

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Retratados: trayectorias, percepciones y
experiencias de personas usuarias de centros
de atención en drogas

Nahia Victoria Mauri Gómez
Tutora: María Julia Acosta

2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	6
Pertinencia sociológica	6
Pertinencia social	8
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
ANTECEDENTES	11
Aproximaciones cuantitativas	12
Aproximaciones cualitativas	15
MARCO TEÓRICO	17
IDENTIDAD	18
Reconocimiento	18
Círculos sociales	19
Grupos de referencia	20
Etiquetado	21
Género	22
INSTITUCIONES	22
IMAGINARIO SOCIAL	24
Imaginario social hegemónico	24
OBJETIVOS	26
OBJETIVO GENERAL	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
METODOLOGÍA	27
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
MUESTRA Y UNIDADES DE ANÁLISIS	28
ANÁLISIS	30
TRAYECTORIAS DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE ATENCIÓN	30
Carreras morales y uso de drogas recreativas	30
Trayectorias generizadas y estratificadas	32
Identidades, reconocimiento y estigma	34
PROCESOS DE ABORDAJE AL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS	36
Modelo profesionalizado	37
Las clínicas	37
Rupturas en el modelo clínico dominante	39
Modelo alternativo	40
Las comunidades	40

Los grupos de pares	42
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA TEMÁTICA «DROGAS»	44
Imaginarios colectivos en disputa	44
REFLEXIONES FINALES	48
ANEXOS	53
ANEXO I: CUADROS	53
ANEXO II: FIGURAS	56
ANEXO III: TABLAS	58
ANEXO IV: FICHAS	60
GLOSARIO	63
SIGLAS	63
BIBLIOGRAFÍA	64

INTRODUCCIÓN

El uso de drogas se trata de una constante presente en las más diversas culturas y momentos históricos de la humanidad (Escohotado, 1989). En sus consumos confluyen factores y procesos de tipo social que ameritan un abordaje desde las Ciencias Sociales.

Las personas con un uso problemático de drogas desarrollan sus carreras morales (Goffman, 1963) en el marco de determinadas estructuras vinculares y experiencias sociales que condicionan la evolución de sus trayectorias de vida. Existen múltiples abordajes hacia sus situaciones: en el plano institucional conviven una pluralidad de organizaciones dedicadas total o parcialmente a este tipo de intervenciones, cuyas propuestas ideológicas y metodológicas abarcan desde la definición del consumo problemático como un «mal» de indole moral que debe ser subsanado a través de la creencia religiosa, hasta la concepción de una situación coyuntural pasible de ser mejorada mediante procedimientos vinculados a la ciencia positiva.

Las diversas y contradictorias formas en que son representados socialmente los fenómenos asociados a las drogas, demuestran una disputa política que emerge en torno a las sustancias psicoactivas, hacia su consumo y también respecto a los modelos de atención. Esto se expresa en los discursos de usuarios, familias y referentes institucionales, lo que remite a la manera en que los imaginarios colectivos codifican a «las drogas» y a las personas que practican un uso recreativo de las mismas. A su vez, lo planteado se relaciona con preocupaciones centrales para la Sociología: relaciones y estructuras de poder, procesos de salud y enfermedad, campos simbólicos de disputa de sentidos, instituciones, interacciones sociales, construcciones identitarias, entre muchas otras.

La presente investigación aborda, en su primer apartado, una presentación del problema de investigación, justificando su preponderancia científica y social. Además, se incluye una síntesis del estado del arte en Uruguay, recabando algunos antecedentes empíricos sobre la temática que contribuyen a contextualizar la situación social de las personas usuarias de centros de atención en drogas. Dentro del apartado analítico se incluye,

en primer lugar, una aproximación a las trayectorias de vida de personas que se acercaron a centros de atención en drogas. Allí se enfatiza el proceso de construcción de sus identidades y carreras morales, poniendo en diálogo dicho fenómeno con sus redes vinculares, identidades de género, estrato socioeconómico y las experiencias de degradación de estatus. En una segunda sección, se estudian diversas instituciones y métodos de atención, con el objeto de elaborar una tipificación sociológica de sus modelos de intervención. En el tercer capítulo, se consideran las representaciones sociales presentes en los discursos recabados, estableciendo las asociaciones y conflictos con los imaginarios sociales respecto a la temática «drogas». En el último apartado, a modo de conclusiones, se busca articular el conocimiento empírico ante las diferentes esferas abarcadas en la investigación (trayectorias de vida, instituciones e imaginarios sociales), promoviendo algunas reflexiones sobre la temática.

FUNDAMENTACIÓN

Pertinencia sociológica

Las interpretaciones realizadas desde la academia sobre el uso recreativo de «drogas» y los procesos asociados a éste (desde los fenómenos que involucran a los contextos sociales de las personas hasta el consumo considerado problemático), a pesar de abarcar entidades nítidamente sociales (o, por lo menos, pasibles de ser concebidas desde lo social como un componente más entre varios otros) se encuentran hegemonizadas por discursos asociados a las tradicionales «Ciencias de la Salud». Este es el caso particularmente de las disciplinas biomédicas y psicológicas, que construyen el fenómeno desde las dimensiones orgánicas y psíquicas, y dejan así poco espacio a la comprensión de sus caracteres ineludiblemente sociales.

En ese sentido, desde la Sociología existe un deber de estudios empíricos respecto a la situación de las personas usuarias de centros de atención en drogas, siendo ellas una población clave en términos cualitativos, y con potencialidad para aportar discursos capaces de ser interpretados críticamente por las Ciencias Sociales. Con ello, se apunta a complejizar las miradas académicas sobre la temática «drogas y salud», incorporando nuevas categorías al

análisis y aportando a los necesarios intercambios intra, inter y transdisciplinarios que brinden una mirada de carácter integral. Generar nuevos conocimientos para impulsar el diálogo entre las múltiples, autónomas, irreductibles e interdependientes dimensiones (Parsons, 1951) del consumo problemático de drogas y sus formas de atención, es uno de los propósitos que guían a la presente investigación.

Tradicionalmente la rama de la Sociología focalizada en la salud tendió a priorizar el estudio de las profesiones médicas (en una suerte de autorreferencialidad científica y desacreditación de otros tipos de prácticas sociales relacionadas a la esfera de la salud)¹, por sobre la situación social de las personas usuarias de servicios de atención, de sus familias e incluso invisibilizando diversas labores vinculadas al ámbito médico como *«otros grupos de profesionales, semiprofesionales, y no profesionales que se dedican al trabajo médico o médicamente orientado»* (Fox, 1985 en Nunes, p. 84), actores que no pueden ser dejados de lado si se busca construir un conocimiento sociológico transversal respecto al campo de la salud. Este fenómeno se potencia aún más si observamos los escasos antecedentes en el estudio de las personas usuarias de centros de atención en drogas en Uruguay, generalmente invisibilizadas en la literatura sobre las prácticas de atención en salud o siendo descritas desde la óptica de actores externos.

Por otro lado, se encuentra también el nivel institucional de la atención al consumo problemático de drogas. Como en cualquier otra esfera de la vida humana en sociedad, el cotidiano de las personas usuarias de los centros de atención se ve regulado mediante todo tipo de instituciones, cumpliendo los establecimientos un papel central como agentes de socialización de los sujetos (y como gestores de la atención a su problemática). Es por ello que estudiar los abordajes de dichas organizaciones, que pueden incluso llegar a ocupar la totalidad de la vida cotidiana de las personas durante prolongados lapsos de tiempo, resulta clave para comprender la situación social de los usuarios. Si se entiende que además, los propios usuarios tendrán un rol activo en el proceso mismo de construcción de las pautas de interacción en las instituciones, entonces el estudio de sus percepciones se vuelve un nodo

¹ Este área de la disciplina es conocida como «Sociología de la salud» o «Sociología médica». La última denominación resulta indicativa del fenómeno antes mencionado.

analítico de preponderancia (especialmente cuando dichas apreciaciones marcarán el relacionamiento de las personas usuarias con el centro de atención). Es así que emerge la importancia de un abordaje sociológico que rescate la complejidad de dicho fenómeno, junto a un análisis de los discursos a los que esas instituciones dan lugar.

A su vez, se identifica un vacío de estudios que analicen el posible vínculo entre la perspectiva ideológica y metodológica del centro, los tipos de intervención a los que dan lugar y las percepciones y experiencias de las personas usuarias de dichos servicios, siendo que, mayoritariamente, las investigaciones se focalizan en los dispositivos públicos de la Renadro, la descripción de los recursos existentes, o en las trayectorias de vida y de consumo de las personas usuarias. Dichas investigaciones no incluyen el modelo de atención como categoría que puede presentar diferencias en el análisis de las instituciones, ni tampoco las relaciones, discursos y prácticas que se establecen en su marco, agregando esta especificidad como un simple atributo a mencionar de los centros, pero sin ahondar en fenómenos que podrían resultar decisivos para el tipo de atención recibida por las personas usuarias.

Pertinencia social

Siendo que el derecho al goce de atención sanitaria de calidad desde un abordaje de carácter integral se trata de uno de los derechos humanos fundamentales, estudiar las percepciones de los usuarios de centros de atención en drogas resulta clave a la hora de echar luz sobre los procesos de tratamiento en una población vulnerable, estigmatizada y escasamente visibilizada en las investigaciones sobre la temática «drogas y salud», particularmente cuando se trata de analizar desde su propia óptica las experiencias vividas en dichos centros. Hoy en día gran parte de las prestaciones de salud se organizan a partir de las consideraciones de las instituciones, olvidando las percepciones que los usuarios tienen de su situación y necesidades, e instaurando así como única óptica «verdadera» la apreciación impuesta por el personal del centro de atención (León y Herrera: 2008; OMS: 2008), en un ejercicio de violencia institucional y simbólica (Bourdieu, 1987). Al tornarse inaudibles las demandas de las personas usuarias, los servicios de atención pierden un componente esencial

de la atención médica (OMS: 2008), un factor que se busca rescatar mediante el presente estudio enfatizando los determinantes sociales en los procesos de salud.

Por otro lado, en un contexto social y político en el cual se ha renovado el interés por la cuestión de las drogas con la instalación en la agenda pública de varios debates relativos a las mismas, sumado a diversos cambios en el ordenamiento jurídico como lo son la Ley de la Marihuana y sus derivados, el debate de la Ley de Salud Mental² o el proyecto de Ley sobre «Consumo Abusivo de Drogas»³, tanto como las transformaciones en los paradigmas de abordaje desde los sistemas político y sanitario; así como la emergencia de nuevos discursos y acciones en el plano nacional e internacional⁴, brindan pertinencia al estudio de la temática. A su vez, se trata de un aporte de potencial relevancia para decisores en políticas públicas dado que las percepciones, actitudes y representaciones de las personas usuarias de los servicios de atención se encuentran poco exploradas desde un enfoque sociológico.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se propone realizar un aporte crítico sobre la visión hegemónica en torno a la conceptualización del consumo problemático, así como hacia el ejercicio del poder

² Que presentaría un cambio de enfoque en la materia (altamente vinculada a la atención en drogas, particularmente en el sistema de salud uruguayo), modificando la arcaica «Ley del Psicópata».

³ El proyecto fue ingresado en 2017 ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. El mismo otorgaba a médicos y al «representante» de la persona amplias potestades para definir sobre el estado de capacidad psíquica y las derivaciones respectivas. Si bien contó con el apoyo de una delegación de madres de consumidores problemáticos, fue desestimado por asociaciones referentes del ámbito médico (Parlamento, 2017).

⁴ Durante 2016 se llevó a cabo una «Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas» donde el Estado uruguayo lideró una posición contraria al paradigma prohibicionista en materia de uso recreativo de drogas, cuestionándolo como *«insuficiente, confuso, contradictorio, cuando no perjudicial»* y rescatando *«las medidas para reducir el daño en los consumidores, el acceso a medicamentos, la atención de las causas y consecuencias sociales del problema de las drogas»* (JND: 2016).

médico, que si bien han sido tematizados desde la academia y la prensa⁵, aún cuentan con escasos abordajes a nivel empírico que profundicen el conocimiento del fenómeno. A su vez, se pretenden problematizar las distintas formas en las que se ha entendido dicho consumo desde actores que participan activamente en la construcción de este imaginario social. Se trata por ello de un estudio que pretende colaborar en la problematización de las creencias y prácticas partiendo desde cómo son entendidas reflexivamente por las personas usuarias de drogas (Giddens, 1984).

Si «a las instituciones además de vivirlas, las padecemos, las transitamos, las aceptamos o criticamos» (Kaminsky, 1994: 29), entonces realizar una aproximación a las percepciones y experiencias de las personas usuarias de centros de atención en drogas es una tarea fundamental para acceder a una comprensión sobre estas instituciones, donde el centro no esté puesto en los grupos que proveen los servicios, sino en «hacer hablar» (y escuchar) a quienes la atención está dirigida. Si bien el habla será parcial y relativa, dado que la investigación se enfoca en uno de los grupos que dan vida a la institución –las personas usuarias–, resulta clave para acercarse a la realidad de este tipo de organizaciones y hacer un registro de las similitudes entre ellas, así como también de las singularidades que se pueden desprender de los discursos de los usuarios. Cabe resaltar que tanto los relatos del grupo conformado por las personas usuarias, como el de cualquier otro grupo humano, se encuentra histórica y socialmente situado. En la presente investigación no sólo se considera que el habla de las personas usuarias es tan válida como cualquier otra, sino que además es importante visibilizarla para romper con los «efectos perversos» de que sus experiencias y percepciones sean analizadas a través de la óptica mediatizante de otros actores sociales con mayor prestigio y poder simbólico, como en el caso de autoridades, referentes institucionales, profesionales de la salud, entre otros (Bourdieu, 1987).

⁵ «La medicalización de la sociedad» (Portillo & Nebot: 1993) resultado de un ciclo de ponencias interdisciplinarias sobre la temática, la investigación «La sujeción de los cuerpos dóciles» (Míguez: 2009) o el informe periodístico «La ruta de las canicas» (Acosta: 2014), son algunas publicaciones que dan cuenta del binomio medicina y poder en Uruguay.

A su vez, dado que las personas usuarias de servicios de atención en drogas son característicamente una población vulnerable por su propia situación de consumo problemático, y que dicho factor suele interactuar con otras variables que potencian los fenómenos de exclusión y desigualdad social (FHCE y OUD, 2014), resulta preponderante volver audibles sus percepciones respecto a los servicios de atención, dado que «la voz» es uno de los mecanismos clave para el mejoramiento de las organizaciones (Hirschman, 1977).

De esta forma se aspira a seguir la propuesta de Mills (1959) de gestar una visión sociológica capaz de realizar una lectura de los fenómenos que se presentan a los sujetos como inquietudes individuales y privadas, para reinterpretarlos en clave de problemáticas sociales y públicas, a partir de un análisis contextualizado en la estructura sociohistórica que genera su emergencia. Por ello, se pretende observar los entrelazamientos sociológicos entre las experiencias y creencias individuales, y el marco político en que se producen.

El presente estudio busca aproximarse a la situación social de las personas que transitan por los centros de atención en drogas. Para ello, se pretenden comprender las trayectorias, experiencias y percepciones respecto a sus recorridos de vida, los vínculos con las instituciones de atención y las visiones que mantienen respecto a la temática «drogas». En ese sentido, se indaga en sus trayectorias de vida a partir de las carreras morales, las construcciones identitarias y las estructuras vinculares que marcarán el desarrollo de las mismas.

Por otro lado, se buscan analizar las semejanzas y divergencias entre los abordajes a personas con consumo problemático de drogas, realizados a través de diversas modalidades institucionales, y observados desde la óptica de las propias personas usuarias. Así, el estudio pretende caracterizar la diversidad de concepciones socioculturales, de modelos de intervención y de procesos de socialización a los que dan lugar estos centros.

En último lugar, se pretende dar cuenta de algunas representaciones colectivas presentes en los discursos de los usuarios sobre la temática de «las drogas», incluyendo las creencias culturales sobre las causas y motivaciones de su uso, el papel de las instituciones de abordaje, los efectos inmediatos, y las consecuencias a largo plazo.

ANTECEDENTES

Se encuentran escasos antecedentes que aborden la temática de la situación social de las personas usuarias de los servicios de atención en drogas. Si bien existen estudios a nivel cuantitativo que dan cuenta de análisis de tipo exploratorios y descriptivos sobre las instituciones de atención, en el plano cualitativo nuestro país cuenta con investigaciones sobre la situación de algunas subpoblaciones específicas que hacen uso de drogas recreativas (especialmente de personas consumidoras de cocaína y sus derivados).

Aproximaciones cuantitativas

Respecto a los relevamientos estadísticos, es posible encontrar algunas variables de interés para el presente estudio. Siguiendo la Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (OUD, 2016), en materia de desigualdades de género cabe destacar que la proporción en el uso de drogas declarado es, para prácticamente todas las sustancias, mayor en los varones que en las mujeres⁶, siendo ellos quienes solicitan más atención en los centros (62% del total). No obstante, las mujeres se encuentran subrepresentadas si se considera su demanda inicial hacia las instituciones: en los establecimientos de atención aumenta a un 82% la participación de los varones.

En una gran proporción las personas se acercaron a más de un centro, y los principales dispositivos donde se solicitó atención fueron: prestadores privados de salud, consultorios y clínicas psiquiátricas (70%), Renadro y otros dispositivos públicos (41%), comunidades y centros de tratamiento privados (20%), espacios de cesación tabáquica (12%), AA y NA (12%), instituciones religiosas (8%), y otros tipos de tratamiento como la homeopatía, la hipnosis o consultas web (12%). El perfil mayoritario de quienes solicitan atención se caracteriza por una población masculinizada, urbana y adulta. Un caso particular representa el de las personas consumidoras de PBC, quienes suelen recibir atención en centros estatales o

⁶ La única salvedad para este hecho social (Durkheim, 1895) es el caso de los psicofármacos, donde las mujeres duplican en el uso de tranquilizantes sin indicación médica (OUD, 2016).

no profesionalizados, disparándose su participación en la Renadro y dispositivos públicos (45%) y, especialmente, en instituciones de tipo religioso (41%), donde la proporción se vuelve cinco veces mayor que en el promedio general. Este hecho es comprensible dada la alta vulnerabilidad social de esta población en particular, profusamente abordada por la literatura (FHCE y JND, 2014; JND, 2013; OUD, 2006; 2007).

Tabla 1. Tipos de instituciones donde las personas con uso problemático de PBC demandaron tratamiento alguna vez en la vida (Uruguay)

Tipos de centro	Frecuencia relativa (en porcentaje)
Iglesias	68,8%
Portal Amarillo	51,3%
Hospitales / centros de salud mental	34,4%
AA / NA	27,8%
Clinicas psiquiátricas particulares / Centros de tratamiento particulares	22,8%
Policlínicas barriales	18,4%
Comunidades terapéuticas	12,4%
Adicciones INAU	11,2%
IAMC	7,4%
Otros	12,9%

Extraído de «Fisuras: dos estudios sobre PBC en el Uruguay» (FHCE y JND, 2014: 38).

Cabe resaltar también que del total de personas consumidoras problemáticas de PBC, un 43% solicitó atención en algún momento de su vida, y del 57% que no lo hizo, se cuentan como motivos: que no sienten haberlo necesitado o que pueden gestionar adecuadamente su consumo (46,9%), por falta de voluntad propia (9,5%), que desconocen los mecanismos de acercamiento o los recursos existentes (8,1%), porque no desean ir (6,7%), por falta de apoyo familiar (4,3%), que no recibió atención por alguna causa relacionada a la inaccesibilidad (2,9%), porque creen que no pueden dejar de consumir (2,9%), por vergüenza o miedo

(2,4%), por ser responsables de cuidados o de provisión de ingresos para el hogar (2,4%) (FHCE y JND, 2014).

Respecto a la oferta de atención, existen datos cuantitativos que caracterizan a los centros. Según una sistematización realizada en conjunto por la CICAD y la JND (2015) prácticamente la mitad de las instituciones ofrecen un régimen de atención ambulatorio o residencial (46,8%), mientras que un 35,1% brindan exclusivamente una intervención ambulatoria y un 7,4% sólo residencial. Si se desagrega la oferta existente según tipos y cantidad de instituciones, se estima que los centros privados cubren la mayor parte de las propuestas de atención, seguidos por los dispositivos públicos⁷. No obstante, el diagnóstico cambia si se consideran las puertas de acceso desplegadas en el territorio, dimensión central para establecer la accesibilidad de dichas instituciones. Se estima que existen casi 400⁸ puntos de acceso en todo el territorio nacional (que responden a 94 instituciones), concentrándose su distribución hacia el Sur del país, particularmente en Montevideo y su área metropolitana. Dentro de la capital, también existe una distribución despareja, donde se invierte la relación entre cantidad de personas con uso problemático de drogas (que viven en mayor proporción en zonas de más vulnerabilidad social) y los puntos de acceso a la red de protección frente al consumo problemático (ubicadas mayoritariamente en los barrios céntricos de mayor poder adquisitivo)⁹.

En relación a los objetivos finales de los abordajes, una amplia mayoría de las instituciones se orienta a lograr una abstinencia absoluta del uso de drogas (72%), mientras que en una menor proporción se pretende mitigar las consecuencias del uso problemático (31%), luego disminuir el consumo problemático (29%) y, por último, modificar las causas del consumo problemático (24%)¹⁰ (ib.).

Sobre los motivos de egreso, excluyendo a los dispositivos que no buscan una finalización del abordaje (como en el caso de las instituciones religiosas, los grupos de AA y

⁷ Ver Anexo III, tabla 2.

⁸ Ver Anexo II, figura 1. El dato no incluye a las unidades de tabaquismo.

⁹ Ver Anexo II, figura 2.

¹⁰ Las respuestas no eran mutuamente excluyentes, por lo que la frecuencia total supera al 100%.

NA, o en centros con modalidades de atención acotadas a intervenciones puntuales), se estima que entre los años 2012 y 2014 únicamente un 42% de los egresos se realizaron con el alta terapéutica, seguido por la deserción (32%), la derivación a otros centros (18%) y la expulsión (2%) (ib.)¹¹.

En cuanto a indicadores cuantitativos sobre el impacto de los tratamientos, se observa un vacío de información sobre el tema, ya que el país no cuenta con registros de satisfacción hacia los abordajes (OEA, 2016 en González, 2016). No obstante, para el caso de las personas consumidoras problemáticas de PBC se detecta una:

«Alta rotación por las instituciones; los usuarios pasaron en promedio por casi tres instituciones en su trayectoria de intentar controlar o detener el consumo (con el que todavía continúan), lo cual interpela de algún modo a la efectividad de la oferta de asistencia» (FHCE y JND, 2014: 37).

A partir de los estudios estadísticos mencionados, es posible concluir que los factores sociales impactan en los patrones de consumo (que varían presentando una concentración de consumidores de determinadas sustancias según el estrato social), y también en las categorías poblacionales captadas por los centros de atención: mientras en los prestadores públicos es mayor la proporción de consumidores problemáticos de PBC (72%), en los privados tienen una mayor presencia comparada las personas consumidoras de alcohol, cocaína y marihuana (ib.). Las diferencias se repiten en materia de identidad de género y generaciones, detectándose hasta el momento un vacío de información cuantitativa respecto a otras variables como la étnico-racial o la migratoria, entre otras categorías que suelen marcar diferencias sociológicas sustantivas tanto en comportamientos como en desigualdades estructurales.

¹¹ Las estimaciones corresponden a una muestra de 30 centros que contaban con un registro de egresos y accedieron a brindar la información. Como se mencionaba, fueron excluidas las instituciones con estrategias de intervención que no adoptan un criterio de alta médica (una importante proporción del total).

Aproximaciones cualitativas

En materia de estudios cualitativos pueden encontrarse aportes a nivel nacional sobre la situación social de las personas con uso problemático de drogas. Uno de ellos es la etnografía incluida dentro del estudio «Fisuras: dos estudios sobre PBC en el Uruguay» (FHCE y JND, 2014). Entre las conclusiones a destacar, se encuentra la precariedad de las trayectorias de vida de las personas con un uso problemático de las cocaínas fumables (particularmente PBC), las diferencias generacionales en las prácticas de consumo, la desarticulación de las redes vinculares y de apoyo, el riesgo de captura por parte de instituciones asociadas a lo punitivo o lo sanitario, y la situación de calle.

Respecto a las desigualdades de género, según un estudio focalizado en Portal Amarillo, el principal centro público de abordaje, se encuentran dificultades a la hora de incorporar una perspectiva equitativa en los proyectos de inserción, dimensión identificada como central a la hora de integrar el componente social a las intervenciones (González, 2016). En ese sentido, se remarca la perspectiva androcéntrica de la atención que no incorpora las necesidades y problemáticas específicas de las mujeres (sobre quienes recae con mayor fuerza el estigma, diversos tipos de violencia machista, y los roles de cuidados a nivel familiar).

Según Olivera y Sempol (2012), durante décadas se produjo una invisibilización de la temática de género en las investigaciones especializadas, dado el protagonismo masculino en el uso de drogas de tipo ilegal y algunos fenómenos conexos de anomia social (por ejemplo, los delitos, la violencia y los siniestros), así como en la demanda profundamente masculinizada que recibían los servicios de atención. Siguiendo a los autores, tras la irrupción de los estudios de género en el campo de las drogas, comenzaron a conocerse las prácticas sociales, los efectos de los estereotipos a la hora de solicitar apoyo y las barreras para acceder a los centros de atención.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico del presente estudio se articula en torno al paradigma sociológico hermenéutico, utilizando principalmente conceptualizaciones del interaccionismo simbólico, de la fenomenología y la etnometodología. No obstante, se apelará también en los casos donde se considere pertinente a conceptos de otras perspectivas teóricas como la escuela crítica y el estructural funcionalismo, los cuales serán utilizados haciendo énfasis en sus vínculos con la comprensión de la acción social.

Para aproximarse a las trayectorias de vida, se utiliza como categoría analítica el concepto de identidad, en tanto que opera como el principal articulador de la experiencia de vida de cualquier actor social individual. En ese sentido, se pone en diálogo dicho concepto con los de carreras morales, reconocimiento intersubjetivo y etiquetado, en tanto que fenómenos conexos a los procesos de construcción identitaria, particularmente en el caso de poblaciones socialmente vulneradas como lo son las personas usuarias de drogas. A su vez, se recurre a la teoría de los círculos sociales y de los grupos de referencia, con el fin de echar luz sobre las estructuras vinculares de los usuarios como espacios productores de subjetividad. También se incluye la perspectiva de género como herramienta analítica para comprender los recorridos identitarios de manera integral.

Por otro lado, con el fin de enmarcar los abordajes hacia las personas usuarias y el relacionamiento de las mismas con las intervenciones, se procura establecer un concepto base de institución. En dicha línea teórica, se propone la categoría de imaginarios sociales alternativos y hegemónicos, para el análisis de las representaciones sociales sobre la temática drogas.

IDENTIDAD

La identidad es una categoría analítica preponderante para comprender las autopercepciones del yo de las personas usuarias de drogas, y se encuentra inseparablemente vinculada al desarrollo de las carreras morales de los sujetos, las cuales permiten interpretar el vínculo de las personas con el uso de drogas recreativas, sus relacionamientos con las instituciones de atención y la evolución de sus estructuras vinculares. A su vez, es en las identidades donde se ponen en juego los efectos degradantes y de menosprecio que pueden alterar la autoimagen del «mí» de las personas (Honneth, 1992; Mead, 1925) con un uso problemático de drogas, y también donde pueden intervenir diversos actores sociales (familias, amistades, entre otros) y las organizaciones que buscan producir modificaciones en sus trayectorias de vida.

El presente estudio parte de una concepción de las identidades no esencialista ni atributiva, sino como entes de carácter relacional. Desde esta perspectiva se las define como objeto de un proceso de construcción social, siendo el resultado dinámico de un conjunto de interacciones desplegadas en el mundo de la vida cotidiana de una persona (Honneth, 1992; Mead, 1925). Por ello, se las percibe también como producto de luchas culturales que estructuran posiciones de poder y crean dispositivos de subjetivación. De esta forma se jerarquiza el papel del proceso socializador en la elaboración de la identidad, a través de las relaciones establecidas con diversos agentes (personas, grupos sociales e instituciones) que confirman o niegan dicha identidad (Goffman, 1963).

Reconocimiento

Según la teoría del reconocimiento recíproco, se distinguen tres formas de interacción en la vida social de los sujetos: la dedicación afectiva, compuesta por las relaciones primarias

del amor o la amistad; el derecho, integrado por las relaciones jurídicas; y la adhesión solidaria, vinculada a las relaciones secundarias, particularmente en el mundo del trabajo (Honneth, 1992)¹². Si se considera que dichas esferas del «reconocimiento recíproco» son un pilar del proceso de construcción identitaria de los sujetos (ib.), entonces se comprenderán ciertos aspectos de la construcción de sus carreras morales (Goffman, 1963). Las experiencias de menosprecio (o de reconocimiento negativo) tendrán un impacto en la «autorrelación práctica» de las personas, es decir, en sus formas de entenderse a sí mismas (Honneth, 1992). Esto debido a que el desarrollo del «mí» de los sujetos se deriva de sus interacciones sociales con «los otros», quienes participan del proceso de construcción identitaria de la persona corroborando o denegando intersubjetivamente sus atributos como individuo (ib.):

«Como la imagen normativa de sí de cualquier hombre, de su “mí”, como había dicho Mead, está destinada a la posibilidad de una permanente referencia a su confirmación en otro, con la experiencia del “menosprecio” aparece el peligro de una lesión, que puede sacudir la identidad de la persona en su totalidad» (ib: 160).

Es por ello que el análisis del reconocimiento intersubjetivo resulta primordial al momento de profundizar en las experiencias sociales de los sujetos y la conformación de su identidad. Esta situación se vuelve aún más trascendente para el caso de personas usuarias de drogas, quienes conviven con el peso de diversos mecanismos de estigmatización.

Círculos sociales

Un componente central en el desarrollo de las carreras morales y las construcciones identitarias (Goffman, 1963) de cualquier persona son sus círculos sociales (Simmel, 1908). Según esta teoría, la singularidad de la identidad personal es resultado directo de la cantidad de círculos de pertenencia: *«los grupos a que pertenece el individuo forman como un sistema de coordenadas, de tal manera que cada nuevo grupo determina al individuo de un modo más exacto e inequívoco» (ib: 436).*

¹² Ver Anexo I, cuadro 1.

Una distinción central de esta teoría es la que se produce entre los círculos concéntricos, donde la misma pertenencia a uno conlleva necesariamente la participación en otro (por ejemplo, formar parte de la ciudad de Montevideo implica también integrar el Uruguay), y los de tipo contiguo, cuyo cruce depende de circunstancias arbitrarias o por elección personal. La pertenencia a una pluralidad de círculos contiguos, permitirá también transitar por diversas experiencias sociales, dado que las posiciones ocupadas por la persona en uno y otro círculo tenderán a ser divergentes. En ese sentido, la teoría sobre el cruce de los círculos sociales aporta insumos para el análisis de las diversas dinámicas institucionales que pueden afrontar las personas usuarias y su impacto en las estructuras vinculares y la identidad de las mismas (ib.).

Las trayectorias de vida de las personas estarán marcadas por el tránsito desde el círculo primario de asociación familiar hacia la participación en nuevos círculos de adscripción (por lo general, voluntaria). Allí podrán emerger diversos esquemas de referencias y de valoraciones morales, los cuales podrán entrar en conflicto con los antiguos parámetros de evaluación (ib.). Los círculos sociales se vuelven una categoría interpretativa fundamental para comprender integralmente el desarrollo de las trayectorias de vida y la construcción identitaria de las personas usuarias de centros de atención en drogas, quienes se vinculan a diversos grupos que pueden ejercer un papel determinante (familias, pares, instituciones de abordaje, entre otros).

Grupos de referencia

Las interacciones de las personas no se producen en círculos sociales con el mismo poder simbólico de definición sobre el individuo. Según la teoría de la conducta referida a grupos de pertenencia, algunos de ellos estructurarán con más fuerza las orientaciones del actor. A su vez, mientras algunos círculos implicarán relaciones estables y de pertenencia («asociación real» en términos de Merton), otros serán de una participación más débil y fluctuante, llegando a haberlos también grupos que funcionan sin una interacción retroalimentada «de ida y vuelta», donde no existe ningún tipo de pertenencia.

En su modelización, la teoría plantea una estructura tripartita de sistemas de orientación, encontrándose por un lado, los puntos de referencia que se ubican en los propios grupos de pertenencia del sujeto. La segunda forma de comparación podría ser respecto a individuos o grupos de la misma posición o categoría social. Y la tercera posibilidad, quienes utilizan como parámetro de comparación a sujetos o círculos sociales de una posición o categoría social diferente a la propia. Además, estas formas pueden clasificarse paralelamente como comparaciones intra-grupales o de tipo extra-grupal¹³.

Cabe destacar que las valoraciones finales sobre un objeto de orientación determinado (en este caso, el uso de drogas y fenómenos adyacentes), pueden implicar el uso de estructuras de referencia diferentes según el caso. Esto debido a la existencia de múltiples grupos de referencia en función de los cuales puede hacer sus valoraciones un individuo (ib.)¹⁴.

Etiquetado

Según la sociedad, las instituciones y los grupos sociales de que se trate, sumado al contexto temporal, una misma conducta, idea u objeto puede ser concebido de diversas maneras. Esta contingencia cultural e histórica brinda sustento a la teoría interaccionista de la desviación (también denominada como teoría del etiquetado), la cual propone que es la sociedad la que impone los parámetros de lo que es una práctica legítima y las categorías de «desviación» y «desviado». Esto implica que dichas construcciones de sentido son siempre referidas a la concepción que mantiene un determinado grupo o contexto social.

Al contrario de la creencia del sentido común y los supuestos implícitos de algunas perspectivas teóricas (por ejemplo los abordajes biologicistas o psicologistas), *«la premisa de que existe algo inherente a la desviación en el acto de transgresión de las reglas sociales; de que las infracciones a las normas responden a alguna característica de la persona que las comete»* (Sancho, 2014: 67) no es adoptada por este paradigma. En ese sentido, las conductas

¹³ Para ello se utiliza como criterio de diferenciación *«la presencia de relaciones sociales constantes entre el individuo y los tomados como base de comparación»* (ib., p. 311).

¹⁴ En otras palabras, la persona A, en una situación determinada puede compararse con B, y en otra con C (ib.).

catalogadas como «desviadas» no son decodificadas como un fenómeno apromblemático, con una esencia transgresora por sí misma, ni tampoco como algo carente de historicidad o de relaciones de poder (ib.).

Esta teoría enmarcada en la corriente del interaccionismo simbólico, permite realizar una aproximación crítica a las codificaciones establecidas por los grupos sociales que lograron imponer su concepción cultural, sin tomar posición por la misma. Además, habilita la reflexión acerca de la producción simbólica y los efectos de la aplicación de los rótulos sobre las personas y sus relaciones sociales, así como también permite entender el comportamiento desviado desde su emergencia en el marco del proceso de interacción social; es decir, como una práctica aprendida (ib.).

El fenómeno del uso de drogas, su consumo problemático y los diversos abordajes y maneras de interactuar con el mismo, es entendido aquí entonces como altamente vinculado a las instituciones de control social y los procesos colectivos conexos a la construcción de la etiqueta de la desviación (es decir, a las reacciones sociales).

Género

El estudio parte de una perspectiva construccionista del género, enfoque que transversaliza el análisis de la problemática de investigación. Para ello, se parte del concepto de Butler sobre el género como una ficción política de carácter performativo, resultado de *«procesos semiótico-técnicos, lingüísticos y corporales de repetición regulada impuestos por convenciones culturales»* (en Preciado, 2008: 105). Si las identidades de género determinan las conductas y creencias de las personas, y matrizan también las lógicas institucionales de las organizaciones (como el caso de los centros de atención en drogas), se vuelven entonces una categoría analítica imprescindible para aproximarse a las trayectorias, experiencias y percepciones de las personas usuarias.

INSTITUCIONES

Un componente central para la presente investigación son los centros de atención al consumo problemático de drogas y, particularmente, su relación con la población objetivo de dichos abordajes: las personas usuarias. Si las organizaciones son espacios complejos de condensación social (Kaminsky: 1994), donde se conjugan la estructura y la acción social, el nivel macro y el microsocioal, y se fijan pautas que brindan un marco estable de referencia para las orientaciones de los sujetos, entonces su rol como agentes de socialización que establecen patrones repetitivos de conductas y creencias queda claramente definido. A su vez, si las instituciones no son concebidas como estructuras impenetrables y verticalistas, sino también como espacios amplios, heterogéneos y conflictivos (ib.), donde los sujetos aportan permanente e interactivamente a su construcción, entonces el rescate de las visiones de los propios usuarios (que desempeñan un rol activo) resulta central.

Por ello, se parte del concepto de instituciones desarrollado por el construccionismo social para analizar las formas en que el sentido de las acciones es tipificado intersubjetivamente, mediante las recurrentes prácticas y expectativas de roles por parte de los actores:

«La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores. Dicho en otra forma, toda tipificación de esa clase es una institución. Lo que hay que destacar es la reciprocidad de las tipificaciones institucionales y la tipicalidad no sólo de las acciones sino también de los actores en las instituciones. [...] Asimismo, las instituciones implican historicidad y control» (Berger y Luckmann, 1966: 74).

A su vez, al interior de los establecimientos de atención en drogas se puede distinguir un tipo específico: los centros que intervienen mediante una modalidad residencial, denominados en la literatura como «instituciones totales». Las mismas se caracterizan por su carácter absorbente hacia la personalidad de sus usuarios, operando mediante dos lógicas paralelas: el principio de regimentación, que establece la difuminación de la identidad

mediante prácticas estandarizadas y rutinarias para todo el contingente de internos; y el principio de tiranización, que implica la obediencia a una misma autoridad y la fijación de normas rígidas durante la estadía (Goffman, 1961).

IMAGINARIO SOCIAL

Otra dimensión que abarca el presente estudio son las percepciones y representaciones sociales respecto a la temática de las drogas. Es posible afirmar que las percepciones se gestan a partir de la interacción del yo con el mundo social, que rodea a la persona y le constituye como sujeto. Es mediante la inmersión de las personas en un imaginario social particular –es decir, en determinado «*sistema de interpretación del mundo*» (Castoriadis, 1988: 69) propio de su sociedad en ese momento dado– que se forman las percepciones y representaciones. La dimensión instituida de lo social radica en su carácter de «*magma de significaciones imaginarias*» (Ibáñez, 2005) que condiciona todas las creencias y pensamientos, lo que se refleja también en las acciones humanas. Poco importa, además, si estas concepciones del «mundo de las ideas» tienen un asentamiento empírico, lógico o real o si se trata de mitos (ib.). Existen culturalmente y son recursos simbólicos utilizados a la hora de definir las situaciones sociales:

«La institución de la sociedad y sus significaciones se interiorizan, se aprende el lenguaje y la categorización de las cosas, lo que es justo y lo que no, lo que se puede hacer y lo que no, lo que hay que adorar y lo que hay que odiar» (Silvera, s/f: 88 - 89).

Es desde ese momento en que los sistemas de significaciones imaginarios se ubican como un nodo analítico para la investigación, siendo que las representaciones sociales (Durkheim, 1898) de los usuarios y sus entornos (instituciones de atención, familias, grupos de pares, entre otros) se enraizarán en dichos imaginarios de la cultura.

Imaginario social hegemónico

Una de las dimensiones en que se puede analizar a los imaginarios sociales más trascendentes a la hora de generar sentidos comunes (incluyendo juicios cognitivos, emotivos y morales) en la temática «drogas» es, según Bayce (2012), el vector de las matrices culturales. Existe a nivel sociocultural un conflicto de significados en torno al tema: de un lado, la hegemonía «apolínea» gestada en las vertientes ascéticas, racionalistas, eurocéntricas e idealistas de la cultura grecorromana y judeocristiana; en el otro polo, la contrahegemonía «dionisiaca» de origen hedonista, místico, asociada a la corporalidad y lo material, estigmatizada en muchos de sus atributos *«por el polo política e ideológicamente triunfante»* (Bayce, 2012: 66) como incivilizada, pecaminosa, peligrosa, patológica e ilegítima (ib.). Siguiendo la tipología ideal establecida, puede observarse que:

«En la medida que el imaginario polar hegemónico y dominante tiene raíces morales y religiosas profundas, las reacciones a lo alternativo, y más aún a lo contrahegemónico, adquieren matices de guerra contra infieles, contra apóstatas, contra herejes, contra bárbaros, contra caballos de Troya cultural y moralmente amenazadores, contra dinamitadores de las buenas costumbres y las tradiciones identitarias. [...] Es exteriorización de algo muy profundo, creído, sentido y manifiesto» (Bayce, 2012: 73).

Es a partir de estos imaginarios sociales y, especialmente del hegemónico, que se construyen las representaciones, creencias y percepciones que tienen desde los propios usuarios de drogas hasta el personal que integra las instituciones de salud. Por ello, se trata de categorías sociológicamente relevantes para analizar el discurso de los usuarios, estableciendo la similitud entre algunas de sus producciones discursivas y la cercanía (o lejanía) de cada uno de los polos de sentido en disputa.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comprender las trayectorias, percepciones y experiencias de personas usuarias de centros de atención al consumo (problemático) de drogas que se encuentran en tratamiento durante el año 2017 en Uruguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Indagar en las «carreras morales» de las personas usuarias y sus estructuras vinculares.
- II. Analizar las percepciones de las personas usuarias respecto a su tránsito por los centros de atención en drogas y sus experiencias con los múltiples métodos de abordaje.
- III. Explorar las representaciones sociales sobre la temática «drogas» presentes en los discursos de las personas usuarias.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Atendiendo a los objetivos de la investigación se ha optado por una metodología cualitativa que habilite a comprender la complejidad de los significados presentes en los discursos de los usuarios e informantes clave. A su vez, por las dificultades propias del objeto de estudio (problemas de accesibilidad a investigadores en los centros de atención, sensibilidad de la temática e implicancias éticas detrás de su abordaje), se siguió un diseño flexible, intentando superar algunos de los obstáculos presentes durante el desarrollo del trabajo de campo, y se optó por una aplicación en dos fases: primero abarcando informantes clave, con el fin de adentrarse en la temática y testear tanto las pautas de entrevista como los protocolos de los grupos de discusión; y luego se continuó con las personas usuarias.

Para realizar un acercamiento a las percepciones de los actores se utilizaron grupos de discusión, técnica que permitió profundizar en el análisis del sentido común sobre la temática a partir de la emergencia de discursos de carácter colectivo. Su utilidad radicó especialmente en la producción respecto al tránsito por los centros de atención y sobre las creencias compartidas en materia de «drogas», ya que *«en la situación discursiva que el grupo de discusión crea, las hablas individuales tratan de acoplarse entre sí al sentido (social)»* (Canales y Peinado, 1995: 291). La técnica permitió encontrar un conjunto de sentidos legitimados socialmente, así como los puntos de consenso y disenso colectivos. Ello gracias a que durante el flujo de la conversación, se dejaron de lado las construcciones subjetivas particulares en favor del discurso inter-subjetivo (*ib.*).

Como otra herramienta para conocer las percepciones y experiencias de los usuarios, se utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad (tanto colectivas como individuales), que fueron preponderantes para ahondar en sus trayectorias de vida, complementando el material producido en los grupos de discusión. A través de la concurrencia presencial a los centros de atención se lograron aplicar observaciones

(principalmente de tipo participante) que enriquecieron el análisis sobre las metodologías de atención y las concepciones institucionales subyacentes, incorporando factores no siempre visibles a través de técnicas que construyen ambientes «artificiales» *ad hoc*. En ese sentido, las observaciones habilitan a registrar las conductas e interacciones de manera fluida en su contexto «natural» y cotidiano de emergencia, eliminando los sesgos propios del ámbito «experimental».

Por último, se emplearon también las técnicas de investigación de análisis documental para estudiar tanto la información bibliográfica y audiovisual obtenida por fuentes secundarias, como para procesar los materiales obtenidos a partir del propio trabajo de campo (folletería, registros audiovisuales, revistas, entre otros).

MUESTRA Y UNIDADES DE ANÁLISIS

En función de las características del problema de investigación y al tratarse de un estudio de enfoque netamente cualitativo, se realizó una selección de los casos siguiendo un muestreo no probabilístico de tipo teórico, estratificando su composición a partir de la selección de algunas categorías estructurales de interés y sus heterogéneas combinaciones (Mejía, 2000). El trabajo de campo se desarrolló durante el período de mayo a setiembre del año 2017 en los departamentos de Montevideo, Canelones y Cerro Largo. Se compuso de dos observaciones participantes, ocho grupos de discusión y entrevistas colectivas semiestructuradas, y nueve entrevistas individuales en profundidad de carácter semiestructurado¹⁵.

Para comprender la diversidad de discursos sobre los tratamientos de atención en drogas, se consideraron los principales factores que pueden impactar en los mismos, a partir tanto de las características de las personas como de las instituciones proveedoras: nivel socioeconómico, localización territorial, tipo de prestador (público o privado), credo del centro (laico o religioso), régimen de atención (ambulatoria, semi-residencial y residencial) y

¹⁵ Ver Anexo I, cuadros 2 y 3.

las dimensiones de género y generaciones. En ese sentido, se incorporó también la visión de informantes clave para comenzar una inmersión práctica en la temática que brindara elementos para la elaboración de las técnicas y sus pautas, así como para ampliar la comprensión del fenómeno y la contrastación de visiones entre los múltiples actores involucrados: se realizaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión con personas usuarias de centros, familiares, integrantes de organizaciones sociales, y también con autoridades y profesionales de los propios centros.

Como resultado de la combinación de las distintas categorías se llegó a un conjunto de nueve centros que presentan las características típico-ideales buscadas, caracterizándose por su profunda heterogeneidad en cuanto a formas de atención¹⁶. A partir de dicho muestreo teórico inicial, se buscaron personas usuarias que hubieran transitado por ellos, de modo que sus discursos pudieran resultar representativos de la multiplicidad de tratamientos existentes, particularmente de la muestra seleccionada. De esta forma se pretendió captar una diversidad de experiencias y discursos respecto a las trayectorias y tratamientos.

Cabe resaltar que en Uruguay la mayor parte de las personas usuarias de centros de atención en drogas suelen acceder a más de una institución de abordaje, por lo que gran parte de los discursos estarán condicionados por esa múltiple participación (habilitando, por ejemplo, a que emerjan comparaciones entre dos o más centros y reflexiones críticas por parte de los propios usuarios). En el contexto del presente estudio, dicha «contaminación» resulta más bien una potencialidad que un aspecto negativo de la composición muestral.

Por último, se destaca que la aplicación de las técnicas no fue homogénea, sino que varió en función de los centros, los regímenes de atención, las personas participantes, entre otras cuestiones puestas en consideración. El empleo de una estrategia flexible de investigación mejoró la adecuación de cada técnica y la obtención de datos según las especificidades de los contextos de estudio. Para el caso de tres instituciones, dada la negativa institucional a habilitar investigaciones con personas usuarias de sus centros –inclusive las que se encuentran trabajando en calle–, se buscó compensar dicha barrera a través de

¹⁶ La ficha detallada sobre cada centro y las técnicas aplicadas en ellos puede consultarse en el Anexo IV.

entrevistas a personas que fueron ex usuarias o a representantes del equipo técnico de cada establecimiento. En ese sentido, se considera un factor indicativo la existencia de una prohibición institucional explícita respecto a la posibilidad de dialogar con las personas usuarias.

ANÁLISIS

El siguiente apartado se encuentra estructurado en tres secciones. La primera de ellas aborda las trayectorias de vida de las personas usuarias de centros de atención en drogas, profundizando en sus carreras morales e indagando en los inicios del uso problemático de sustancias psicoactivas. También contiene un acercamiento a las trayectorias según las identidades de género y una breve mención referida a los recorridos diferenciales a partir del estrato socio-económico. Por último, se desarrollan los fenómenos de reconocimiento y construcción de la propia identidad en los usuarios, analizándolos en relación a los mecanismos de etiquetado social. El segundo capítulo comprende a los procesos de abordaje al uso problemático, centrándose en las organizaciones que brindan la atención, sus modalidades de intervención y las percepciones que de ellas tienen las personas usuarias. La tercera sección se dedica específicamente a las diversas representaciones sociales sobre la temática «drogas» y explicita sus posibles vínculos con los imaginarios polares existentes en nuestra cultura.

TRAYECTORIAS DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE ATENCIÓN

En la sección que continúa se abordarán algunas dimensiones y categorías de análisis sobre las trayectorias de vida de las personas que transitan por centros de atención en drogas. Se procura enfatizar el desarrollo de sus carreras morales en relación al inicio del uso de drogas recreativas, así como indagar en posibles fenómenos sociales asociados al devenir problemático de dichos consumos. Por otro lado, se abarcarán los tránsitos generizados y estratificados, buscando posibles patrones vinculados a dichas categorías. Por último, se hará referencia a la identidad de los usuarios, así como a sus experiencias con el menosprecio y el estigma.

Carreras morales y uso de drogas recreativas

A la hora de indagar en las «carreras morales» (Goffman, 1963) de las personas usuarias se registraron patrones comunes respecto a ciertas situaciones experimentadas por las mismas. Si bien cada recorrido y la forma de vivirlo es una cuestión singular intranferible, en prácticamente la totalidad de los casos emergieron experiencias sociales que podrían catalogarse como «problemáticas», todas ellas ubicadas temporalmente antes de iniciar el uso recreativo de drogas o previo a que el mismo se transformara en compulsivo.

Es durante la niñez en algunos casos, pero sobre todo durante la adolescencia e inicios de la juventud, donde se registran los efectos no deseados que pueden llegar a tener para estos individuos los contextos familiares de origen y los grupos de pares. Respecto a las familias de origen –principal agente de socialización en la etapa primaria (Broom y Selznick, 1968), y uno de los más importantes en la fase secundaria (Berger y Luckmann, 1966)–, fueron identificadas por los propios usuarios como actores preponderantes, siendo relacionadas con el desarrollo de conflictos «internos» en su personalidad o idealizadas (a pesar de identificarse problemáticas en su seno) y usadas como parámetro de comparación para evaluar sus propias conductas (en una dicotomización moral entre «bien» y «mal», donde la familia representa el polo positivo idealizado, y los grupos de pares y el «yo» del individuo el negativo y demonizado).

Se produjo con una importante frecuencia la alusión a haber padecido o presenciando situaciones de violencia intrafamiliar (de tipo machista e intergeneracional¹⁷), la existencia de referentes afectivos con consumo problemático de drogas (padres, tíos, hermanos mayores, primos), la exposición a experiencias psicosociales conflictivas o de difícil procesamiento para el individuo y su familia (suicidios o muertes), y la insatisfacción de necesidades materiales o simbólicas en el hogar. Algunos ejemplos son:

¹⁷ Los casos de violencia intergeneracional referían a situaciones de hostigamiento desde personas adultas hacia niñas, niños y adolescentes.

«En mi casa habían muchos problemas de violencia doméstica y de todo un poco y empecé a drogarme cuando mi padre se suicidó delante de nosotros y ahí fue que empecé a andar en la calle mal, empecé a robar a drogarme, todo a los 12 años» (grupo de discusión, centro comunitario).

«Yo tuve una base de buenos estudios, una familia tipo, entre comillas, donde para el exterior era normal, pero adentro había mucha violencia física y verbal. [...] Más allá que mis padres [...] me dieron su mayor cariño a su manera, me daban mucho material, pero me daban poco afecto, entonces yo busqué pertenecer a un grupo, y en la búsqueda esa se me fue para largo» (entrevista a informante clave, ex usuario).

En pocos casos no se hizo referencia explícita a problemáticas en la familia de origen, aunque (contradictoriamente) en el transcurso de los discursos solían emerger varios de los factores ya mencionados. Esto último puede deberse a la descrita tendencia a idealizar el contexto familiar, pero fundamentalmente a la ideología individualista que parece rodear las concepciones respecto al uso de drogas, donde el acento tiende a colocarse sobre el sujeto y no en su contexto social.

Ya en la adolescencia y la juventud cobran mayor relevancia nuevos círculos sociales que compiten en la construcción identitaria del individuo (Simmel, 1908). Los grupos de referencia (Merton, 1949) pasan a ocupar un lugar definitorio en varias de las carreras morales (Goffman, 1963) analizadas, siendo los círculos de pares espacios donde se inicia el uso recreativo de drogas. No obstante, a pesar de haber sido una parte importante de las estructuras vinculares de las personas, tras el tránsito por los centros de atención, estas pasan a identificar a sus antiguas amistades como «compañeros de consumo», etiqueta que resignifica su posición por una estereotipación negativa, carente de profundidad y que tiende a exacerbar la rotura de lazos con los círculos sociales primarios, donde se producen los vínculos afectivos (Simmel, 1908). Este fenómeno se vincula a la creencia difundida por centros y equipos de atención que consideran este alejamiento como parte del proceso de resocialización.

Trayectorias generizadas y estratificadas

En cuanto a las «carreras morales» (Goffman, 1963) seguidas por las personas consultadas, se denotan trayectorias y construcciones identitarias disímiles según el género y el estrato socioeconómico.

La identidad de género es uno de los mayores estructuradores culturales de la experiencia de las personas, marcando gran parte de los fenómenos sociales que involucran a los individuos. Es así que mientras para las mujeres el peso simbólico de la maternidad era un factor decisivo en la construcción de su «yo social» y el desarrollo de su carreras morales (Goffman, 1963), la situación expresada por los varones tendía a ser bastante disímil.

Se pueden visualizar claras diferencias respecto a las implicancias de los roles parentales, donde para las mujeres madres las responsabilidades frente a sus hijos y el sentimiento de deber ante las tareas de cuidado «reproductivo» era vivido como un claro mandato social introyectado, al punto de formar parte de su identidad y no ser cuestionado en ninguna de sus dimensiones o en sus efectos no deseados. Por el contrario, las expresiones respecto a la maternidad eran siempre de carácter positivo y no se problematizaban las responsabilidades paternas o la ausencia de sus parejas en las labores de cuidado. Esta situación quedó de manifiesto durante uno de los grupos de discusión, cuando se comentó que: *«y obvio, yo lo primero que pregunté es si yo la podía traer a la nena, y me dijeron que sí, así que me estoy recuperando yo y mi hija también»* (grupo de discusión, centro comunitario). En contraste, ninguno de los padres entrevistados mantuvo la responsabilidad del cuidado de sus hijos durante los tratamientos de internación (no obstante, varios de ellos sí expresaron su deseo de volver a vincularse con sus hijos). Dicha situación se repetía en centros no generizados y fue resaltada por informantes clave:

«[A las mujeres a] los tratamientos que ya están establecidos es muy difícil incorporarlas, porque por lo general se tienen que hacer cargo de la casa, o de los hermanos o de sus hijos, entonces vos no le podés proponer ir a un centro [...] de lunes a viernes seis horas. A un varón sí, porque puede ser padre, puede ser hermano,

pero socialmente debe haber una mujer que se esté haciendo cargo de esas situaciones» (entrevista informante clave, ex coordinadora de centro clínico).

Estas divergencias resultan imprescindibles para un análisis de los efectos de las desigualdades de género sobre las trayectorias de mujeres a cargo de niños y su acceso a los tratamientos. No obstante, también se observan patrones de construcción identitaria masculina, característicos de programaciones de género hegemónicas (Preciado, 2008), donde la identificación con estereotipos culturales asociados al desinterés por el autocuidado y los rituales colectivos de masculinidad, aparecen relacionados al uso problemático. Por ejemplo:

«Todos los días teníamos partido y siempre terminábamos el fútbol y uno decía: "bo, tengo un gramo acá" y ya arrancábamos» (grupo de discusión, usuarios, centro clínico).

De esta forma, los círculos de pares donde se desarrolla una homosociabilidad masculina en algunos casos se instauran como puntos de referencia que orientan la conducta (Merton, 1949) de los varones, matizando su construcción identitaria, el desarrollo de sus carreras morales y habilitando un espacio de interacción donde el uso recreativo de drogas puede volverse un arraigado hábito. Este tipo de fenómenos, conexos al estereotipo de la identidad masculina hegemónica, podrían explicar la mayor tasa de uso de drogas recreativas en varones, evidenciada por estudios antecedentes (OUD, 2016).

Respecto a las trayectorias de vida según estrato socioeconómico, pudo observarse una mayor precariedad de las estructuras vinculares en los centros de atención compuestos por población socialmente vulnerable, llegando al punto de no percibirse redes sociales de apoyo en algunos casos (particularmente en uno de los centros clínicos, donde una gran proporción de sus integrantes eran personas usuarias de refugios del Ministerio de Desarrollo Social que intercalaban cotidianamente su estadía en el refugio con la concurrencia al centro, y cuyo circuito de interacciones tendía a reducirse a ambos espacios y a algún referente familiar).

Identities, recognition and stigma

En los discursos recabados se mencionan factores de menosprecio (o de reconocimiento negativo) en los tres planos de interacción simbólica cotidiana propuestos por la teoría del reconocimiento: el amor, el derecho y la solidaridad social (Honneth, 1992)¹⁸. Se pueden encontrar por un lado, deprivaciones en la esfera de la «dedicación emocional» que refiere a los lazos sociales primarios de amistad y amor; y en la «adhesión solidaria» propia de las relaciones establecidas dentro del mundo del trabajo, eje articulador de la experiencia social en las sociedades modernas (Castel, 1977).

Por otro lado, en la tercera dimensión del reconocimiento –el derecho–, se observan vulneraciones expresadas en las situaciones de violencia e hiperexplotación laboral padecidas en algunos centros. También se denotan en los intentos por imponer un estatus legal de tutela hacia los sujetos con consumo problemático, promovidos desde algunas instituciones de atención y organizaciones sociales de familiares, que llegan a plantear como vía de abordaje a la situación la internación compulsiva.

El malestar psíquico ocasionado por las sistemáticas relaciones de menosprecio que conllevan a una importante pérdida en el «sentimiento del propio valor» (ib.), se indica en las metáforas que usan los sujetos para referirse a sí mismos en cada una de las esferas del reconocimiento. Particularmente, se hace común el etiquetado mediante categorías como la enfermedad o el pecado religioso, que son utilizadas típicamente como injuria moral o como «desprecio de determinado modo de vida» (ib: 164) en la esfera de la valoración social (ib.). Resulta destacable que esta forma de reconocimiento se encuentra directamente relacionada con el autoestima personal (ib.).

Por otro lado, cabe resaltar que como demuestran los propios discursos de usuarios, operadores institucionales y familiares, la estigmatización sobre las personas con un consumo problemático suele ser lo suficientemente significativa como para clasificarse dentro de las desviaciones sociales secundarias, las que se caracterizan por llevar a: «una reorganización

¹⁸ Ver Anexo I, cuadro 1.

simbólica en el nivel de las actitudes de autoconsideración y de los roles sociales» (Lemert, 1967: 86 en Sancho, 2014: 78). De esta forma, las experiencias de los usuarios con la violencia simbólica (Bourdieu, 1987) tiende a internalizarse en su autopercepción identitaria, de manera que llegan a asumir la etiqueta de «adicto» como un rasgo primordial de su identidad social (Goffman, 1963), y pueden referirse a sí mismos a través de neologismos que los identifican metonímicamente con sus prácticas o con las propias sustancias psicoactivas. Así, utilizarán términos como «pastero», «duro», «merquero», «latero» con recurrencia.

La aplicación de la figura retórica de la sinécdoque, lleva a metaforizar a la persona de manera tal que se vuelve simbólicamente la propia sustancia de consumo, transformando una práctica en un importante rasgo de identidad que podría no sólo deteriorar y deshumanizar al individuo, sino estimular su permanencia en el rol de consumidor problemático. En ese sentido, durante uno de los grupos de discusión se sostuvo que:

«A nosotros nos tildan de algo, y nosotros nos creemos que somos eso y actuamos de esa manera, y yo creo que es lo que a veces nos pasa, que las actitudes que nosotros tuvimos son en parte porque nos tildaron de eso. “Esta es tremenda drogadicta”, bueno, ¿yo soy drogadicta? Más me voy a drogar entonces. “Esta es una rea”, bueno, más lo voy hacer; si total la gente piensa eso y a mí me tildan de eso. Ya está, voy a darles el gusto [silencio prolongado]» (grupo de discusión, comunidad).

Este fenómeno parece ir en línea con los postulados de la teoría del etiquetado sobre la importancia de las reacciones sociales en la fijación de roles. En muchos casos estas interacciones sociales degradantes culminan marcando la identidad de la persona, llegando incluso a redefinir su autopercepción y las concepciones más profundas de sí misma. De esta forma podría estabilizarse el estatus de consumidor adictivo, en una suerte de profecía autocumplida (Merton, 1949).

PROCESOS DE ABORDAJE AL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

En lo que respecta a los centros de atención en drogas, se puede sostener que en las trayectorias de vida de los usuarios desempeñan un papel central dichas organizaciones orientadas a intervenir sobre un consumo identificado (ya sea por ellas mismas o por terceras personas) como problemático. Para realizar el presente análisis, se recurrió a la construcción de una tipología sobre centros y modelos de abordaje observados a partir del material empírico. La misma responde a la combinación de múltiples factores que caracterizan a cada perspectiva de abordaje.

La primera distinción entre los diversos centros, se tipifica a partir del carácter «profesionalizado» o «alternativo»¹⁹ de la atención. Para realizar dicha diferenciación, se tomó en cuenta si existía por lo menos un profesional o técnico especializado con una participación recurrente dentro del plantel de atención. Mientras los tratamientos profesionalizados se adscriben al modelo clínico de intervención, los de carácter alternativo tienden a seguir una metodología «terapéutica» de base comunitaria o de ayuda entre pares. En este nivel ya comienzan a distinguirse a grandes rasgos dos concepciones subyacentes sobre la atención en drogas y la «filosofía» institucional de los centros.

Modelo profesionalizado

Las clínicas

El primer modelo de abordaje que puede identificarse es el de carácter profesionalizado, donde pueden agruparse las instituciones que siguen un patrón de atención que se denominará como «clínico». Este arquetipo podría ser caracterizado mediante dos patrones típico-ideales: su estructura organizativa burocrática (Weber, 1922) y su adopción de

¹⁹ Se opta por el término de abordajes alternativos con el fin de no estigmatizar a las intervenciones no científicas (Portillo y Nebot, 2006).

un modelo de atención médica científica (Menéndez, 1985), dos fenómenos que, a su vez, se encuentran ampliamente interrelacionados entre sí (Weber, 1922).

Las intervenciones de tipo clínico responden a un formato institucional donde las prácticas sociales se encuentran altamente protocolizadas, mediante la adopción de normativas formales que rigen las interacciones entre las personas usuarias y los equipos de cada institución (registros clínicos y de conducta, reglas de permanencia en el establecimiento, rutinas y estatus-roles predeterminados). Dicha dinámica de interacción redundante en la producción de vínculos secundarios, donde las relaciones se caracterizan por una cierta distancia social. A su vez, en estas instituciones suelen producirse una saturación de actividades diseñadas desde la racionalidad científica (revisiones médicas y psiquiátricas, grupos de terapia familiar y grupal, y consultas psicológicas individuales; todas ellas desarrolladas constantemente).

Los vínculos sociales son estructurados entonces desde una formación con posiciones de autoridad racionales, donde las principales referencias institucionales proceden de sus roles en la división técnica del trabajo (operadores terapéuticos, médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, educadores y trabajadores sociales, talleristas, administrativos, directivos, entre otros), en tanto que personas que poseen y ponen en juego únicamente su «saber especializado», ya sea profesional o de carácter práctico por su experiencia en la tarea específica (Menéndez, 1985; Weber, 1922).

Es en este punto donde la estandarización propia de los modelos clínicos y burocráticos demuestran algunos efectos emergentes de carácter no intencional (Boudon, 1981), mencionados por varias personas usuarias, familiares y técnicos: barreras de accesibilidad (procedimientos de ingreso extensos, filtros institucionales, cupos, control social exhaustivo para la permanencia en el centro, entre otros); una alta especialización funcional que, si bien profesionaliza los abordajes, conlleva problemas para lograr una visión integral de la atención fragmentando las intervenciones; desarrollo de tendencias cosificantes propios de las instituciones complejas (Menéndez, 1985) que recaen sobre la persona usuaria.

Otra de las consecuencias negativas del modelo clínico suele observarse en el padecimiento de distintas prácticas arbitrarias y de ejercicio autoritario del poder por parte del personal de atención. Así, se mencionó con frecuencia el cambio continuo de las reglas de funcionamiento y las normas institucionales según el turno de atención. Mientras se produce una constante rotación de los equipos de atención (por horarios, días o movilidad laboral), los internos deben adaptarse a cada dinámica específica de interacción en momentos distintos, con personal distinto y no siempre enfrentando las definiciones de situación social de manera previsible o estable. La codificación arbitraria de gran parte de las conductas y prácticas de los usuarios, además de generar ansiedades y malestar, acompaña el fenómeno de degradación de sus identidades y los efectos de infantilización sobre los usuarios (Goffman, 1961).

Las diferencias entre este tipo de tratamiento clínico frente a los alternativos fueron mencionadas con regularidad por parte de las personas consultadas. Así, en el discurso colectivo de uno de los grupos de discusión se consideraba que los abordajes de tipo comunitario y religioso «no son tratamientos» (grupo de discusión, centro clínico) con efectos «reales» o pasibles de ser incluidos en dicha categoría (que remitiría en forma exclusiva a algún tipo de intervención profesionalizada o científica).

Dentro de los centros clínicos, suele observarse una «dominación profesional» (Parsons, 1951) que coloca a la Medicina y a la Psiquiatría como los saberes privilegiados a la hora de tomar definiciones clave respecto a la atención (por ejemplo, determinando el momento del «alta», a pesar de ser quienes realizan un menor acompañamiento de la situación de la persona), y demostrando ocupar las posiciones de mayor autoridad en los discursos de las personas usuarias²⁰. Esta constatación se encuentra relacionada no sólo a las representaciones sociales y a las prácticas del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1985), sino también a las creencias fuertemente asentadas en el imaginario sociocultural dominante en Occidente respecto a la temática drogas (Bayce, 2012). Así, en estas instituciones tiende a concebirse el uso problemático de drogas como una patología de

²⁰ Esta situación se evidencia también en la imitación de los símbolos de estatus (Goffman, 1963) asociados a dichas disciplinas por parte de otros integrantes del personal de atención (por ejemplo, las certificaciones de «operadores terapéuticos» y el uso de túnicas blancas).

carácter crónico, cuyos atributos serían de origen causal individual, relacionado a lo biológico o a lo psíquico, y que debe ser motivo de un proceso de medicalización para alterar las tendencias del paciente.

Rupturas en el modelo clínico dominante

Dentro de los abordajes clínicos, el sector público parece encabezar un proceso de rupturas con el modelo médico dominante respecto a la atención en drogas. Allí se evidencian intentos por incorporar una perspectiva de abordaje que evite la medicalización y la reproducción de las creencias y prácticas propias del imaginario social hegemónico. Esta situación, podría estar relacionada a dos fenómenos simultáneos: la reforma del sistema de salud (con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y la adopción de una nueva perspectiva de atención por parte de este) y el cambio de orientación en las políticas de drogas.

En dicho sector se observa un abordaje de carácter altamente profesionalizado, con una importante especialización funcional del plantel de atención. Además, se presenta una diversificación de disciplinas orientadas al abordaje del consumo problemático, ofreciendo en mayor medida una atención de carácter integral de todos los establecimientos considerados. Las áreas que se abarcan integran a todo el continuo «bio-psico-social», incluyendo en la atención cotidiana equipos multidisciplinarios compuestos por profesionales de la esfera social (Trabajo Social, Psicología y Educación Social) y de las Ciencias Naturales (Psiquiatría, Enfermería y Medicina).

Estas fisuras frente al imaginario social hegemónico, producen también algunos conflictos ante las demandas de familiares y las personas usuarias que buscan en primera instancia internaciones, siguiendo el estereotipo «hospitalcentrista» de atención arraigado en el imaginario social medicalizado (Portillo y Rodríguez, 2006). El modelo de abordaje que se ensaya desde el sector público, que en oposición a la visión medicalizante, busca promover la internación únicamente durante la fase de desintoxicación y por lapsos breves de tiempo, impacta con las expectativas del «sentido común» de una parte de la sociedad.

No obstante ello, a pesar de los intentos por generar rupturas en el paradigma de atención medicalizante, las lógicas instituidas (Kaminsky, 1994) parecen continuar predominando en los centros de modelo profesionalizado, con un predominio de los caracteres biomédicos en sus abordajes.

Modelo alternativo

Las comunidades

Dentro de los modelos alternativos de abordaje pueden encontrarse los centros que siguen un patrón comunitario. Dichas intervenciones se asimilan a las denominadas «comunidades de vida» y «de sentido», donde las personas usuarias comparten una estructura de interacción cotidiana recurrente y estable, junto con un sentido esperado en común que guía gran parte de sus acciones sociales (Berger y Luckmann, 1995). La conjunción de ambas estructuras sociales redundando en un formato institucional de carácter intensamente absorbente (Goffman, 1961), donde el establecimiento de atención pasa a ser uno de los círculos sociales (Simmel, 1908) de carácter primario para el sujeto, y se torna en el nodo articulador de prácticamente toda la experiencia social de la persona en un lapso mínimo de varios meses.

El potencial de construcción de sentidos comunes totalizantes, se ve acrecentado en las situaciones donde el grado de impermeabilidad institucional se torna más importante (Goffman, 1961). En los casos más extremos, el centro de atención pretende reconfigurar radicalmente las estructuras vinculares de sus usuarios, compitiendo con el resto de los círculos sociales de pertenencia (familias, amistades, otros espacios de participación voluntaria, etc.), y busca minimizar los procesos de individuación subyacentes a la intersección de una multiplicidad de grupos en un mismo sujeto (Simmel, 1908). Al respecto, algunos ex usuarios plantean que:

“Te dan la Biblia, te levantas con la Biblia en la cara, y dos veces por semana a la Iglesia (...). Si dejás de drogarte ahí, dejás de drogarte por tu fe. Te sacan la droga y te meten a Dios” (entrevista colectiva, usuario de centro clínico sobre su pasaje por institución religiosa).

«En esos lugares te vinculan con Dios como te vinculabas con la droga, entonces estás siendo un adicto a Dios y salís de ahí adicto a Dios, salís a la calle mirando todo como Dios, entonces ahí te enferman de igual manera pero desde otro punto» (entrevista colectiva, informantes clave, ex usuario).

Mediante varios mecanismos se intentará entonces modificar la carrera moral de la persona usuaria, y con ella su identidad social y personal. De este modo, en algunos casos la institución tendrá el objetivo implícito de tornarse el círculo social de pertenencia más importante para el individuo, incluso después de su fase de institucionalización por consumo problemático (por ejemplo, mediante las misiones religiosas²¹, la constitución de nuevas parejas y familias vinculadas al centro, entre otros mecanismos).

El vector central del abordaje será en estos casos la reproducción del dogma religioso, que podría presentar cierta eficacia simbólica (Lévi-Strauss, 1974) en determinados contextos sociales y estructuras de personalidad. Estas intervenciones suelen fijar como grupos de referencia (Merton, 1949) a «ex adictos» con quienes comparten una trayectoria previa común los usuarios, pero que a su vez operan en el imaginario no sólo como pares, sino como modelo de carrera moral (Goffman, 1963) deseable, exitosa y pasible de ser imitada por esos «otros semejantes». A su vez, apelan a figuras de autoridad de tipo tradicional (Weber, 1922), mediante personas con legitimidad fundada en su estatus religioso. Este tipo de dominación social a través de la fe, habilita el ejercicio de un sometimiento hierocrático (ib.), que logra legitimar fuertemente los programas de acción propuestos por la institución (Berger y Luckmann, 1995). Sobre este método de abordaje se destaca el siguiente fragmento:

«Otro centro no iría que no sea acá, no iría, porque para mí [...] en otro lado sos un número, ¿entendés? Sos un número...» (grupo de discusión, centro comunitario).

²¹ Esta modalidad implica una profundización en la ruptura con los círculos sociales previos de la persona, ya que está asociada a su traslado hacia otras localidades o países, sin un periodo fijo de culminación de su estadia y donde la nueva carrera moral (Goffman, 1963) se encuentra centrada en el compromiso con la institución y su «misión».

La contraposición entre las lógicas de atención que operan como una organización formal, masiva y secundaria (como en el caso de los centros de atención clínicos), y los abordajes comunitarios que rescatan estructuras vinculares de carácter primario, recomponiendo los lazos de los usuarios en las esferas de la dedicación emocional y la valoración social (Honneth, 1992), son un componente que sobresale en este tipo de instituciones.

Los grupos de pares

Los grupos de contención entre pares podrían caracterizarse como un abordaje divergente, donde la metodología se basa en la gestación de un grupo de pertenencia que busca instaurarse, a su vez, como espacio de referencia positivo²² para el individuo (Merton, 1949). Este rasgo, si bien es parcialmente compartido con los abordajes comunitarios, se vuelve aquí el centro de la intervención, utilizando procesos de permanente empatización y simpatía entre las personas usuarias.

Su objetivo manifiesto es lograr un apoyo colectivo mediante la pertenencia a un grupo de pares que opera siguiendo una determinada liturgia: días, horarios y lugares fijos de reunión; lectura de textos ceremoniales en momentos pautados de la sesión que marcan su inicio, desarrollo y final; prácticas grupales ritualistas (como por ejemplo cierre con todas las personas abrazándose en un círculo); y establecimiento de nomenclaturas que singularizan a cada grupo. Esta ritualidad, se vincula a la construcción de una fuerte identidad colectiva, que llegó a ser definida por uno de sus usuarios como una *«confraternidad»*.

La emergencia de una conciencia de carácter colectivo conlleva la producción de mecanismos de control social entre pares, los cuales son parte fundamental del abordaje. En esta estructura, el grupo se instituye como un importante constructor de representaciones colectivas que regularán las actitudes y comportamientos de sus integrantes (mediante gratificaciones y deprivaciones establecidas durante el habla grupal). A su vez, en este tipo de

²² El término «positivo» no se utiliza aquí en su acepción moral, sino en su sentido sociológico de grupo referencial que funciona como colectivo cuyas acciones sociales tenderá a imitar el sujeto (en oposición a los grupos de referencia negativos, que le persuadirán de hacer lo contrario).

estructuras se incentivan los mecanismos de imitación y sugestión entre pares, con un importante impacto psicosocial (Durkheim, 1912).

Mediante los lazos horizontales, la experiencia común del uso problemático de drogas, la hibridación entre vínculos secundarios que se desarrolla en paralelo a la conformación de un grupo primario para las personas participantes, se logra una cohesión grupal que es destacada por varios de los usuarios: *«me dio un resguardo y la empatía de compañeros desde el mismo lugar, y el mismo sufrimiento»* (entrevista informante clave, ex usuario).

A través del habla colectiva, cada reunión se instaura como una ceremonia grupal de degradación de la identidad (Garfinkel, 1956) para los casos en que se quiebra el tabú del grupo: el imperativo de abstenerse en el uso de determinadas drogas. La práctica ritualizada de esa «confesión pública» (Goffman, 1961) pone en juego mecanismos de culpa y expiación ante la autoridad del grupo.

En estos abordajes, la identidad personal queda difuminada ante la continua exaltación de lo colectivo y la minimización del individuo en cuanto tal. Ello queda de manifiesto, por ejemplo, en los discursos articulados desde una lógica grupal, las prácticas ritualizadas, las sanciones colectivas²³, la asignación de números a cada participante (para realizar el sorteo de roles y el orden de las intervenciones), la importancia del anonimato fuera del grupo, y la estandarización de los roles y tiempos de exposición (que posicionan en un mismo lugar a todos los integrantes del grupo), entre otros mecanismos.

No obstante ello, a diferencia de otros abordajes, dicha dinámica de desindividualización tiende a desarrollarse únicamente en el transcurso de las actividades. Al tratarse de un círculo social no excluyente (o «abierto» a la intersección con otros círculos del sujeto), no redundan en una lógica institucional absorbente, y habilita el trabajo sobre diversos aspectos de la vida cotidiana de la persona que van más allá de la cuestión específica del uso

²³ Se observa una colectivización de las responsabilidades en diversas manifestaciones: por ejemplo, una cartelera anunciaba que la provisión de café, mate y agua caliente se encontraba suspendida por la ausencia de «servidores» en las actividades caritativas de la institución (observación participante).



044916

problemático de drogas (pero que podrían estar asociados a este) (Goffman, 1961; Simmel, 1908).

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA TEMÁTICA «DROGAS»

El siguiente capítulo busca ahondar en las representaciones sociales que los usuarios de centros de atención elaboran, enfatizando sus definiciones y formas de clasificar las drogas, las maneras de concebir las prácticas de su consumo recreativo, y los estereotipos respecto a la identidad de los usuarios problemáticos.

Imaginarios colectivos en disputa

Las representaciones sociales juegan un rol central en la forma que se interpreta la realidad. Sin ellas, la experiencia cotidiana carecería de un sentido desde el cual hacerse comprensible para los sujetos. En ese sentido, se busca comprender cómo las personas expresan creencias, sentidos y relaciones significativas respecto a las causas estructurales, las motivaciones individuales, el rol de las instituciones sociales que intervienen en el proceso, los efectos inmediatos, y las consecuencias a largo plazo del uso de drogas recreativas y los fenómenos asociados a las mismas.

En todos los discursos analizados se encuentra una asociación entre la etiqueta de las «drogas» y un subconjunto parcial de las mismas: las de uso recreativo; dejando por fuera de dicho concepto a los fármacos de uso médico. Esta diferenciación resulta preponderante ya que la misma no basa su criterio de clasificación en una esencia común a las mismas (las alteraciones producidas artificialmente a nivel orgánico), sino en las motivaciones y los efectos de su consumo. Así, se contraponen socialmente un uso legitimado (terapéutico) y otro sancionado negativamente (recreativo).

No obstante ello, existe también una estratificación al interior de los fármacos de utilización recreativa. En primer lugar, en consonancia con lo que las convenciones sociales

establecen como legítimo a nivel legal, en varios de los discursos recabados se mantiene la distinción entre los fármacos culturalmente aprobados para un uso recreacional (cigarrillos de tabaco, alcoholes, café, mate, e inclusive cannabis) y los ilegalizados. En un segundo nivel, se encuentra la diferenciación al interior de las sustancias ilegalizadas, las cuales varían en su decodificación, siguiendo un criterio basado en sus composiciones químicas y los efectos esperados. Así, por un lado se encuentran sustancias como el éxtasis, la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), pegamentos, y la cocaína, las cuales según gran parte de los discursos resultan más benevolentes y de mayor calidad en contraposición a la PBC. Sin embargo, este no es el único criterio puesto en juego. Las sustancias operan como un símbolo de estatus o de estigma (Goffman, 1963) en relación a la categoría social que se imagina hace uso de ellas. Como relata uno de los entrevistados, la PBC se encuentra representada como una droga usada por personas con un nivel de exclusión social importante:

«Lo que pasa es que la pasta base te deteriora tan rápido y se ve tanto en la calle, es tan poco sociable, tan rechazado. ¿Cuánta gente hay que vos ves ahí un volquetero y decís "mirá ese pichi"?» (grupo de discusión, informantes clave, ex usuario).

Esta clasificación jerarquizada entre las drogas recreativas parece seguir el principio de distinción social donde se oponen los consumos de prestigio positivo, asociados a la posesión de mayor capital económico y cultural; y los de prestigio negativo, asociados a las categorías sociales marcadas por gustos asociados a la necesidad material (Bourdieu, 1979; Veblen, 1899). La PBC, al tratarse de una droga económica, de efecto instantáneo y alto impacto psicotrópico, cumple con las características utilitarias (CICAD y OUD, 2015) de un producto de consumo popular y, por ende, es asociado en el imaginario colectivo con grupos sociales estigmatizados (Bourdieu, 1979; Goffman, 1963)²⁴. Un ejemplo de dicha estratificación es el siguiente:

«En mi barrio había una banda de gurises que les decían los antipasta. Todos fumaban cocaína, todos fumaban porro, todos tomaban alcohol, pero salían de noche

²⁴ Este fenómeno queda de manifiesto en el uso de drogas de tipo anfetamínico. El consumo de éxtasis se estima en 0% para el estrato socioeconómico bajo y en 1,2% para el alto (OUD, 2016).

a pegarle a los pastosos del Cerro [...]. Y eso es discriminación porque si ellos se drogaban y tomaban alcohol a cara de perro... Pero no fumaban pasta, entonces a los pastosos salían y les pegaban en la calle. Te agarraban y te rompían todo, a los pastosos los rompían todo» (grupo de discusión, centro de atención comunitario).

Las drogas recreativas son caracterizadas como esencialmente riesgosas, llegando a ser antropomorfizadas y asociadas a una conducta moral negativa. Este fenómeno conlleva al debate entre los usuarios respecto a la existencia de un «consumo exitoso»²⁵, que suele ser calificado como de imposible consecución, y un uso predominante, que redundaría en consecuencias problemáticas para sí mismos, sus estructuras vinculares y su vida cotidiana. Esta incapacidad de mantenerse en esa situación deseada, suele marcarse con la metáfora del «tocar fondo», y deriva en el posterior acceso a abordajes concebidos como de «rehabilitación» o «recuperación»²⁶. Para lograr dicho objetivo, en general se percibe la abstinencia absoluta como el único camino posible, no considerándose otras alternativas como la reducción del consumo o su uso ocasional.

El pánico moral que genera el uso de ciertas drogas recreativas, el estigma del que son portadores sus usuarios, las trayectorias sociales abyectas de las que son protagonistas, la existencia de un imaginario social medicalizado (promovido por las propias instituciones de atención), y la concepción de la abstinencia, podrían ser factores clave en la construcción social de la internación como el mecanismo más efectivo para detener el uso problemático de drogas. Asociado a la institucionalización como principal método de abordaje, se encuentra cómo las personas usuarias internalizan también el estigma, reproduciendo la violencia simbólica de las que son víctimas (Bourdieu, 1973; Goffman, 1963). Así, se representan a sí mismos como personas manipuladoras, descontroladas, socialmente dañinas, peligrosas y hacen de su consumo problemático —en varios casos— un atributo central para definir su identidad.

²⁵ La existencia misma de dicha representación en el imaginario social, con un término específico que emergió continuamente en los discursos recabados, denota que existe al menos una apertura cultural a concebir otras formas de vincularse con las drogas recreativas.

²⁶ Resulta destacable que este concepto, utilizado tanto desde las instituciones, como por las personas usuarias y sus familias, es usado también con personas privadas de libertad y pacientes de tratamientos de salud.

Vinculadas a la degradación de la identidad de las personas con consumo problemático, existen dos representaciones difundidas por instituciones de atención y que suelen ser reproducidas por las personas usuarias y sus familias: el concepto de «codependencia» y el de «construir el fondo». El primero, hace referencia a un supuesto exceso de apoyo y dedicación cognitiva y afectiva por parte de las redes vinculares de las personas con uso problemático de drogas, y el segundo, a un objetivo que deben establecerse los referentes afectivos de las personas para romper con esa relación etiquetada como «patológica». Debe así subrayarse la importancia de las instituciones de atención en la perpetuación de representaciones típicas del imaginario social hegemónico, así como el impacto que estas puedan llegar a tener en las trayectorias de vida de las personas con un consumo problemático, quienes enfrentan, como demuestran ampliamente los estudios antecedentes (FHCE y JND, 2014; JND, 2013; OUD, 2006; 2007), de por sí situaciones sociales complejas.

REFLEXIONES FINALES

Una conclusión respecto al desarrollo de las carreras morales (Goffman, 1963) de los usuarios en tanto que consumidores problemáticos, es el papel que cumplen sus grupos de pertenencia primaria en el uso compulsivo de drogas recreativas. Ésta forma de «desviación social» se ve impulsada por la experiencia social de las personas en sus entornos más cercanos, los cuales operan como contextos que promueven la conducta problemática (por lo menos en sus devenires iniciales). Dicho fenómeno contradice la creencia del imaginario social hegemónico que coloca a las familias como un factor puramente disuasivo y no relacionado con el uso problemático de sustancias psicoactivas (Bayce, 2012). Tanto los círculos de pares (en tanto que grupos de pertenencia y referencia) como las familias parecen desempeñar un papel determinante en la conformación de las carreras morales (Goffman, 1963) de las personas usuarias, principalmente mediante la presión heterónoma de los pares (Castoriadis, 1990), la imitación de referentes y los efectos sobre la subjetividad provocados por problemáticas familiares. Estas observaciones van en línea con la teoría sobre los grupos primarios y sus lazos de cercanía como principales agentes estructuradores del «yo social» de las personas (Cooley, 1902; Mead, 1925).

A su vez, resulta destacable el uso de sustancias psicoactivas como práctica revista de un sentido social, el cual se encuentra codificado por diversos estereotipos y grupos de referencia con las que tiene contacto directo la persona, siendo estas experiencias y concepciones las que matizarán su identidad y, por ende, también la evolución de sus carreras morales (Goffman, 1963). Este fenómeno es especialmente importante a la hora de comprender las trayectorias diferenciales según las identidades de género, donde los varones podrían encontrar un inicio del uso problemático en espacios de homosociabilidad masculina o a partir de identificaciones estereotípicas con la masculinidad hegemónica. Por otro lado se observan barreras de accesibilidad y de adherencia a las propuestas de atención para las mujeres, dada la perspectiva androcéntrica de los abordajes que no consideran las necesidades específicas propias de la situación social de las mujeres.

Particularmente es la socialización primaria, etapa de mayor plasticidad para el aprendizaje, y de impacto más efectivo de las agencias de socialización (Fernández, 2003), donde se registran también los primeros vínculos con el uso de drogas recreativas²⁷. Esta breve pero intensa fase en la vida de las personas, parece ubicarse como potencialmente crítica para el desenvolvimiento posterior de las carreras morales de los sujetos y su posible consumo problemático de sustancias psicoactivas. Pero los «factores de riesgo» no refieren simplemente a una periodización temporal en el desarrollo de la personalidad del individuo (debido a su maleabilidad subjetiva), sino también a sus interacciones en el mundo de la vida cotidiana, especialmente con los denominados «otros significativos» o «concretos» (Mead, 1925); es decir, las familias y grupos de pares.

También se encuentran importantes concordancias entre el devenir de las carreras morales de las personas usuarias y los resultados de estudios sobre contexto familiar y violencia (Pinheiro, 2006). Las interacciones intrafamiliares violentas parecen tener un impacto psicosocial negativo, el cual podría expresarse a través del uso problemático de sustancias.

Según el imaginario social hegemónico, que tiende a individualizar las causas del consumo problemático, deshistorizándolas y remitiéndolas al plano moral, biológico o incluso «sobrenatural», las reiteraciones del consumo problemático y el pasaje por más de un centro de atención, responden a «fallas» del sujeto y no a los procedimientos de abordaje. Por ello, parece importante evitar la fijación de etiquetas estigmatizantes que funcionan como «profecías autocumplidas» generando una estabilidad de la identidad social de «adicto» (y todas las expectativas asociadas a su rol). Las reacciones de pánico moral llevan a reforzar este fenómeno, rasgo problemático del imaginario social hegemónico que suele ser reproducido al interior de las familias (y por los escasos referentes afectivos que acompañan a la persona durante su proceso de atención).

²⁷ En las sociedades contemporáneas se considera que la fase primaria de la socialización llega hasta la adolescencia, incluyéndola (Fernández, 2003).

Respecto a los centros de atención, es importante resaltar la capacidad de captación y adhesión de los tratamientos alternativos, posiblemente vinculada a las metodologías de intervención comunitarias, que priorizan el establecimiento y la recomposición de lazos sociales primarios (Cooley, 1902). Esta pretensión, si bien se encuentra en el discurso oficial de las clínicas profesionalizadas, no logra implementarse con la misma eficacia por sus prácticas propias del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998). De esta forma, los centros profesionales funcionan como «máquinas sin vida» (Weber en Lerena, 1983) debido a su exclusión de la dimensión emocional y afectiva en los procesos de tratamiento. Así, el tránsito por los centros de atención pasa a ser similar a las trayectorias por un espacio que funciona como «no lugar» (Auge, 1993), donde se vuelve imposible lograr la satisfacción de necesidades insatisfechas de reconocimiento intersubjetivo (Honneth, 1992), la adherencia al tratamiento (García, 2003), la recomposición de redes sociales de apoyo o la generación de nuevas experiencias sociales significativas para la persona usuaria. En ese sentido, Fernández (2003) plantea que:

«No se puede producir una transformación radical de la realidad subjetiva -es decir, resocialización- sin identificación afectiva por medio de otros significativos que actuarán como guías y apoyo en el complicado proceso de “cambiar el mundo”» (pp. 55 - 56).

A partir de los centros clínicos (tanto público como privados) muestreados, puede sostenerse que siguen el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998) de abordaje en drogas. Si bien en la red pública parece estar produciéndose un importante proceso de «ruptura epistemológica» con el sentido común dominante en la sociedad uruguaya (Bourdieu *et al.*, 1973; Bayce, 2012), aún existe una importante brecha entre el discurso oficial de las instituciones y sus prácticas cotidianas.

En los abordajes profesionalizados existe una jerarquización disciplinar en la atención en drogas que tiene la medicina como disciplina más valorada, «considerada prototipo de profesionalismo» (Freidson, 1970 en Nunes, 2002: 84), y dentro de ella, la psiquiatría ejerce una «dominación profesional» sobre el resto de las labores y en la relación médico paciente (Nunes, 2002), arrogándose amplias potestades, entre ellas, el otorgamiento del «alta» del

centro –a pesar de ser los funcionarios con menos contacto cotidiano con los usuarios– y recetando medicaciones de manera que a veces es percibida por las personas usuarias como excesiva o incluso arbitraria.

Como apuesta a superar estas tendencias y efectos indeseados de los métodos clínicos de atención, podría seguirse la propuesta del paradigma de la complejidad contrario a algunos postulados tradicionales del enfoque científico (Morin, 1990). En ese sentido, debería apostarse por abordajes holísticos hacia los usuarios que trasciendan la lógica fragmentaria de las diversas disciplinas.

Sobre las representaciones sociales respecto a las drogas, según los diferentes discursos de los usuarios, parece generalizada la creencia en la imposibilidad de un consumo que denominan «exitoso», concibiéndose indefectiblemente como un camino de destino certero: el uso problemático de las sustancias. Todo inicio en el uso de drogas sería según el imaginario hegemónico, la «puerta de entrada» hacia trayectorias abyectas caracterizadas por lo que denominan «tocar fondo».

Al igual que los resultados obtenidos en estudios etnográficos precedentes²⁸, se constató la fuerte presencia de tres tipos de instituciones de control social durante las trayectorias abyectas o «supernumerarias» (Castel, 1977) de los individuos con consumo problemático: las instituciones de asistencia social, las de represión y las de «hospitalización», siendo ellas los nodos articuladores de la experiencia cotidiana de las personas con consumo problemático, muchas veces identificadas con la situación de «tocar fondo». A su vez, en estas carreras morales precarias y contingentes tienden a haber regresos esporádicos al hogar de origen (que no siempre muestra buena disposición a una reaparición, asociándose con situaciones negativas previas y la identificación de la persona con el estereotipo de adicto/manipulador).

²⁸ Ver «Fisuras: Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas» (FHCE y ●UD, 2014).

A pesar de la experiencia común de menosprecio padecida por las personas consultadas, no se observa una politización crítica de su situación social (Honneth, 1992; Retamozo, 2009). Esto podría relacionarse, en el plano mesosociológico, con el «velo» ideológico producido por el imaginario cultural dominante (Bayce, 2012) que obtura su capacidad de autorrepresentación como sujeto colectivo (Retamozo, 2009) y que les impide acceder a los medios de producción simbólica de la realidad (Bourdieu, 1987). En el nivel microsociológico, parece vincularse con que la propia valoración negativa de su uso (problemático) de drogas, se articula con la internalización (Parsons, 1951)²⁹ del menosprecio, impidiendo un procesamiento cognitivo que lleve a problematizar y deconstruir las pautas de infravaloración social que implican la degradación de su identidad personal (Goffman, 1963; Honneth, 1992). Cabe resaltar que este fenómeno de menosprecio puede derivar en fuertes conflictos en la personalidad y en padecimientos psíquicos que afecten aún más la salud de la persona (Goffman, 1961; 1963; Honneth, 1992).

Un mayor nivel de autonomía de las personas y su autoafirmación identitaria (por fuera de los usuales patrones introyectados de estigma) podría lograrse, por lo menos parcialmente, mediante el impulso de trayectorias individuales que se caractericen por una pluralidad de pertenencias a diversos círculos sociales, dotando a la personalidad de los usuarios de una mayor robustez y de capacidad adaptativa (Simmel, 1908) al contexto social contemporáneo de carácter «líquido», crecientemente heterogéneo y dinámico (Bauman, 2007). Apostar a construir desde allí una mayor resiliencia y satisfacer las necesidades de reconocimiento, parece ser el camino opuesto al que se propone desde diversas instituciones de atención. En algunos casos, incluso se detectan centros que buscan absorber de manera total la identidad social de los sujetos, situándose como únicos modelos de referencia. Esa situación artificial, provocada entre otras cosas por los procesos de institucionalización, podría multiplicar los conflictos internos e identitarios de las personas (Simmel, 1908), disminuyendo sus capacidades de desenvolvimiento en una sociedad cada vez más compleja.

La conquista de mayores márgenes de libertad podría ser acompañada y fomentada desde las propias instituciones, a través del apoyo y la inclusión en grupos de referencia que

²⁹ También denominado por Honneth (1992) como «autorrelación práctica».

sean de interés para la persona usuaria, promoviendo de esta forma nuevos mecanismos de autogestionar su libertad y sin provocar cambios abruptos en su vida cotidiana. La creación de condiciones artificiales para el desarrollo de su personalidad muchas veces chocan con una realidad social externa a la institución que se mantiene inalterada.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, V. (2014). «La ruta de las canicas: psicofármacos, niñez y adolescencia». En *Lento*, julio, número 16. Montevideo: Gráfica Mosca.
- Augé, M. (1992). «Los “no lugares”: espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad». Barcelona: Gedisa, 1993.
- Bayce, R. (2012). «Los trasfondos del imaginario sobre “drogas”: valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos». En Comisión Sectorial de Investigación Científica. *Aporte universitario al Debate Nacional sobre Drogas*. Montevideo: Universidad de la República.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1966). «La construcción social de la realidad». Buenos Aires: Amorrortu, 1972.
- _____ (1995). «Modernidad, pluralismo y crisis de sentido». Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1997.
- Boudon, R. (1981). «La lógica de lo social: introducción al análisis sociológico». Madrid: Rialp.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J.; Passeron, J. (1973). «El oficio del sociólogo: presupuestos epistemológicos». Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- Bourdieu, P. (1979). «La distinción. Criterios y bases sociales del gusto». Madrid: Grupo Santillana de Ediciones (1998).
- _____ (1987). «Cosas dichas». Barcelona: Editorial Gedisa, 2000.
- Broom, L.; Selznick, P. (1968). «Sociología: un texto con lecturas adaptadas». Ciudad de México: Compañía Editorial Continental, 1971.
- Castel, R. (1977). «La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado». Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Castoriadis, C. (1988). «Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto». Barcelona: Gedisa.
- _____ «El mundo fragmentado». Montevideo: Altamira, Nordan Comunidad.
- CICAD y JND (2015). «La oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: alcance, características y guía de recursos».

Consultado

en:

<https://www.gub.uy/jnd/comunicacion/publicaciones/la-oferta-de-atencion-y-tratamiento-para-personas-con-uso-problematico>

- Cooley, C. (1902). «El yo espejo». En *CIC Cuadernos de Información y Comunicación*, número. 10. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2005. Páginas 13 - 26. Consultado en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/view/CIYC0505110013A>
- Durkheim, É. (1893). «La división del trabajo social». Madrid: Akal (1987).
- _____ (1895). «Las reglas del método sociológico». Editorial La Pléyade: Buenos Aires, 1968.
- _____ (1898). «Sociología y filosofía». Editora Forense Universitaria: Río de Janeiro.
- _____ (1912). «Las formas elementales de la vida religiosa». Madrid: Alianza, 1970.
- Escohotado, A. (1989). «Historia general de las drogas». Alianza Editorial: Madrid, 7ª ed., 1998.
- Fernández, E. (2003). «La sociedad: el proceso de socialización». En Cardús i Ros, coordinador. *La mirada del sociólogo. Qué es, qué hace, qué dice la sociología*. Editorial UOC: Barcelona. Pp. 45 - 71.
- FHCE y OUD (2014). «Fisuras: dos estudios sobre PBC en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas». Unidad de Medios Técnicos, Ediciones y Comunicación, FHCE, Udclar: Montevideo.
- Freidson, E. (1970). «The profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge». En Nunes, E. *A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral*. “Ciência & Saúde Coletiva”, 8(1), pp. 79 - 95, 2003.
- Giddens, A. (1984). «La constitución de la sociedad: bases para una teoría de la estructuración». Amorrortu: Buenos Aires, 1995.
- _____ (1992). «La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas». Cátedra: Madrid, 1992.
- Garfinkel, H. (1956). «Condiciones de las ceremonias exitosas de degradación». En *Revista de Ciencias Sociales Delito y sociedad*, número. 22, pp. 115-122, 2006.

- Goffman, E. (1961). «Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales», segunda ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Amorrortu, 2012.
- _____ (1963). «Estigma: la identidad deteriorada», segunda ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Amorrortu, 2012.
- González, Á. (2016). «Análisis de las estrategias de inserción social en mujeres con consumos problemáticos en Portal Amarillo. Uruguay 2016». Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Hirschman, A. (1977). «Salida, voz y lealtad: Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y estados». México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Honneth, A. (1992). «La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales». Barcelona: Crítica, 1997.
- Ibáñez, T. (2005). «Contra la dominación: variaciones sobre la salvaje exigencia de libertad que brota del relativismo y de las consonancias entre Castoriadis, Foucault, Rorty y Serres». Barcelona: Gedisa.
- JND (2013). «Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana». JND: Montevideo. Consultado en: <http://www.otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/8diagnosticos.pdf>
- JND (2016). «Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas». Nueva York. Consultado en: <https://www.gub.uy/jnd/comunicacion/noticias/sesion-especial-de-la-asamblea-general-de-naciones-unidas-sobre-el-problema>
- Kaminsky, G. (1994). «Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales». Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lemert, E. (1967). «Estructura social, control social y desviación». En Sancho, M. (2014). *Sociología de la desviación: Howard Becker y la "teoría interaccionista de la desviación*. Revista "Conflicto Social", vol. 7, núm. 12, julio a diciembre. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Páginas 65 - 87. Consultado en: publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/578
- León, I.; Herrera, M. (2008). «Atención médica. Niveles de atención». En Benia, W.; Reyes, I. *Temas de Salud Pública*. Montevideo: Oficina del Libro, Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

- Lévi-Strauss, C. (1974). «Antropología estructural». Barcelona: Paidós, 1987.
- Mead, G. (1925). «La génesis del self y el control social». En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nro. 55. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1991. Consultado en: reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=775&autor=GEORGE+H.+M+EAD
- Mejía, J. (2000). «El muestreo en la investigación cualitativa». En *Investigaciones Sociales*, IV, nro. 5. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Pp. 165 - 180. Consultado en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6851/6062>
- Menéndez, E. (1985). «El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos». En *Desarrollo Económico*, 24(96), 593-604. Instituto de Desarrollo Económico y Social: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consultado en: www.jstor.org/stable/3466923
- Merton, R. (1949). «Teoría y estructura sociales», tercera ed. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1992.
- Míguez, M. (2009). «La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva en la niñez de contexto crítico». En *Fronteras*, nro. 5, pp. 35-43. Montevideo: Departamento de Trabajo Social, FCS, Udelar. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7277/1/RF_Miguez_2009n5.pdf
- Mills, C. (1959). «La imaginación sociológica», tercera edición. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Morin, E. (1990). «Introducción al pensamiento complejo». Barcelona: Gedisa, 1994.
- Olivera, Gabriela y Sempol, Diego (2012). «Generizar la reducción de riesgos y daños». En *La Gestión de Riesgos: un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas*. JND: Montevideo. Páginas 35 - 38.
- OEA (2016). «Evaluación del progreso del control en drogas». En González, Á. *Análisis de las estrategias de inserción social en mujeres con consumos problemáticos en Portal Amarillo. Uruguay 2016*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2016).

- OMS (2008). «Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca». Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS. Consultado en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- OUD (2006). «Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: un estudio descriptivo-exploratorio sobre consumo de drogas y factores asociados». Consultado en: www.gub.uy/jnd/comunicacion/publicaciones/ninos-ninas-y-adolescentes-en-situacion-de-calle-un-estudio-descriptivo
- OUD (2007). «Informe 2007: Situación y tendencias del consumo de drogas en Uruguay». Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Consultado en: www.gub.uy/jnd/comunicacion/publicaciones/informe-2007-situacion-y-tendencias-del-consumo-de-drogas-en-uruguay
- OUD (2016). «VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas». s/l. Consultado en: <https://www.gub.uy/jnd/comunicacion/publicaciones/vi-encuesta-nacional-en-hogares-sobre-consumo-de-drogas-2016>
- Parlamento (2017). «Consumo Abusivo de Drogas: normas para el ejercicio del derecho de la voluntad anticipada para recibir un tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social». Consultado en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/137040>
- Parsons, T. (1951). «El sistema social». Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Alianza, 1999.
- Pinheiro, P. (2006). «Informe Mundial sobre la Violencia Contra los Niños y Niñas». Organización de las Naciones Unidas. Consultado en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf
- Portillo, J.; Rodríguez, J. [comp.] (2006) «Las otras medicinas». Montevideo: Productora.
- Preciado, P. (2008). «Testo yonqui: sexo, drogas y biopolítica». Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós, 2014.
- Sancho, M. (2014). «Sociología de la desviación: Howard Becker y la “teoría interaccionista de la desviación”». En *Conflicto Social*, vol. 7, nro. 12, julio a

diciembre. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Páginas 65 - 87. Consultado en:

publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/578

- Simmel, G. (1908). «Sociología: estudios sobre las formas de socialización», v. II. Madrid: Alianza, 1986.
- Veblen, T. (1899). «Teoría de la clase ociosa». Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Weber, M. (1922). «Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva». Fondo de Cultura Económica: Madrid.