

ACERCA DE LAS NOMINACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN TIEMPOS DE MEDICALIZACIÓN

NOMINATIONS ABOUT DRUG USE IN TIMES OF MEDICALIZATION

Vázquez, Andrea¹

RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta, forma parte de la construcción de las categorías teóricas de la tesis doctoral de la autora.

La Estrategia metodológica utilizada adhiere a las dimensiones básicas de la Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de salud (Almeida, 2000): abordaje de distintos niveles de análisis y articulación entre academia y servicios de salud (Stolkiner, 1999, 2001,2005).

El objetivo del trabajo es reflexionar sobre las formas de nominación del consumo de drogas en un contexto de exacerbación del consumo en general y analizar la existencia de una tolerancia social diferencial en el caso del consumo de medicamentos que convive con procesos de estigmatización sobre determinados grupos de personas con problemas de drogadependencia.

Palabras clave:

Nominaciones - Consumo - Drogas - Medicalización

ABSTRACT

This paper is part of the theoretical categories constructed for the doctoral thesis of the author. The methodological strategy used adheres to the basic dimensions of Health Policies, Systems and Services Research (Almeida, 2000) : it combines different levels of analysis and aims to coordinate between academic research and health services practices (Stolkiner, 1999, 2001,2005).

The aim of this work is to reflect on the nomination forms of drug use in a context of exacerbation of consumption in general and analyze the existence of a differential social tolerance in the case of consumption of drugs that coexists with processes of stigmatization of certain groups people with drug addiction problems.

Key words:

Nominations - Consumption - Drugs - Medicalization

¹Doctora, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Magíster en la Problemática del Uso Indebido de Drogas. Universidad de Buenos Aires. Profesora Adjunta Interina de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: avazquez@psi.uba.ar

Introducción

El trabajo que aquí se presenta, forma parte de la construcción de las categorías teóricas de la tesis doctoral¹ de la autora.

El desarrollo de la tesis contó con una beca de investigación y se realizó en el marco de un proyecto UBACyT². El proyecto retoma, para su profundización y actualización, conceptos desarrollados en un estudio anterior³ en el que indagamos discursos y prácticas sobre la drogadependencia (Vázquez, 2006).

La Estrategia metodológica utilizada adhiere a las dimensiones básicas de la Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de salud (Almeida, 2000): abordaje de distintos niveles de análisis y articulación entre academia y servicios de salud (Stolkiner, 1999, 2001, 2005).

El objetivo del trabajo es reflexionar sobre las formas de nominación del consumo de drogas en un contexto de exacerbación del consumo en general y analizar la existencia de una tolerancia social diferencial en el caso del consumo de medicamentos que convive con procesos de estigmatización sobre determinados grupos de personas con problemas de drogadependencia.

Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y documental y se analizan resultados seleccionados de investigaciones que indagan la operatoria de procesos de estigmatización social sobre la drogadependencia.

Nominaciones

Las formas de nominar la relación entre las personas y las drogas son variadas y heteróclitas. Las definiciones que las configuran, suelen organizarse alrededor de discursos hegemónicos y se articulan a formas de ver el mundo que incluye la elaboración de normas, comportamientos, designación de instituciones y desarrollo de especialistas. Estas construcciones pueden ser analizadas desde diversos enfoques.

Uno de los enfoques se centra en la caracterización de los principales estereotipos sobre las drogas (Gonzalez Zorrilla, 1987). El primero de ellos, se refiere a la concepción de qué es una droga. Se agrupan bajo esta designación, a diversas sustancias legales e ilegales. En el caso de las legales, se interpreta que se trata de sustancias que no producen desviación. En cuanto a las sustancias ilegales cargan sobre sí una interpretación que las hace responsables de producir unos daños sociales que no se fundamentan científicamente. En el segundo de los estereotipos, se le atribuye unas propiedades demoníacas a la droga, produciendo lo que se ha llamado el fetichismo de la sustancia. En esta concepción, existirían unas propiedades externas a la sociedad que infectan al cuerpo social sano, abonando la creencia de que la droga ocupa el lugar de la peste de nuestros tiempos. En el último de los casos, el estereotipo asocia la droga a un modo de expresarse en contra de la sociedad. Este accionar, buscaría el objetivo de afirmar una cultura al margen de las

normas sociales. En esta construcción, este tipo de actitud se encuentra identificada con la adolescencia, constituyendo una imagen de *no prestar consenso a la sociedad en que viven* (como de resistencia o transgresión a las normas sociales).

Existe otro grupo estereotipos de mayor complejidad, que se asocian a los discursos antes descriptos. Se produce un refuerzo de la estereotipia que consolida procesos de estigmatización sobre un grupo de personas que consumen drogas de forma intensiva y que pasan, de esta forma, a ser llamadas drogadependientes. Ligan la drogadependencia a otros padecimientos que se caracterizan por condensar un alto contenido de alarma y rechazo social. Son padecimientos también estigmatizados como el VIH-SIDA y los sufrimientos psíquicos. La expresión *enfermedad –metáfora* a la que se refiere Susan Sontag (1996), alude a enfermedades que toman un carácter histórico dentro de ciertas épocas y movilizan al conjunto de la sociedad, dando cuenta de sus concepciones hegemónicas para el tratamiento. La peste para los siglos XVI y XVII, la sífilis y la tuberculosis para el siglo XIX, el cáncer para el siglo XX y el SIDA en el siglo XXI.

En cuanto al estereotipo que asocia sufrimientos psíquicos y drogadependencias, se observa que forman parte de un grupo más amplio de padecimientos estigmatizados. En el año 1880, se crea en la Argentina el Departamento Nacional de Higiene. En 1923 se incluyen diferentes secciones entre las que se encuentran: tracoma, venéreas, tuberculosis, higiene mental, alcoholismo y toxicomanías, entre otras (Lussani y Mercer, 1985), lo que muestra el agrupamiento de enfermedades “*infecto – contagiosas*” y “*de la mente*”. Locura y control social, se entran en la constitución misma de muchas de las respuestas asistenciales pensadas para la población con problemas de drogadependencia. De la combinatoria de estereotipos surge un producto simbólico, compuesto por la identificación: de los usuarios de drogas a los adictos, del fenómeno del uso a la enfermedad y del sujeto que usa al enfermo (Sepúlveda, 1999).

En *Nuestro derecho a las drogas* (2001), Thomas Szasz sostiene que el imaginario acerca de las drogas peligrosas se ha transformado en el producto mejor vendido por la industria del miedo. Plantea que la percepción alarmista con relación a algunas drogas y a ciertos consumidores, se constituye en una táctica especialmente apropiada para reforzar el “*estado terapéutico*”, a partir de utilizar el supuesto peligro como el motivo que justifica la persecución médico-política.

El siguiente enfoque se centra en la clasificación de sustancias. Hay una clasificación social en que se divide a las sustancias en legales e ilegales. Clasificación que se extiende sobre los comportamientos humanos y sobre las personas que de esta forma, pasarían también a quedar distinguidas en el imaginario social como personas legales e ilegales⁴.

¹SECyT. UBA. Directora de Beca: Lic. Stolkiner. Facultad de Psicología. UBA.

²P040. Directora: Lic. Alicia Stolkiner. Facultad de Psicología. UBA

³Se trata de la tesis de Maestría de la autora. Op.Cit.

⁴Designación construida socialmente por la operatoria de los estereotipos que relacionan drogas, pobreza y delito y/o drogas y enfermedad, entre otros.

Hay una clasificación científica según la cual, en base a la composición farmacológica, las drogas pueden catalogarse de forma genérica en: depresoras, estimulantes, alucinógenas o cannabinoides. Según la clase que se consume serán los efectos que se produzcan. Según Escohotado (1992) el concepto de estupefaciente se empieza a utilizar en Francia (*stupéfiants*) y remite a su calidad de *imbecilizadores*. La legalidad de la sustancia consumida es la línea divisoria que produce que mientras un pequeño número de consumidores (ocasionales o problemáticos) de sustancias ilegales sean visualizados como personas potencialmente peligrosas o transgresoras, una mayoría de consumidores (ocasionales o problemáticos) de sustancias legales sean percibidos como personas cuyos consumos pueden ser tolerados socialmente. Dentro de este universo de sustancias consumidas se incluyen el alcohol y los medicamentos, entre otros. En ocasiones, dentro de este enfoque tiene lugar una diferenciación del tipo de consumo según qué se consume, cuánto se consume y con qué frecuencia. Para hacerlo, suele utilizarse el patrón que la medicina ha establecido entre uso, abuso y dependencia.

Por último, pueden analizarse los discursos desde una perspectiva basada en modelos. En 1975, Helen Nowlis propuso cuatro modelos para analizar la relación entre las personas y las drogas: ético-jurídico, médico-sanitario, psico social y socio-cultural. Poco después, Alberto Calabrese y otros (1976), describen un modelo denominado Ético – Social⁵ que se enmarca en una sociología crítica y que analiza el problema de las drogas como una construcción social. Plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas. Según los autores, este modelo no niega la validez de los enfoques parciales sino que los integra en una síntesis superadora. Armando Vega (1992) propone 5 modelos interpretativos de la problemática de las drogas: ético-jurídico, médico –sanitario, psicosocial, sociocultural y geopolítico estructural.

En este trabajo se toma como referencia la conceptualización de *modelos básicos de definición de las drogas* elaborada por Romani (2004, p.60) según la cual la construcción social del “*problema de la droga*” se ha desarrollado a través de tres modelos: penal, médico y sociocultural.

El *modelo penal* descansa en la definición de un concepto estigmatizante de la droga de plena vigencia hasta la actualidad, que se basa en un paradigma de tipo jurídico –repressivo en el que todo es visualizado en clave de delito.

El *modelo médico*, instaura la idea de que el drogadicto (etiqueta utilizada para designar a las personas adictas a drogas) es más un enfermo que un delincuente y que por ello debe ser introducido en los dispositivos médicos para su institucionalización. La definición difusa de un síndrome clínico compuesto por diversos signos y síntomas

produce: la confusión entre hallazgos científicos y opiniones morales, el aumento de la estigmatización de personas o grupos (tal como los adolescentes y/o jóvenes), la consolidación de un discurso único.

El *modelo sociocultural* surge alimentado por estudios sobre uso de drogas en sociedades primitivas y luego complejizado por el aporte de estudios etnográficos y socioantropológicos sobre distintas drogas tanto en sociedades primitivas como urbanas. Este modelo, en que se enmarca la definición de drogadependencia que utilizamos, supone una visión crítica desde la cual se introduce el contexto histórico y las condiciones de posibilidad en que se despliega dicho problema. Y se discuten los fundamentos del conjunto de definiciones que los discursos hegemónicos (penal y médico principalmente) han elaborado para referirse a este tema, o los modelos a través de los que se ha desarrollado la construcción social del “*problema de las drogas*” (Romani, 2004). Se abandona la referencia al individuo y se orienta hacia una conceptualización de sujetos imbuidos en prácticas sociales. El modelo sociocultural integra las denominaciones surgidas desde el campo de la salud mental con enfoque de derechos. Conceptualiza las transformaciones en las prácticas de consumo de drogas a partir de las definiciones políticas, económicas y sociales sobre la temática en cuyo centro no se encuentra un individuo a solas con su consumo sino que se analiza la producción de subjetividad y padecimientos a la luz de las particularidades de época. Se utilizan los conceptos de persona y ciudadano como el eje de las definiciones y la problemática centrada en las sustancias pierde centralidad. Son coherentes con esta perspectiva un conjunto de denominaciones presentes en documentos y normativas⁶ más recientes en cuyo centro está la persona: personas con padecimiento subjetivo, personas con sufrimiento psíquico, personas con consumos problemáticos, entre otras.

Consumo, mercado y medicalización

El análisis de la relación entre las personas y las drogas no podría quedar escindido de las formas particulares que la época le imprime a las relaciones entre las personas y los objetos de consumo. Por eso, en este apartado el foco está puesto en los modos en que los medicamentos se han integrado a una batería de objetos de consumo para la vida cotidiana ante una mirada social que se resiste a identificar a estos procesos como consumos problemáticos. Estamos frente a un selectivo tratamiento social que rechaza ciertos consumos y tolera otros.

En *Historia de la medicalización*, Michel Foucault (1990) introduce la dimensión ideológica para analizar los efectos de la biomedicina. Reconoce su éxito a partir de elementos eficaces pero introduce la idea de que también utiliza elementos inocuos o que producen efectos negativos (efectos iatrogénicos).

Esta perspectiva, encuentra fundamentos en la visión que sostiene que el tratamiento de la enfermedad y los

⁵Para el autor, el modelo Ético Social, basa sus lineamientos en una relación ética, como posibilidad para la comprensión de un fenómeno a través de su proyección histórica Herrero, T., Dana, C., Calabrese, A. (h), Arambarri, A., Casati, N., Mariones, A. et. al., 1995, Op.Cit.

⁶Tal como se expresa en la Ley Nacional de Salud Mental, 2010 y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, 2014. Op. Cit

padecimientos corresponden al patrimonio exclusivo del saber médico. Este modelo instituido a lo largo del siglo XIX en países americanos y europeos responde a lo que ha sido definido como Modelo Médico Hegemónico. La definición de la enfermedad basada en diagnósticos construidos a través de indicadores biológicos posibilita que el enfermo y su enfermedad queden desvinculados de sus relaciones sociales y permite omitir el trabajo con la salud (Menéndez, 2005).

La cuestión se vuelve compleja no solo cuando los indicadores biológicos son la base de los diagnósticos sino cuando se reduce el cuerpo subjetivo a la biología (Caponi, 2010). O la persona a su diagnóstico.

Para Stolkiner (2012, p.3), “se trata de una confluencia cuyo núcleo central es el antagonismo fundamental de nuestra época, aquel que se plantea entre objetivación o subjetivación”.

Los procesos de medicalización en la actualidad, no solo suponen el avance de la farmacología en espacios de la vida cotidiana (medicalización más mercantilización de la vida), lo que ha llevado a plantear el concepto de medicalización indefinida (Foucault, 1990), sino que van surgiendo nuevas clasificaciones de enfermedades. Esta visión ha permitido reflexionar sobre la existencia de un proceso de *creación de enfermedades* (Payer, 1992) que va tomando cada vez más territorios de la vida.

La medicalización es el proceso por el cual la medicina trata situaciones inherentes a la condición humana como problemas médicos (Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi, Ballesteros, López Casariego, Leone y Tamburrino, 2009) al tiempo que interviene en los modos de definir las situaciones de las que se ocupa.

En el caso del consumo de drogas, cabe señalar que se trata de un fenómeno de alcance universal y que la variabilidad de sus efectos depende tanto de qué se consume como de quién consume y en qué contexto tiene lugar ese consumo.

Una vasta literatura da cuenta de que en todos los tiempos el hombre ha experimentado con sustancias definidas como drogas (Burroughs, 1989, Baudelaire, 2009, de Quincey, 1978, Escotado, 2000). Buena parte de esas exploraciones suponían la expectativa de trascender los límites de la conciencia. Muchas de esas actividades se realizaban de forma grupal. En ocasiones eran experiencias colectivas en contextos festivos. Actualmente, priman las experiencias individuales aún estando con otros (algunos relatos sobre las llamadas *fiestas rave*⁷, enfatizan la experiencia del baile individual). Y la alteración de la conciencia se dirige a eliminar las condiciones de la vida humana (cansancio, sueño, inhibición, angustia), a sentirse otro. En *Psicofármacos y Salud Mental*, Emiliano Galende se pregunta: “¿Cómo es que esta tentadora “solución” del medicamento se ha instalado en la sociedad?”

⁷El origen de estas fiestas se inscribe en la celebración de **fiestas clandestinas** que surgieron como respuesta a la restricción de horarios para espectáculos nocturnos en algunos países europeos a fines de los '80. Se caracteriza por la música electrónica de baile rápido, la inclusión de efectos lumínicos y una duración que en ocasiones se extiende durante noches enteras.

(2008, p.11). Es así que se ha conceptualizado la operatoria de un imaginario que permite suponer la creación de estilos de vida (Bourdieu, 2012) a partir de opciones de consumo (Conde, 1999). El concepto de medicamentos para el estilo de vida (“*lifestyle medicine*”) forma parte de esa construcción. La medicamentación (Iriart, 2008) es la convicción de que hay un fármaco para cada malestar, aun los más propios de la vida humana como pueden ser la tristeza y el miedo. Estos procesos que incluyen tanto la medicamentación como la automedicación, parecieran surgir como los verdaderos problemas para nuestra sociedad y, sin duda, lo son para nuestro sistema de salud (Vázquez, 2013).

Naturalización de la disponibilidad e ingesta de pastillas para el bienestar diario, diagnósticos por internet, entre otros, producen una situación paradójica que es la acentuación de una medicalización “formal” producto del contacto con el sistema de salud y otra “informal” producto de la omisión de contacto con el sistema de salud pero resuelta por el acceso a medicamentos por vías alternativas a la prescripción médica.

El consumo de fármacos también se ha asociado al deporte. Se exacerba la potencialidad del uso de sustancias para aumentar la masa muscular, incrementar el oxígeno en sangre, disminuir la fatiga, etcétera. La instauración del estereotipo de cuerpos *ideales* ha generado una industria a su alrededor. El fenómeno de la “vigorexia” se caracteriza por producir un comportamiento que lleva a la persona a ejercitarse de forma excesiva lo que puede llevar a un cansancio extremo. (Caserío, 2008). Las últimas muertes de personas jóvenes ocurridas mientras realizaban ejercicio, pueden ser muestra de ello.

En la última década, surgieron otras sustancias (éxtasis y otras denominadas drogas *de síntesis* o *de nocturnidad*) donde el consumo no es entendido como trasgresión sino como parte integrante de un comportamiento social legítimo (Beltramino, 2004)⁸. Las particularidades de esta visión o *normalización*⁹ de ciertos consumos (Cruz, 2014, Duff, 2005) se relaciona con un contexto cuya particularidad es que se trata de eventos festivos accesibles para personas con determinada capacidad adquisitiva¹⁰.

La posibilidad de acceder a medicamentos sin prescripción médica, muestra una transformación en el ideario social favorable a los laboratorios y la industria farmacéutica. Esta situación, se ha instalado como producto de un largo proceso de tolerancia diferencial en cuanto al lugar de los medicamentos en la vida cotidiana.

La publicidad (y la falta de regulaciones al respecto) difunde escenas donde la felicidad queda asociada a la ingesta de pastillas. Frases grabadas en la memoria colectiva tales como: “*si algo te cae mal...*” (y la solución del antiá-

⁸El episodio reciente (abril de 2016) en la Ciudad de Buenos Aires de la fiesta denominada “Time Warp” en la que murieron varios jóvenes, da cuenta de la tolerancia social respecto de los consumos que tienen lugar en esos eventos.

⁹Es la forma en que autores anglosajones conceptualizan consumos no problemáticos de drogas

¹⁰Son eventos cuyo costo de entradas se torna inaccesible para personas con ingresos económicos bajos.

cido tras una comida excesiva en calidad y cantidad), “*que nada, ni un dolor de cabeza te impida seguir*” (texto de la publicidad de un reconocido analgésico), conviven con el sponsorío de torneos de fútbol infantil por parte de marcas de analgésicos para niños.

La cuestión de la comercialización de medicamentos, también forma parte de este escenario. Hasta hace pocos años (y aún hoy puede lograrse), se podía comprar una diversidad de medicamentos en locales de venta de golosinas. A fines del año 2009, se sancionó la Ley 26.567 que establece que el expendio de drogas, preparación de recetas y venta de medicamentos (incluidos los de venta libre) solo podrá efectuarse en farmacias habilitadas de todo el territorio de la Nación (Art. 1). El crecimiento de una enorme cadena de locales abiertos las 24 hs en que se venden productos de farmacia junto a una enorme diversidad de objetos (de perfumería, regalería, golosinas, etc.) cuyo nombre alude a una “*Ciudad Farmacia*”, abona esta teoría. Un estudio sobre el tema señala que cerca de la cuarta parte de medicamentos que se consumen en el país se adquieren en comercios alternativos a las farmacias “(...) *dichos comercios incluyen quioscos, supermercados, estaciones de servicio, gimnasios y hasta hoteles alojamiento*” (Damín y Di Biasi, 2009, p.2). La consecuencia estructural es que los medicamentos han entrado en el circuito mercantil (Stolkiner, 2014).

Paradójicamente los procesos de estigma y discriminación en las sociedades actuales, se producen principalmente por el no acceso al consumo, constituyendo un verdadero “(...) *consumismo contra la ciudadanía*” (Klein, 2002, p.505). Esta cuestión se torna particular al analizar los efectos del proceso de estigmatización en el caso de los consumidores de drogas de sectores vulnerados. La aparición de asociaciones de consumidores y leyes de protección al consumidor no le han quitado a las personas drogadependientes pobres su lugar privilegiado en la ubicación social estigmatizada.

Conceptualizaciones sobre el estigma

El concepto de estigma, ha sido utilizado para definir una serie variada de situaciones deshonrosas en términos de lo que una comunidad considera tolerable o no, es decir, las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado.

Según Goffman (2006), el término estigma posee diferentes significaciones de acuerdo al momento histórico al que se refiera. Para los griegos, se trataba de signos corporales para señalar algo malo (esclavitud, crimen o traición). El cristianismo designa con este concepto, tanto la gracia divina como la perturbación física. En el último período, un estigma designa, ya no manifestaciones del cuerpo, sino al *mal en sí mismo* (Goffman, 2006, p.11). Refiere a un atributo desacreditador y el énfasis está puesto en el lenguaje de relaciones y no de atributos¹¹.

¹¹El debate se plantea alrededor del estigma como marca objetiva o como un proceso de nominación y de imputación de sentidos.

El estigma y sus sinónimos, ocultan una doble perspectiva para el individuo estigmatizado: si su diferencia es conocida o no por quienes lo rodean. En el primer caso se trata de alguien desacreditado, en el segundo caso, de alguien desacreditable.

Dentro de estas investigaciones clásicas sobre el estigma, se puede establecer una diferencia entre quienes se han focalizado más sobre el estudio de la *etiqueta* de las personas (tal como las referidas investigaciones de Goffman), que sobre *los que ponen la etiqueta*¹². Dentro de esta perspectiva, desde el interaccionismo simbólico¹³, se producen una serie de escritos sobre la desviación, la producción social de las diferencias y las funciones de control y normatización por parte de las instituciones. En el contexto de la teoría de la desviación, se incorpora una perspectiva histórico política para profundizar el estudio de los procesos de medicalización referidos a los problemas del consumo de drogas y alcohol (Grimberg, 1995)¹⁴. La sociología de la desviación¹⁵, aporta la teoría del etiquetaje cuya idea central es la creación, por parte de la sociedad, de la desviación a partir del establecimiento de reglas. La transgresión de estas reglas constituyen la desviación, y las mismas se aplican a personas etiquetadas como extraños. La desviación conceptualizada no como un acto, sino como una manifestación de una mayoría social que etiqueta negativamente los comportamientos de las minorías que transgreden las normas estandarizadas por esa misma mayoría. El desviado es alguien a quien se le ha aplicado la etiqueta y pasa a convertirse en un *outsider* (Becker, 2009).

El estigma de la drogadependencia

El problema del consumo de drogas y la drogadependencia, ofrece un ejemplo especialmente ilustrativo para el análisis de los procesos de estigmatización.

Desde la perspectiva teórica con que trabajamos, definimos las drogas¹⁶ como un conjunto de sustancias químicas que al incorporarse al organismo producen una variabilidad de efectos complejos relacionados con: la sustancia que se consume, el sujeto consumidor y el contexto en que tienen lugar las prácticas de consumo. Y “(...) *cuyas consecuencias, funciones, efectos, y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (...) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácti-*

¹²El énfasis está puesto en cuanto al foco: los estigmatizados o los estigmatizadores.

¹³El eje principal de esta orientación, es el estudio del proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje y al comportamiento en la interacción social.

¹⁴La autora cita estudios sobre la desviación (Lemert, 1967), estudios sobre las instituciones de salud (Goffman, 1970), procesos de medicalización (Conrad y Schneider, 1985) y en América Latina (Menéndez, 1981, 1985, 1990). Op.Cit.

¹⁵Para ampliar, puede verse *Outsiders* (1963). Becker, 2009. op. cit.

¹⁶Se focaliza en el uso de drogas categorizadas como ilegales, ya que son los usuarios de estas sustancias (dependan o no de ellas) quienes configuran mayoritariamente grupos estigmatizados.

cas” (Romaní, 2008, p.302)¹⁷.

Por drogadependencia¹⁸, entendemos: “(...) un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (...), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas” (Romaní, 2004, p.55).

Más recientemente se ha acuñado un concepto más abarcativo y adecuado para describir situaciones en que el consumo se torna compulsivo: consumos problemáticos. Se definen como: “(...) aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Ley 26.934, 2014)

Si bien existen diferencias en cuanto a si la sustancia consumida es legal o no, la mirada social estigmatizante se vincula más a “quién consume” que a “que consume”. Se sostiene una división entre drogas legales e ilegales –y por ende –, entre personas legales e ilegales, ocultando que el mayor riesgo que pueden suponer estos consumos, se asocia más a las condiciones sociales en que se encuentran estas personas, que al consumo mismo.

En general existe una gran tolerancia social (Miguez, 2009) respecto del consumo de tabaco, alcohol, y medicamentos (aún bajo el formato de ingesta sin prescripción, es decir automedicación), mientras se rechaza el consumo de las mismas sustancias por parte de personas que viven en condiciones de pobreza. Tampoco son estigmatizados aquellos consumidores de sustancias legales de circulación controlada, tal como los psicofármacos, que no las obtienen en circuitos ilegales y/o marginales, si se los compara con aquellos que solo pueden obtenerlas en estos circuitos.

Aquí se produce una situación que esconde una vulneración de derechos ya que, debido a un acontecimiento que puede ser ocasional, estas personas son expuestas a la identificación pública, “(...) pero sin darle derecho a compensar los daños sufridos” (Goffman, 2006, p.89).

Un caso particular lo plantean ciertas modalidades de tratamiento (tanto profesionalizadas como grupos de autoayuda) en que se mantiene la nominación estigmatizante o se le antepone el prefijo ex (ex adicto, ex alcohólico, etc.), aún cuando lo que la originó ha desaparecido. Esta es la situación de personas que han abandonado el alco-

hol durante más de 20 años y asisten a reuniones en la que todos se autodenominan alcohólicos. También en algunas instituciones bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica en las cuales ex – drogadependientes acompañan a quienes ingresan para su tratamiento.

Entre los sufrimientos que integran la jurisdicción que la medicina describe como anormalidades, se encuentran el alcoholismo y la dependencia de drogas junto a hiperactividad infantil, suicidio, obesidad, delincuencia, violencia y problemas de aprendizaje, entre otros (Conrad, 1982).

Discusión

Queda por delante un largo proceso de transformación de los discursos sobre el consumo de drogas. Una transformación en cuyo eje quede lo central de la problemática, es decir, las condiciones sociales en que tienen lugar ciertos consumos y el sufrimiento inherente al padecimiento de un problema de salud.

Existe una especificidad en el sufrimiento subjetivo de muchas de las personas con problemas de drogadependencia al convertirse en objeto del estigma social, tener problemas para acceder a la atención en salud, vivenciar situaciones de rechazo y/o ser discriminado.

La ampliación y transformación de la conceptualización sobre la estigmatización, entendida como un conjunto poderoso de procesos sociales relacionados con la reproducción de la desigualdad y la exclusión, ofrece un complemento y una nueva forma de comprender sus efectos con miras a ser parte de intervenciones que tiendan a cuestionarlos y eliminarlos (Parker y Aggleton, 2003).

Un primer camino, es poner en discusión las categorías que habitualmente se relacionan con el consumo de drogas: enfermedad y delito. Y separar a quienes hacen usos recreativos de drogas (sean legales o ilegales), de aquellos que manifiestan consumos problemáticos.

El problema central sobre el cual avanzar, no tiene relación específica con las sustancias consumidas sino con cuestionar la inclusión natural de ciertos problemas de la vida cotidiana bajo la jurisdicción de la medicina, la mercantilización de los problemas de salud, la tolerancia diferencial entre consumos problemáticos tal como el que existe entre el alcohol o los psicofármacos y las sustancias ilegales, el avance de la medicalización de la infancia y los procesos de estigmatización de personas con determinados sufrimientos psíquicos.

Se trata de poner el eje en los sujetos y en su inclusión social; captar las realidades locales y desarrollar intervenciones que reconozcan sus especificidades históricas, sociales, culturales; potenciar el pleno acceso a los derechos y construir estrategias de trabajo con una perspectiva comunitaria y respetuosa de la dignidad de las personas.

¹⁷Esta conceptualización conjuga la definición de drogas que elabora el Dr. Oriol Romaní en una obra anterior (2004, p.53) y una definición más reciente de uso de drogas (2008, p.302). Op.Cit

¹⁸El énfasis está puesto en la afectación de la vida cotidiana. No se aborda aquí, la problemática desde un punto de vista psicopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. (2000) Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo histórico y tendencias. *Cuadernos para la Discusión Número 1*. Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Río de Janeiro.
- Baudelaire, Ch. (2009) *Las flores del mal*. Buenos Aires: Losada.
- Becker, H. (2009) *Outsiders. Hacia una sociología de la Desviación*. (1ra. Ed. 1963). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Beltramiño, 2004
- Burroughs, W. (1989) *El almuerzo desnudo*. Barcelona: Anagrama.
- Calabrese, A. y profesionales del FAT (1976) El Modelo Ético Social. *Boletín de la Comisión Nacional Argentina de Cooperación con la UNESCO* (10), 3-7.
- Caserío, P. (2008) Deportes y prácticas adictivas. Doping y exceso de ejercicio. *Encrucijadas.UBA*, 44,52-53.
- Conde, F. (1999) *Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid: CREFAT.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. (pp.129-159). Barcelona: Crítica- Grijalbo.
- Conrad, P., y Schneider, J. (1985). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. (pp.1-37) Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company
- Cruz, O. (2014) *Nonproblematic Illegal Drug Use. Drug Use Management Strategies in a Portuguese Sample*. *Journal of Drug Issues*, 1-18.
- Damín, C. y Di Biasi, B. (2009). *Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogadependencia: relaciones peligrosas*. Primera Cátedra de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
- De Quincey, T. (1978) *Confesiones de un opiómano inglés*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- Duff, C. (2005). Party drugs and party people: Examining the "normalization" of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16 (2). 161-170.
- Escohotado, A. (1992) *Historia general de las drogas. Vol I*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (2000) *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., Ballesteros, I., López Casariego, V., Leone, C.Tamburrino, C. (2009). Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1990). Historia de la medicalización (pp. 121-152). En *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. 1era Edición 1963. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Zorrilla, C. (1987). Drogas y Control Social. *Poder y Control*, 2, 49-65.
- Grimberg, M. (1995). Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud, en M. Álvarez y V. Barreda (Comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. (pp.31-50). Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- Herrero, T., Dana, C., Calabrese, A. (h), Arambarri, A., Casati, N., Mariones, A. et. al. (1995). Modelo Ético – Social. *Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica*, 7.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1985). La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad? Buenos Aires: Mimeo
- Klein, N. (2002). Conclusión. En *No Logo* (pp.505-512). Buenos Aires: Paidós.
- Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problems, and social control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ley 26.567 (18/12/2009) Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Medicamentos.
- Ley 26.657 (3/12/2010) Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Ley Nacional de Salud Mental.
- Ley 26.934 (B.O: 29/05/2014). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Crease el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Plan IACOP.
- Menéndez, E. (1985) Saber Médico y saber popular: el MMH y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 8:263-296
- Menéndez, E. (1990). El modelo médico hegemónico. En *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. (pp.83-117). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús. Volumen 1, Nro 1, 9-32.
- Parker R, Aggleton P. (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 13-24.
- Payer, L. (1992) *Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. New York: J.Wiley.
- Romaní, O. (2004) ¿Como se ha informado de las drogas en la sociedad española? Intervención social, percepciones y valores. En Pantoja, L. y Abeijón, J.A. (Eds.) *Los medios de comunicación y el consumo de drogas* (pp.39-65). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Romaní, O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318.
- Sepúlveda, M. (1999). El silencio de los angustiados. En Dobón, J.E., Hurtado, G. (Comp.) *Las drogas en el siglo... ¿qué viene?* (pp.73-87). Buenos Aires: Universitaria de la Plata.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. Y El SIDA y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Stolkiner, A. (1999). Ciudadanía, vida cotidiana y subjetividad. En *Nuevos Escenarios. Nuevos Modelos de Atención*. (pp.51-59). Rosario: Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.
- Stolkiner, A. (2001) Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Actualidad Psicológica*, Año XXVI, 239.
- Stolkiner, A. (2005, Octubre). *Interdisciplina y Salud Mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología. FEPPRA, Posadas.
- Stolkiner A. (2012). *Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta"*, *Propuesta Educativa*. FLACSO 37 ,28-38.
- Stolkiner, A. (2014, 27 de octubre) Alicia Stolkiner: "No todo padecimiento debe ser resuelto con una pastilla". Colegio Profesional de Psicólogos de Salta.

Szasz, T. (2001). El miedo que favorecemos: las drogas como chivos expiatorios. En *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. (pp. 107-127). Barcelona: Anagrama.

Vázquez, A. (2006). Tesis de Maestría: *La Construcción Social del "problema de las drogas": Representaciones y Prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la Salud. Su Relación con la Accesibilidad y Dignidad en la Atención de personas que usan drogas en Servicios de Salud del GCBA*. Secretaría de Posgrado. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Vázquez, A. (2013) Los medicamentos en casa: todos somos responsables. *Campo Grupal* (pp.12-13). Año XV. Nro 156. Ediciones Presencia. Junio de 2013.

Vega, A. (1992) Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 17, 4: 221- 232.

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 14 de julio de 2016