

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Políticas de inserción social en usuarios
problemáticos de drogas (UPD)**

Sofía Pamela Calabria Gutiérrez
Tutora: Celmira Bentura

2016

Dedico esta Tesis a la persona más importante en mi vida, la cual me ha acompañado en este gran logro. Ella es la Rosa más linda, ella es mi mamá.

Agradecimientos:

Gracias a todas las personas que me han acompañado en este gran aprendizaje. En especial agradezco a los profesores de la práctica profesional “Protección Social, Instituciones y Práctica profesional” que me acompañaron durante los años 2014 y 2015; y también al personal profesional de la Policlínica de Drogas del Hospital de Clínicas; ambos me dejaron una enseñanza y experiencia para toda la vida.

*Sofía Calabria
Montevideo, 2016*

Resumen

Las drogas como también la población que la consume, están atravesados por construcciones sociales. Estas construcciones sociales han ido variando a lo largo del tiempo y son definidas por factores culturales, sociales y económicos.

En la actualidad se presenta a la población consumidora de drogas, a través de dos visiones, una de ellas es que es una población que resulta rentable para el mercado negro dentro de un Estado Neoliberal y que por tanto se la considera una clientela. Ese mercado a su vez, no excluye nivel social, aunque dependiendo de cada nivel, el consumo y la utilización de drogas se expresa de manera diferente.

Otra característica, es que el individuo consumidor es altamente estigmatizado. Varias son las causas, entre ellas la construcción social del “problema de las drogas” y del “drogodependiente”. Los consumidores de drogas, actualmente pasan a representar en el imaginario social, una población identificada con los desviados, anormales, males sociales, delincuentes, etc., repercutiendo en el desarrollo de su propia vida. Asimismo, esto refuerza situaciones de exclusión social, al impedir el acceso a determinadas instituciones.

Por esta razón, el Estado junto a otras organizaciones implementa medidas para lograr uno de los derechos más básicos, ser parte de la sociedad y gozar de derechos y de obligaciones. Entre esas medidas, se encuentran las políticas sociales de inserción.

Las drogas en definitiva, constituyen un conjunto articulado de prácticas e ideologías, donde el Trabajador Social como profesional- que en muchos casos tiene contacto con esta población- debe guiar sus acciones, a través de un permanente y continuo proceso de revisiones de sus propias concepciones y percepciones.

Palabras clave:

Inserción – Insertion; Drogadicción - Drug addiction; Estigma – Stigma;

Estado – State; Políticas Sociales- Social Politics

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
<i>Introducción</i>	1
Capítulo 1: “Cuestiones básicas sobre las drogas para problematizar”	
<i>1.1 La concepción de la “Droga” en la actualidad</i>	4
<i>1.2 Historia del Consumo</i>	5
<i>1.3 La problematización de las Drogas</i>	6
<i>1.4 El Estigma de las Drogas</i>	13
Capítulo 2: “Estado y Políticas Sociales”.	
<i>2.1 Los cambios en el rol del Estado</i>	16
<i>2.2 Políticas Sociales de Inserción</i>	21
<i>2.3 Políticas de Inserción en el marco de la Rehabilitación</i>	24
Capítulo 3: “Consideraciones teóricas para problematizar las políticas de inserción a modo de análisis”	
<i>3.1 El consumidor en la Sociedad Normalizadora</i>	29
<i>3.2 La Exclusión Social como fenómeno en el consumo</i>	32
<i>3.3 La Inserción Social en personas consumidoras de drogas</i>	33
Capítulo 4: A modo de conclusión	
<i>4.1 Conclusiones sobre las políticas de inserción en UPD</i>	40
<i>4.2 Consideraciones para el Trabajo Social</i>	41
Referencia Bibliográfica	43
Anexos	
1- <i>Convenios de Inserción Social</i>	48
2- <i>Marco Legal de la JND- Presidencia de la República del Uruguay</i>	52

Introducción

Esta tesis tiene como finalidad acercarse al conocimiento sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, y en particular al conocimiento sobre las acciones del Estado en materia de inserción social, haciendo énfasis en las acciones que respaldan a la población en un contexto de rehabilitación por consumo. Logrando así, contribuir al aprendizaje de uno de los campos donde muchos de los profesionales de lo social desarrollan su ejercicio profesional, el “campo de los UPD”¹

Las principales motivaciones para la elección del tema de este proyecto, se relacionaron con el vínculo existente con la práctica universitaria desarrollada en el proyecto integral “Protección Social, Instituciones y Práctica profesional”² durante el transcurso del año 2015.

El objeto de estudio de esta tesis son las políticas de inserción social que respaldan a los usuarios problemáticos de drogas. En cuanto a los objetivos generales y específicos, se propuso un objetivo general, el cual fue “contribuir en el conocimiento desde el área social al proceso de atención integral en los usuarios problemáticos de drogas”. Y se propuso dos objetivos específicos, el primero fue “Identificar programas y políticas de inserción social de la actualidad. Con la finalidad de profundizar en el análisis de la concientización por parte del Estado respecto al consumo de drogas. Y el segundo fue “Describir la participación de la población consumidora de drogas en las políticas sociales de inserción del Estado”.

La metodología fue desarrollada desde un enfoque cualitativo, a través de una investigación basada en el análisis documental. Por esta razón, la tesis tiene un carácter descriptivo, y está apoyada en datos e información de referencia de diferentes libros, textos, revistas, normas y todo tipo de material empírico sobre acciones, Programas y Políticas Sociales del Estado y de diferentes Organismos, como la Junta Nacional de Drogas, El Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional, entre otros. Toda la documentación procesada tuvo como eje principal el consumo de drogas y las políticas sociales del Uruguay, con la finalidad de lograr una problematización de la inserción social a través de las teorías existentes.

1 UPD: Usuarios Problemáticos de Drogas

2 Proyecto de práctica que se desarrolla en Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República

En el primer capítulo, se esbozará los significados de las drogas, partiendo de su historia hasta culminar con las construcciones sociales que actualmente rodean estos significados. Se parte de la idea de que el uso de drogas es una práctica universal en la que interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales, y que afecta además a diversos aspectos de la vida cotidiana. Como explica Romaní (1999) para dar cuenta del fenómeno de las drogas hay que considerar que el mismo, se basa en la inextricable relación entre sus factores constitutivos fundamentales: la sustancia, el individuo y el contexto. Planteándose la idea entonces, que las variables de tipo sociocultural, condicionan las diferentes construcciones de significado, los sistemas legales, sanitarios y comerciales.

Se analizará también, como el uso de drogas en la sociedad actual se entiende como una decisión individual y es visto como un problema moral. Y como frente al aumento de la utilización y de la comercialización de sustancias psicoactivas, ha generado construcciones sociales dentro de una ideología prohibicionista, de riesgo y de problemática social, que desembocan en una imagen del consumidor a través de construcciones ideológicas asociadas a la del delincuente, al desviado, al marginal, al portador de VHI- Sida³, etc.

En el segundo capítulo, partiendo del supuesto de que las relaciones sociales capitalistas condicionan las decisiones a nivel político que tratan de responder a una situación social atravesada por diferentes desigualdades y problemáticas, se problematizará el contexto socio histórico que se atraviesa y los mecanismos del Estado para hacer frente a las problemáticas de carácter social y económico que atraviesan las sociedades, entre ellas el del uso problemático de las drogas. Comprendiendo en que medida los condicionamientos del contexto social actual condicionan al individuo como un capital que produce y consume y a su vez que es propiedad de si mismo y protagonista de su éxito.

Desarrollando además, como en los últimos años los Gobiernos Uruguayos comenzaron a implementar algunas políticas activas de inserción social en materia de empleo y de

³ La OMS define en términos generales al VHI como el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y al Sida como el estado de la infección por el VIH

educación; y como se ha invertido en el rediseño de la arquitectura de protección social, la cual trata de avanzar hacia un enfoque integrado de las políticas sociales.

También se explicará en cuanto a la problemática de las drogas, como en los últimos años se han implementado algunos lineamientos estratégicos que marcaron como objetivo las políticas de inserción social, la generación de estrategias y programas orientados al incremento de los activos sociales en educación, cultura y empleo, como también la reducción de las vulnerabilidades asociadas al consumo problemático de drogas desde un enfoque de derechos humanos.

En el tercer capítulo, se analizarán las políticas sociales de inserción y sus objetivos, para evaluar el interés por parte del Estado en materia de inserción social. Se problematizará las políticas de inserción de los usuarios problemáticos de drogas, los cuales se encuentran atravesados por una carga simbólica, que repercute en situaciones de inseguridad y exclusión social, frente a una sociedad con una ideología normalizadora. Evaluando de que manera las políticas del Estado, especialmente las que responden a dicha población consideran a la situación de desafiliación y/o exclusión social

Finalmente en el cuarto y último capítulo, se expresan las conclusiones generales respecto al objeto de la tesis, es decir a las políticas de inserción social en usuarios problemáticos de drogas. Además, se desarrollaran algunas consideraciones para los profesionales y en particular para los Trabajadores Sociales a modo de ejemplificar cuales son las condiciones que se enmarcan en el momento de intervenir en un individuo o familia con problemática de consumo o en situación de rehabilitación por drogas.

Capítulo 1: “Cuestiones básicas sobre las drogas para problematizar”

1.1 La concepción de la “Droga” en la actualidad

La Organización Mundial de la Salud⁴ (OMS) define como “droga” a cualquier sustancia de origen natural o sintético que introducida en el organismo vivo por cualquier vía de administración, es capaz de modificar una o más funciones. Excluyendo de la definición a los alimentos, los cuales cumplen con una función de formación de nutrientes para el organismo.

Cuando se menciona la palabra “droga”, actualmente se refiere a la sustancia psicoactiva de origen natural o sintético que puede ser usada con propósitos médicos o por razones personales; entre ellas, el querer alterar la percepción, el estado de ánimo, el padecimiento de dolor, el razonamiento y la conciencia. Se denominan sustancias psicoactivas porque afectan al Sistema Nervioso Central, produciendo cambios en la conducta, juicio, comportamiento y percepción de la realidad.

Popularmente se reconoce a las “drogas” como sustancias que no tienen utilidad clínica y que constituyen el medio para alcanzar estados eufóricos o placenteros pasajeros. Comúnmente la población en general asocia además “el consumo de drogas” al uso de drogas ilegales que no han de ser aceptadas socialmente como “normales”.

En cuanto al consumo de drogas, el mismo puede alterar el comportamiento psíquico, físico y social de una persona; puede generar dependencia física y emocional, dependiendo de la sustancia, la cantidad de dosis, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo. Por esta razón y desde un punto de vista médico en la actualidad, es que se considera si un individuo tiene o no un uso problemático de drogas.

Para la OMS, la dependencia de una droga es cuando la sustancia psicoactiva adquiere mayor relevancia para el individuo que otras conductas que previamente eran más importantes. Define entonces a la “adicción” como un estado de intoxicación periódica o crónica, nociva para la persona y la sociedad, provocado por el consumo repetido del fármaco natural o sintético, donde el individuo tiende a elevar la dosis, incrementando su dependencia psíquica y física hacia una o más drogas.

⁴ La OMS tiene como misión promover y catalizar a nivel mundial y de país intervenciones encaminadas a resolver la crisis de recursos humanos para la salud

1.2 Historia del Consumo

La interacción con sustancias psicoactivas data prácticamente desde los inicios de la historia de la humanidad. Desde tiempos lejanos, el hombre ha venido utilizando y abusando de distintas drogas, con diferentes finalidades, entre ellas las relacionadas con creencias místicas, religiosas, médicas, curativas, recreativas, sociales, etcétera.

Las primeras evidencias que existen de las drogas las aportan las civilizaciones de Egipto, Grecia, Mesopotamia y Valle del Indio (año 2.100 a.C.). Como expresa Rossi (2011) distintas investigaciones arqueológicas han descubierto además que el uso y consumo es aún anterior a estas civilizaciones y que ha estado presente también en Asia y América como por ejemplo en las civilizaciones Maya e Inca. Demostrándose así, que pueblos aborígenes de distintas partes del mundo habrían empleado en sus vidas distintas sustancias con propiedades psicoactivas.

El uso de drogas pareciera ser entonces un acto muy antiguo. Pero esto no significa, que el uso haya sido homogéneo en cada época o territorio del mundo, es decir a lo largo de la historia, ha ido variando la utilización de las sustancias, las significaciones atribuidas a las mismas, los actores involucrados y las prácticas sociales asociadas.

Siguiendo a la autora Rossi (2011) tres razones se pueden distinguir como las más importantes a la hora de incidir en la ingesta de drogas: el uso religioso, el uso medicinal y el uso por razón social.

En la razón del consumo que responde al uso religioso, se expresa tanto en las antiguas culturas de Europa y como las de América. A modo de ejemplo, en las culturas europeas como la griega, la búsqueda de productos alucinógenos para provocarse estados excepcionales con fines adivinatorios, respondían a la necesidad de interpretar el material onírico y proveer anticipaciones de futuro.

En la razón que responde al uso medicinal, por ejemplo en la medicina babilónica⁵ (año 5000 a.C.) existían prescripciones médicas que indicaban la utilización de diferentes alucinógenos con el cometido de soportar intervenciones quirúrgicas. La cultura egipcia es famosa también por el uso médico, los egipcios producían destilados de sustancias, como venenos, medicamentos y pócimas. Es así que en Egipto la producción de sustancias-drogas llegó a generar una industria. Esta razón del uso medicinal también

⁵ La medicina babilónica se desarrolló en Babilonia. Babilonia fue un antiguo imperio localizado en la región central-sur de Mesopotamia.

la contemplamos en tiempos más cercanos, como por ejemplo en el siglo XX, diferentes comunidades científicas comenzaron con una producción masiva de medicamentos psiquiátricos, la utilización de las drogas principalmente estaba dirigida a tratar diferentes trastornos, como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

En la razón que se enmarca en el uso social de las drogas, se encuentran diferentes ejemplos, en el caso de las civilizaciones griegas existía la idea de la utilización de sustancias psicoactivas para eludir la melancolía, la receta era combinar la vida social y las bebidas alcohólicas; esto ayudaba a vencer el miedo, a desafiar los rivales, a tener iniciativa y lograr actos heroicos impensables.

En la actualidad la popularización de las drogas ha generado nuevos usos culturales, religiosos, medicinales y sociales. Entre las razones más populares se encuentra la asociación del uso de drogas para resolver conflictos, para exploraciones subjetivas, para búsqueda deliberada de nuevos espacios sensoriales, para disminuir dolores, para alucinaciones, para pertenecer a grupos sociales, para eludir la realidad, para divertirse y para generar ingresos, entre otros.

Como se explica anteriormente las diferentes sociedades a lo largo de la historia han conocido y utilizado distintas sustancias para estimularse, sedarse, detener el dolor, sentir placer, alterar el estado de ánimo, alucinar, etc. Cada modo de consumo, ha dependido del contexto socio histórico en que los diferentes grupos sociales se han encontrado, el mismo a su vez ha determinado las diferentes finalidades que explican la decisión de consumir. Es decir, la funcionalidad de las diferentes sustancias consumidas en las diferentes épocas ha estado condicionada por las definiciones sociales, económicas y culturales que las delimitan. Como expresa Romaní “...el uso de drogas es una practica universal en la que se interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales, y que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de las gentes del mundo”. (Romaní: 1999; 33).

1.3 La problematización de las Drogas:

El campo de las drogas, contiene diferentes prescripciones, prohibiciones, definiciones, etc. Es un campo con innegables connotaciones políticas atravesado de concepciones tanto médicas como penales. Del mismo, como expresa Romaní (1999) surgen un

conjunto de construcciones sociales asociadas al “problema de las drogas”, entre ellos los relacionados a los fenómenos del “El prohibicionismo de las drogas” y de “la drogodependencia”.

El “problema de las drogas” se da como un proceso en el marco sociocultural, que a nivel macro social y político conformó a las drogas como un problema. Romaní (1999) describe los diferentes sucesos que explican a este proceso, y como a partir de ellos las drogas comienzan a tener una connotación negativa. Los sucesos que Romaní desarrolla como más importantes son: las Guerras del Opio del siglo XIX y el desarrollo del puritanismo en Estados Unidos, los cuales explica que son algunas de las fuentes de un actual prohibicionismo moderno de las drogas.

En cuantos a las Guerras del Opio (1839-1842; 1856-1860) relacionada a la comercialización del Opio en China, Romaní (1999) explica que fue la expresión de diferentes conflictos, entre ellos la apertura comercial china, la eliminación de Inglaterra como competencia comercial (que hasta entonces era la primera potencial mundial), y la lucha por el liderazgo mundial. China estaba intentando prohibir el consumo de drogas, particularmente el del Opio⁶, el cual generaba fuertes adicciones en su población, mientras que Inglaterra contrabandeaba el Opio procedente de la India británica y lo introducía en China. Estos enfrentamientos comerciales culminaron con la aparición de diversos intereses que influenciados por puritanismos religiosos cercanos e intereses del gobierno federal determinaron una “lucha contra las drogas”.

El otro suceso expresado por Romaní (1999) fue en Estados Unidos. La construcción de la gran nación americana en el siglo XIX, comenzó a enfrentarse al mundo de las drogas, a las cuales se les atribuyeron la causa de muchos males y principalmente se las fue asociando a modelos culturales que no estaban contemplados en la configuración de esa nación americana basada en un modelo sociocultural homogéneo de población WASP (blanca, anglosajona, protestante). El WASP es un término informal, que describe a un grupo cerrado de estadounidenses de elevada posición social, descendientes de británicos y de religión protestante, que ostentan un poder social y económico desproporcionado en los Estados Unidos, el cual es asociado a los estadounidenses blancos que defienden los valores tradicionales y rechazan la influencia

6 Opio: Extracto de la adormidera que contiene diversos alcaloides, como la morfina, la codeína y la papaverina, muy adictivo y con propiedades analgésicas, narcóticas y astringentes.- Real Academia Española.

de cualquier etnia, nacionalidad o cultura ajena a la suya, excluyendo de esta manera a las poblaciones católica, judía, negra, hispana, asiática, entre otras. Es en este período que las drogas comenzaron a asociarse a diferentes poblaciones consideradas irritantes para la gran nación, por ejemplo la marihuana fue asociada a la población inmigrante mexicana, la cocaína⁷ a la población negra del sur, etc.

A raíz de esto, como expresa Romaní (1999) en la década de los veinte y treinta se comenzó un proceso de fiscalización de diferentes drogas, impulsado por un modelo de control social. Esta manera de ver las cosas configuró la instauración de un prohibicionismo moderno a través del desarrollo de un modelo penal que tuvo sus inicios en Filipinas. Otro de los sucesos que expresa un incremento en el control social, se dio luego de la derrota de los españoles de Estados Unidos en 1898. A partir de ahí, se comenzó a ensayar un modelo de Estado que controlaba las cantidades de compraventa y los establecimientos de consumo. Los “empresarios morales” como describe Romaní (1999) que representaban corrientes puritanas- higienistas, jugaron un rol fundamental en este proceso de control social, entre ellos el obispo Brent y el ex presidente de los Estados Unidos W. H. Taft, llegaron a lograr que el Congreso de Estados Unidos, apruebe el dictamen de un comité, que proponía un sistema de criminalización entorno al uso del Opio. Algo similar ocurre con el Alcohol y el alcoholismo.

Siguiendo a Carballeda (2007) el incremento del prohibicionismo y el crecimiento de las ligas anti alcohólicas fue otro gran factor del problema de las drogas. Se comienza a dar a principios del siglo XX en prácticamente todo el mundo, la prohibición del alcohol⁸, el cual generó un enorme poder económico para quienes se dedicaron a contrabandearlo. El ingerir alcohol, comenzaba asociarse con el peligro, la enfermedad, la desviación social, la debilidad, etc., llegando a transformarse también, en una especie de ostentación económica, debido a las dificultades para adquirirlo por las restricciones de la Ley Seca (1919-1933). Esta Ley consistió en la ilegalización del transporte, importación, exportación, fabricación y venta de alcohol.

La influencia de esta corriente de pensamiento es similar en diferentes países de América. El no consumo de alcohol, como explica Carballeda (2007) se transformó en

7 La cocaína es un alcaloide tropano cristalino que se obtiene de las hojas de la planta de coca.

8 La OMS define al alcohol, como sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos.

una especie de símbolo vinculado a los valores del puritanismo. A través de la eliminación de la Ley Seca en 1933, el alcohol deja de estar en el lugar de lo prohibido, y comienza a ser ocupado por otras drogas. En 1937, se sancionó en Estados Unidos la primera ley de penalización de consumo de Marihuana⁹. A partir de esa época comienza a hablarse de drogas casi de la misma forma en que antes se hablaba sobre el alcohol.

El prohibicionismo siguiendo a Romaní (1999), nace entonces a través de un modelo penal basado en un paradigma de tipo jurídico-represivo, conformado por leyes y reglamentos, los cuales condicionaron la visión de “las drogas”. Las mismas se comienzan a tratar bajo la visión de un delito, produciendo así, la criminalización y estigmatización de los consumidores, la creación de un mercado negro cada vez más fuerte, sobre el que se desarrollará, la mafia americana y las redes ilegales de producción y comercialización que se conocen como “el narcotráfico”. Este modelo penal, fue el que guió en mayor profundidad al modelo prohibicionista sobre las drogas. De todas formas existe otro modelo que tomará aún más significado: el modelo médico.

En el modelo penal, los distintos empresarios morales que dirigieron las primeras fases de la lucha contra las drogas, no se sintieron obligados a legitimar sus razones con criterios científicistas. De todas formas, existe evidencia de ciertas discusiones que hasta entrados los años treinta tuvieron dichos empresarios morales con representantes de corporaciones más ligadas al sistema médico oficial, como los miembros de la Asociación Médica América o investigadores universitarios.

Los empresarios morales sentían que ellos eran los portavoces de la civilización y el progreso. No se trataba de plantear los daños físicos o mentales que pudieran causar algunas drogas. Es así, que “entre los norteamericanos venció la convicción de que un santo horror a “la droga” protegía mejor a la colectividad siendo, por lo tanto, conveniente para la salud pública promoverlo, aunque tal horror se fundamentase en verdades a medias, en la ignorancia de hechos notorios, en la ritualización del error y, en el caso de los chinos y el opio, de una opinión pública dominada por el etnocentrismo y el racismo” (Gamella y Martin 1992- en Romaní: 1999; 47).

A partir de allí ira surgiendo el discurso entorno al modelo médico, como explica Romaní (1999) quizá por la necesidad de recuperar a las corporaciones científicas con

⁹ Real Academia Española define a la Marihuana como el producto elaborado a partir del cáñamo índico, que, al ser fumado, produce efectos eufóricos o narcóticos

prestigio, fue lo que originaría una transparencia político- moral del discurso prohibicionista, el cual irá desapareciendo en aras de un recubrimiento más científico, que será más coherente con los valores del progreso y no solo del puritanismo. De manera progresiva y en ocasiones contradictoria, los argumentos prohibicionistas se van transformando para mostrar, finalmente un aspecto sanitarista de base científica. El discurso de esta forma, del consumo de drogas entendido como una transgresión radical, una contaminación pecaminosa que amenaza el orden se verá entonces, plasmado también en el discurso de la literatura medica-biologicista, creando entonces un mundo de metáforas patológicas relacionadas al consumo de drogas.

A principio de las primeras cinco décadas del siglo XX, la intervención médica tenía un papel central, pero quedo sin relevancia a causa de la importancia del modelo penal. Pero hacia la década del setenta como explica Romaní (1999) irá surgiendo la idea de que el “drogadicto” no es tanto un delincuente, sino un enfermo al que, hay que diagnosticar, prescribir y tratar como a cualquier otro enfermo e introducirlo en los dispositivos médicos, como enfermo primero, como convaleciente más tarde y, en algunos casos, como sujeto con una modalidad de reinserción al cual se le otorga un nuevo rol social de “ex drogadicto”. De esta manera, la perspectiva médica comienza a tomar significado en el marco represivo del modelo penal, lo que pudo significar una doble trayectoria institucional y un doble etiquetamiento: el policial y el médico. Es importante aclarar que ambos se presentan en forma alternativa dependiendo los contextos sociales y culturales.

Tampoco hay que descartar que a lo largo del último siglo, se haya venido desarrollando un Modelo Médico Hegemónico, bajo el cual muchos conflictos sociales, que antes no se abordaban bajo la medicina, se han ido transformando en problemas de respuesta médica. Actualmente en el mundo de las drogas, la palabra del médico tiene tanto poder, que muchos de los significados atribuidos a las drogas son connotaciones médicas. Este fenómeno es denominado “medicalización”, el mismo se entiende como “...proceso de expansión de los parámetros tanto ideológico como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez en Mitjavila:1998; 2). Siguiendo este razonamiento las drogas se encuentran medicalizadas, ya que las mismas en la actualidad son clasificadas,

evaluadas y caracterizadas en términos de normalidad- anormalidad por la comunidad médica.

Romaní (1999) ha de agregar un tercer modelo como otro factor del prohibicionismo, el modelo sociocultural. Este modelo tiene su base en los estudios etnobotánicos de las décadas de los treinta y cuarenta, donde se comienza a investigar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en sociedades primitivas; y se desarrolla también en la década de los sesenta a través de monografías antropológicas sobre los alucinógenos. Como expresa el autor “esto no fue independiente del surgimiento, durante esta misma época, de un ‘nuevo problema’, el de ‘la droga’, que a su vez estimulará, principalmente desde universidades norteamericanas, una línea de investigaciones transculturales en este terreno. Asimismo, y también, aunque de manera progresiva, a partir de finales de los años cuarenta empieza a haber algunos estudios etnográficos y socio antropológicos sobre distintas drogas, y no ya en el que se consideró, durante unos años el terreno propio de los antropólogos, la ‘sociedad primitivas’, sino también, en las de tipo urbano-industrial. (Romaní: 1999; 66)

Siguiendo a estos sucesos, es que queda explicitado el comienzo de la construcción social del “problema de la droga”. Pero es a partir de la década de los ochenta como dice Romaní (1999) que tiene su legítimo origen, cuando varias autoridades internacionales expusieron “el problema de la droga” como uno de los primeros problemas mundiales. En gran parte a causa del mismo sistema de control de las drogas que se venía desarrollando.

Por otra parte, en cuanto al fenómeno de la “drogodependencia” como otra de las construcciones sociales asociadas al “problema de las drogas”, es prescindible comprender que el hombre de por si es dependiente. Como explica Romaní (1999) el mismo hombre por naturaleza depende de muchas cosas, algunas para la sobrevivencia y otras externas a la misma. Pero son las variables de tipo socio-cultural las que condicionan las construcciones sociales hacia las diferentes dependencias.

La “drogodependencia” como fenómeno se comienza a manifestar en las sociedades contemporáneas, las mismas produjeron una serie de cambios sociales y culturales que propiciarán el nacimiento de un fenómeno denominado “drogodependencia”, que además de pertenecer al campo de las dependencias y las adicciones, tiene otras características. “La drogodependencia consiste en un conjunto de procesos a través de

los cuales se expresa ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas, pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas.”(Aspectos clínicos y terapéuticos: 2005; 23)

Para Romaní (1999) la drogodependencia es un fenómeno relevante para la sociedad, el cual parece ser característica del origen de las sociedades urbano-industriales contemporáneas, y las sociedades subalternas. Las condiciones que han permitido la emergencia de la drogodependencia como fenómeno social se pueden analizar en procesos sucedidos tiempo atrás, por ejemplo en Inglaterra a finales de siglo XVIII. Desde el punto de vista socioeconómico, la expansión del mercado mundial, del capitalismo y la Revolución Industrial¹⁰ son fuentes importantes para la emergencia del fenómeno de la drogodependencia. La Revolución Industrial además, jugó un papel importante en el desarrollo de industrias químicas y farmacéuticas, los cuales propiciaron la creación de nuevas drogas. Sin olvidar que el crecimiento de la circulación de mercancías como una de las características de esa época, a través del incremento de los transportes y de las comunicaciones contribuyó a la expansión del mercado y la accesibilidad de las drogas.

Esto tuvo su repercusión en el significado del uso de drogas, ya que no solo se transportó las diferentes sustancias, sino que a su vez fueron transportados con ellas distintos conocimientos, estereotipos, ideas y argumentaciones entorno a ellas. Desde el punto de vista sociocultural, se relacionaba a la drogodependencia con fenómenos como las migraciones, ya que existía una alta concentración en poblaciones provenientes de diferentes sitios, en espacios como fábricas, las cuales formaron grupos y clases sociales nuevas, entorno a la nueva organización del trabajo. Esta nueva organización en torno al trabajo, trajo consigo nuevas condiciones de vida urbana, que modelaron el ritmo de la vida social y generaron cambios culturales. Aparecieron tensiones provocadas por el nuevo estilo de vida urbano, que provocaron malestares sociales, como inseguridad e incertidumbre, que ocasionó que muchos sujetos cambiaran su propia conducta e incluyeran por esta razón en su vida cotidiana un consumo de drogas.

10 La Revolución Industrial o Primera Revolución Industrial es el proceso de transformación económica, social y tecnológica que se inició en la segunda mitad del siglo XVIII en el Reino Unido, que se extendió unas décadas después a gran parte de Europa occidental y Norteamérica, y que concluyó entre 1820 y 1840.

1.4 El Estigma de las Drogas

La percepción social sobre las drogas ha variado históricamente y ha sido respuesta a su vez de variantes de tipo socio-político. La sustancia en si misma no ha sido la que constituye el problema, sino que el problema se ha ido explicando a través de los factores políticos, económicos, sociales y culturales. Por lo tanto, no existe una única definición sobre las drogas, solo se puede llegar a comprender las concepciones que se tienen sobre las mismas y la drogadicción si se las considera dentro del contexto histórico, social, cultural, económico en el que se presentan. “Actualmente las ideas y nociones que circulan en la sociedad sobre estas problemáticas son múltiples y diversas, respondiendo a distintas interpretaciones e intereses diversos. Por ello es importante señalar que, debido a la multiplicidad de factores que intervienen en su aparición, la drogadicción se concibe indistintamente como problema; como enfermedad que compete al campo de la salud mental; como síntoma de una familia disfuncional, o bien, como fenómeno resultante de una sociedad compleja en su estructura y favorecedora para una minoría de sus integrantes, a expensas de individuos y grupos marginales que no tienen acceso a los servicios básicos de bienestar colectivo.” (Gende: 1999; parr.3)

Al respecto Rosa del Olmo señala: "Lo importante, por lo tanto, no parece ser ni la sustancia ni su definición, y mucho menos su capacidad o no de alterar de algún modo al ser humano, sino más bien el discurso que se construye en torno a ella. De ahí que se hable de la droga, y no de las drogas. Al agruparlas en una sola categoría se pueden confundir y separar en prohibidas o permitidas cuando sea conveniente. Ello permite además incluir en el mismo discurso no sólo las características de las sustancias, sino también las del actor -consumidor o traficante-, individuo que se convertirá en el discurso, en la expresión concreta y tangible del terror. Unas veces será la víctima y otras el victimario...". (Rosa de Olmo en Gende en Ieso; 1999; parr.8)

De todas formas hay ciertos discursos en la actualidad, que no se pueden descartar. Es en muchas sociedades actuales, donde se perciben a las drogas como un “algo” prohibido, desconocido y atemorizante, como lo nuevo e incontrolable, estrechamente relacionado con la delincuencia, el Vhi- Sida y la marginalidad. Siendo así, que la drogadicción y los sujetos adictos conllevan una carga simbólica. Se presenta a la drogadicción vinculándola a la enfermedad, la peligrosidad, la delincuencia y la desviación o la transgresión. Es decir, con la idea de “la droga” llega la idea del

“adicto”. Por lo tanto, la problemática de la drogadicción se encuentra atravesada por los discursos hegemónicos, los cuales producen etiquetamientos en las poblaciones consumidoras.

A través de estos etiquetamientos, es que aparecen fenómenos de estigmatización. Al respecto, Goffman (2003) señala que la sociedad organiza los medios para categorizar a las personas, ante las primeras apariencias que una persona pueda presentar nos preguntamos en qué categoría lo ubicamos. “Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de clase social”. (Goffman: 2003; 15)

Asimismo, las prácticas profesionales de diferentes disciplinas reproducen estos imaginarios, lo que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social hacia los consumidores.

Siguiendo a Carballeda (2007) el tratamiento de rehabilitación, aparece entonces como un nuevo espacio donde se dialoga entre la culpa y la templanza, acompañado de prácticas correctivas. La finalidad de estas prácticas es buscar la desaparición del problema. La culpa, la templanza, incorporadas a la prevención y el tratamiento, cumplen más un con fin de disciplinamiento que con un fin terapéutico. La reclusión, el encierro y el etiquetamiento son mostrados como única respuesta. El consumidor entonces será visto como “...un cuerpo contaminado, que será vigilado por otros, mientras su conducta será amoldada para un nueva vida en sociedad, buscando en definitiva una autodisciplina que construya una vida metódica ya sin necesidad de un preceptor que guíe. En una sociedad en la que nada cambió mientras la terapéutica ha sido aplicada y que se prepara para recibir un nuevo rotulado ahora como ex alcohólico o ex adicto.” (Carballeda; 2007; parr.11).

Por lo tanto Sirvent (1998), aconseja que la práctica profesional con usuarios problemáticos de drogas, deba evitar la estigmatización, siguiendo el autor “...se considera preciso desarrollar acciones que tiendan a no estigmatizar, sino que consideren a las personas como actores con posibilidades de creación, de acción, de

pensarse, definirse, encontrarse, proyectarse. Teniendo en cuenta la permanente interrelación entre los factores del contexto macro y micro social de cada sujeto, y a su vez su singularidad, que lo distingue y hace única a cada persona.” (Sirvent; 1998 en Ieso; parr.9)

En definitiva, además de evitar ejercer acciones estigmatizadoras, los profesionales deben tener presente, las líneas estratégicas para usuarios problemáticos de drogas, para así poder apoyar sus intervenciones en acciones del Estado. Todo tipo de plan, programa, proyecto, o actividad que posibilite desarrollar estrategias junto a los individuos consumidores, incrementará la calidad de intervención, facilitará el alivio o la solución de situaciones críticas o vulnerables, y repercutirá a nivel mental y emocional en los consumidores.

Capítulo 2: “Estado y Políticas Sociales”

2.1 Los cambios en el rol del Estado

Los procesos de globalización e individualización se presentan en la actualidad como las nuevas fases de la socialización en contextos de una modernidad contemporánea, denominada “modernidad tardía”.

La individualización se refiere a los mecanismos y procesos que transforman la percepción de los problemas sociales. A los mismos se los vincula con las condiciones de vida del sujeto en cuanto individuo, desvinculándolo de las relaciones con grupos y de las contradicciones sistemáticas que los determinan. Las estrategias individualizadoras que se ponen en juego en la actualidad son entendidas como un conjunto de “mecanismos y procesos que tornan la percepción de los problemas sociales como problemas individuales en función de disposiciones psicológicas y familiares” (Mitjavila, M; Da Silva, C. 2004: 70).

Como consecuencia de esta individualización, la relación entre la sociedad y el individuo se ha venido transformando. Cada individuo se ve forzado a constituirse como sujeto capaz de tomar decisiones sobre sí mismo y ser capaz de fabricar su propia biografía. Como expresaría Castel (2004) en la “sociedad del individuo” cada individuo es reconocido por sí mismo, al margen de su inscripción en colectivos. Pero no por ello está seguro de su independencia, muy por el contrario, el extremo de la individualización deja a los individuos enteramente librados a sí mismos. La sociedad de individuos se caracteriza por un estado sin ley, sin derecho, sin constitución política y sin instituciones sociales, presa de una competencia desenfrenada de los individuos entre sí, y de la guerra de todos contra todos. Por ello se la denominaría como una sociedad de inseguridad total, donde “liberados de toda regulación colectiva, los individuos viven bajo el signo de la amenaza permanente porque no poseen en sí mismos el poder de proteger y protegerse”. (Castel: 2004; 19).

Los derechos que se dan en las sociedades modernas muestran la independencia que el individuo ha tomado desvinculándose de las redes tradicionales de dependencia y de protección, siendo la fuente protectora “la propiedad”. La misma será la base sobre la cual el individuo pueda existir por sí mismo. Es la propiedad la que garantiza la

seguridad frente a las contingencias de la existencia, la enfermedad, el accidente y la miseria. (Castel; 2004)

Como expresan Ortega y Vecinday (2009), el proceso de individualización social no constituye un fenómeno nuevo, es posible identificar sus primeras expresiones en las estrategias preventivistas de los Estados Sociales y en particular del Estado Social Uruguayo. “A lo largo de gran parte del siglo XX y fundamentalmente entre 1945 y la década del 60, la gran intervención del Estado Social fue la respuesta brindada en la gestión de los problemas sociales. Entrando en la década de los 60 comienza a resultar visible el deterioro de una serie de mecanismos institucionales que habían permitido la formación de ese Estado Social. Es a partir de ese momento cuando aparece fuertemente el discurso de la responsabilización, la individualización, la precisión del cálculo de riesgo, la sofisticación en la técnica de su detección y el desarrollo de estrategias sociopolíticas orientadas a disminuirlo a través de ciertos dispositivos de intervención en lo social que se constituyen en las bases institucionales de los procesos de individualización.” (Ortega y Vecinday: 2009; 13).

Es entonces entre los años 1965 y 1973 que la intervención y legitimación del Estado Social también denominado Estado de Bienestar entra en receso y comienza a producirse un movimiento hacia la constitución de un Estado Neoliberal a nivel internacional, durante el cual, se pusieron de manifiesto con más claridad las contradicciones inherentes al capitalismo. Como consecuencia en Uruguay y en otros países de América Latina, comienza la caída de las protecciones sociales que en algunos casos fueron acompañadas por procesos dictatoriales que no solo destruyeron el sistema democrático y las libertades, sino que alteraron el esquema de protección social, a través de la reducción de los recursos destinados.

Se comienza a procesar en los años 90 la denominada “reforma estructural” que se procesa en toda América Latina, de forma diferente dependiendo cada territorio. Es a partir de dicha década que comienzan las sugerencias del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM) dirigidas a los Gobiernos de América Latina, las cuales insistían en la necesidad de focalizar la acción pública en los más pobres, descentralizar los servicios de salud y educación, invertir en capital humano e infraestructura social. Impulsando así, la liberalización comercial y financiera, la

apertura al capital externo, las privatizaciones y la reforma tributaria. Dichas reformas estaban asociadas a formulas propuestas por el Consenso de Washington¹¹.

Se introduce entonces, un conjunto de reformas en el esquema de protección social, calificándose como un proceso “moderado” o “gradual” (Midaglia y Antía en Ortega y Vecinday: 2009). Se produce gradualmente, a lo largo de las décadas siguientes, un cambio sustancial en la conformación y funciones del Estado, y un cambio profundo en la formulación de las políticas sociales donde se da un proceso de des-universalización y focalización de las mismas. Asimismo, se redefinen las desigualdades, que pasan a ser percibidas en términos de una individualización.

Pero estos sucesos tuvieron sus efectos negativos, el proceso de reformas afectó los niveles de equidad e inhibió la capacidad de proteger las problemáticas de los sectores más informales, menos calificados y más pobres de la población. Es así que se reformularon, a la vez que se inauguraron, un conjunto de programas y proyectos exclusivamente diseñados para abordar problemáticas asociadas a las vulnerabilidades de ciertos grupos etarios, especialmente los de los niños y los jóvenes. Cabe señalar que una proporción significativa de estas nuevas intervenciones se implementaron a través de asociaciones civiles u organizaciones sin fines de lucro. (Midaglia en Ortega y Vecinday: 2009).

Siguiendo a Leguizamón (2002), el modo particular en que las políticas sociales de la gobernabilidad Neoliberal de América Latina se despliegan impactará además sobre los grupos sociales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o de precarización, ya que se fomentan formas de autocontrol a través de la promoción de redes productivas de autogestión, con la finalidad de brindar una subsistencia básica y evitar situaciones de conflicto que alteren el orden social global establecido. Este tipo de modelo de gestión Leguizamón lo denomina “Focopolítica”.

El Estado a partir de la gestión focalizada de la pobreza, no promueve la vida, se desentiende de ella y la deja reposar en la moral individual filantrópica, como en las ONG's y en los capitales propios de los pobres. Danani (2005) explica este proceso a través de la definición de la “comunitarización”. La comunitarización de la protección es una forma de privatización de la protección, la cual asigna la responsabilidad por el

¹¹ Se entiende por Consenso de Washington al listado de políticas económicas consideradas durante los años 90 por los organismos financieros internacionales y centros económicos, con sede en Washington.

bienestar a la comunidad familia, es decir la protección en cabeza de grupos primarios. La institución más perfecta de la comunitarización es la tercerización de las intervenciones sociales. Por ejemplo a ONG's. La individualización y comunitarización de la protección se identifican en ser la negación de la responsabilidad social y expresan lo contrario de la socialización de la vida. Construyen un mundo donde la fragmentación y la heterogeneidad son una construcción y un atributo de los sujetos o de los grupos. (Danani; 2005)

Siguiendo a los autores La Cabana y Maignon (1997), estas nuevas medidas de desarrollo social llevó a recortar la visión de largo plazo y a privilegiar el cortoplacismo, la compensación de los efectos perversos del ajuste y la focalización en los grupos más afectados, no generó resultados del todo positivos, produciéndose además en la pobreza un efecto de profundización, diferenciación y heterogeneización. De esta manera siguiendo a ambos autores son dos las dificultades que se asocian a la focalización de las políticas sociales: “La primera se refiere a los costos (no solamente monetarios sino sociales, culturales y especialmente políticos) en que se incurre para identificar a los beneficiarios, los cuales se incrementan a medida que aumenta el nivel de diferenciación o precisión del grupo. La segunda se refiere a la capacidad informática, burocrático-administrativa y técnica necesaria para lograr dicha identificación. Pero podríamos agregar una tercera, que tiene que ver con el incremento de la pobreza y por ende, de la exclusión social.”(La Cabana y Maignon: 1997; 7)

Estas reformas entonces implicaron una retracción de los derechos sociales. Hay una menor responsabilidad social por el bienestar de las personas y una reorientación del papel del Estado. Anteriormente la solidaridad de clase significaba que ciertas condiciones estaban organizadas a un mínimo de igualdad. Pero a partir de la entrada al Estado Neoliberal como explica Castel (2004) se construirá un Estado dentro de la lógica liberal, el cual implica un modelo de Estado que organiza la sociedad moderna a través de un “Estado mínimo” o “Estado Gendarme”, que concentra sus funciones como guardián del orden público y de garante de los derechos y de los bienes de los individuos. Un Estado entonces que se prohíbe a si mismo introducirse en otras esferas, sean de orden económico y/o social de la sociedad.

La multiplicación de políticas sociales focalizadas se hizo posible además, al incluir la cuestión de “riesgo”. El nuevo régimen de protección orientado a “los dejados de lado de las protecciones clásicas” (Castel, 2004) reposa y refuerza el proceso de

individualización de las protecciones sociales, vinculando las prestaciones a la situación específica y conducta del beneficiario. Las prestaciones sociales se relacionan cada vez más a los comportamientos individuales y los estilos de vida; y menos a las clasificaciones de orden estructural. “El tratamiento de la pobreza como consecuencia de estilos y modos de vida ‘equivocados’ se expresa hoy en discursos y prácticas que recuperan la categoría ‘riesgo’ para dar cuenta de la interrelación entre situación social y conducta individual de los sujetos. Individuo y estilos de vida desplazan al medio externo como fuente central de riesgos. La toma de decisiones individuales en el manejo y administración de los riesgos se constituye en ‘unidad’ de referencia en la atribución de responsabilidades” (Vecinday, 2005: 145)

Las estrategias de gestión del riesgo se basan en el comportamiento de los individuos y de sus modos de vida. El medio externo aparece relegado frente a la posición del individuo ante los riesgos, quien pasa a constituirse en la “unidad” de referencia: los factores de riesgo comienzan a ser asociados formalmente con individuos y poblaciones específicas (Vecinday, 2005). “La proliferación de discursos y prácticas fundamentadas en la necesidad de control de los riesgos por parte de grupos e individuos que se encuentran ‘en situación de riesgo’ se corresponde con la atribución de responsabilidad a los comportamientos individuales en la génesis de problemas de orden social. Bauman (2001) afirmará que el individuo es entendido como responsable de sí mismo desconociendo que depende de condiciones que escapan a su aprehensión. Esto aparta la culpa de las instituciones y la coloca en la inadecuación del yo: ya no hay salvación por la sociedad, el individuo es abandonado a una lucha solitaria. No parece casual, entonces, el apelo a la responsabilidad individual en un contexto de pérdida de soportes colectivos.” (Bauman en Vecinday; 2005; 16)

Castel (2004) procura un análisis sobre “la cultura del riesgo” realizando una distinción entre los “riesgos clásicos” y los riesgos de la “nueva generación”, constituyendo así, un aporte para el análisis de las transformaciones en la protección social. Los dispositivos de protección social frente a los riesgos clásicos tienen su anclaje en soportes colectivos que procuran la anticipación y la prevención ante la ocurrencia de sucesos indeseables. Por otra parte para el autor, la complejidad del problema de las protecciones reside en los riesgos de la “nueva generación”, los cuales no admiten la posibilidad de socializar la protección ya que no constituyen riesgos sino peligros y se vinculan al desarrollo de las ciencias, las tecnologías y la erosión de los sistemas de protección clásicos.

De esta forma siguiendo a Gutiérrez (s.f) en la actualidad “quienes se ocupan del diseño, evaluación, monitoreo y ejecución de políticas sociales están familiarizados con conceptos tales como factores de riesgo y vulnerabilidad social, promoción de las capacidades, del autocuidado y la autoestima, así como con índices o sistemas de indicadores que definen técnicamente a la población objetivo de un determinado programa.” (Gutiérrez; 105)

Concluyendo que “si bien el concepto de riesgo está desde hace algunas décadas ampliamente difundido en el contexto del diseño y evaluación de los diferentes programas sociales, su más amplia adopción se da a principios de la década del noventa, sobre todo, en aquellos programas promovidos por organismos internacionales de crédito. Con esto no quiere decirse que el concepto de riesgo haya surgido en este contexto ya que el mismo ha estado, en forma precedente, íntimamente ligado a la protección y bienestar social. Lo que se destaca es que en las últimas décadas el riesgo adquiere protagonismo y se lo puede concebir como un enfoque, es decir, como una forma de concebir y de explicar lo social, siendo, a su vez, parte de un proceso más profundo de transformaciones en el esquema de protección social.” (Gutiérrez; 106)

2.2 Políticas Sociales de Inserción

El proceso de apertura unilateral de la economía y de las reformas orientadas a la desregulación y flexibilización laboral durante la década del 90, fue acompañado al mismo tiempo, por la implementación de algunas políticas sociales entre ellas las de inserción. Para Pastorini (2000) las Políticas Sociales, son entendidas como un conjunto de acciones del aparato estatal, que tienden a disminuir las desigualdades sociales, colocando como principal función la corrección de los efectos negativos de la acumulación capitalista y teniendo como finalidad la redistribución. Son explicadas entonces, siguiendo al autor, como concesiones del Estado.

Entre esas políticas de inserción desplegadas hasta en los últimos años, se encuentran las políticas de empleo. Es decir la temática del empleo ha estado presente dentro de las agendas de Gobierno. Aguilar Villanueva (2003), clasifica a la “Agenda de Gobierno”, como las decisiones más importante de un Gobierno, que tienen que ver con la elección de sus asuntos y prioridades. Es en definitiva el “conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de

su acción y, más propiamente, como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar”. (Aguilar Villanueva: 2003; 30).

La importancia de las políticas de empleo, reside en que las mismas actúan sobre las potencialidades y limitaciones específicas de grupos de trabajadores con la finalidad de mejorar su desempeño en el contexto que brinda el escenario económico. Las mismas intentan responder a las dificultades de la alta rotación laboral, de la situación de desempleo, de la desocupación crónica, de la incapacidad para escapar de relaciones laborales precarias y de la inactividad de ciertos segmentos de la población. (AGEV-OPP: 2008).

Sin embargo, no se puede considerar que tengan como fin en si mismo el mejoramiento sistemático de la calidad de vida de toda la población. El foco de las políticas de empleo se dirige entonces a los individuos que presentan gran dificultad para lograr una inserción en el mercado de trabajo, entendiéndolo al mismo como ámbito donde se intercambia un “bien”, el cual es la habilidad de las personas para desarrollar trabajo. Las características de estas habilidades varían entre cada persona, y dependen de las posibilidades que obtuvieron a lo largo de su vida para acceder a la educación, a la salud y al trabajo, entre otros muchos factores.

A razón de esto, yace la importancia de las políticas de inserción en educación, las cuales colaboran con los objetivos de las políticas de empleo, teniendo en cuenta que el incremento de la empleabilidad depende cada vez más en la forma del acceso a la educación. La importancia de la educación reside entonces, en que se atraviesa una época que exige en mayor medida una formación permanente y avanzada para el ingreso al mundo laboral.

Una de las justificaciones centrales de las políticas de empleo reside en que se considera que sin intervenciones públicas efectivas en materia de política activa de empleo, un segmento importante de la población puede enfrentar una fuerte vulnerabilidad en su capacidad de inserción laboral, incrementando su dependencia hacia otras políticas sociales y deteriorando su capacidad para apropiarse de los beneficios del crecimiento económico. (AGEV-OPP: 2008)

En relación a las políticas sociales de inserción de Uruguay, es preciso señalar que actualmente el país se encuentra en un proceso de rediseño y profundización de su

sistema de protección social, siendo la política de empleo una de las mayores preocupaciones del Gobierno. Al entrar el Gobierno Frenteamplista, el país se encontraba en deuda en la construcción de un sistema de protección social que incluyera un sistema de fuertes de políticas activas de empleo. Las acciones que por esta razón se han desarrollado, se han concentrado en la regulación del mercado de trabajo mediante el aumento sustancial del salario mínimo, la reinstalación de los Consejos de Salario para el ámbito privado, la creación de los Consejos de Salario para el ámbito público, la Ley de Fuero Sindical, las leyes de tercerizaciones, las leyes de negociación colectiva, la reestructuración de políticas activas de empleo y la creación de una institucionalidad específica: el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP). Estas acciones tuvieron como objetivos el crecimiento y mejoramiento de la empleabilidad. (Informes Estratégicos de Políticas Públicas: 2008)

La creación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP), como persona pública no estatal, tiene como misión articular entre sí los programas gubernamentales y no gubernamentales, que promueven políticas activas de empleo e inserción social. Es una herramienta entonces, para el desarrollo del capital humano, a través del empleo y la capacitación. (Informes Estratégicos de Políticas Públicas: 2008) Al ser una persona de derecho público no estatal, no integra la estructura del Estado, pero se sitúa dentro de un marco jurídico de Derecho Público, en virtud del interés público de los cometidos que se le imponen. Esta naturaleza jurídica permite una intensa coparticipación del sector público y privado, tanto en su dirección y administración como en su financiamiento.

Como explica Olesker (2011) “El gobierno del Frente Amplio asumió cuando el Uruguay se encontraba en una de las peores crisis de su historia, y la pobreza involucraba más de un millón de personas. La respuesta a esa situación fue el Plan Nacional de Emergencia Social (PANES). Luego comenzaron a generarse reformas estructurales para superar las causas centrales de la exclusión y se desarrolló el Plan de Equidad. En 2011 comenzó una nueva etapa denominada reforma social que sintetiza de manera dialéctica los cambios estructurales y la necesidad de erradicación de la pobreza. La reforma social es el eje central del modelo de desarrollo impulsado y no es sólo una respuesta a la coyuntura. Es un cambio estructural que socializa el acceso, lo universaliza, le da justicia social y pone acelerador en el tránsito hacia una sociedad de iguales.” (Olesker: 2011; 7). Las políticas sociales desplegadas en la reforma social del

Frente Amplio para una verdadera acción incluyente y distributiva, se han elaborado sobre la base de cuatro principios, el primero implica que de cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades; el segundo es el carácter universalista del acceso; el tercero es la conducción del estado; y por ultimo la participación social. (Olesker: 2011)

2.3 Políticas de Inserción en el marco de la Rehabilitación

La Junta Nacional de Drogas (JND) es un organismo dependiente de la Presidencia de la República del Uruguay de carácter interministerial. La JND fue creada por el Decreto del Poder Ejecutivo N°463/988 en la fecha 13 de julio de 1988 con el objeto de encarar una eficaz lucha contra el narcotráfico y el uso abusivo de drogas.

Entre las funciones más importantes, la JND marca las líneas políticas de construcción en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico. Las secretarías que la conforman, que son la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y la Secretaría Nacional Anti lavado de Activos (SNAA) tienen como función la articulación, coordinación y seguimiento de la aplicación y ejecución de las diferentes acciones que competen a los diferentes organismos del Estado a través de plataformas intersectoriales y comisiones mixtas que contemplan el principio de gestión y responsabilidad compartida. Asimismo promueven y convocan a la participación de diferentes actores públicos, privados, de organizaciones sociales y de la comunidad.

La Presidencia de la República del Uruguay ha encargado a la Junta Nacional de Drogas la responsabilidad de definir las líneas de las políticas sociales en drogas desde una óptica de inclusión e integración social, y a través del enfoque de los Derechos Humanos. Asegurando su responsabilidad en las políticas que van desde la promoción de hábitos, valores saludables, prevención, reducción de daños, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, entre otros. El mismo organismo entiende al problema de las drogas como “un fenómeno mundial con amplias repercusiones a nivel nacional en los derechos humanos e integración social, en el bienestar de las personas, la salud y la seguridad pública. Es un fenómeno social complejo y dinámico,

fuertemente anclado en factores económicos, políticos y culturales que impacta en todos los estratos sociales.” (JND: 2011; 1)

La JND ha definido que sus acciones se orienten en base a los siguientes principios:

- **Derechos humanos.** Integración de principios e instrumentos de DDHH con la política de drogas. Respeto de derechos y garantías en todas las dimensiones.
- **Equidad.** Compromiso en el logro de la dignidad y equidad humana, incorporando la equidad socio económica, de género, generaciones y territorios.
- **Democracia.** Necesidad de abrir un gran debate hemisférico, regional, nacional y local, integrando todas las miradas como forma democrática de fortalecer la estrategia en drogas.
- **Cooperación, responsabilidad común equitativamente compartida.** Defensa del multilateralismo como patrimonio del hemisferio y unidad en la diversidad.
- **Integralidad, equilibrio y transversalidad:** abordaje complejo, interinstitucional, cooperación con la sociedad civil y ampliación de las visiones y modalidades de intervención.
- **Participación.** Gestión compartida de los riesgos, construcción de las políticas con la comunidad desde un Estado presente y responsabilidad social compartida.
- **Evidencia científica y buenas prácticas.** Políticas de Drogas basadas en información y conocimiento de base científica o de buenas prácticas evaluadas debidamente.

A lo largo de los últimos años, la JND ha venido desarrollando diferentes estrategias de inserción para la población con problemática de consumo de drogas. La finalidad de las políticas, es fortalecer la capacidad de crear autonomía, libertad y construcción de ciudadanía.

El “Departamento de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas”, como uno de los departamentos que conforman a la JND, creó la “Estrategia Nacional para el abordaje del problema Drogas” en el año 2011, la misma marcó varios objetivos, entre ellos la generación de estrategias y programas orientados al incremento de los activos sociales en educación, cultura y empleo. Como explica el mismo departamento “las políticas de inserción social en drogas tienen como objetivo la generación de estrategias y programas orientados al incremento de los activos sociales en la educación, la cultura

y el empleo, así como la reducción de las vulnerabilidades asociadas al consumo problemático de drogas en la población en general, con énfasis en el sistema educativo, el mundo del trabajo y el sistema penitenciario” (JND: 2011; 10). Su estrategia es desarrollar medidas para la inserción o reinserción educativa y laboral de los usuarios en procesos de tratamiento. A través de una coordinación con empresas y organismos Estatales y No Estatales, empresas privadas y la Sociedad Civil.

Esta “Estrategia Nacional para el abordaje del problema Drogas” viene cumpliendo con sus objetivos, a través de diferentes convenios, acuerdos y fondos concursables. Entre los convenios firmados de la Junta Nacional de Drogas, se encuentran los realizados entre distintos organismos públicos del Estado como, OSE¹², UTE¹³ y ANTEL¹⁴; también los convenios firmados con organismos públicos no estatales como INEFOP, y los convenios con distintas cooperativas como por ejemplo RED DENTIS¹⁵ y distintas asociaciones como AEBU¹⁶. Entre los fondos concursables que se han financiado, se destacan “Integrar”, “Construyendo Juntos” y “Arte y Aparte“, entre otros, la idea es promover la presentación de propuestas que generen oportunidades de inserción educativa, laboral o cultural y el fortalecimiento de los recursos y las redes locales. Ya habiéndose seleccionado diversas propuestas en varios departamentos del país como talleres de habilidades para el trabajo y competencias transversales, acompañamiento socioeducativo, acompañamiento a la inserción laboral, capacitaciones en oficios, etc., los cuales fueron apoyados a través de diferentes recursos. El MIDES¹⁷ también ha jugado un rol fundamental junto a la JND, ya que ha sido uno de los Ministerios más importantes en el despliegue de estrategias de inserción, a través de acuerdos con INJU¹⁸, “Uruguay Trabaja”, entre otros. También diferentes ONG’s han desarrollado distintos talleres y cursos de capacitación, tales son los casos de las ONG’s “Gurises Unidos”, “Achicando Caminos”, “PRO-A” entre otras.

Desde 2012 a través de “Equipos de referencia educativo-laboral con formación en drogas para el acompañamiento de procesos de inserción social” de la Junta Nacional de Drogas, se viene desarrollando seguimientos profesionales para aquellos que participan

12 Obras Sanitarias del Estado

13 Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas

14 Administración Nacional de Telecomunicaciones

15 Cooperativa de trabajo en el rubro odontológico

16 AEBU: Asociación de Bancarios del Uruguay

17MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

18 INJU: Instituto Nacional de la Juventud

en propuestas formativas o laborales que no cuentan con un seguimiento personalizado adecuado. El equipo tiene la tarea de articular con los responsables de los cursos, proyectos o espacios laborales, para verificar la participación y el logro de los objetivos de los participantes.

En el Marco Legal las políticas de Inserción expresados por la Presidencia de la República junto a la Junta Nacional de Drogas (2011-2015) para un “compromiso de todos” en el marco del problema de las drogas se describen en:

1. *Se dispondrá la implementación de programas que pongan una especial atención en el mantenimiento de la inserción educativa de los UPD y de facilitar mecanismos de reinserción educativa para todos aquellos que estén o hayan pasado por procesos de tratamiento.*
2. *Fortalecer y ampliar, en coordinación con organismos y empresas del estado, empresas privadas y entidades de la sociedad civil en un compromiso mancomunado, los programas relativos a la inclusión laboral de personas con problemas de drogas.*
3. *Desarrollar Programas Integrales dirigidos a personas privadas de libertad que faciliten el desarrollo de habilidades y competencias psico-sociales para habilitar la inserción laboral y educativa.*
4. *Trabajar en los dispositivos de baja exigencia y espacios de amparo e información instalados a nivel local buscando incrementar los activos sociales de los UPD.*
5. *Desarrollar Programas integrales dirigidos a personas en situación de calle (UPD) que conjuguen las estrategias de inclusión social con la prestación de un repertorio de herramientas de reducción de daños, atención y tratamiento en drogas en el marco de una atención sanitaria integral.*
6. *Promover la formulación de normas técnicas, protocolos de intervención social e instrumentos de registro y seguimiento de intervenciones sociales para la atención de UPD.*

Se viene consolidando entonces, proyectos de inserción social fundamentalmente como parte integral de los tratamientos. Entre los centros de rehabilitación más destacados

donde se viene aplicando estos proyectos, se encuentra el Dispositivo Ciudadela, que a través de su “Equipo Articulador de Inserción Social”, despliega procesos de derivación a través de talleres que desarrollan capacitaciones laborales y aprendizajes culturales para la inserción social. También es en los Dispositivos Ciudadela, que se ha fundado una cooperativa social de usuarios de drogas y técnicos, que se encuentra activa y realizan proyectos con fines similares desde el año 2014. Más ejemplos de estos avances se encuentran en otros centros regionales de rehabilitación por consumo, como Renadro, El Jaguel y Casabierta, los cuales han incorporado a los tratamientos cursos de capacitación en comidas rápidas, panadería, gastronomía, peón rural, vivero, y otros talleres culturales como expresión plástica y música.

En definitiva es preciso aclarar que entre los objetivos de dichas acciones de inserción, se ha alcanzado llevar a cabo proyectos para personas consumidoras en tratamiento, ya sea dentro de los propios centros de rehabilitación, como en diferentes ámbitos educativos e instituciones, empresas publicas, etc. Se ha logrado además, la participación de esta población en cursos para capacitación laboral en ciertas instituciones Estatales y no Estatales, como también se ha coordinado actividades y talleres culturales que contribuyen al conocimiento y aprendizaje de ciertos oficios, habilidades para la vida y para el mundo del trabajo.

Se expresa así, como la sociedad y el Gobierno se encuentran en compromiso continuo para el logro de la inserción en materia de empleo y educación de los usuarios problemáticos de drogas.

Capítulo 3: “Consideraciones teóricas para problematizar las políticas de inserción a modo de análisis”

3.1 El consumidor en la Sociedad Normalizadora

Para comprender las políticas de inserción social en usuarios problemáticos de drogas, es preciso expresar la relación existente entre las drogas y la sociedad, como a su vez, es necesario un posicionamiento histórico y social.

Siguiendo a Althusser, cada momento histórico y social, está atravesado por una ideología dominante. El autor expresa que "...el campo de la ideología no se limita a cierta 'visión del mundo' sino que abarca el conjunto de prácticas de significación social, es la condición de toda práctica social y en ese sentido toda práctica social es una práctica en una ideología. La ideología es material porque se inscribe en y es configurada por prácticas sociales, tiene efectos reales en cuerpos, espacios, relaciones, acciones y omisiones." (Althusser: 998; 86).

La ideología hegemónica¹⁹ que atraviesa el conjunto de los individuos en la actualidad es la denominada "Ideología de la Normalidad". La normalidad en cuanto ideología, va unida a la relación normal y anormal. Como expresa a Foucault (1996) la normalidad-anormalidad es un par conceptual que surge en el contexto de la modernidad, con la finalidad de ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los individuos. Siguiendo al autor, este par conceptual ha sido posible por tres estrategias complementarias: la constitución discursiva del concepto anormal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad.

Comprendiendo esto, se puede argumentar que los aparatos ideológicos del Estado, junto a los organismos pertenecientes al mismo, marchan atravesados por la ideología predominante. Es decir, toda acción y decisión dentro de un territorio, sean políticas, planes y programas, se encuentran enmarcados dentro de los marcos de la ideología hegemónica.

Siguiendo este razonamiento, las estrategias de inserción social también legitiman a la ideología. Ya que las mismas, intentan incluir a la población con problemas de adicción a una sociedad normalizadora, la cual consideran al consumidor como el representante de la cara opuesta de la normalidad, es decir, "el anormal".

¹⁹ La palabra hegemónica, deriva de hegemonía. Se denomina hegemonía al dominio de una entidad sobre otras de igual tipo.

En el caso de las estrategias de inclusión para la población consumidora, como por ejemplo los convenios firmados entre la Junta Nacional de Drogas junto a Empresas Públicas del Estado, como UTE, OSE, etc., o con distintos Ministerios tales como el, MIDES; entre otros; sin olvidar las estrategias desplegadas por INEFOP en los centros de rehabilitación para una inclusión a través de cursos y talleres, y las pasantías laborales para usuarios en rehabilitación; legitiman tanto la ideología de la normalidad, como a su vez, fortifican la construcción social del “otro” a través de la creación de derechos especiales, que intentan incluir a ese sector de la población.

Para entender la consideración del consumidor de drogas como el “otro”, es preciso señalar el significado de la construcción social de la “Otreidad”²⁰. En la Antropología Cultural se reconoce al “otro” cultural no como hecho empírico real, sino como objeto que se construye de manera científica por las distintas teorías que dominan cada momento histórico. Siguiendo a Boivin, Rosato y Arribas, la Antropología “...se constituyó como una ciencia a partir de construir explicaciones sobre la “otredad cultural”, pero nosotros agregamos que no sólo construyó explicaciones sino que construyó una imagen, un modelo de la otredad. (...) Por lo tanto, fue (y por supuesto sigue siendo) un objeto construido por las distintas teorías científicas que dominaron en cada uno de los momentos históricos.” (Boivin, Rosato y Arribas: 1998; 7)

Este reconocimiento de los consumidores de drogas como “otros”, se puede expresar desde el análisis de las políticas sociales de inserción social. Por ejemplo, en el caso de las estrategias de la Junta Nacional de Drogas, las cuales proponen implementar programas que pongan una especial atención en el mantenimiento de la inserción educativa y el facilitamiento además de los mecanismos de reinserción para todos aquellos que estén o hayan pasado por procesos de tratamiento. Se puede llegar a comprender que estas estrategias refuerzan la necesidad de nombrar a los sujetos en tratamiento como “otros”.

Como explica Boivin (1998) “yo” me identifico a mí mismo con un colectivo “nosotros” que se contrasta con algún “otro”. Lo que “nosotros” somos, o lo que el “otro” es, dependerá del contexto. En cualquier caso “nosotros” atribuimos cualidades a

20 La Otreidad es un término del campo de la Antropología Cultural nacido en el siglo XX, el cual designó el objeto de estudio de esta disciplina: la alteridad cultural. Dicho objeto de estudio no ha sido el mismo a lo largo del tiempo, sino que fue explicado de diferentes maneras dependiendo del contexto histórico y social.

los “otros”, de acuerdo con su relación para con nosotros mismos. Boivin (1998), realiza una distinción entre tres conceptos: el otro como diferente, el otro como diverso y el otro como desigual. En primer lugar, la visión del otro a través de la construcción de la diferencia, se basa en comprender a ese otro como un ser inferior, que se encuentra en un estado de menor desarrollo frente a ese otro que lo observa. Luego está el análisis del “otro” como algo diverso, donde se expresa el repudio de formas culturales ajenas o lejanas a aquellas con las que nos identificamos, esto trae consigo la negación de la propia diversidad cultural. Por último, en la construcción del otro por la desigualdad, la desigualdad se considera como un producto histórico y como producto de una relación de dominación, donde se da una apropiación desigual tanto de bienes materiales como simbólicos, siendo la desigualdad fundamentada en la dominación de un grupo sobre otro.

Al remitirse al concepto de “Otreidad” en relación al usuario problemático de drogas, no se puede dejar por fuera la relación de ésta con el concepto de “Cultura”. La cultura se define como una dimensión del ser humano más allá de su dimensión biológica y psíquica, la misma es una dimensión social, donde el individuo en una relación dialéctica con su medio y con los otros, se construye y aprehende pautas, valores, normas, prácticas, en la interacción social. Este proceso, se acompaña con un sentido de pertenencia de cierto grupo social a determinados modos de vida, pensamientos y prácticas que hacen a la cotidianeidad de los sujetos, y se reproducen generacionalmente. “La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas”. “La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas. La cultura es aprendida, compartida, y estandarizada”. (Langdon y Braune Wiik: 2010; 179)

Se podría además concluir, que la ubicación de determinados individuos, en esta caso de los usuarios problemáticos de drogas, en instituciones específicas y determinadas por el Estado legitiman mecánicas y normas de inclusión- excluyente. Es decir se trata de una inclusión, al querer insertar a esta población en la sociedad y otorgarles derechos, y se podría pensar en una exclusión a través de la propia diferenciación y elección como grupo beneficiario, el cual se sustenta en la construcción social del consumidor de

drogas como el “otro” y en la diferenciación de la población a través de diferentes etiquetas, por ejemplo el “drogadicto”.

3.2 La Exclusión Social como fenómeno en el consumo

Las personas consumidoras de drogas presentan a menudo una situación de exclusión social. En la mayoría de los casos, la relación con las drogas provoca o agrava situaciones de exclusión existentes con anterioridad. Esta exclusión social se expresa, en la dificultad de acceder a distintas instituciones, como las empleadoras, las educativas, etc. En cuanto a las instituciones empleadoras, el estigma de las drogas, influye en la posibilidad de conseguir empleo o de ser despedido, entre otras consecuencias.

En sociología se desarrolla el concepto de la exclusión social con diferentes connotaciones, entre ellas: la falta de participación en la vida social, económica, política y cultural producto de la falta de derechos, recursos y capacidades básicas de un determinado segmento de la población.

La exclusión tiene un carácter multidimensional, que repercute en los individuos tanto a nivel económico, como social y que principalmente dificulta la participación de los mismos en la sociedad. Se puede considerar que la exclusión social tiene varias dimensiones, una dimensión estructural o económica, relativa a la exclusión del mercado de trabajo que conlleva desequilibrio de la renta, y desprotección social; una dimensión contextual o social donde existe una disociación de vínculos sociales y debilitamiento del entramado relacional; y una dimensión subjetiva o personal donde aparece la ruptura de la comunicación, la debilidad de la significación y erosión de dinamismos vitales como la confianza y la identidad. Se habla entonces de una triple ruptura que conduce a la exclusión, en algunos casos se añade el factor institucional, la salida de algún tipo de institución o ausencia de estatus institucional. (Fundación Atenea: 2012; 5).

La exclusión que sufren la gran mayoría de los usuarios problemáticos de drogas, está fuertemente influenciada por mecanismos de estigmatización que despliega la sociedad. La forma de explicar, como la sociedad o ciertos grupos poblacionales estigmatizan, caracterizan, etiquetan y describen a la población consumidora, la puede explicar la noción de representaciones sociales. Las representaciones sociales siguiendo a Botero son entendidas como “formas de comprender, juzgar, decidir y actuar en las prácticas

cotidianas de los sujetos en fragmentos de la realidad determinada, que al constituirse en acontecimientos vitales otorgan un carácter de completudes de sentido en las biografías e historias de los individuos.” (Botero, 2008; 15). Para Moscovici (1979), una representación social es “una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (1979: 17). El autor caracteriza a las representaciones sociales como constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proporcionan a los sujetos un entendimiento del sentido común de sus experiencias en el mundo. Emergen en la dialéctica que se establece entre las interacciones cotidianas de los sujetos, su universo de experiencias previas y las condiciones de su entorno y sirven para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Las mismas “no las consideramos ‘opiniones sobre’ o ‘imágenes de’, sino ‘teorías’ de las ‘ciencias colectivas’ sui generis, destinadas a interpretar y construir lo real” (Moscovici, 1979; 33).

Siguiendo el planteo de la exclusión social, la misma tiene diferentes consecuencias en los usuarios problemáticos de drogas, en la exclusión se acentúa la precariedad socioeconómica, el sentimiento de fracaso personal y la estigmatización social. En la cara contraria, es decir el de la inclusión social, las características son diferentes, ya que hay una mayor calidad de vida y los individuos suelen tener un sentimiento de realización personal. De aquí yace una de las razones que hacen que el Estado brinde las políticas de inserción como uno de los mecanismos que contrarrestan esta situación, y promuevan la inclusión social de los usuarios problemáticos de drogas.

3.3 La Inserción Social en personas consumidoras de drogas

Lograr la inserción social de las personas implica que los individuos consigan independencia y reconocimiento social como sujetos activos y capaces de desarrollar un proyecto de vida propio. Una de los procedimientos para conseguir dicha inserción es a través del trabajo. A través del mismo, los individuos pueden responder a las necesidades familiares, lograr estabilidad económica y satisfacer en diferentes medidas sus necesidades básicas, psicológicas y sociales.

Desde el plano individual, la inserción social se produce en las sucesivas etapas de la vida y dependen también de las circunstancias específicas de cada individuo. Se distinguen dos importantes etapas de inserción: la socialización primaria y la socialización secundaria.

Para explicar los procesos de socialización, es necesario definir a otro proceso, el de “la internalización”. La internalización es definida como “la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos del otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí” (Berger y Luckmann, 2001; 164). La internalización, se realiza por medio de la socialización, la cual “puede definirse como la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él” (Berger y Luckmann: 2001; 166). La socialización es el proceso por el cual aprendemos a ser miembros reconocidos por la sociedad. Este proceso tiene como resultado la interiorización de normas, costumbres, creencias y valores, que permiten al individuo relacionarse con los demás miembros de la sociedad, desarrollando así, una participación activa en una red de relaciones sociales.

Existen dos tipos de socialización, la socialización primaria y la socialización secundaria. En cuanto a la socialización primaria, dicha socialización se da en la niñez y los agentes socializadores son los grupos de carácter primario. Los agentes primarios como la familia, se basan en la dimensión afectiva y emocional, “se crea en la conciencia del niño una abstracción progresiva que va de los ‘roles’ y actitudes de los otros específicos, a los ‘roles’ y actitudes en general” (Berger y Luckmann, 2001; 168). Esa abstracción de los roles y actitudes, es lo que se llama el “otro generalizado”, lo cual señala una fase decisiva en la socialización. Por otra parte, la socialización secundaria, es definida como “la internalización de ‘submundos’ institucionales o basados sobre instituciones” (Berger y Luckmann, 2001; 174), aparece en la etapa posterior a la socialización primaria, y es donde el individuo es inducido a nuevos sectores del mundo objetivo. Son relaciones basadas en un componente formal, racional, y que en general los individuos se integran opcionalmente. En esta socialización, se internalizan realidades que contrastan con el mundo de base adquirido en la socialización primaria. La socialización se produce a través de los agentes socializadores, que son instituciones que la sociedad ha ido creando para garantizar la incorporación de sus miembros a la cultura predominante. En el caso de las

instituciones empleadores, cuando una persona entra a una organización de trabajo, se le socializa para que llegue a ser parte de esa organización. Las relaciones de este tipo de socialización se caracterizan por establecerse a través de jerarquía, poder, contrato legal, etc.

Así pues, a lo largo de la vida, cada individuo se involucrará en una gran cantidad de relaciones sociales, cumplirá diferentes roles, podrá ser hijo, hermano, amigo, familiar, alumno, trabajador, padre, etc. Cada rol le permitirá internalizar los valores y normas de la sociedad. A su vez, el desempeño de cada rol, implicará que la sociedad asigne o reconozca al individuo una posición o status cargado de derechos. Derechos y deberes que moldearán su comportamiento humano.

Como expresa la socióloga Sescovich Rojas “En la medida que la sociedad se ha ido haciendo más compleja y diferenciada, el proceso de socialización también se ha hecho más complejo: esto deriva del hecho de que debe, necesaria y simultáneamente, cumplir las funciones de homogeneizar a sus miembros lo suficiente como para que puedan identificarse como ‘pertenecientes a’ pero, al mismo tiempo, diferenciar a los miembros de la sociedad a fin de que exista tanto la indispensable cohesión entre todos ellos, pero también el reconocimiento al derecho de existir de diferentes grupos que tienen particulares formas de vivir la cultura global.” (Sescovich; s.f.; párr. .7)

En el caso de los usuarios problemáticos de drogas, los problemas de inserción social se expresan cuando los mismos no son reconocidos por la sociedad como pieza importante de la organización social, y comienzan a carecer de derechos y deberes a diferencia de los demás individuos. Estos problemas comienzan muchas veces cuando a partir del consumo, los individuos quedan en un estado de inutilidad, es decir aquellos que están aptos para trabajar, se encuentran en situación de desempleo, excluidos del trabajo remunerado. También los problemas de inserción aumentan cuando dichos individuos no acceden a prestaciones sociales que les otorguen un ingreso mínimo de subsistencia, pudiendo hasta desencadenar conductas corruptivas que incrementan su no inclusión.

Otras de las causas y/o consecuencias, de que los usuarios problemáticos de drogas desencadenen problemas de inserción social, se pueden explicar por: el abandono de estudios, la pérdida de puesto de trabajo, la incapacidad para acceder a un empleo, los conflictos familiares, el abandono del hogar, etc. Además, existen otros factores como por ejemplo los actos delictivos como el hurto y/o el tráfico de drogas. Esta

problemática, suele resaltarse en las personas pertenecientes a los sectores sociales más desfavorecidos, más empobrecidos y vulnerables, es decir los estratos sociales más bajos, que al contrario de los sectores sociales y económicamente “más favorecidos” de los estratos más altos, las prácticas de consumo suelen ser invisibilizadas y en la mayoría de los casos no suelen desencadenar problemáticas de exclusión social.

En cuanto, a la relación con el trabajo que tienen los individuos como una de los factores de su inserción social, es necesario explicar lo planteado por Castel en 1995. Para Castel, el trabajo no es solo una relación técnica de producción sino también es un soporte privilegiado de inserción en la estructura social. Para el autor, existe una correlación con la posición que se ocupa en la división social del trabajo, la participación en las redes de sociabilidad y los sistemas de protección que cubren a individuos ante los riesgos de la existencia.

De esta idea, nace la posibilidad de construir lo que Castel llamaría "zonas" de cohesión social. Cada zona de cohesión social expresa como el individuo esta condicionado por la inserción relacional y el trabajo. La asociación trabajo estable e inserción relacional sólida caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión o la desafiliación. La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad. (Castel: 1995)

Lo que Castel (1995) intenta desarrollar y analizar es la situación donde la sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura, fenómeno denominado como “la cuestión social“. La cuestión social pone en cuestionamiento la capacidad de la sociedad para existir como conjunto vinculado por relaciones de interdependencia. La misma surge en 1830, a partir de la toma de conciencia de las condiciones de vida de la población, las cuales eran víctimas y agentes de la revolución industrial. Es en la cuestión del pauperismo donde se da un divorcio entre un orden político fundado sobre el reconocimiento de los derechos del ciudadano y un orden económico que suponía miseria masiva. La cuestión social se convertía a partir de ese suceso, en la cuestión del lugar que podían ocupar en la sociedad industrial las franjas de los trabajadores. Las medidas políticas que se promovían, respondían a esta cuestión y estaban encaminadas a promover la integración de la población.

En la actualidad la situación es distinta, hoy en día la sociedad se enfrenta a la existencia de “supernumerarios” que no son explotados y ni siquiera son considerados actores sociales, a razón de que se considera que no hacen nada socialmente útil, aunque al mismo tiempo están muy presentes. Siguiendo a Castel “el núcleo de la cuestión social consistiría hoy en día, en la existencia de “inútiles para el mundo”, supernumerarios y alrededores de ellos una nebulosa de situaciones signadas por la precariedad y la incertidumbre del mañana, que atestiguan el nuevo crecimiento de la vulnerabilidad de masas.” (Castel: 1997; 465). Se desarrolla entonces un tipo de individualismo, esta vez de masas, que aparece como una metamorfosis del individualismo que prosperó en la sociedad industrial. Un individualismo por falta de marcos y no por exceso de intereses subjetivos, conformando una forma de “individualismo negativo” (Castel: 1997). El sujeto está individualizado y expuesto por la falta de vínculos, de sostenes relacionados con el trabajo, de la transmisión familiar y de la posibilidad de construirse a futuro. Expresando situaciones de inseguridad y precariedad, con trayectorias de vida temblorosas para los individuos, como expresa Castel “falta de consideración, falta de seguridad, falta de bienes seguros y de vínculos estables” (Castel, 1997; 469).

Todo ello produce una transformación en la administración de lo social, donde se produce un retorno al recurso del “contrato” y al tratamiento localizado de los problemas sociales. El uso del contrato significa la utilización del intercambio social de una manera cada vez más individualista. Donde se refuerza la intervención a través de una relación de proximidad entre los participantes solicitantes y afectados, diferente a las intervenciones universalistas que anteriormente eran desplegadas por ejemplo en el Estado Social. Los agentes sociales, es decir aquellos profesionales o sujetos que trabajan con la población, a través de su evaluación están encargados de juzgar la legitimidad de esos contratos, y son los que influyen en el otorgamiento o no de un beneficio o prestación. Se trata entonces de verificar si el solicitante “merece o no” una prestación cualquiera fuere.

Se refuerza entonces, la idea de la existencia de buenos y malos pobres, según las evaluaciones hechas y la especificidad de cada situación. El otorgamiento de un derecho queda subordinado a la constatación de una deficiencia o dificultad particular. El solicitante de una prestación o beneficio solo puede aportar el relato de su vida, atravesado de sus fracasos y carencias; y con ese material definir así, un contrato de

inserción. La demostración de una biografía quebrada constituye entonces, la única moneda de cambio para acceder a un derecho. Este tipo de recurso de contrato expresa la imposibilidad del Estado para manejar una sociedad cada vez más compleja y diferenciada. “La contradicción que atraviesa el proceso actual de individualización es profunda. Amenaza a la sociedad con una fragmentación que la haría ingobernable, o bien con una polarización entre quienes puedan asociar el individualismo y la independencia, porque su posición social está asegurada, por un lado, y por el otro quienes lleven su individualidad como una cruz, porque ella significa falta de vínculos y ausencia de protecciones” (Castel, 1997; 477).

Siguiendo lo planteado por Castel (1997), los usuarios problemáticos de drogas, en particular los de los estratos más bajos, que atraviesan dificultades para desarrollarse como sujetos activos y satisfacer sus necesidades básicas, han de tener que expresar su situación de vulnerabilidad frente a los profesionales sociales, con la finalidad de poder acceder a las políticas de empleo o de educación. La situación particular determinará, si el individuo participará en las estrategias de inserción. Sus condiciones entre ellas la física, psicológica y mental serán su “moneda” para acceder a estos mecanismos de inclusión y/o participación social.

Además, si pensamos que las políticas sociales de inserción se orientan a procurar la integración social de estos individuos que se han quedado por debajo del nivel de vida que se considera mínimo o necesario y siguiendo a varios autores como por ejemplo Castel (1995) y Espíndola (2010), las políticas de inserción social entonces, serían una forma de enfriar y no erradicar del todo las problemáticas de la sociedad, las mismas no tendrían como finalidades culminar con la desigualdad estructural, sino apaciguarla.

Castel (1997) expresa el concepto de “inserción” como fenómeno que tendría que ver con la quiebra de la relación salarial como base de integración social. Como sostiene dicho autor, las políticas de integración, que se desarrollaron en el Estado de Bienestar, estaban animadas por la búsqueda de los grandes equilibrios y la homogeneización de la sociedad. Procedían a promover el acceso de todos a la educación y a los servicios públicos, tratando de reducir las desigualdades sociales universalmente y de desarrollar y consolidar la condición salarial. En cambio, las actuales políticas de inserción social obedecen a una lógica de discriminación positiva, que se dirigen a poblaciones particulares y despliegan con ellas estrategias específicas.

La autora Espíndola (2010) hace un debate en torno a las políticas sociales, observa que las políticas sociales desarrolladas en los Estados Neoliberales vienen creando un concepto de 'exclusión social' y se van nutriendo de aparatos de distinto grado de complejidad para atender demandas específicas, de 'beneficiarios' ya no de programas universalistas sino de políticas focalizadas. 'Las "trampas de la exclusión' residen en las consecuencias que esto tiene en términos de estigmatización de los que viven de la asistencia social y de quienes se insertan en trabajos orientados por programas de inserción laboral" (Espíndola: 2010; 15). La autora argumenta que todo lo vinculado con 'políticas de inserción' termina reducido a programas funcionales de mantenimiento del status quo. "Es el costo que se paga por la renuncia de la lucha por la integración en pro de su correlato actual de inserción. Rápidamente se les otorga a las categorías que atienden dichos programas, motes y tratamientos estigmatizadores que -junto con las prácticas económicas- imposibilitan su reintegro al régimen regulado de trabajo." (2010; 16). Espíndola (2010) explica que la diferencia entre las políticas de integración y las políticas de inserción expresan la modalidad de las intervenciones estatales en un periodo de ascenso del liberalismo y de protagonismo empresarial. El Estado Neoliberal condiciona a la inserción, la cual se ha transformado más que en una etapa, la misma se ha convertido en un estado; y constituye un engaño en términos de integración social.

En definitiva, las políticas de inserción serían el reverso de los objetivos del Estado de bienestar, las cuales perseguían el pleno empleo y el mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población. Develándose así, que la orientación de las políticas sociales no buscan las fuentes estructurales del consumo de drogas, sino el abordaje inmediato y focalizado de las situaciones, donde éstas se comprenden a través de una visión naturalizada de la desigualdad, y terminan teniendo un carácter paliativo. Con la 'inserción social' en el Estado Neoliberal, se pierde la significación de una población integrada y se legitima la focalización de las políticas sociales, como por ejemplo las que se enfocan en los usuarios problemáticos de drogas.

Capítulo 4: "A modo de conclusión"

4.1 Conclusiones sobre las políticas de inserción en UPD

Como se analizó anteriormente los consumidores de drogas, traen consigo diferentes connotaciones sociales. Es una población identificada con conceptos estigmatizadores,

que los etiquetan y discriminan; y que en definitiva terminan repercutiendo en el desarrollo de sus propias vidas.

Son sujetos que encuentran entonces, discutiéndose entre la inclusión y la exclusión social, predominando en la mayoría de los casos la exclusión, al tener dificultades en el acceso de servicios, como también en el goce de derechos y obligaciones.

Por esta razón, las acciones y programas de inserción social en usuarios problemáticos de drogas, tienen como finalidad generar intervenciones encaminadas a posibilitar y facilitar que esta población acceda a los mismos derechos y deberes que tiene el resto de la ciudadanía. Estas estrategias están dirigidas tanto a los usuarios problemáticos de drogas, como aquellos que han iniciado procesos de tratamiento y también a quienes tienen dificultades y/o no han logrado acceder a los servicios del sistema de salud u otro sistema de prestación social.

Sin embargo, es importante considerar que son muy recientes estas acciones, y las mismas no prometen a toda la población consumidora de drogas el logro de sus objetivos, ya que los mismos no dejan de depender de la condición y la voluntad de cada persona y su situación particular. También son influyentes el sexo, la edad y la condición física de la persona. En muchos casos el acceso a una actividad de inserción depende de la continuidad o culminación de los tratamientos de rehabilitación y de los profesionales médicos que allí ejerzan. Además la inserción, está determinadas por condicionantes y decisiones políticas e institucionales, que determinan en “donde”, “cuando” y “quien” es insertado en alguna institución o desarrollará cierta actividad como capacitación laboral, curso, taller, etc. Otra detalle importante es que no todos los centros de rehabilitación por consumo problemático de drogas desarrollan actividades de inserción social, más allá de la clásica atención médica y psicológica que los mismos despliegan.

También hay que considerar como explica Espíndola (2010) que quienes participan de los programas de empleo, desempeñan muchas veces trabajos mal pagos, precarios, a término, y aunque cuentan con una ‘inscripción relacional’, sus vínculos interpersonales no disponen de recursos que favorezcan una integración laboral plena. Siguiendo a la autora “aunque existen fuertes vínculos con instituciones, estas no redefinen su posición en la sociedad sino que tienden a perpetuarla en relación a la dependencia y a una posición de debilidad. La situación del ‘insertado permanente’ es por tanto frágil,

enmarcada en una sujeción que no favorece su redefinición como sujeto de derechos, ni su relación con el Estado o con otras categorías sociales.” (Espíndola: 2010; 16)

4.2 Consideraciones para el Trabajo Social

Los Trabajadores Sociales, son entendidos como profesionales que promueven el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para el incremento del bienestar. Los mismos actúan en base a los principios de los Derechos Humanos y de la Justicia Social. (Federación Internacional de Trabajadores Sociales). Son profesionales que en muchas situaciones desarrollan su accionar profesional en centros de rehabilitación o junto a colectivos o sujetos enmarcados en el consumo.

El Trabajador Social que desarrolla su accionar en el campo de las drogas, a través de su ejercicio profesional intervendrá en un mundo que actualmente se encuentra fuertemente estigmatizado. En su trabajo, la relación drogas y cargas simbólicas requerirá que el mismo profesional actúe des construyendo elementos presentes en la sociedad, en los sujetos que presentan una adicción, en sus familiares, y en si mismos, que como profesionales son de todas maneras sujetos que forman parte del mismo pensamiento de la sociedad.

La idea es que se problematice las construcciones sociales presentes a fin de poder ver con mayor claridad cada situación particular o familiar, analizando las significaciones simbólicas que atraviesa el mundo de las drogas, y comprendiendo lo que implica ser un sujeto problemático de drogas o de lo que implica ser familiar de uno o más consumidores.

No ha de poder descartarse tampoco, que el consumo de drogas no sea un hecho aislado. El mismo siempre se encuentra en relación a otras problemáticas. Justificándose así, la problematización de los discursos de los sujetos intervenidos para poder comprender y re-significar una realidad que los mismos atraviesan y que por ser habitual se presentan ante ellos como “natural”.

Además hay que tener en cuenta, que muchos de los sujetos que se encuentran “estigmatizados”, han de llevar consigo un sentimiento de auto estigmatización y un estilo de vida tal, que implica un mayor esfuerzo de adaptación en determinadas

instituciones, sean las encargadas de la rehabilitación o las propuestas en las políticas de inserción. Asimismo, una de las posibles consecuencias del ser consciente que se es estigmatizado, corresponde a la disminución de la propia autoestima, aceptación, valoración personal y respeto por sí mismo. Que repercute en el carecimiento de una saludable interacción social, llevando a que los sujetos tomen actitudes de aislamiento, desconfianza, depresión, hostilidad, ansiedad, etc.

Por lo tanto, para intervenir en estas situaciones es importante trabajar en sus afectos y respeto hacia ellos mismos y hacia los demás. Destacándose entonces, la importancia de la realización de acciones a nivel individual y familiar, sean de promoción, asistencia y rehabilitación social, que favorezcan la rehabilitación por consumo y el desarrollo de conductas participativas.

Las políticas de inserción se presentan entonces, como elementos importantes a tener en cuenta para los profesionales sociales, a fin de construir estrategias que permitan promover la participación organizada de personas y grupos con el fin de mejorar su calidad de vida. La disponibilidad de espacios de inserción sean empresas, instituciones públicas, ONG's, al momento de intervenir en problemáticas como lo es el consumo de drogas, es uno de los recursos necesarios para lograr participación social.

Se plantea además, la necesidad de lograr una intervención a través de un análisis integral hacia los usuarios problemáticos de drogas, para así, comprender las capacidades, limitaciones y potencialidades de los mismos; y a través de esto promover la propia motivación de cambio, y fomentar la autonomía en relación al consumo de sustancias psicoactivas. Siguiendo este razonamiento se explica, la importancia de la participación de los sujetos en el proceso y planificación de la intervención y de su reinserción social.

Referencia Bibliográfica

Libros:

- **Aguilar Villanueva, Luis F.** (2003) "Problemas públicos y agenda de gobierno", 1º reimpresión, México: Miguel Ángel Porrúa

- **Althusser, L.** (1988). “Ideología y aparatos ideológicos del Estado”. Buenos Aires: Nueva Visión.
- **Berger, P. y Luckmann, T.** (1986): “La construcción social de la realidad” Buenos Aires: Editorial Amorrortu
- **Boivin, Rosato & Arribas** (1998) “Constructores de otredad”. Editorial Eudeba, Buenos Aires.
- **Botero, P** (2008). “Representaciones y ciencias sociales”. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- **Castel, R.** (1986) “De la peligrosidad al riesgo” en Mills, C. Wright Materiales de sociología crítica. Madrid: La Piqueta
- **Castel, R.** (1997) “La metamorfosis de la cuestión social”. Editorial Paidós. Buenos Aires
- **Castel, R.** (2004) “La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?”, Editorial Manantial, Argentina.
- **Castel, R y Haroche, C** (2003) “Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno”. Editorial Homo Sapiens. Rosario Argentina
- **Danani, C.** (2005) “Las políticas sociales en los '90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección”. Coloquio Internacional Trabajo, conflictos sociales e integración monetaria: América Latina en una perspectiva comparada. Buenos Aires.
- **Durkheim, E.** (1967) “De la División del Trabajo Social” Editorial Schapire, Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1996, 2001). “Los anormales” Curso en el Collège de France 1974-1975. Fondo de Cultura Económica. 2da. reimpresión. Bs. As.
- **Goffman, E.** (2003). “Estigma. La identidad deteriorada”. Editorial: Amorrortu, Argentina
- **Leguizamón, A. S.** (2002) “La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del Don al Capital Social y de la biopolítica a la focopolítica”. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, Vol. 8, No. 1.
- **Moscovici, S.** (1979) “El psicoanálisis, su imagen y su público”. Buenos Aires, Editorial Huemul S.A.
- **Menéndez, E.**(1998) en “El saber Médico y la Medicalización del Espacio Social” Prof. Myriam Mitjavila- Departamento de Sociología- Facultad de Ciencias Sociales
- **Pastorini, A.** (2000) “¿Quién mueve los hilos de la Política Social? Avances y desafíos de la categoría concesión-conquista.” en: Borgiani, E.; Montañó, C. La Política Social Hoy. Sao Paulo: Cortez Editora.
- **Vallejos, I** (2007) “¿Y si no estuviera dada en la naturaleza? Algunas precisiones conceptuales para pensar la ideología de la normalidad y la producción social de discapacidad”. Ponencia central I Jornadas sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.

Trabajos publicados en Internet:

- **Carballeda, A.** (2007) “Alcoholismo, Puritanismo y el discurso de la Drogadicción” Revista margen Edición N° 45 Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen45/carbale.html> [Acceso 04/2016]
- **Carballeda, A.** (S.F.) “Algunos aspectos históricos y geopolíticos que hacen a la construcción discursiva del consumo problemático de drogas”. Disponible en <http://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1490/1439> [Acceso 04/2016]
- **Carballeda, A.** (S.F) “La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”. Disponible en http://portal.educacion.gov.ar/files/2013/10/adiccion_carballeda.pdf [Acceso 04/2016]
- **Gende, C.** (1999) “Deconstruyendo y construyendo definiciones sobre las drogas y la drogadicción” Capítulo VI - Portal Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales, en Ieso, L. (2008) “La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción” Revista margen Edición N° 48. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html> [Acceso 04/2016]
- **Ieso, L.** (2008) “La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción” Revista margen Edición N° 48. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html> [Acceso 04/2016]
- **Kornblit, A. Camarotti, A. y Di Leo, P.** (S.F) “Prevención del consumo problemático de drogas Modulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas. Ministerio del Interior Argentina” Disponible en: <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccion-social-de-la-problema-tica-de-las-drogas2.pdf> [Acceso 04/2016]
- **La Cabana, M. Á. y Maingón, T.** (1997) “La focalización políticas sociales ‘estructuralmente ajustadas’”: Cuadernos del Cendes, N°. 34 Disponible en lasa.international.pitt.edu/LASA97/lacabanamaingon.pdf [Acceso 05/2016]
- **Langdon, E. y Braune Wiik, F** (2010) “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300023&script=sci_arttext&tlng=es (Acceso 05/2016)
- **Pereda, C. Actis, W. y de Prada M. Á** (S.F) “Inserción Laboral de la Población Reclusa en la Comunidad de Madrid” Colectivo Ioé Disponible en <http://www.colectivoioe.org/uploads/1b996ec61fc71b354337a8dba57682c572819674.pdf> [Acceso en 05/2016]
- **Romaní, O.** (1999). “Las drogas. Sueños y Razones”. Editorial Ariel. Barcelona, Disponible en: <http://antropologia.urv.es/dafits-urv/images/web/ORIOL%20ROMANI%20Las%20drogas%20S%20y%20R.pdf> [Acceso 04/2016]
- **Rosa de Olmo** en Gende, C. “Deconstruyendo y construyendo definiciones sobre las drogas y la drogadicción” Capítulo VI en Ieso, L (2008) “La

prevención inespecífica en el campo de la drogadicción” Revista margen Edición N° 48. Disponible en

<http://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html> [Acceso 04/2016]

- **Rossi, L.** (2011) “Historia de las drogas y sus usos”. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología – UBA. Disponible en www.intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=57:historia-de-las-drogas-y-sus-usos&catid=10:vigencia&Itemid=1 [Acceso 05/2016]
- **Sescovich Rojas, S.** (S.F). “Proceso de Socialización”- Artículo de Conducta Humana. Disponible en <http://www.conductahumana.com/articulos/ciencias-del-comportamiento/proceso-de-socializacion/> [Acceso 05/2016]
- **Sirvent, M.T** (1998) “Drogadicción, disciplinamiento y dominación” en Ieso, L. (2008) “La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción” Revista margen Edición N° 48. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html#nota> [Acceso 05/2016]

Publicaciones de universidad:

- **Espíndola, F** (2010) “De los procesos de integración y desintegración social en las sociedades contemporáneas. Elementos analíticos para su consideración.” Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Disponible en http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_2_Esp%C3%ADndola.pdf [Acceso 05/2016]
- **Gutiérrez, M (S.F)** “El papel del riesgo en las políticas sociales de la última década en Uruguay” Revista Fronteras, Disponible en <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2015/07/Fronteras-Gutierrez.pdf> [Acceso 05/2016]
- **Mitjavila, M y Da Silva, C** (2004) “Globalização, modernidade e individualização social” en Revista Katálysis, Vol. 7, N° 1, Disponible en http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2926070&orden=0
- **Ortega, E y Vecinday, L** (2009) “De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social” en Fronteras No. 5, mayo, pp. 11-20. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Publicaciones/Fronteras/fronteras.pdf> y <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2015/07/Fronteras-5.pdf> [Acceso 04/2016]

Congresos, Conferencias, Cursos, Seminarios:

- Fundación Atenea (2012) “La Integración Socio Laboral en los Centros de Día de Población Drogodependiente” -Estudio elaborado por el Departamento de

Investigación, Innovación y Desarrollo de la Fundación Atenea, Disponible en:
<http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/09/EstudioProyectosIntegrSocialportada.pdf> [Acceso 05/2016]

Diccionarios:

- Real Academia Española (actualizado mayo 2016), Disponible en <http://dle.rae.es/> [Acceso 05/2016]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (actualizado mayo 2016),
- Enciclopedia Wikipedia Disponible(actualizado mayo 2016), en <http://es.wikipedia.org> [Acceso 05/2016]

Material Empírico:

Libros:

- Aspectos clínicos y terapéuticos(2005)- Dpto. de toxicología, Hospital de Clínicas y Facultad de Medicina- ONPLI- Montevideo

Autor corporativo gubernamental:

- Oficina de Gestión y Evaluación-la Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión, AGEV-OPP (actualizado diciembre 2008) Informes estratégicos de Políticas Públicas, documento n°3, La nueva institucionalidad del empleo: INEFOP en el nuevo modelo de relaciones laborales, Disponible: [http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/05_informes_estrategicos_de_politicas_publicas_\(doc3_-_inefop_3\).pdf](http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/05_informes_estrategicos_de_politicas_publicas_(doc3_-_inefop_3).pdf) [Acceso 04/2016]
- Junta Nacional De Drogas (Actualizado 2016) Disponible en <http://www.infodrogas.gub.uy/> [Acceso 05/2016]
- Junta Nacional De Drogas (JND)- Departamento de Inserción Social, disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/insercion_2011_2014.pdf [Acceso 04/2016]
- Junta Nacional De Drogas (JND): Las políticas de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=24&Itemid=49 [Acceso 04/2016]
- Junta Nacional De Drogas (2011) “Problema Drogas: Compromiso de Todos” estrategia nacional para el abordaje del problema drogas periodo 2011-2015 , Disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/html/estrategia/20110623_Estrategia_Naciona_%20Problema_Drogas_2011_2015.pdf [Acceso 04/2016]
- Instituto Nacional De La Juventud (INJU)- (actualizado 2015) Plan de Acción de Juventudes 2015 - 2025 Estudios. Disponible en

http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/26838/1/ref-inju_estudios.pdf [Acceso 04/2016]

- Olesker (2011) “La Reforma Social del Gobierno” en La Reforma Social- Hacia una nueva matriz de protección social del Uruguay. Ministerio De Desarrollo Social (MIDES): (actualizado 2011) Disponible en http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22973/1/reforma_social.pdf [Acceso 04/2016]