve estudio sobre el opio y sus derivados*. Trabajo de grado, Química y Farmacia. Universidad de Chile, Santiago.
- Montenegro, M. (2015). Director del Senda: Oponerse a la marihuana no es algo ideológico sino que científico. *Radio ADN*. Recuperado de <http://www.adnradio.cl/noticias/>

- nacional/director-del-senda-oponerse-a-la-marihuana-no-es-algo-ideologico-sino-que-cientifico/20150710/nota/2844438.aspx
- Montero, F. (1911). *Enajenaciones mentales*. Santiago.
- Moraga, P. (1909). *Propaganda antialcohólica*. Santiago.
- Muñoz, M. (2012). Contra el determinismo farmacológico: sociología de las drogas y reflexividad. *Sociedad Hoy*, 23, 21-31.
- Murillo, S. (1997). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Neghme, A. (1950). *Reflexiones sobre medicina y salubridad en Chile*. Santiago: Imprenta Universitaria.
- Orrego, A. (1994). *La cuestión social*. Santiago.
- Pagador, A. (1923). *Los venenos sociales: opio y morfina*. Barcelona.
- Pretot, V. (1853). Discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En *Anales de la Universidad de Chile*, Santiago, Tomo X. Recuperado de <http://www.anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/viewPDFInterstitial/2442/2310>
- Puga, F. (1891). *Elementos de higiene*. Santiago: Imprenta Gutenberg.
- Revista Médica de Chile* (1896). Tomo 24.
- Revista Médica de Chile* (1932). Vol. 60.
- Revista Médica de Chile* (1887). Tomo XV.
- Revista Médica de Chile* (1888). Tomo XVI.
- Revista de Psiquiatría* (1953), vol. XVIII. Romani, O (1991). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria Unipe.
- Salamanca, C. (1878). Efectos del Alcohol. Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina. *Revista Médica de Chile*. Tomo VII.
- Sánchez, M. (2014). La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915). *Historia*, 2(47), 375-400.
- Santos, F.; Verani, A. (2010). Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 17(2), 400-420.
- Schneider, G. (1873). El rol del médico. *Revista Médica de Chile*, 2.
- Sollier, P. (1899). *Les Toxicomanes*. Congrès Français de Médecine. Lille. Paris. Soc. D'Éditions Scientifiques.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Santillana.
- Ureta, M. (1937). *El problema de los estupefacientes desde los puntos de vista legislativos internacionales y nacionales*. Trabajo de grado, Químico Farmacéutico. Universidad de Chile, Santiago.
- Veloso, A. (1932). *Opio y morfina*. Trabajo de grado, Química y Farmacia. Universidad de Chile, Santiago.
- Vergara, L. (1892). Alcoholismo y degeneración. En *Revista Médica de Chile*. Tomo XX.
- Vivado, A.; Larson, C. y Arroyo, V. (1939). La asistencia psiquiátrica en Chile. *Revista de Psiquiatría*, 3.

- Weissmann, P. (2001). Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 12, Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas12/2a%20p.%201%20morfinoman%EDa.htm>
- Weissmann, P. (2001). Morfinomanía y defensa social. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78). Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15759>
- Zelada, A. (1939). *El problema de los estupefacientes*. Trabajo de grado, Ciencias Jurídicas y Sociales. Santiago: Universidad de Chile.