

Antonio Escohotado

Aprendiendo de las drogas

Usos y abusos, prejuicios y desafíos



COMPACTOS  ANAGRAMA

Divinas para unos, diabólicas para otros, legales e ilegales, las drogas no sólo son el «problema» más peculiar de nuestra época, sino un terreno sembrado de perplejidades. ¿Cabe aprender algo *de* ellas, o al menos *sobre* ellas, en vez de simplemente padecer sus efectos?

Ofreciendo al lector elementos para que construya su propia respuesta, el autor pasa revista a casi un centenar de compuestos, entre los cuales están las principales sustancias psicoactivas del pasado y el presente: crack, opio, bebidas alcohólicas, tranquilizantes, LSD, heroína, éxtasis, cocaína, marihuana, café, somníferos y un largo etcétera. Aparecido en ediciones previas como *El libro de los venenos* (1990) y *Para una fenomenología de las drogas* (1992), la presente versión ha sido revisada en profundidad, y actualizada con las drogas descubiertas o difundidas posteriormente.

«Escohotado es un científico empírico, pero es también un divulgador, un filósofo, un aventurero y a ratos un poeta. Su libro resulta imprescindible. Además de fidedignas informaciones y numerosos datos prácticos, adjunta la descripción más exacta que pueda leerse sobre los efectos de determinadas drogas: sin estridencias, sin mitificación, sin dramatismos, sin vanidad, sin coartada. El humor y el tono desenfadado de la obra no limitan sino que resaltan su tono ético» (Jacinto Antón, *El País*).

Antonio Escohotado ha sido, sucesivamente, profesor de derecho, filosofía y sociología en la Universidad de Madrid. Entre sus obras están *Realidad y substancia* (Taurus) e *Historia general de las drogas* (Alianza, 3 vols.). En Anagrama ha publicado *De physis a polis, Majestades, crímenes y víctimas*, *El espíritu de la comedia*, que fue galardonada con el Premio Anagrama de Ensayo, *Rameras y esposas*, *Aprendiendo de las drogas* e *Historia elemental de las drogas*.



9 788433 914415

Prólogo a la primera edición	13
DESPEJANDO PREJUICIOS	
1. Las variables del asunto	19
<i>Toxicidad</i>	20
<i>Marco cultural</i>	22
<i>Los principales empleos</i>	25
2. La dependencia	28
<i>Qué es «droga»</i>	30
Una clasificación funcional	31
Nuestros requerimientos	33
BUSCANDO PAZ	
3. Dentro de lo producido por nuestro cuerpo	40
<i>Opio</i>	41
<i>Morfina</i>	55
<i>Codeína</i>	63
<i>Heroína</i>	65
4. Fuera de lo producido por nuestro cuerpo	80
<i>Sucedáneos sintéticos del opio</i>	81
Metadona	82
Buprenorfina	86
Pentazocina	87
<i>Tranquilizantes «mayores»</i>	88
<i>Tranquilizantes «menores»</i>	93
Las benzodiazepinas en particular	95
<i>Somníferos</i>	100
<i>Los grandes narcóticos</i>	104

Cloroformo	105
Éter	106
Gas de la risa y fentaniles	108
<i>Vinos y licores</i>	111
BUSCANDO PURO BRÍO	
5. Los estimulantes vegetales	120
<i>Café</i>	122
<i>Coca</i>	124
6. En el plano químico	128
<i>Cocaína</i>	128
<i>Crack</i>	140
<i>Anfetaminas</i>	145
<i>Cafeína</i>	151
<i>Estimulantes de acción muy lenta</i>	154
BUSCANDO EXCURSIÓN PSÍQUICA	
7. Sustancias de potencia leve o media	166
<i>La psicodelia sintética</i>	166
MDMA o éxtasis	167
<i>Derivados del cáñamo</i>	177
<i>Marihuana</i>	179
Marihuana de interior	186
<i>Hachís</i>	188
8. Sustancias de alta potencia	198
<i>Mescalina</i>	199
LSD	206
<i>Ergina</i>	215
<i>Hongos psicocibios y sus alcaloides</i>	218
<i>Ayahuasca, iboga y kava</i>	223
<i>Fármacos recientes</i>	226
Epílogo	237
Índice analítico	241

Llamada así por Morfeo, deidad griega del sueño, esta sustancia fue aislada como componente del opio a principios del siglo XIX. De inmediato, Gay-Lussac y otras eminencias comprendieron que el descubrimiento representaba un gigantesco progreso en la respuesta humana ante estímulos de dolor. El primer empleo masivo del fármaco ocurrirá en la guerra civil americana (1861-1865), donde convirtió en silenciosos recintos a hospitales de campaña antes poblados por aullidos y llantos. Poco después sirvió para lo mismo en la guerra franco-prusiana de 1870. Administrada regularmente en grandes cantidades —a veces simplemente para «darse coraje», como entre la oficialidad alemana—, no tardaron en aparecer los primeros casos de algo que al principio se llamó *mal militar* y, más tarde, «dependencia artificial». Es curioso ver lo que decía en 1880 el *Journal de Medicina General*, editado en Berlín, ante las voces de alarma:

El morfinismo —suponiendo que esta denominación logre adquirir carta de naturaleza— es una anormalidad que, como el vicio del alcohol, expresa una debilidad de carácter en quien lo sufre. Estos casos extremos no bastan para llegar a conclusiones tales como que sean causados por una sustancia química. No cabe duda de que el alcohol puede tener efectos dañinos en manos de un irresponsable. Sin embargo, no por eso se le ocurriría a nadie llamar veneno peligroso a algo de uso tan extendido, que se considera como una bendición productora de placer. Sin ningún reparo, lo mismo puede decirse de la morfina.

Salvo en años recientes, la medicina científica nunca ha admitido que un compuesto químico pueda producir «esclavi-

tud moral». En contraste con magos y sacerdotes de distintos cultos, la tradición hipocrática mantuvo siempre la *neutralidad* ética de cualquier fármaco, y eso es lo que vemos expuesto en el texto recién citado. O bien el sujeto resultaba por constitución propenso a un hábito (y puestos a elegir entre alcohol, opio y morfina se tenía entonces por preferible esto último) o bien no, con lo cual soportaría los síntomas de abstinencia como coste orgánico de la analgesia disfrutada y tramo final de un tratamiento.

Sin embargo, junto a estas consideraciones estrictamente terapéuticas hay que tener en cuenta factores colaterales. Del mismo modo que las triacas, y luego los láudanos (soluciones de opio en alcohol), habían permitido marcar distancias entre una medicina popular y una medicina selecta o cosmopolita, adaptada a «lo último», la inyección en sí empezó a presentarse como técnica infalible, sinónimo de alta ciencia. Todo lo no letal, desde el agua destilada a la manzanilla, pasó a suministrarse como inyectable, cumpliendo una ceremonia paralela a escribir las recetas en latín o usar palabras muy raras para mentar cosas elementales; de hecho, fue una secuela de esta orientación lo que, hasta hace muy poco, presentó antibióticos y vitaminas como sustancias inasimilables por vía distinta.

No es independiente de ello que surgiera un gusto por la administración intravenosa de morfina en círculos ajenos a la medicina. Los más visibles pertenecían al mundo del teatro y la farándula, y a ambientes de buena sociedad, donde se regalaban estuches firmados por orfebres famosos con todo lo necesario para inyectarse. En muchos salones franceses —donde aparecieron los mayores niveles de consumo suntuario— las damas hacían cola para recibir su inyección, componiendo un cuadro que se parece al culto ceremonial de la aguja en nuestro tiempo, aunque hoy acontezca entre desheredados, en el polo opuesto del espectro social.

Con todo, ese tipo de usuario con gustos «decadentes» era sólo la parte escandalosa de los consumidores. Alejandro Dumas hijo anticipó que «la morfina sería el ajenjo de las damas», y las investigaciones hechas a finales de siglo indican que aproximadamente una cuarta parte de los adictos pertenecían al sexo femenino. Los sectores sociales menos favorecidos eran prácticamente ajenos a esta droga, y casi la mitad de los morfinómanos habían empezado a tomarla por consejo de su médico. De la mitad larga restante, el 30% era personal terapéutico o familiares suyos, y sólo un 14% había comenzado a comprar la sustancia por iniciativa propia. También sabemos que este grupo de personas siguió consumiendo hasta el fin de sus días, hacia los años veinte de este siglo, y un 80% sobrevivió tres o cuatro décadas sin hacerse notar por descuido doméstico o incapacidad laboral.

Naturalmente, la inmensa mayoría de los usuarios eran ocasionales y, por tanto, no adictos. En las farmacias el producto nunca fue muy barato, pues además de los reactivos y el trabajo hacen falta unos diez kilos de opio para obtener un kilo de morfina. Hacia 1930, por ejemplo, las farmacias venden el gramo a 3 pesetas, 50 céntimos más barato que el kilo de manteca o la docena de huevos. La producción en laboratorio —sin partir de opio o paja de adormidera— sólo se logró en 1952, y resulta mucho más compleja y costosa. Pero el precio nunca fue impedimento para su consumo, salvo en caso de adictos pobres.

I. Se considera que la dosis *analgesica* óptima de morfina ronda los 15 miligramos para una persona de 70 kilos. El efecto intenso viene a durar cuatro o cinco horas, que se prolongan luego en sueño si el sujeto no está habituado o no se administra algún estimulante. La dosis letal varía de persona a persona, aunque prácticamente no se conocen casos de muerte con menos de 5 miligramos por kilo de peso, que equivalen a

350 miligramos para una persona de 70 kilos. Puede afirmarse que a partir del medio gramo —administrado de una vez— es probable una intoxicación muy grave. Esto significa que el margen de seguridad ronda el 1 por 30. Sin embargo, estamos tomando como dosis mínima 15 miligramos, cuando para fines sedantes cantidades menores también son psicoactivas; si partiésemos de 10 en vez de 15 miligramos, el margen de seguridad se elevaría a 1 por 40. Con respiración asistida es posible doblar o triplicar las dosis.

La morfina se asimila idóneamente por vía intramuscular, y muy bien por aspiración nasal y supositorios. La vía digestiva es menos eficaz para conseguir sus efectos, entre otras cosas porque se convierte en codeína al llegar al estómago. Al igual que el opio, deja pronto la sangre y se acumula en los pulmones, el hígado, el bazo y el riñón. Sólo una mínima parte de la sustancia va a parar al sistema nervioso, donde —sin que se sepa todavía bien por qué— eleva de modo espectacular el umbral de dolor/sufrimiento, inhibiendo o reduciendo la reacción ante estímulos de esa naturaleza.

El efecto secundario principal de la droga —depresión del sistema respiratorio, circulatorio y digestivo— es muy previsible, calculando que produce un estado de hibernación parecido al del opio, aunque todavía más puro. Todo lo vegetativo sufre una marcada reducción en su ritmo. También pueden manifestarse náusea, una tendencia al vómito (máxima si el sujeto pretende moverse), y malestar generalizado o disforia (por contraste con euforia). Desde luego, que llegue a producirse disforia es una prueba de sobredosis. Los casos de muerte accidental o voluntaria se deben a colapso respiratorio, tras un coma de varias horas, donde pueden surgir muchas complicaciones orgánicas. Para que ese colapso sea fulminante parecen ser necesarias dosis descomunales por vía intravenosa (dos o más gramos de golpe).

La tolerancia de la morfina es muy alta. Un habituado durante cinco o diez años puede consumir al día cantidades mortales para ocho o diez personas. Sabemos de médicos —como W. S. Halsted, fundador del centro Johns Hopkins de Baltimore y descubridor de la anestesia troncular, el más grande cirujano norteamericano de su tiempo (1852-1922)— que llegaron a consumir enormes cantidades de morfina inyectada, y de alguno que alcanzó 5 y hasta 7 gramos diarios sin interrumpir un ejercicio considerado ejemplar de su profesión.

Naturalmente, en todos estos casos se produjo una dependencia física, acompañada de un fuerte síndrome abstinencial si se suspendiera la administración. No es tan seguro que una cantidad cotidiana hace falta para establecer esa dependencia; a juzgar por casos clínicos, parece que son necesarias dosis próximas al cuarto de gramo, durante un mes, para llegar a estados donde la suspensión del uso produzca una clara reacción de abstinencia. Sea como fuere, esa reacción se parece mucho a la del opio y no reviste peligro para la vida salvo en casos muy excepcionales. Los síntomas clásicos (sudores, temblores, desasosiego, retortijones, vómitos, diarrea) ceden a los tres días. Si el sujeto ha llegado al hábito por razones temporales —como una herida—, atravesará el síndrome de retirada sin demasiada incomodidad, y tendrá pocas complicaciones a medio plazo. Pero si ha llegado al hábito por razones no forzosamente pasajeras —como la ansiedad—, atravesarlo no le pondrá a cubierto de complicaciones ulteriores quizá más graves, pues subsiste la causa del abuso. Mientras ese móvil no se modifique, la propensión a recaer en el vicio queda inactiva. En cualquier caso, problemas de insomnio y mala digestión, así como un desequilibrio general, pueden subsistir bastantes meses.

II. A nivel de efectos subjetivos, lo que es válido para el opio es válido para la morfina, con leves diferencias de matiz.

La morfina es una especie de opio concentrado, que acumula lo responsable de aliviar dolor/sufrimiento. De ahí que la mínima dosis activa de morfina sea más depresora (a nivel general) que la mínima dosis activa de opio, y también más analgésica.

La exactitud con que puede hacerse su dosificación, en contraste con las incertidumbres del opio, otorga amplios márgenes para su empleo. Sin embargo, la ebriedad de morfina tiene algo de postración, tan ideal para sufrir una calamidad como poco adaptado a la vigilia. Quienes llegaron a emplearla para desempeñarse mejor en su profesión o su vida doméstica —y no fueron pocos, durante un siglo de libre disponibilidad— se familiarizaron progresivamente durante largos períodos de tiempo. Para el no adicto, los efectos pueden ser maravillosos (cuando calma algún dolor), simplemente curiosos (cuando el dolor falta), e incluso muy incómodos (cuando la dosis ha sido excesiva), pero en cualquier caso se experimentan desde una notable pasividad; a nivel subjetivo, la depresión orgánica general es sentida como una espesa calma, propensa a fantasear en la esfera del semisueño.

En otras palabras, la euforia morfínica representa ante todo *ausencia de dolor*; el placer activo, que desde una posición no penosa salta al nivel del *goce* le es perfectamente ajeno. Unas pocas experiencias personales, y el testimonio de sujetos mucho más avezados, me hacen pensar que esta droga tiene en su extraordinaria capacidad analgésica su límite. Con fines recreativos o de introspección resulta menos sugestiva que el opio. Sin embargo, el efecto inicial de una inyección intravenosa (llamado a veces «flash») posee una intensidad casi dolorosa, con sensaciones de estupor y gran acaloramiento en el rostro.

III. Unánimemente, quienes poseen experiencias de primera mano consideran que la morfina no tiene rival como

analgésico. Su amplio margen de seguridad, combinado con la potencia del efecto, hacen que —en palabras de la Enciclopedia Británica— «su más grave inconveniente sea la adictividad». De ahí que se encuentre indicada en todos los casos de dolor grave (lesiones, cólicos hepáticos o renales, tumores, etc.), y especialmente allí donde no han surtido efecto otros calmantes. A estos usos podría añadirse el de combatir hipcondría y sufrimiento en general, aunque desde la prohibición no se reconoce como empleo terapéutico «válido» otra cosa que el tratamiento de dolores localizados.

Pero la morfina sirve también para otras muchas necesidades. Su efecto depresor o hibernante es providencial para proteger al organismo del agotamiento que sigue al shock traumático, la hemorragia interna, el colapso cardíaco y diversas infecciones (tifus, cólera, pulmonía, etc.). Todavía más crucial es su eficacia en el período preoperatorio, pues ya a finales del siglo XIX se descubrió que administrada antes de la anestesia general reducía la cantidad de anestésico a emplear, a la vez que aumentaba en el paciente sedación y amnesia. También se descubrió que era muy útil para mantener la anestesia, y que —con un sistema de respiración asistida— el organismo humano podía admitir dosis muy altas de morfina sin peligro. Lo mismo puede decirse del postoperatorio, ya que su tratamiento es el de un shock traumático.

Sin embargo, es curioso comprobar que la morfina se usa mucho más frecuentemente como fármaco preoperatorio y de apoyo a la anestesia que como postoperatorio; en Estados Unidos, un estudio sobre empleo tras una extirpación de vesícula biliar mostró que el número de dosis dependía de factores sociales: como media, los clientes de seguridad social obtuvieron 3, los semiprivados 5, los privados 9 y los pacientes en cuartos de lujo 12.

Por otra parte, cada vez se emplea menos, incluso en