



Universidad de la República
Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO
Monografía

**DEVENIRES Y ABORDAJES EN EL FENÓMENO DE LAS
DROGAS**

**La importancia de un abordaje con perspectiva en Reducción de Riesgos
y daños.**

Silvina Martínez C.I.4.684.552-3
Tutora: Mag. Evangelina
Curbelo
Revisor: Dr. Juan Fernández Romar

Montevideo,
Uruguay Abril 2022

Agradecimientos:

A mis padres, en donde se encuentren...

A mi hermana.

A mi sobrino Franco por alegrar mis días.

A Alejandro por tantos años de respeto y sostén en éste camino tan lindo y tan difícil.

A mis compañeros de Aconcagua, por el sostén emocional en éstos años y por haberlos encontrado en mi camino. A Ale, Agus, Caro, Ceci, Gustavo, Héctor, Jorge, Mane, Mica, Meli, Nico, Vivi y Luz, Gracias por el aguante!!

A mis amigas por haber confiado en mí desde el primer momento.

Índice:

Resumen	4
1. Introducción	5
2. Concepciones generales	7
3. Resignificaciones del significante “droga”	9
3.1. Consecuencias/incidencias del modelo prohibicionista	13
4. Estigmas y exclusión social	16
4.1. Impactos a nivel sociosanitario	18
5. Surgimiento del modelo de RRDD	22
5.1. Políticas públicas y Propuestas enmarcadas en el modelo de RRDD	25
6. Reflexiones finales:	30
7. Referencias Bibliográficas	32

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado se enmarca en la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Esta producción teórica busca realizar una aproximación descriptiva a algunas aristas de las múltiples que componen un fenómeno tan complejo como ser el consumo de drogas. A través del proceso de revisión bibliográfica se desarrollan algunas perspectivas teóricas, que se han encargado a través del tiempo de describir el funcionamiento individual y colectivo relacionados al consumo de drogas. A su vez, se expone cómo éstas han impactado en gran parte de la población consumidora de drogas, haciendo un recorrido por algunas de las consecuencias generadas por los imperativos construídos desde el modelo prohibicionista. En este sentido se abordará la noción de “estigma” y “exclusión social” y su impacto en las relaciones interpersonales y en la atención sanitaria de los sujetos. Para finalizar se realiza una aproximación teórica del Modelo de Reducción de Riesgos y Daños -RRDD- con la finalidad de exponer un abordaje integral al respecto.

1. Introducción

La presente monografía corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Lo narrado a continuación responde al interés de visibilizar algunas de las estrategias de abordaje a la temática del consumo de drogas; explorando el fenómeno desde un punto de vista distinto al modelo abstencionista, el cual forma parte de mis prácticas y experiencias laborales. Teniendo presente la complejidad que conlleva el fenómeno de las drogas, se realiza una aproximación teórica considerando los sentidos asignados a lo largo del tiempo.

El objetivo de este trabajo consiste en visibilizar, exponer y reflexionar mediante la articulación de algunos aportes del Modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RRDD) y del modelo Prohibicionista. La forma en que sus prácticas y discursos desarrollados, a través del tiempo fueron desplegando distintas repercusiones en el significante droga en los sujetos consumidores y en la sociedad en general. Para ello, se integran las nociones de estigma y exclusión social y se exponen algunas estrategias de carácter comunitario provenientes del modelo de RRDD para su abordaje.

Se selecciona el modelo de RRDD por sus plausibles alternativas hacia las repercusiones mencionadas. Este modelo, generador de propuestas integrales, se desarrolla a raíz de cuestionamientos, limitaciones y repercusiones negativas de los resultados de las políticas represivas y prohibicionistas llevadas a cabo en varios sectores de Europa (Oró & Gómez, 2013). En tanto, expone Romaní (1999), el Modelo Prohibicionista desarrollado a través del modelo jurídico-represivo, mediante la elaboración de leyes y reglamentos, condiciona la visión de las drogas. Este modelo impulsado en Estados Unidos alrededor del 1900 unifica y estigmatiza, a través de sus discursos y prácticas moralistas al concepto de drogas. Se construye así el “problema de las drogas” (Romaní 2003, p.8), noción que se abordará en los siguientes capítulos. No obstante, es de suma importancia mencionar que, ambos modelos si bien presentan importantes diferencias en su implementación, conviven en un mismo tiempo y espacio. Incluso, en diferentes situaciones logran complementarse.

El presente trabajo monográfico, contiene tres secciones centrales. En la primera se describen concepciones generales acerca del consumo de drogas y algunas de las formas de relacionamiento que construye el sujeto con ellas. A su vez, se mencionan distintas connotaciones sociales producidas, a través del tiempo, articuladas a una fuerte incidencia del Modelo Prohibicionista. En la segunda sección se realiza una breve descripción sobre el impacto de los estigmas y la exclusión social en una cierta población consumidora de drogas. La forma en que esto repercute en el acceso a centros de atención junto con los factores que intervienen en las relaciones interpersonales y profesionales con ésta

población. Finalmente, se realiza una recorrida teórica del modelo de RRDD en sus distintas etapas, identificando sus causas y orígenes. Se desarrolla a través de los aportes de varios autores interesados en el tema, una discusión teórica donde se interpelan nociones socialmente adjudicadas y se problematizan las modificaciones producidas a determinados usos y conceptos de consumos. Se mencionan propuestas actuales impulsadas desde el enfoque de RRDD de acuerdo a lo planteado en la Estrategia Nacional de Drogas producida por la Junta Nacional de Drogas de Uruguay -JND-, organismo creado el 28 de octubre de 1999, con el cometido de “ejecutar políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación y represión” de acuerdo a lo publicado en su página oficial (Junta Nacional de Drogas, [JND], s.f). Para finalizar este recorrido se realizan reflexiones sobre lo desarrollado con el fin de propiciar la reflexión.

2. Concepciones generales

Abordar el fenómeno del consumo de drogas sugiere explorar los distintos sentidos y significados asignados a los consumos y a las diferentes sustancias. Existen en la actualidad distintas categorías expresadas en los discursos del orden público, político, sanitario, como es el caso de: “drogadicto”, “adicto”, etc, según Testa (2009). La drogadicción, la toxicomanía, el consumo problemático, los trastornos por consumo de sustancias, entre otras, son algunas de las terminologías utilizadas actualmente para explicar el fenómeno. Éstas categorías despliegan múltiples efectos sobre la forma de entenderlo y abordarlo, así como las representaciones sociales asociadas al mismo.

Definir y explicar el fenómeno de las drogas dependerá en gran medida del modelo interpretativo que lo fundamente. Según Pons Diez (2008), para lograr un abordaje exhaustivo, se debe considerar la complejidad de los elementos que integran dicho fenómeno. Una de las definiciones existentes sobre el término droga es la expuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual refiere ser “toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central” (Kramer y Cameron, 1975). Machín & Mendoza (2015), sugieren nombrar a las drogas como sustancias “psicoactivas, en el sentido que son agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo cambios temporales en la percepción, estado de ánimo, conciencia y comportamiento” (p.6). En la redacción del presente escrito se utilizará la definición de drogas que propone Romaní (1999), la cual integra otros de los factores que conforman la complejidad del fenómeno, como lo son la biología, la conducta, la economía, la cultura y la sociedad. Al respecto, expone la siguiente definición de drogas:

Sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan. (Romaní, 1999. p.53)

En ésta última definición se manifiesta la existencia de efectos y posibles consecuencias en el uso de drogas. Es posible visualizar un uso de sustancias psicoactivas, en donde no se desarrollan consecuencias nocivas o éstas aparecen con menor intensidad. Sin embargo existe otro tipo de uso en el cual se genera un vínculo problemático entre el sujeto y la sustancia. Esto refiere a una forma de relación que construye el sujeto con las drogas en un determinado momento de su vida. Este tipo de uso tiene un componente temporal, con directa relación al momento histórico social en el que la problemática se desarrolla. Tal y como expone Vázquez (2014), el problema se genera en el vínculo que establecen la persona y la sustancia. La sola existencia de la sustancia no

implica el desarrollo de un consumo problemático, para ello se postulan otros factores como la cantidad, la frecuencia o la situación biopsicosocial en la que el sujeto se encuentre.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado según Becoña y Cortés (2016), cuando se propicia un consumo problemático de sustancias esto implica que el sujeto no considere los daños ocurridos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), expone en su página web lo siguiente:

El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consumo. (s.f.)

De acuerdo a lo expuesto por Rojas (2019), el sujeto que desarrolla un consumo problemático de drogas es “en primer e inamovible lugar, una persona” (p.114). El autor realiza esta afirmación para descartar concepciones biomédicas, que tienden a rotular al sujeto consumidor como enfermo y a definir su identidad de forma única y estructurada sin considerar la situación en particular que el sujeto atraviesa. Esta tendencia corresponde a la incidencia predominante del modelo prohibicionista, el cual se abordará en los siguientes capítulos, que mediante sus discursos moralistas obstaculiza la posibilidad de una atención integral a dicha problemática. Este aspecto difiere de un tratamiento basado en la abstinencia, que busca la eliminación total del consumo de drogas. Por lo tanto resulta necesario según lo expone González (2007), identificar al consumidor de drogas como sujeto de derecho; con el fin de integrarlo desde el discurso y la acción. Son diversos los actores que podrían participar para incidir y transformar los ámbitos socio sanitarios y generar nuevas prácticas que posibiliten, a mediano y largo plazo, el bienestar del sujeto. Es clave el fortalecimiento de los vínculos de los distintos integrantes de la sociedad con nuevos espacios de escucha técnica, comunitaria, social, política, entre otras, para una comprensión más amplia del fenómeno.

3. Resignificaciones del significante “droga”

Hasta fines del siglo XIX determinadas sustancias como la morfina, la heroína, la cocaína y el cannabis eran consideradas como simples fármacos y se comercializaban sin grandes merodeos, formaban parte de la mercadería que se ofrecía en boticas y supermercados ya que se utilizaban de manera terapéutica y recreativa. El acceso de su comercialización era libre y se promocionaba mediante campañas publicitarias catalogadas como “especialidades farmacéuticas” (Garat, 2013, p.4). En distintas culturas del mundo se utilizaban para la realización de rituales individuales o grupales donde cada droga tenía una connotación diferente según lo considerase cada grupo humano.

Se visualiza el desinterés de los países en la regulación del tema, no había interés ni público ni sanitario respecto a la restricción del acceso a algunas de ellas, ya que, no había hasta el momento evidencias de abusos en el mundo, el interés se centraba en comercializar y/o evitar alguna acción fraudulenta del mercado, según expone Usó (2013). Rabuñal (2018), menciona que finalizando el 1800 en Uruguay se publicaban las características de la cocaína en diferentes revistas destacando la procedencia u origen -relacionado a la calidad del producto- y los distintos puntos de venta para su acceso.

Los primeros inconvenientes en relación al tema surgen, según Romaní (1999), a raíz de los intereses sanitarios, económicos y morales que empiezan a ocurrir entre países como China, India británica e Inglaterra, debido al incremento del consumo de opio. Mientras que China intentaba prohibir el consumo de drogas, Inglaterra exportaba opio en dicho país proveniente de la India británica para su comercialización. Según menciona Astorga (2016), en 1883 derivados del opio y la morfina comienzan a considerarse “sustancias peligrosas”, se empieza a prohibir su venta en boticas, droguerías o farmacias con la excepción de la prescripción médica. En 1900 se había generado una alerta internacional debido a las consecuencias negativas que se estaban manifestando a nivel de la salud. Rabuñal (2018) relata la relevancia a nivel internacional que generó dicha situación al punto de expandirse desde Europa hacia América Latina.

Esta relevancia responde a factores de salud acompañados también de factores morales, ligados del pensamiento religioso, étnico y político, donde se desata una crítica discriminatoria respecto a la población consumidora. Es posible relacionar a la religión en estos procesos de cambio que acompañan al posicionamiento fuerte del prohibicionismo, ya que, el alcohol y otras drogas se empezaban a considerar atributos del demonio en Estados Unidos. Al respecto, Garat (2013) plantea:

Los primeros grupos que mostraron preocupación por su consumo fueron asociaciones religiosas de Estados Unidos como las sociedades para la Supresión

del Vicio, la Anti Saloon League, el Prohibition Party y otros cónclaves de pregón moralista. La Conferencia de Shangai en 1909 fue organizada por varios de aquellos grupos apoyados por el presidente estadounidense, Theodore Roosevelt. (p. 4)

Según Oro & Gómez (2013), comenzaba a desarrollarse una de las fuerzas más impositivas respecto a las restricciones en el fenómeno de las drogas, al mando de las elites blancas del país que intentarían prohibir y fiscalizar la producción y el uso de aquellas drogas “consumidas por minorías étnicas e inmigrantes, como por ejemplo, el opio entre los chinos, la marihuana entre los mejicanos, la cocaína entre los negros del sur de los Estados Unidos” (p.29).

Es posible visualizar la considerable vinculación existente entre las poblaciones consumidoras y las drogas que generan rechazo social al momento de publicar ciertas restricciones de su uso. Las grandes elites -personas blancas, religiosas, con prestigio social y buen poder adquisitivo- detestaban cualquier tipo de drogas popularmente consumidas por esclavos, inmigrantes o cualquier otra población perteneciente a sectores marginados. La marihuana era consumida por gran parte de la población Brasileña y el opio por los Chinos inmigrantes, razón por la cual se asociaba a un potente peligro para los jóvenes Estadounidenses. En Chile regía una regulación médica y legal de determinadas sustancias como la marihuana, la cocaína y la morfina desde 1920, según los aportes de Fernández (2009), eran médicos y farmacéuticos quienes llevaban el control de las recetas.

A principios del siglo XX algunas cuestiones comienzan a cambiar, se fortalece la lista de sustancias controladas y aquellas prohibidas, se incrementan restricciones y prohibiciones respecto al uso y a la venta de determinadas otras en lugares típicos hasta el momento, como lo eran farmacias, supermercados y boticas. Este suceso genera un nuevo inconveniente a nivel mundial, las drogas seguían circulando de todas formas por distintos medios, la restricción de la venta produjo paralelamente un nuevo fenómeno “El Narcotráfico” (Romaní, 1999. p.9.). Acompañado el siglo XX, comienza un siglo de asambleas y convenciones en marco del modelo prohibicionista en torno a una posible respuesta ante la emergente situación provocada por el tráfico ilícito de drogas y los impactos sanitarios y sociales que se empiezan a visualizar a nivel mundial. Los encuentros en Shanghai (1909) y los tratados en La Haya (1912,1914) fueron ambos convocados por el gobierno de Estados Unidos el cual manifestaba cierta preocupación de carácter moral ante el tráfico indiscriminado de dicha sustancia que se venía desarrollando.

La Convención Única de Estupefacientes (1961), promulgada en la ciudad de Nueva York, sienta las bases de los grandes cambios en las distintas nociones relacionadas a la temática de las drogas, a su acceso y restricciones. El modelo prohibicionista, tuvo un fuerte impulso mundial, producto de ello, se empiezan a asentar dichos cambios en la

reglamentación al acceso de las diferentes drogas del mercado, el énfasis empieza a posicionarse en el control del uso de sustancias de forma no medicinal o científica.

Usó (2013), relata que a la par de ésta nueva legislación donde se refuerzan las restricciones en el uso y distribución de estupefacientes, se genera un efecto adverso al buscado, el fenómeno de las drogas se expande de tal manera que comienza a formar parte de las diferentes culturas a través de dispositivos populares como por ejemplo la música, la literatura, el cine, etc. A su vez, este nuevo contexto lleva a una de las primeras consecuencias mundiales que aparecen socialmente en el fenómeno de las drogas, “Una de sus consecuencias mejor conocidas fue el incremento y desarrollo del crimen organizado, perpetuado en el imaginario social gracias a novelas y películas sobre personajes ya míticos como el criminal mafioso Al Capone”. (Martínez, 2009. p.115)

Con estos nuevos surgimientos consecuentes adversos del modelo prohibicionista, según lo postulado por Tagle (2018), se suman nuevas prácticas de vinculación de los individuos con el mercado y con la sociedad, los cuales presentan consecuencias sumamente negativas fundadas en la violencia. Setenta y tres países, entre ellos Uruguay, empiezan a restringir la venta de estupefacientes con el respaldo de la Convención anteriormente mencionada la cual responde al organismo representante de carácter internacional. Acompañado a éste análisis de los cambios sociales Usó (2013), expone lo siguiente:

Este cambio legislativo implica un giro radical en el concepto de delito contra la salud pública, pues a partir de ese momento se pasó de proteger a las personas de sustancias que otros querían venderles a protegerlas de drogas que ellas mismas querían comprar. (p.59)

Fueron diversos los intereses que cada país mantenía. Es posible asociar lo planteado hasta aquí, con el concepto usado por Arana (2013) de “localismo globalizado” (p.130) donde expone la proyección de la política pública en materia de drogas en EEUU a fines del siglo XIX, la cual se expande por todo el mundo acompañado de la influencia mundial que posee el país en mención y el continente americano. Santos (2002), afirma que la globalización se define como “un proceso a través del cual una determinada condición o entidad local amplía su ámbito a todo el globo y, al hacerlo, adquiere la capacidad de designar como locales las condiciones o entidades rivales” (p.56).

A través de éste recorrido histórico de desplazamientos de nociones y significados, es posible observar, como expone Rabuñal (2018), la manera en que ciertas concepciones se van creando debido a las bases socioculturales del momento histórico en el que se generan. Ejemplificando, como ya se mencionó anteriormente, a fines del 1800 en Uruguay

la cocaína se promocionaba según sus características beneficiosas en distintas revistas; pasados 30 años, las publicaciones cambian su contenido, exponiendo a la misma sustancia según sus factores tóxicos, desde un lado negativo, “entender estas diferencias es importante para evitar el error de trasladar artificialmente imaginarios sobre las drogas a contextos históricos diferentes” (Rabuñal, 2018, p.44).

Continuando con el mismo lineamiento, Escotado (1995) expone la formas en que ciertos desplazamientos sociales se visualizan cuando la sociedad habilita su visibilización o cuando se integran a nivel discursivo. Las más antiguas culturas construyen su identidad social a través de ciertos rituales con Dioses, siendo velada de forma colectiva el aporte de las drogas psicoactivas como parte de dichos rituales. “Hoy sabemos que en una muy alta proporción de esas sociedades los sujetos aprenden y reafirman su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva” (2011, p.10).

Se considera pertinente articular lo anteriormente expuesto con el concepto de socialización descrito por Castoriadis (1975), haciendo referencia a la construcción biopsicosocial del individuo, el cual construye su psiquismo a través de los componentes biológicos como sociales. Al respecto expone: “La socialización no es una simple adjunción de elementos exteriores a un núcleo psíquico que quedaría inalterado; sus efectos están inextricablemente entramados con la psique que sí existe en la realidad efectiva” (1975, p.4). La socialización se construye en un proceso el cual no tiene punto de finalización, se sigue modificando con el tiempo.

Parafraseando a Simkin & Becerra (2013), se puede describir al proceso de socialización como aquel en el que los sujetos interiorizan normas, roles, valores, actitudes y creencias, a través del contexto socio-histórico en el que pertenecen con la participación de algunos agentes de socialización, como agentes de socialización podemos mencionar a los medios de comunicación, la familia, los grupos de pares y las instituciones educativas, religiosas y recreacionales, entre otros. Ante esto, es posible entender gran parte de los desplazamientos en los significados que se construyeron históricamente y las formas en que los sujetos consumidores de determinadas drogas fueron partícipes de un proceso de exclusión social el cual generaba un conjunto de estigmas negativos derivados de los ideales o lineamientos del paradigma prohibicionista. Como ya se ha postulado, la estigmatización es una de las consecuencias adheridas ante éstas conductas consideradas socialmente “enfermas”; Vasquez (2014) expone:

Uno de los efectos principales de la estigmatización, es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su ejercicio de derechos. Estos grupos, ponen en juego una operación de encubrimiento en diferentes momentos de la vida cotidiana, tal como puede ser el contacto con una institución pública. (p.225)

A su vez, Franquero (2013) detalla parte de estos procesos de estigmatización que se producían en las diferentes culturas en torno al uso de determinadas drogas, expone que el ser humano tiende a generar mecanismos para lograr algún tipo de identidad colectiva, una búsqueda del sentimiento de seguridad o de pertenencia a un grupo. "Los productos consumidos nos diferencian y nos dan identidad, los productos que despreciamos, también. (p.74).

3. 1. Consecuencias/incidencias del Prohibicionismo:

El modelo prohibicionista ha sido el generador del denominado "problema de las drogas" a través de la fiscalización de determinadas sustancias, de la nueva denominación estigmatizante del objeto "droga" expone Romaní, (2003). Con la prohibición de su cultivo, de su comercialización y de su consumo sentó las bases del control del fenómeno a través de "criterios morales basados en el puritanismo, el clasismo y el etnocentrismo" (p.9). Por medio de sus políticas de restricción, intentó eliminar el ingreso y acceso a determinados tipos de drogas subestimando lo complejo del fenómeno en cuestión. Se intentó adoptar una solución simplista a un problema sumamente complejo. El comercio, el gobierno, la sanidad, las sustancias y los consumidores, son parte incidente de lo heterogéneo del mundo de las drogas, cuestión que posee una fuerte relevancia social y que ha invisibilizado con el tiempo la participación de todos éstos componentes adoptando una posición homogénea y negativa respecto a la temática.

Este movimiento del régimen legal implicó también, movimientos en las percepciones de los sujetos que aún, ante esta nueva directiva, continuaron consumiendo drogas ahora ilegales. Este cambio legal, social y cultural, influyó de tal manera que provocó modificaciones de la población consumidora principalmente de heroína. El prohibicionismo mediante sus leyes y reglamentos condiciona la visión de las drogas, Romaní (1999). Siguiendo esta afirmación Escohotado (1995) expone: "una década después empieza a ser consumida de modo regular por un grupo más joven, desarraigado socialmente, hostil al trabajo y responsable de la mayoría de los crímenes" (p.10).

Se puede visualizar al respecto, los estigmas sociales que fueron generados luego de ocurrida la crisis sanitaria mediante los argumentos que ofrecía el modelo médico respecto al consumidor de droga. Haciendo referencia a éstas nuevas connotaciones sociales, Oro & Del Álamo (2013) exponen: "existe cierta relación entre las pautas de consumo generales y las modalidades específicas de consumo de drogas en cada época histórica" (p.39). Vázquez (2014) menciona al respecto:

El problema del estigma y la discriminación, constituye un desafío para la investigación sobre exclusión en salud. Los procesos de estigmatización producen un efecto de vulneración del ejercicio de ciudadanía de ciertos grupos de personas al negárseles el cumplimiento de derechos (como el derecho a la salud). (p.224)

Ante lo mencionado, Franquero (2013) expone: “Los profesionales de la reducción de daños y riesgos han reivindicado históricamente que los usuarios de drogas merecen el mismo respeto y dignidad que los demás usuarios de la salud” (p.83). Considera también que es una estrategia para enfrentar los riesgos derivados de la teoría abstencionista, asumiendo que: “la gran virtud de la reducción de riesgos y daños respecto a su intransigente hermano mayor, el abstencionismo, es que permiten actuar en base a la realidad y no en exclusiva y para un idealizado “mundo libre de drogas”.(Franquero, 2013, p. 76).

A modo de ejemplo, los consumidores de heroína por vía parenteral mantenían una posición de vulnerabilidad sociosanitaria tras las connotaciones negativas que se construyeron en el modo de uso de dicha sustancia y por la insuficiente respuesta sanitaria que había hasta el momento ante la negación o la imposibilidad a la abstinencia. El modo de uso de ésta droga fue excluyéndose de lo socialmente aceptado y se fue convirtiendo en una práctica llevada a cabo por una determinada población, caracterizada por su vulnerabilidad, el escaso acceso al trabajo y por la escasa inclusión al sistema de salud. Al respecto Oro & Del Álamo, (2013) exponen:

Los consumidores de heroína, denominados como drogadictos, se configuraron en el imaginario social de la época como la antítesis de los “yuppies”¹, y se transformaron en el chivo expiatorio de los problemas sociales, atribuyéndoles la causa de los diferentes males de la sociedad. (p.45)

Estos imaginarios sociales producidos en la época, parafraseando a Castoriadis (1975) se entienden como una construcción social que opera en la realidad de la sociedad en que fue construido y que brinda oportunidades o restricciones a los sujetos en el momento de accionar. Dichas restricciones suelen generarse por los estigmas producidos en torno a las drogas y a los consumidores de ellas, cuestión que se desarrolla en el siguiente capítulo. Asimismo, Serena (2010) postula citando los aportes de Zorrilla (1987), las repercusiones sociales generadas por los discursos de los medios de comunicación

¹Por “yuppies” se hace referencia a aquellos consumidores de cocaína por vía intranasal, con más presencia mediática de las élites europeas, lo que ayudó a la cocaína como símbolo de éxito y prestigio social (Oro & Del Álamo, 2013. p.45).

sobre el “problema droga”, los cuales proporcionan un sentido de alerta bajo el lema prohibicionista de “hay que actuar en contra” (p.303). El autor plantea que al hacer mención de las mismas, se colocan inmediatamente imágenes con connotaciones negativas donde aparece la violencia, la delincuencia y escenas referidas a la muerte, agrega que a su vez “remarcan la importancia de los padres y sus “temores” a que sus hijos sean inducidos a consumir drogas” (p.304). Por otra parte, éstas fundamentaciones son el sustento de gran parte de los discursos moralistas que despliega el paradigma prohibicionista, donde solo se exponen los aspectos negativos del consumo, al respecto Romaní (2013) expone que:

Dicho modelo ha logrado producir un conjunto de ideas sobre lo que son las drogas y su lugar en el mundo (con su influencia en las visiones generales del mundo que forman parte de los discursos hegemónicos existentes), en las cuales tienen un peso estratégico sus aspectos morales: asociación con lo que debe o no debe ser, con lo prohibido, con el placer, con la postergación de la recompensa, con la auto-contención, con el ejemplo público... (p.104)

La figura del sujeto consumidor de drogas también cambia su significado paralelo a éstos cambios legales, médicos y políticos. Según exponen Oro & Gómez (2013), la medicina empezó a generar categorías hacia el mismo, pasa de ser consumidor de drogas a posicionarse en la categoría de enfermo degenerado. A su vez, el régimen legal posiciona al sujeto fabricante de sustancias en la categoría de delincuente. Para intentar desenmarañar esta situación binar se postula lo expuesto por Eira (2013) cuando expone:

Los binarismos no se limitan a escindir un binomio establecido desde una simetría valorativa entre sus extremos. Uno se jerarquiza (se “centraliza”) desdibujando al otro, de manera que la propia oposición oficia centralizando el factor así jerarquizado. En este caso, el centro pasa por el fortalecimiento empírico del concepto Salud (legitimidad) y la descalificación de las configuraciones capturadas tras el enunciado Enfermedad (infracción). En este orden, la enfermedad se ha constituido en la categoría central. (p.25)

La estigmatización producida bajo éstos paradigmas operantes genera una desvinculación del individuo de las instituciones sanitarias. “Puede hipotetizarse entonces, el largo camino que deben recorrer aquellos para los cuales el consumo de drogas se ha vuelto problemático (una pequeña parcela de consumidores) y necesitan tratamiento por su problema de salud” (Vázquez, 2014 p. 225). Por ende, “si realmente queremos entender lo que pasa y tener una cierta capacidad de intervención, no podemos contentarnos en seguir los prejuicios y estereotipos dominantes sobre un tema” (Romaní, 1999. p. 51).

4. Estigmas y exclusión social:

El término “estigma” según Goffman & Guinsberg (1970), es originado por los griegos, quienes lo utilizaban para hacer referencia a “signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba”. (p.1) Estos signos representaban marcas para distinguir a las personas que no era conveniente tener cerca ya que advertían connotaciones negativas de la misma. El estigma, mencionan éstos autores, se construye cuando un sujeto muestra tener un atributo diferente de lo que la sociedad considera normal. Los sujetos que conviven en ella, dejan de considerarlo una persona total, para reducirlo a ese atributo. Según Stafford y Scott (1986) el estigma es un fenómeno social que pertenece a una determinada época y un determinado lugar pero presenta en todas sus consideraciones algunos denominadores comunes, como es el caso de la burla y el desprecio. Sus significantes están inmersos a cambios constantes dependiendo de varios factores, legales, sociales, políticos, culturales, etc. “En otras palabras: toda definición en este campo está ligada al marco social en el que se produce” (Herzog, 2009. p.36).

Los estigmas no son universales, según Quiles (1998) en un determinado momento se estiman nuevas creaciones de ellos y desestiman otros anteriormente establecidos. Siguiendo el lineamiento de González (2007), se pueden visualizar los modos en que las sociedades imponen distintas formas de control social sobre los individuos con afán de preservar y sostener la normalidad de sus leyes, principios y valores. Las sociedades hacen visible lo que se puede y lo que no a través de procesos de inclusión y de exclusión. Dentro de éstos últimos, está el proceso de estigmatización, el cual funciona como un medio social que evidencia el rechazo al otro.

La exclusión social se demuestra con el debilitamiento de los vínculos sociales de los sujetos estigmatizados. Este fenómeno hace que éste no pueda acceder a la mayor parte de los recursos que la sociedad tiene, o, en otra medida, hace que el sujeto no pueda gozar de las ventajas que la sociedad cuenta. Esta afirmación produce, según González (2007) la incrementación en la vulnerabilidad del sujeto.

Una gran parte de la población consumidora de drogas, aquellos pertenecientes a un sector social y económico con mayor vulnerabilidad, a partir de éstos grandes movimientos legales y políticos asociados al modelo prohibicionista, reflejan el impacto mediante la consecuente exclusión social desarrollada. Asimismo, Duhart (2006) expone que las primeras veces que se utiliza el término “exclusión social”, fue desde el gobierno de Francia en 1974, cuando el secretario de Estado René Lenoir, hace referencia a la población marginada y la denomina "socialmente desadaptada", población la cual, no podía participar de los beneficios del Estado de ese momento. Estos sectores se denominaban:

"discapacitados, suicidas, ancianos, niños abusados, drogadictos, delincuentes, padres-madres solteras, hogares con problemas múltiples, personas marginales, etc" (p.20). El estigma de "drogadicto" inhabilita las garantías que posee un ciudadano normal mediante el incremento de sus diferencias. Al adicto, expresa González (2007), la sociedad lo asocia con la delincuencia y lo peligroso, es decir, constituye un riesgo para el grupo. "El adicto va a ser excluido de los espacios cotidianos..., de los espacios socio afectivos, va a ser excluido de los espacios de integración social y, en múltiples ocasiones, incluso será excluido de los mismos programas de tratamiento" (p.3).

Es posible visualizar ciertas relaciones de poder en el funcionamiento social, en la construcción de estigmas y en la consecuente exclusión social. Haciendo alusión al concepto de poder utilizado por Foucault (1988), podemos articular la postura del sujeto estigmatizado debido a sus prácticas de consumo. En éste caso, nos encontramos con un individuo atravesado por ciertas dinámicas de poder ejercidas en sus prácticas cotidianas. En ellas se asigna una determinada categoría donde se designa su individualidad y se imponen ciertas características que representen al sujeto ante determinada categoría social. Al respecto, Foucault (1988) menciona: "El sujeto se encuentra dividido en su interior o dividido de los otros. Este proceso lo objetiva. Algunos ejemplos son el loco y- el cuerdo, el enfermo y el sano, los criminales y los "buenos muchachos"" (p.7).

Es decir, en un momento dado, el individuo ocupa una determinada categoría social. Éstas formas del poder se producen mediante las denominadas luchas de poder, un poder que no se tiene, que no se posee, sinó que se ejerce de manera circular en la sociedad. Al respecto Foucault (1988) menciona:

Cuestionan el estatus del individuo: por una parte, sostienen el derecho a ser diferentes y subrayan todo lo que hace a los individuos verdaderamente individuales. Por otra parte, atacan todo lo que puede aislar al individuo, hacerlo romper sus lazos con los otros, dividir la vida comunitaria, obligar al individuo a recogerse en sí mismo y atarlo a su propia identidad de un modo constructivo. (p.7)

Mediante éste proceso de división, existe una suerte de normalidad en la sociedad que asigna las diferencias e intenta corregirlas o eliminarlas. El individuo atravesado por éstas prácticas de poder, experimenta un debilitamiento de los lazos sociales.

Según Norbert (2015), es posible otorgar el carácter de universalidad a las relaciones que se generan mediante el poder. El sujeto que está habilitado socialmente para habitar el grupo por sus cualidades conocidas, somete al diferente por su cualidad de

imprevisible. El nuevo -o el distinto- genera una amenaza a las condiciones normales del grupo establecido. La incertidumbre de que el otro me pueda generar daño, opera de tal manera en la sociedad, que ésta opta, mediante un mecanismo de defensa, apartarlo del grupo, es decir marginarlo.

Elias & Casquete (2003), exponen que la exclusión y la construcción de estigmas, son elaborados por los grupos “establecidos” -aquellos habilitados socialmente al grupo en que conviven-, los cuales apelan por conservar su identidad social y con afán de preservar el rol de superior frente al marginado. El autor considera que en la elaboración del estigma desde el grupo poderoso, existe cierta relación con el fortalecimiento de su autoimagen para poder así debilitar aún más al otro. Existe un proceso psíquico, expone el autor, en el cual los marginados interiorizan su imagen de inferioridad y actúan en torno a ella no logrando generar otra forma de organización donde puedan generar algún tipo de resistencia a su posicionamiento.

4. 1. Impactos sociosanitarios de los estigmas

Desde la teoría del aprendizaje social, propuesta por Bandura (2009), se proporciona un análisis del desarrollo humano donde se introducen variables sociales como normas culturales y agentes de socialización. La noción de estigma público es abordada por dicha teoría, Muñoz y Uriarte (2006) la describen como determinadas reacciones del público general hacia un grupo determinado. Las personas etiquetan y marcan diferencias en función a las distintas características que la sociedad considere vulnerables. Es decir, la sociedad crea un “ellos” que afirma a su vez un “nosotros” mediante el señalamiento de determinadas diferencias y se manifiesta en el uso del lenguaje. En salud mental es posible visualizar con mayor claridad la noción del estigma público y su manifestación lingüística, ya que, los prejuicios sobre los consumidores de drogas recaen en el orden de la moral del sujeto. La sociedad hace responsable al sujeto de las consecuencias que puedan generarse, “es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo persona con esquizofrenia” (Muñoz y Uriarte, 2006. p. 51). Sin embargo, en las enfermedades físicas usualmente no acontece de la misma manera, se alude al atributo de la persona como condición física desistiendo de un estigma.

El ámbito sanitario está compuesto por relaciones interpersonales como todos los ámbitos donde se producen interacciones sociales. Del mismo modo en que en la sociedad existen ciertos estigmas referidos al consumo de drogas, aparecen también en éstos ámbitos de relacionamiento con las personas y en los procesos de atención sanitaria o

terapéutica que se llevan a cabo con la población consumidora. Esta valoración repercute de manera negativa en el tratamiento planificado para el paciente. Lo cual genera un debilitamiento en la calidad de la atención y en el sostén del mismo. Es posible articular el concepto de “autoeficacia” proporcionado por Bandura (2009) para ejemplificar otra de las influencias de la relación con los demás y la forma en que el sujeto logra comportarse en torno a ello. “La autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida” (Sanchez, Bou, Gurrea, Gradolí y Gallús, 2002, p. 54). Es decir, según la percepción que el sujeto haya construido sobre sus distintas capacidades, será la forma en que éste actúe con los demás, las actividades que elija realizar y la motivación que sostenga ante diferentes situaciones de su vida.

Según Sepúlveda (2020) el personal de la salud que trabaja con la población consumidora, presenta dificultad para empatizar con éste otro, ya que, al momento influye en gran medida la poca motivación que manifiesta el paciente en el pedido de ayuda -producto del autoestigma- y la fuerte incidencia de los imaginarios sociales operantes en el tema. “Este problema nace de la imagen de las personas consumidoras como seres inmorales, incapaces de gobernar su vida y por tanto de recuperarse” (p.39).

Aquí se destaca la manera en que el estigma afecta el relacionamiento del sujeto consumidor con los trabajadores de atención sanitaria. El estigma influye en el vínculo que se establece entre el pedido de atención y la atención brindada de manera negativa, haciendo de ello una relación sumamente contraproducente. Los trabajadores de la salud, expone el mismo autor, subestiman los motivos de consulta médica de ésta población adjudicando dicho motivo a la demanda de medicación y exteriorizando la responsabilidad de la situación a la persona.

Este mecanismo, como exponen Muñoz y Uriarte (2006), devela los prejuicios que existen y operan dentro de los centros de salud respecto a la población consumidora de drogas “en el contexto de las diferencias de poder y lleva a reacciones del público general hacia el grupo estigmatizado como resultado del estigma” (p. 52).

Esto hace menos viable un tratamiento sostenido en el tiempo ya que se incrementa la noción de fracaso cuando el sujeto intenta controlar la situación en un momento dado. Se actúa sobre el estigma y no sobre el pedido explícito del sujeto, lo cual genera comportamientos de evitación y falta de empatía “lo que provocará una mayor tasa de abandono del programa rehabilitador y una reducción en la autoestima de los pacientes, y

por tanto, repercutirá negativamente en su salud mental” (Sepúlveda, 2020. p.26). Esta actitud es también, una forma de discriminación que genera en el sujeto, la creación del “autoestigma” -el sujeto acepta el prejuicio y lo hace propio- o, en otras situaciones el miedo al estigma. Éste miedo al estigma forma parte de una barrera que se genera entre el sujeto y el centro de salud, el sujeto entiende los prejuicios sobre la temática que pretende atender, siente la discriminación que opera en la sociedad ante distintas enfermedades y opta por no acceder a un tratamiento de atención para evitar así el etiquetamiento social.

Otros autores como Achotegui & Jayme (2016), destacan la existencia de una transferencia negativa al momento de una atención terapéutica. La transferencia “Es la actualización de vivencias inconscientes, infantiles y adultas” (p. 107). Esta se manifiesta e incide en todas las relaciones humanas y con mayor intensidad en las terapéuticas. Se denomina negativa por el grado de “hostilidad” en la cual se lleva a cabo. El sujeto expresa las actualizaciones reprimidas frente al sujeto que recibe su pedido de ayuda y éste, en determinadas ocasiones, por ejemplo cuando no hay especialización, lo interpreta como un episodio personal. El espacio terapéutico es el lugar donde éstos movimientos transferenciales ocurren. “Es como el caso del niño que se da un golpe en la guardería y cansado de llorar y de que nadie le haga caso congela el sufrimiento, pero cuando llega la madre se echa a llorar otra vez” (p.107). Existen muchos factores que inciden en la relación terapéutica, éstos autores demuestran que la hostilidad es mutua. Al trabajador de la salud le genera en algunos casos, una diversa gama de reacciones como actitudes de rechazo y reacciones del tipo paternalista llevadas a cabo mediante la compasión y la lastima, lo cual influye negativamente en la calidad de la atención.

El estigma en sujetos consumidores de sustancias conlleva, según Mollá y Pastor (2017), un proceso de control social sobre el sujeto y su entorno que incluye las decisiones sociales y de salud que se tomen al respecto. El autoestigma repercute negativamente en el acceso a los servicios de atención sanitaria, ya que, el sujeto interioriza los estereotipos adjudicados al estigma y condicionado por la vergüenza reduce sus acciones de búsqueda de ayuda intentando evitar el contacto con el centro de salud. Por ejemplo, mediante el retraso de la consulta intentan sostener la problemática hasta instancias de urgencia, y, en algunos casos evitan manifestar el consumo de drogas; Todas estas acciones son parte del intento de minimizar el estigma o que éste les afecte lo menos posible. Asimismo, los resultados demuestran lo contrario, el sujeto a través de éstas estrategias perjudica su calidad de vida.

A su vez, mediante el proceso de estigmatización, el sujeto vivencia la pérdida del prestigio social y el debilitamiento de sus vínculos con los demás. Ésta situación conlleva sentimientos de vergüenza, humillación y desesperación según exponen Yang, Kleinman,

Link, Phelan, Lee & Good (2007). La vergüenza se manifiesta dentro del plano de la conciencia, forma parte de una tensión entre el sujeto y los demás, relacionado a sus prácticas realizadas en la sociedad que vive. Es oportuno mencionar como el fenómeno de las drogas genera una dinámica adversa. Asimismo, el sujeto se siente rechazado por la sociedad debido a sus prácticas de consumo y tiende del mismo modo al aislamiento. Es posible identificar el dolor psíquico producido por el debilitamiento o la fragmentación de las relaciones con los otros. Las intervenciones llevadas a cabo por el modelo de RRDD desde un enfoque comunitario -el cual abordaremos en el siguiente capítulo- priorizan disminuir el sufrimiento a través de sus postulados, siendo éstos:

Incidir en la estructura de la sociedad misma en sus diferentes escalas, en la transformación de las condiciones sociales injustas, donde la idea de justicia implica un proceso de reapropiación, dirigido a satisfacer las necesidades fundamentales de las personas y las identidades colectivas, así como la promoción de la equidad y los derechos humanos. (Machín, 2016. p. 44)

5. Surgimiento del “Modelo de reducción de riesgos y daños”.

El modelo de RRDD se desarrolla en Europa en la década del ochenta, expandiéndose mundialmente a raíz de la emergencia sanitaria ocasionada por una fuerte ola de contagios de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis que afectó a varios países (Oró & Gómez, 2013). La noción de “Reducción de riesgos y daños” refiere al conjunto de programas y políticas de prevención, información e intervención diseñadas con el fin de disminuir las consecuencias negativas que puedan derivarse del consumo de sustancias psicoactivas. Estas consecuencias influyen de manera perjudicial en la salud de un individuo o de la sociedad en su conjunto. “Su surgimiento estuvo fuertemente relacionado con el cuestionamiento de los dispositivos existentes que no estaban pudiendo afrontar los daños asociados causados por el consumo problemático de sustancias psicoactivas” (Curbelo, 2018. p.48).

Este modelo contiene propuestas diferentes en relación a las políticas de drogas. Propone estrategias distintas de las prácticas estigmatizantes que inhabilitan el acceso de una atención sanitaria de calidad, las mismas desarrollan una fuerte impronta respecto a la idea de la eliminación total del consumo de drogas. Estas nuevas propuestas, provenientes del modelo de RRDD tienen el objetivo de informar y responder sobre los posibles riesgos y daños consecuentes, entendiendo que: “la familiaridad quita su aguijón al veneno” (Escohotado, 1995, p.9). Al respecto Escohotado (1995) expone:

El específico efecto de cada compuesto es ignorado, y sobre esa ignorancia recaen consideraciones extrañas por completo a la acción de unos y otros. Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química. Pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de: a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso. (p.13)

Al respecto, es posible definir al modelo de RRDD mediante su objetivo, según Aureano (2003) minimizar los efectos negativos del uso de drogas. Se tiene en cuenta para ello, la existencia milenaria de las drogas en el mundo. Posiciona sus principios desde la comprensión de un fenómeno complejo que requiere soluciones variadas e integrales. Según Bosque y Brugal (2016) las políticas de RRDD se construyen desde un enfoque sociosanitario que considera los derechos humanos fundamentales como el de libertad y autonomía. Sus políticas consisten en el empoderamiento del ser humano respecto a la toma de decisiones. Se considera al empoderamiento como una de las herramientas para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mediante la potenciación de

recursos a diferentes niveles conceptuales, individuales, grupales y comunitarios, según Buelga (2007).

Otra de las características que presenta, es la elaboración de estrategias emancipadoras con perspectiva en Derechos Humanos, que incluyen en sus diseños a quienes no están dispuestos a abandonar sus prácticas de consumo. El escenario general, como expone Linton (2015).mostraba una respuesta muy distinta a la que se había planificado mediante los postulados del prohibicionismo a través de la “Guerra contra las drogas” propuesta en 1971 por el presidente Nixon de los Estados Unidos.

El modelo de RRDD se desarrolla en un contexto influenciado por los medios de comunicación, teniendo en cuenta la fragmentación proveniente de las publicaciones, enfocadas en una de las aristas del fenómeno, dejando a un lado la posibilidad de un consumo cuidado, entendiendo que, si existe la posibilidad de beneficios asociados a las distintas sustancias, hay un camino más factible en la toma de decisiones, expone San Julián (2013). Siguiendo el planteamiento de Gayo (2013): “Cuando los periodistas empiezan a hablar con alguien más que con policías de la brigada de estupefacientes la cosa suele cambiar” (p.145).

Asimismo, se creyó conveniente instruir e instruirse en la temática debido a su complejidad, noción subestimada por el modelo prohibicionista el cual se encarga de dicho fenómeno mediante postulados simplistas. “La reducción de riesgos y daños intenta llenar este hueco mediante el contacto con los usuarios de drogas para empoderarles y poder así preservar su salud” (Oró & Gómez. p.33). En relación, los mismos autores describen:

Parte de los profesionales empiezan a plantear la necesidad de programas de reducción de daños, que ya no pretenden evitar el consumo sino atender a los consumidores más problemáticos, alejados de los programas “libres de drogas” y facilitar acciones más específicas y profilácticas como el intercambio de jeringuillas. (p.26)

Es decir, algunos países empiezan a tomar en cuenta la cuestión de informar sobre los riesgos del uso de drogas con el fin de evitar los daños asociados, se empieza a dar lugar a testimonios de primera mano donde se manifiestan factores positivos y negativos en el uso de éstas. Comenta Usó (2013) que “ la prensa dejó de adoctrinar a los lectores y comenzó a informar y crear opinión” (p.59). Dicho modelo se caracteriza a su vez, por las fuentes de información que utiliza para el diseño y planificación de sus estrategias. Este modelo plantea proporcionar información científica basada en la evidencia ya que, las estadísticas ofrecen datos menos amenazadores, “La realidad es que entre el 80 y 90% de las personas que consumen una droga no desarrollan una adicción” (Franquero, 2013.

p.73).

El concepto de riesgo comienza a tener mayor incidencia a nivel social mediante la propuesta de “reducción de riesgos” en el consumo de sustancias. Esta postura desplegó varias críticas al respecto, los discursos desde el marco médico sanitario sostienen el ideal de “no correr riesgos y evitar los daños” mientras que el modelo de RRDD hace énfasis en los distintos cuidados mediante la proporción de información y la prevención. Por un lado, surge la idea de reducir los resultados negativos de determinados usos de drogas más allá de intentar desestimar o eliminar el consumo, las sociedades iban aceptando el consumo de las drogas como un fenómeno de alta permanencia. Por consiguiente, surgen nuevos pensamientos teóricos de índole reduccionista como por ejemplo : “Se reducen los riesgos para que no aparezca un daño, y se evita el daño reduciendo los riesgos” (Oró & Gómez, 2013, p.28).

Una de las medidas que se llevaron a cabo diseñadas bajo la concepción de la reducción de daños, fue el reparto de jeringuillas a aquellos usuarios consumidores de heroína por vía parenteral con el fin de reducir el contagio de enfermedades. El intercambio consistía en el otorgamiento de una jeringuilla esterilizada y en la devolución de la misma luego de ser utilizada con el objetivo de evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas e infecciones. Según lo expuesto por Cerdá & Alonso (2005), Holanda fue uno de los primeros países impulsores de ésta propuesta, en 1984 pone en marcha el “Programa de Intercambio de Jeringuillas”, dos años después Australia y Reino Unido, realizan campañas proporcionando información sobre diferentes enfermedades. A raíz de ésta iniciativa, varios países incorporaron la estrategia.

A su vez, visibilizar los beneficios de determinadas sustancias y las formas de lograr un consumo cuidado, forma parte contribuyente en el enfoque de riesgos y daños. Rodríguez (citado en Oró & Gómez. 2013) manifiesta que en el modelo exhaustivo de reducción de daños no se consideran las ventajas de un determinado tipo de droga, se subestima la capacidad de una droga de tener uno a varios aspectos beneficiosos, se invisibilizan las formas de consumo exitoso o de consumo controlado, aquel que lleva al sujeto a un plano placentero. Rodríguez (2010) expone lo siguiente: “se asumen riesgos cuando existen posibles beneficios...el riesgo asociado a las drogas es una probabilidad, no una certeza, y el daño una de las posibles consecuencias” (Oró & Gómez, 2013, p.29).

Asimismo, se comienza a desplegar como estrategia de prevención, el diseño y la publicación de imágenes representativas, con el fin de hacer explícitos los riesgos existentes en la compra y el consumo de determinadas sustancias, con el fin de lograr una toma de decisión informada. Uno de los factores que proveen de efectividad a las políticas basadas en riesgos es la estrategia utilizada en la recaudación de información. Para

obtener información pertinente y lograr una política de reducción del riesgo efectiva, ésta fue llevada a cabo con los diferentes actores de la sociedad en la participación de espacios asociados al consumo recreativo, según Franquero (2013). A raíz de éstas nuevas estrategias, el modelo en cuestión atraviesa fuertes cuestionamientos tanto en Europa como en el resto del mundo. Gran parte de la sociedad interpretó las imágenes informativas como una forma de fomentar el consumo de sustancias haciendo apología del mismo. Estas interpretaciones simplistas reflejan, entre otras cosas, el material acotado y desinformado que transmiten los medios de comunicación, lo cual responde a diferentes intereses. Continuando con la reflexión Gayo, A. (2013) expone lo siguiente:

Si acudir a una única fuente de información es un escollo para una información rigurosa, el escaso interés de los grupos editoriales y audiovisuales por el asunto, el alarmismo, la generalización o el simplismo de muchas informaciones agrandan ese cisma antes citado entre la reducción de riesgos y los creadores de opinión pública. (p.145)

5.1. Políticas públicas y Propuestas enmarcadas en el modelo de RRDD

Entendemos por Políticas Públicas a los programas de acción legitimados por actores públicos mediante flujos de información del orden público, comunitario y privado, con la finalidad de transformar cierta realidad social, según Parada (2002). Son acciones dirigidas hacia los sujetos con la finalidad de que éstos logren integrarse de una manera activa a las transformaciones implementadas por el Estado en su sociedad. Afirma González (2002), es necesario visualizar al estado “como un medio para el desarrollo de la ciudadanía. De este modo, la persona ciudadana deja de concebirse en un objeto pasivo -como ocurría con el concepto de beneficiario- para transformarse en un sujeto del Estado” (p.116).

Las políticas públicas basadas en el modelo de RRDD incorporan un componente comunitario el cual “fomenta la destigmatización de los usuarios y la desmitificación del uso de drogas a través de campañas publicitarias y programas sociales”. (Teixeira Ferreira, 2018. p. 32). Éste modelo respeta la decisión del sujeto de continuar consumiendo drogas, a través de la no diferenciación de los tipos de éstas, sostiene el objetivo de no estigmatizar a la persona. Para ello el eje de sus intervenciones es el sujeto y no en la sustancia, procurando disminuir las consecuencias negativas personales y comunitarias. Mediante la elaboración de diferentes estrategias sociosanitarias individuales y comunitarias, priorizan el uso responsable del consumo de drogas.

La reducción de daños se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve exposiciones que respetan y protegen los derechos humanos de este colectivo. Las políticas de reducción de daños que han mostrado ser efectivas y eficientes son los tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona), los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de consumo supervisado y la prevención de sobredosis mediante iguales (Bosque-Prous & Brugal, 2016, p. 100).

Al respecto de éstas ideas emancipadoras, es necesario exponer el abordaje comunitario, un abordaje que integra los distintos factores de la comunidad en donde las problemáticas se desarrollan. Como exponen Fernández y Curbelo (2018), forman parte de nuevos dispositivos de tratamientos sociosanitarios. Los autores develan ser éste un modelo que ejerce acciones transformadoras en la realidad social mediante la participación de múltiples componentes. El modelo con abordaje comunitario aborda la complejidad de la problemática del consumo de drogas intentando articular distintas disciplinas para intervenir con una fuerte impronta ética en la realidad humana y disminuir el sufrimiento social. “Al hablar de ética y comunitaria, la perspectiva ECO² refiere a opciones de base en la intervención: el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades, por lo tanto, la exigencia de buscar de manera de limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social” (Fernández y Curbelo, 2018. p. 25).

El abordaje comunitario del consumo problemático de drogas, menciona Curbelo (2018), “aparece vinculado desde los años noventa a la perspectiva de RRDD como alternativa a las limitaciones presentadas por enfoques prohibicionistas, cuyo principio fundamental para los tratamientos es la abstinencia” (p.16). Al respecto, es posible visualizar la forma en que las estrategias de RRDD intentan disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas e incrementar la concurrencia de los usuarios a los distintos servicios de asistencia.

Las estrategias mencionadas a su vez, abordan planes terapéuticos donde el objetivo no es únicamente la abstinencia, ya que, como hemos mencionado anteriormente, teniendo en consideración que existen muchas razones por las cuales el sujeto no desea o no logra en determinado momento interrumpir sus prácticas de consumo. En ambos caso la persona puede continuar utilizando el plan terapéutico y otras alternativas, ya que su objetivo principal no se enfoca exclusivamente en la abstinencia aunque sí esté presente de una manera menos reivindicativa. Es decir, los abordajes de éste modelo consideran la abstinencia como parte del plan, no siendo ésta su única meta. Es una estrategia más abarcativa que incluye diferentes estrategias de intervención en concordancia con las distintas problemáticas asociadas al consumo. Según expone Teixeira Ferreira (2018), el

empleo de los diferentes planes terapéuticos “tienden a disminuir el estigma la exclusión y la discriminación, daños asociados al uso de drogas, considerándose al consumidor un miembro más de la sociedad, responsable de sus actos y respetando su elección de consumo” (p. 35).

A modo de ejemplo, se expone una sucinta apreciación de uno de los modelos de tratamiento de base comunitaria llevado a cabo en Uruguay en relación al consumo de drogas, el meta-modelo² ECO². Según Machín, (2010) el modelo fue originado en México en el período de 1995 al 1998 con la intención de desarrollar un modelo de “prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación a las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas” (párr.10).

El modelo prioriza un lineamiento integral basado en la epistemología de la complejidad, la cual articula los aportes de varias ciencias. Utiliza líneas de acción con base territoriales y comunitarias. Es decir, éste modelo interviene en la comunidad que desarrolla una problemática con los distintos componentes que la integran. Incluye a sus integrantes en la identificación del sufrimiento social que atraviesan y en la elaboración de las posibles soluciones. Para ello, utiliza la articulación de varias disciplinas como ser la antropología, la sociología, la psicología social, entre otras. Interviene en prevención y en reducción de riesgos y daños. Las intervenciones llevadas a cabo por el modelo ECO² buscan según Machín (2010), articular y aumentar las redes sociales de las personas, “especialmente aquellas que se encuentran en situación de exclusión social grave” (párr.6). Sostiene la finalidad de incrementar el reordenamiento social, aumentar el capital social comunitario y así disminuir el sufrimiento social.

Por medio de diagnósticos locales, entendiendo a los mismos como la suma de información generada en la comunidad, se busca potenciar la escucha de las voces y opiniones de los múltiples actores. Fortaleciendo así el diseño de estrategias de intervención apropiadas a situaciones de sufrimiento social. Mediante la implementación de los objetivos la comunidad va reafirmando y reconstruyendo sus características. Estos objetivos son:

- A. Disminuir las situaciones de sufrimiento social.
- B. Promover la seguridad y la salud de todas las personas: el buen vivir/buen convivir.
- C. Contrarrestar los procesos de exclusión de la participación de la vida social.
- D. Aumentar la complejidad efectiva de los sistemas sociales (Machín, 2010. p. 37)

Asimismo, en Uruguay existen otros ejemplos de prácticas llevadas a cabo desde el enfoque de RRDD. La Estrategia Nacional de Drogas (END), propuesta desde el

² Meta-Modelo: Implica un modelo que permite la construcción de otros modelos con un mismo marco teórico. ECO 2: Epistemología de la complejidad, Ética y Comunitaria. Machín (2010)

Departamento de Inserción Social de la JND, forma parte de las mismas adoptando una visión integral de las políticas públicas con perspectiva en Derechos Humanos. Dicho programa de acción, tiene como objetivo garantizar una respuesta integral a lo referido en materia de drogas y habilitar a todos los factores incluidos en la temática. Para ello lo definido por la END prioriza el bienestar, la salud y la libertad de las personas y utiliza como principales componentes para su elaboración la evidencia científica y una apuesta de participación interinstitucional donde intervienen la gran parte de los factores de la sociedad implicados en la temática. Esta perspectiva interinstitucional que aborda la salud individual y la complejidad compuesta del fenómeno, según lo publicado por la Junta Nacional de Drogas (2021-2025), supone lo siguiente:

- Asumir que se trata de un fenómeno internacional que involucra la seguridad de nuestros pueblos y que supone una lucha frontal contra el tráfico ilícito de sustancias y el lavado de activos, lo cual requiere cooperación e intercambio regional e internacional.
- Participar activamente en el debate internacional relativo a las orientaciones estratégicas y promover el permanente aggiornamiento y el cambio de paradigma asociado al uso de sustancias.
- Tener presente que para que las decisiones sean auténticamente libres es preciso que sean decisiones informadas, y que esto es particularmente válido para nuestros jóvenes.
- Facilitar el involucramiento del sistema educativo que tiene un rol insustituible en la promoción de trayectorias de vida resilientes y en la prevención de los usos problemáticos de drogas.
- Reconocer que la prevalencia del uso problemático de drogas es mayor en poblaciones privadas de libertad, en situación de calle o sin hogar, con patologías de salud mental, o con trayectorias de institucionalización infantil. Junta Nacional de Drogas
- Tomar en cuenta que, en las mujeres, el relacionamiento con las drogas es aún más estigmatizante y eso dificulta la visibilidad del problema y la búsqueda de ayuda.

En líneas generales, la END se expone en un documento que consta de un entramado interinstitucional con variados actores vinculados al fenómeno de las drogas. La END se construyó con la participación de varios organismos gubernamentales, actores sociales y la academia. Es uno de varios ejemplos de una Política Pública diseñada sobre la temática de drogas, que se posiciona desde una perspectiva de derechos y salud pública y que incluye en su implementación y diseño factores sociales, políticos, económicos, entre otros. Esta estrategia expone grandes lineamientos requeridos para un abordaje integral de

la temática propiciando líneas de intervención en la población consumidora de drogas. Al finalizar el período se podrán evaluar sus resultados generando así nuevas líneas de discusión.

6. Reflexiones Finales.

En función de lo expuesto, se sostiene como conclusión general la complejidad del fenómeno de las drogas y lo pertinente de un marco multidisciplinar para su abordaje. Hemos hecho hincapié a través de lo narrado en mostrar cómo el modelo Prohibicionista sentenció el consumo de determinadas drogas a características negativas a través de sus postulados; Los cuales se invisten de un sin fin de intereses que permanecen invisibilizados mediante lógicas del poder. Tras la divulgación de éstos postulados, algunos de carácter moral, empiezan a formarse ciertos estigmas en la población consumidora de drogas. Lo cierto es que, los estigmas que se construyen en dicha población, se acompañan de otras características como la raza, la situación económica, el contexto social, las condiciones políticas, el género, entre otras. Estas poblaciones encuentran un problema al momento de asistir a un centro de salud y obtener una atención de calidad, porque además de sus particulares desventajas sociales, se les adhiere cierta responsabilidad al respecto generando una barrera sociocultural que obstaculiza el acceso a los servicios de salud privando a los sujetos de una atención integral, como expone Campo, Oviedo, & Herazo (2014). A su vez, ésta problemática se ve manifestada en una disminución de las demandas de atención haciendo que se desestime del sujeto en solicitar un encuentro con el fin de evitar tomar contacto con las connotaciones de su estigma.

El consumo problemático de drogas genera en el sujeto y en la sociedad que habita, un gran nivel de sufrimiento. Este sufrimiento proviene a su vez, de la fragmentación en sus vínculos sociales, en la pérdida de redes sociales producto de un factor dicotómico. Por un lado el sujeto opta por el aislamiento como forma de evitar el sufrimiento que le genera el relacionamiento con los demás y reduce su funcionamiento en el consumo de drogas. Desde otra situación, el sujeto responde a prácticas de exclusión social mediante lógicas de poder que la sociedad ejerce ante un sujeto que rompe con la normalidad establecida la cual propicia cierta armonía en el grupo social. Cualquiera de las dos posturas que el sujeto manifiesta a través de su sufrimiento es de suma peligrosidad en tanto que, desiste de solicitar ayuda al momento de necesitarla.

Desde este marco, se decidió abordar dichas situaciones sociales desde el modelo de Reducción de Riesgos y Daños; A través de la información y prevención se busca asistir a aquellos sujetos que se nieguen a interrumpir sus prácticas de consumo con la finalidad de lograr un consumo cuidado y responsable. A su vez, se busca incluir a aquellos sujetos que se encuentran excluidos socialmente por causa de la incidencia de los estigmas contruídos con el objetivo de disminuir el sufrimiento social.

Para finalizar, sería pertinente continuar pensando en el tema, abordar cuestiones como la eficacia de las diferentes propuestas existentes para atender la problemática de manera individual como colectiva. Aceptando que las drogas están presentes desde tiempos inmemorables sería oportuno contribuir de manera comunitaria en el surgimiento de nuevas líneas de pensamiento y acción para abordar la temática a través de enfoques integrales.

7. Referencias Bibliográficas:

- Achotegui, J., & Jayme, M. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 105.
- Arana, X. (2013). Marco Jurídico de la reducción de daños en el campo de las drogas. De riesgos y placeres. *Manual para entender las drogas*, 129-142.
- Astorga, L. (2016). El siglo de las drogas (nueva edición): Del Porfiriato al nuevo milenio. Debolsillo.
- Aureano, G. (2003). Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política. En C. Cáceres et al. (Eds.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*.
- Bandura, A. (2009). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105.
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar*, 154-173.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets Editores, Barcelona.
- Cerdà, J. C. M., y Alonso, I. M. (2005). Programas de jeringuillas. *Adicciones*, 17(SUPL 1).
- Convención Única de Estupefacientes (1961). Recuperado de: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf
- Curbelo, E. (2018). Proceso de institucionalización de los tratamientos de base comunitaria en el marco del modelo ECO 2 en Uruguay. *Facultad de Psicología*.
- Duhart, D. (2006). Exclusión, poder y relaciones sociales. *MAD*, (1), 19-40.

- Eira Charquero, G. (2013). Los procesos de significación en las prácticas relacionadas con el consumo de pasta base. Cuentos de " Gárgolas" y " Latas". Athenea Digital (Revista de Pensamiento e Investigación Social), 13(3).
- Elias, N., & Casquete, J. (2003). Ensayo acerca de las relaciones entre establecidos y forasteros. reis
- Escohotado, A. (1995). Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos. Anagrama.
- Fernández Labbé, M. (2009). Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile. 1920-1960. *Historia crítica*, (39), 62-83.
- Fernández Romar, J. E., & Curbelo, E. (2018). Sobre el modelo eco2: inspiración y práctica. In X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20., (104), 219-251.
- Franquero, Ò. P. (2013). La génesis de la reducción de riesgos Un antídoto al canibalismo simbólico. De riesgos y placeres, 71.
- Garat, G. (2013). Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. Friedrich-Ebert-Stiftung Uruguay.
- Gayo, A. (2013). El papel de los medios de comunicación: más fuentes, más rigor, más debate. Menos riesgos. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas, 143-154.
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). Estigma: la identidad deteriorada (pp. 1-11). Buenos Aires: Amorrortu.
- González, Á. T. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liberaddictus*, (97), 14-18.
- González, L. G. (2002). Políticas públicas y derechos humanos. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(97), 105-125.
- Herzog, B. (2009). Exclusión discursiva: el imaginario social sobre inmigración y drogas. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/10299>

- Junta Nacional de Drogas (2021-2025). Estrategia Nacional para el abordaje del problema de Drogas. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8. COGNITIVO CONDUCTUAL
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
- Linton, M. (2015). La guerra contra las drogas: de Richard Nixon a Barack Obama. *Nueva sociedad*, (255), 69-80.
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18, 305-325.
- Machín, J. (2016). Meta-Modelo ECO2. Una introducción a sus fundamentos matemáticos. México: Centro de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Machín, J. & Mendoza, A. (2015). *Meta-Modelo Eco2—apuntes sobre prevención, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas*. Ciudad de México: Cafac.
- Martínez-Azumendi, Ó. (2009). Médicos y farmacéuticos durante la Ley Seca Americana (1920-1933). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 115-118.
- Mollá, M. P., & Pastor, F. P. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.
- Norbert, E. (2015). Establecidos y marginados: Una investigación sociológica sobre problemas comunitarios. Fondo de Cultura Económica.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Oró, D. P. M., & del Álamo, F. C. G. (2013). ¿ Consumo de drogas o drogas de consumo?. In *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (p. 39). Milenio.
- Oró, D. P. M., & Gómez, J. P. (2013). Riesgos, daños y placeres. In *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* Milenio.
- Parada, E. L. (2002). Introducción a las políticas públicas. Fondo de cultura económica.

- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Quiles, M. N. (1998). Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes.
- Rabuñal, A. M. (2018). Internacionalismo e inicio de las políticas de drogas en Uruguay. Montevideo y el mundo atlántico, 1912-1930. Claves. *Revista de Historia*, 4(7), 39-57.
- Rodríguez, E. (2010). El manejo del riesgo entre los y las jóvenes: daños, beneficios y contextos en el consumo de drogas. A David Pere Martínez Oró & Joan Pallarés. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas, 117-128.
- Rojas-Jara, C. (2019). Drogas, drogos y drogodependencias: reformulando el objeto, el sujeto y el tratamiento psicológico del consumo problemático de drogas. Drogas: sujeto, sociedad y cultura, 107-122.
- Romaní, O. (1999). "Las drogas. Sueños y Razones". Editorial Ariel. Barcelona, Disponible en:
<http://antropologia.urv.es/dafitsurv/images/web/ORIOL%20ROMANI%20Las%20drogas%20S%20y%20R.pdf> [Acceso 04/2016]
- Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas:¿ Un modelo de gestión social agotado? Sistema penal y problemas sociales, 429-450
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿de qué estamos hablando?. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas, 103-116.
- San Julián, E. R. (2013). El manejo del riesgo entre los y las jóvenes: daños, beneficios y contextos en el consumo de drogas. De riesgos y placeres, 117.
- Sanchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació psicològica*, (80), 51-59.
- Santos, B. D. S. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El otro derecho*, (28), 59-83.
- Sepúlveda Martín, L. (2020). Estigma en situaciones de adicción y su repercusión en la salud.
- Serena, F. (2010). Cuando los medios de comunicación hablan de drogas. In II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Simkin, H., & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, docencia y tecnología*, 24(47), 119-142.
- Stafford, MC y Scott, RR (1986). Estigma, desviación y control social. En *El dilema de la diferencia* (pp. 77-91). Springer, Boston, MA.
- Tagle, F. T. (2018). Las políticas en torno a las drogas: Una guerra inútil. *Alegatos*, 24(76), 677-692.
- Testa, A. (2009). Drogas ilícitas: concepciones y políticas públicas.: análisis de la inclusión de la estrategia de reducción de daños en Uruguay.
- Teixeira Ferreira, M. (2018). Las políticas públicas de drogas en la actualidad: del paradigma de la enfermedad al aprendizaje social.
- Usó, J. C. (2013). políticas de drogas en españa de la paz farmacológica a la reducción de riesgos. De riesgos y placeres, 55. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/10001.pdf>
- Vázquez, A. E. (2014). "Violentos, delincuentes y malos". Medios de comunicación y drogas: análisis de titulares seleccionados de un medio gráfico nacional. *In VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Yang, L., Kleinman, A. R. T. H. U. R., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Este País*, 195, 4-15.
- Zorrilla C. G. (1987). Drogas y control social. Poder y control. Barcelona: Universidad de Barcelona.