

07

Representaciones sociales sobre usuarios de drogas entre trabajadores de salud de la Red de Salud de Ladera ESE de Cali

Omar Alejandro Bravo

Universidad Icesi | oabravo@icesi.edu.co

María Adelaida Arboleda Trujillo

Universidad del Valle | maria.arboleda@correounivalle.edu.co

Diana María Castrillón Libreros

Eliana Morales

Red de Salud de Ladera ESE | m_arboleda@hotmail.com |
elimgp@hotmail.com

Tal como lo señala Folgar (2000), el consumo de drogas no es un fenómeno propio de la modernidad, ya que desde los orígenes de la humanidad los pueblos han usado sustancias con fines rituales, mágicos, religiosos o recreativos, ya fuera para obtener fuerza, resistencia o alterar el estado de sus sentidos. Esta amplia gama de usos torna difícil definir a las drogas.

La Organización Mundial de la Salud presenta un glosario de términos relacionados al alcohol y otras drogas (WHO, 1994) donde caracteriza droga como «toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental, y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos» (p. 33). En ese mismo documento, este organismo define la sustancia o droga psicoactiva como aquella que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales.

Vásquez y Stolkiner (2009) destacan que la cuestión central en relación con las drogas no está en su caracterización misma, sino en las definiciones sociales producidas desde la relación que establecen los sujetos con esas sustancias. En este sentido, visto desde la óptica de las políticas prohibicionistas que han dominado en los últimos años el campo de la prevención y el tratamiento, el uso de drogas tendría que ver con elementos carenciales o perturbados del sujeto, que encontraría en la droga un alivio a ese malestar, o con un desvío moral, que debe ser corregido por una intervención disciplinaria.

Esto ha contribuido a crear un estereotipo en torno a este fenómeno, donde el uso de términos como toxicómano, adicto, drogodependiente, drogadicto e incluso vicioso, corresponde a construcciones y modelos teóricos (ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, sociocultural) que varían a lo largo de la historia y de los intereses de los grupos humanos que las usan (Touzé, 2006; Román, 2007; Kornblit, Caramotti y Di Leo, 2009).

Contra este tipo de generalización abusiva, Kornblit, Caramotti y Di Leo (2009) destacan la diferencia entre dependencia de drogas, consumo problemático y uso recreativo de sustancias considerando la cantidad, frecuencia en el consumo y la forma y circunstancias en la que este se produce. Esta distinción es necesaria, dada la prevalencia de mitos en torno al consumo que enfatizan un potencial adictivo de las drogas ilegales, capaz supuestamente de transformar a cualquier consumidor ocasional en dependiente (Inchaurraga, 1999). Esta suposición legitima a los modelos

de tratamiento basados en la abstinencia obligatoria del consumo, que se transformarían en la única alternativa terapéutica posible.

De esta forma, entonces, se ha consolidado un modelo de atención al usuario de drogas, atravesado por principios moralistas y disciplinarios, que dificulta establecer políticas de salud dirigidas a este público de carácter abarcativas y efectivas.

Asimismo, y a partir del fracaso mostrado por las políticas prohibicionistas y de las dificultades del paradigma abstencionista para alcanzar a la gran mayoría de los consumidores de drogas (Menéndez, 2012; Romaní, 2008) —como también la expansión del VIH-Sida entre usuarios de drogas inyectables a partir de los años ochenta—, se establecieron acciones alternativas de prevención y atención a las consecuencias del uso de drogas, conocidas genéricamente como *reducción de daños* (Romaní, 2005; 2008).

Romaní (2008) define las políticas de reducción de daños como «aquel conjunto de estrategias individuales y colectivas que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados al consumo de drogas» (p. 305). Estas políticas se distinguen por reconocer a los usuarios de drogas como ciudadanos con plenitud de derechos, priorizando la atención a los daños y riesgos derivados del consumo (Romaní, 2005). La abstinencia, en esta perspectiva, es una opción más a la que puede un usuario acceder, en la medida que lo desee (Carvalho, 2014). Las políticas de reducción de daños pueden abarcar una amplia gama de programas: intercambio de jeringuillas, programas de sustitución como el de suministro de metadona, suministro de heroína en programas de mantenimiento, instalación de centros de acogida, salas de veno-punción higiénicas, creación de asociaciones de usuarios y comités de apoyo de familiares, programas de información, educación y comunicación sobre las características de algunas drogas y sus condiciones de uso y promoción de trabajo por pares, entre otros (Cavalcanti, 2005; Galante, A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz, M., 2009; Menéndez, 2012; Romaní, 2008). De esta forma, se constituyen como una alternativa al paradigma abstencionista. La tensión entre ambas formas de entender la atención al usuario de drogas se traslada con frecuencia al interior de las instituciones, donde ambos modelos entran en disputa.

Las legislaciones nacionales e internacionales paulatinamente han ido abriendo espacio a la inclusión de acciones de reducción de daños. En lo que hace a las políticas nacionales, Colombia sancionó la Política Nacional

para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en el año 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2008). Desde su fundamentación se reconoce un enfoque incluyente, donde el interés y las acciones se dirigen hacia los riesgos y daños asociados al consumo, que buscan estimular la integración social del usuario de drogas. Esta política tiene por meta evitar y reducir los riesgos para el consumidor, su entorno directo y la sociedad en su conjunto: una de sus metas es reivindicar los derechos ciudadanos de los consumidores de drogas.

Uno de los ejes operativos de la política mencionada con anterioridad es el de mitigación, el cual ofrece dentro de sus metas la reducción de obstáculos para la protección efectiva de la salud de los usuarios de drogas. La estrategia de reorientación de la atención y la asistencia propone flexibilizar alternativas de atención y capacitar a la red de servicios existentes para que, desde la atención primaria y básica, sea posible la identificación temprana de problemas asociados al consumo, contemplando aquí explícitamente a las acciones de reducción de daños como una alternativa.

Por otro lado, la Ley 1566 de 2012, que dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, considera al consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno social, y al abuso y la adicción como enfermedades. Los servicios de atención integral al usuario de drogas podrán realizarse, según esta normativa, desde centros y servicios de atención comunitaria y por equipos de atención primaria en salud, entre otras estrategias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A pesar de este avance legislativo, continúa siendo un reto para las políticas de reducción de daños la incorporación de los trabajadores de la salud a las mismas, dado que históricamente se han formado bajo el paradigma que entiende a la abstinencia en el consumo como meta terapéutica única y necesaria.

Por este motivo, indagar acerca de las representaciones sociales de estos trabajadores, permite entender el carácter y forma que algunas de las resistencias a estas políticas presentan y establecer estrategias para su superación.

Cabe mencionar que esta investigación se realizó en el marco del convenio docente asistencial establecido entre la ESE Ladera, la Universidad del Valle-Departamento de Psiquiatría y la Universidad Icesi-Centro de Atención Psicosocial.

Objeto de la investigación

La Red de Salud de Ladera E.S.E. se encuentra ubicada en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, en el sur occidente del país. Esta conforma una de las cinco Empresas Sociales del Estado (ESEs) responsables por la salud de la población, maneja un área de influencia de 624.849 habitantes, lo cual significa aproximadamente el 20% de la población caleña. La Entidad está compuesta por 39 instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S), en el primer nivel de atención, distribuidas de la siguiente manera: 1 Hospital básico, 6 centros de salud y 33 puestos de salud de los cuales 13 están ubicados en el área urbana de la ciudad.

La mayoría de la población que es atendida en la Red de Salud de Ladera corresponde a personas ubicadas en estratos socio-económicos 1 y 2 (clasificación adoptada a nivel nacional para medir el índice de ingresos de una familia y que va del 1 al 6, de menor a mayor capacidad adquisitiva). Las condiciones de vulnerabilidad de esta población han generado en esta institución la necesidad de implementar modelos de prestación de servicios que acerquen más a la comunidad y a los equipos de salud a compartir realidades comunes.

Entre las estrategias implementadas se encuentran la de Salud Familiar y Comunitaria, la de Rehabilitación basada en la comunidad, Servicios Amigables para Jóvenes, atención a Víctimas del Conflicto con un enfoque Psicosocial (PAPSVI), Participación social y Salud Mental Comunitaria. El desarrollo de estas estrategias ha hecho que la comunidad sienta los equipos de salud más cercanos, asimismo, ha logrado que la población asuma una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud.

El consumo abusivo de drogas en Cali (Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. 2006; Colombia, 2013) y sus consecuencias representan un desafío significativo para estas políticas de trabajo con la comunidad, requiriendo del desarrollo de investigaciones y estrategias de formación de los trabajadores de la salud que permitan allanar los obstáculos que se les presentan a los consumidores de drogas para el acceso a la atención, entre ellos, las representaciones sociales e imaginarios que estos trabajadores poseen en relación con esa población. Con el propósito de indagar acerca de estas representaciones sociales entre los trabajadores de la salud de la

comuna 20 de la ESE Ladera se desarrolló la investigación que motiva el presente texto. La misma tuvo como objetivo principal analizar el impacto de dichas representaciones en el acceso de los usuarios de drogas a los servicios de salud en este sector. Los resultados de este trabajo darán subsidios a estrategias de capacitación asociadas al propósito de ampliar y mejorar la atención en salud a esa población mencionada.

Marco teórico

Jodelet (1986) define a las representaciones sociales como conocimientos socialmente adquiridos que se establecen como sentido común y determinan conductas. En la estructura de las mismas, Moscovici (1979) distingue dos conceptos fundamentales: ideología y comunicación. La ideología es entendida aquí como «sistema de representaciones y actitudes que forman la realidad social, y en la que se incluyen fenómenos como los de creencias, los prejuicios sociales y raciales, estereotipos, etc.» (Álvarez Bermúdez, 2002, p. 84). Por su parte, la comunicación incluye las formas lingüísticas y no lingüísticas de transmitir información. En estas formas simbólicas se manifiestan contenidos ideológicos, que se reproducen o modifican a través de esa interacción comunicativa.

Las representaciones sociales, en lo que hace a su proceso de adquisición, serían primeramente sociales y después individuales. Una vez adquiridas, se constituyen como sentido común, orientando las acciones y pensamientos de las personas y grupos. De esta forma, el sujeto supone que sus pensamientos y conductas se originan en su libre elección personal y principios.

Este proceso de adquisición consta de dos momentos diferenciados: el de objetivación y el de anclaje. A su vez, el primero tiene tres etapas: en la primera, las personas seleccionan y reúnen información en torno a un objeto; en la segunda, se establecen ciertas características regulares de ese objeto; en la tercera, ese conjunto de informaciones se transforman en sentido común (Álvarez Bermúdez, 2002).

En el anclaje, se integra la información de un objeto dentro del sistema de pensamiento ya constituido, esto es, las personas utilizan las categorías de pensamiento ya constituidas para darle sentido a los objetos nuevos, des-

conocidos, inusitados, que aparecen en el campo social (Álvarez Bermúdez, 2002, p. 91). Lo anterior indica el carácter móvil de las representaciones, posibles de ser modificadas, total o parcialmente, posibilidad que resulta de interés a los fines de este trabajo.

Es de este modo también es posible analizar la forma en que estas representaciones sociales impactan en ciertas prácticas institucionales. En el caso de esta investigación en particular, resulta relevante entender cómo las representaciones sociales de los trabajadores de la ESE Ladera producen efectos en relación con las formas de acceso a la salud, las interacciones y los tratamientos de los usuarios de drogas de ese sector de la ciudad. Este análisis resulta ser una herramienta indispensable a la hora de planificar estrategias de formación que permitan modificar las prácticas asociadas a dichas representaciones.

Metodología

Tipo de estudio y diseño general de la muestra

El presente estudio fue de carácter descriptivo, cuya muestra estuvo conformada por funcionarios (asistenciales y administrativos) de las IPS de la Comuna 20 que hacen parte de la Red de Salud de Ladera ESE: Siloé, Brisas de Mayo, La Estrella, La Sirena, La Sultana, incluyendo profesionales y técnicos que están presentes en estas IPS bajo la modalidad de convenios de docencia y de servicios.

A los participantes se les aplicó una encuesta desarrollada por el equipo investigador que contó con preguntas cerradas y abiertas, a las cuales respondieron 96 funcionarios. La mayoría de los encuestados (59 personas) labora en la IPS de Siloé, la más grande de las que conforman esta estructura.

Para la realización de este trabajo se capacitó a encuestadores que se desplazaron a las IPS donde laboran los funcionarios. Los datos fueron ingresados a una base de datos del programa Microsoft Excel para su posterior codificación y análisis. Se entregó a cada participante un consentimiento informado, que fue leído y explicado por el encuestador; una vez firmado se procedió a la aplicación de la encuesta, entregándole al participante una copia del mismo.

El estudio comprendió aspectos de tipo cuantitativo y cualitativo. Las categorías de análisis se definieron a partir de los resultados de las encuestas en una lógica epistemológica que impide que la definición previa de esas categorías opere de manera restrictiva en relación con las posibilidades de análisis abiertas por el material cualitativo recolectado (González Rey, 1997).

El análisis realizado a continuación abarca solo algunos de los aspectos considerados en esta investigación, dado el volumen de la información recolectada.

Análisis de la información

En lo que hace a algunos de los aspectos cuantitativos, cabe mencionar que los funcionarios que diligenciaron la encuesta se encontraban entre los 19 y los 71 años de edad; fue predominante el género femenino sobre el masculino, con 67 funcionarios mujeres y 29 hombres.

Con respecto a las áreas profesionales de los funcionarios encuestados, se realizó una caracterización en función de su área de formación, que de acuerdo a las respuestas de los encuestados se discriminó de la siguiente manera:

Tabla 01

Área profesional	Frecuencia
Profesiones del área administrativa	21
Trabajadores relacionadas a oficios varios o de apoyo	6
Auxiliares en salud	28
Enfermería	8
Medicina	20
Otras profesiones del área de la salud	7
Otro	6
TOTAL	96

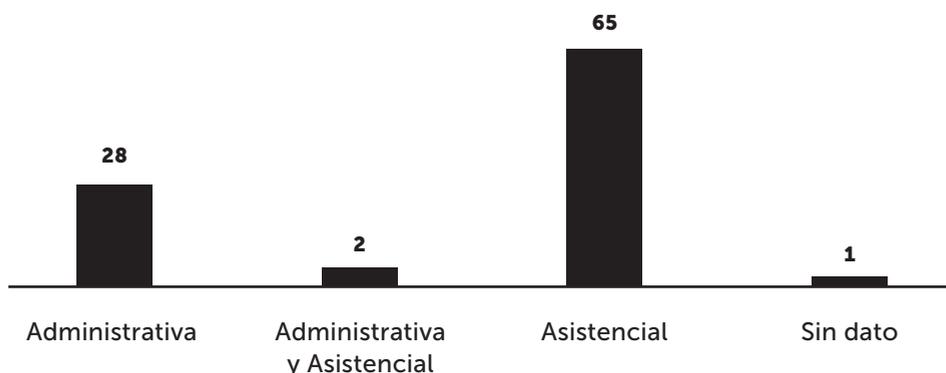
Además, los funcionarios fueron agrupados de acuerdo con el área de trabajo en el que se desempeñaban, por lo que se tomaron tanto las áreas de servicio

asistencial como las áreas administrativas y de apoyo. Esta decisión se tomó con base en el hecho de que se consideró que en servicios de baja complejidad, como los centros y puestos de salud que se incluyeron en esta muestra, la mayor parte de los funcionarios entra en contacto directo con los usuarios y las representaciones acerca de los mismos van a determinar comportamientos de exclusión o inclusión.

Buena parte de los funcionarios se desempeña en el área asistencial; dos de los funcionarios encuestados tienen dobles funciones administrativas y asistenciales. La distribución se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 01

Área de servicio al que pertenece



La distribución por tiempo de vinculación a la institución mostró que poco más de la mitad de los funcionarios encuestados se encuentra en la Red de Salud de Ladera en un periodo entre 2 a 10 años. Sin embargo, también llama la atención que hay un porcentaje importante de funcionarios nuevos o en tránsito por la institución (24%).

En lo que se refiere a aspectos más cualitativos del material recolectado, en esta primera instancia de análisis no se consideró la división entre profesiones y funciones a la hora de analizar las respuestas, por lo cual se privilegió un análisis más genérico con el sentido de mostrar que en todas estas instancias se mantienen representaciones sociales parecidas en torno al usuario de drogas.

En este sentido, frente a la pregunta *¿Atiende a usuarios de drogas?*, 74 de los 96 encuestados reconoció la atención a usuarios de drogas como parte de su trabajo, siendo que este reconocimiento partió de elementos de percepción o de comunicación con los sujetos consultantes y no de una oferta terapéutica específica a esta población.

Interrogados acerca de cómo reconocían esa condición de usuarios, las respuestas fueron agrupadas de la siguiente manera: *porque llegan drogados al lugar; por su apariencia; porque lo manifiestan espontáneamente; porque se les pregunta; o por otras razones*. La mayor parte de los encuestados se basó en elementos de percepción, principalmente por su apariencia, solo el 23% pregunta directamente a los consultantes acerca del consumo, como indica la gráfica abajo incluida.

Cabe señalar que el formato de la encuesta permitía elegir más de una respuesta. Es llamativo entonces que, por lo anterior, se produjesen respuestas de apariencia contradictoria en algunos casos, probablemente porque no existe entre las personas encuestadas una forma única de identificación de un usuario de drogas, estando este registro sujeto a cada caso en particular.

Tabla 02

¿Cómo sabe que un consultante es usuario de drogas?

Respuesta	%
Porque llegan drogados al lugar	46,9
Por su apariencia	76
Lo manifiestan espontáneamente	43,8
Se les pregunta	22,9
Otros	31,3

Dentro de las respuestas que privilegiaban la apariencia como forma de identificación de los usuarios de drogas, las personas entrevistadas refirieron a la forma de vestir, la higiene, la forma de andar (*como gamín*) o la delgadez, entre otros registros. También se destacaron aspectos caracterológicos, como la actitud extrovertida, el modo de contestar o su carácter *loquito, grotesco* o amenazante.

Estas respuestas indican la presencia de representaciones sociales que asocian al usuario de drogas con el descontrol y un cierto comportamiento anómico, lo que permite suponer la necesidad de establecer formas de control y disciplinamiento para esta población. De esta forma, ronda a este imaginario la noción de tratamiento moral pineliano (1793/2007), que aún hoy influye en la formas de intervención que se establecen en salud mental.

Dentro del ítem *otros*, se engloban respuestas como *la falta de respeto; si está drogado no se les atiende; la mirada, el comportamiento; como habla, sus ojos, como se expresa; el modo de actuar, el vocabulario o modales, como hablan, inquietos, acelerados*, entre otras respuestas que al parecer no podían ser englobadas en las opciones ofrecidas y que son muy discentes acerca de las representaciones sociales que orientan estas percepciones.

El tipo de representaciones observables a partir de estas opciones planteadas se trasladan a las posibles respuestas institucionales y terapéuticas que se proyectan frente a este encuentro con usuarios de drogas. Las mismas se expresan a partir de la pregunta *Cuando llega un usuario de drogas, ¿usted qué hace?*

Aquí las respuestas se agruparon en tres categorías diferentes: la primera refiere a la disposición de atender al usuario de drogas que llega a consulta; la segunda engloba las respuestas que indican la necesidad de remitir al consumidor a tratamiento especializado, y la última reúne aquellas respuestas que mencionan la necesidad de evitar el contacto con este tipo de pacientes.

En términos estadísticos, se diferencian de la siguiente manera:

Tabla 03

Cuando llega un usuario de drogas a atención, ¿usted qué hace?

Respuesta	Número	%
Se lo atiende	52	54
Se lo remite	29	30
Se lo evita	15	16

No obstante, entre las personas que indicaron su disposición a atender a usuarios de drogas aparecen varias opiniones con sentido diferenciado, ya que en algunos casos se incluyen expresiones como: *aunque hay que estar pendientes de que no vayan a robar; si llega altanero, uno no se puede igualar a ellos o se los atiende lo más rápido posible (se ponen groseros) para que el servicio quede con mejor presentación*. Esto señala la presencia de representaciones sociales que identifican al usuario de drogas como una amenaza que merece una consideración institucional diferenciada.

En los casos en los que se indica remisión, puede considerarse que persiste allí la noción de que otra instancia institucional (indefinida, ya que las respuestas mencionan a psicología, psiquiatría, trabajo social, educación, instituciones especializadas, entre otras) podría resolver el problema. Nuevamente, la figura del usuario de drogas remite a una significación única, donde no parece necesario evaluar la relación del sujeto con la droga y el grado de compromiso y dificultad individual asociado a ese consumo y una vez se le identifica con esta representación, el resto de sus necesidades en salud se tornan invisibles.

En el caso de las respuestas que indican la necesidad de evitar el contacto con consumidores de drogas, la presencia de representaciones sociales de carácter estigmatizante es más clara. Se pueden mencionar aquí expresiones como: *les digo que el doctor está ocupado para que se calmen. Mejor que otro hable con ellos; Nada, porque es mejor quedarse calladito, porque pueden ponerse violentos o apoyo de otras personas (enfermería, vigilantes) para no ser agredido*.

Cabe destacar que los casos en que existe una disposición para la atención al consumidor de drogas más clara y abierta pueden indicar una mayor disposición terapéutica y compromiso con la atención o, eventualmente, la presencia de una representación social que asocie al consumidor de drogas con una carencia de índole relacional, siendo este tipo de opinión opuesta y al mismo tiempo próxima a la abiertamente discriminatoria, en tanto ambas suponen la existencia *per se* de un déficit o anomalía en esta población. Como ejemplo de esto último, cabe mencionar las respuestas del tipo: *se les habla de por qué lo hace, por problemas familiares o darle educación, preguntarle por cosas familiares*.

En el análisis general de la información aquí considerada, es posible percibir la presencia de representaciones sociales que, como ya fue mencionado, identifican al usuario de drogas con un posible carácter violento o con una patología,

siendo esta dupla condición identitaria (marginal y enfermo) un denominador común en la mayoría de las respuestas encontradas.

El hecho de que estas representaciones se expresen desde un cierto sentido común, en tanto no precisan de explicaciones mayores o consideraciones clínicas más definidas, permite darles este carácter de representación social, cuya adquisición a través de los procesos de objetivación mencionados en el marco teórico tienen una raíz anterior al propio proceso de trabajo en la institución, pero que encontraron en la misma elementos que permitieron fundamentar la instancia posterior de anclaje y consolidación de dichas representaciones.

Conclusiones

La relevancia de establecer las representaciones de usuarios en funcionarios de salud radica en la relación entre las categorías de percepción, la valoración que los sujetos hacen a partir de esto y los modelos prácticos de acción. En el trabajo en un servicio primario de salud, el usuario no se encuentra en posición de homología frente a los funcionarios, por lo que depende en cierta medida de las condiciones que le imponen estos últimos.

La representación social que tienen los funcionarios encuestados de la ESE Ladera acerca de los usuarios de drogas está atravesada por las creencias y prejuicios que se han venido construyendo a lo largo de los años en el país frente al tema del consumo y las drogas, con un componente moralista y de exclusión, que aún no se ha modificado, a pesar de los cambios normativos de la última década.

Para comprender las representaciones sociales que indican rechazo o desconfianza, sería conveniente complementar este trabajo con una investigación que permita profundizar en torno a las experiencias previas que construyeron dichas representaciones.

Cabe mencionar que este tipo de construcciones socio-discursivas no son exclusivas del contexto institucional aquí analizado. En un documento elaborado por el ministerio de salud brasileño (Mota Ronzani, T., Belchior Mota, D., Antunes Da Costa, P., Laport, T., 2015), encaminado a facilitar el acceso a los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud, se mencionan creencias de los trabajadores públicos de salud de ese país acerca

de esta población, que incluyen expresiones como: los usuarios de drogas son moralmente débiles, los usuarios de drogas pueden ser violentos o los usuarios de drogas son peligrosos. El mismo texto alerta sobre la necesidad de organizar los servicios públicos de salud brasileños para tornarlos más abiertos y receptivos a las demandas de ese público.

Por lo anteriormente expuesto, también es necesario un trabajo reflexivo al interior del estamento de salud aquí considerado, que permita discutir con los funcionarios de salud nuevas interpretaciones frente al tema de las drogas y que finalmente lleven a un reconocimiento de los usuarios de drogas en su condición de sujetos de derecho.

Referencias

- Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.
- Álvarez Rodríguez, Ml. & Godoy García, P. (1999). Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). *Revista Española de Salud Pública*, 73(3), pp. 375-381.
- Bilbao, A. (2003). Sujeto, drogas y sociedad. *Perspectivas*, 2(1), pp. 35-52.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), pp. 521-534.
- Carvalho Pereira, B. (2014). A redução de danos no atendimento especializado em álcool e outras drogas. Tesis de Maestría. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Cavalcanti, L. (2005). La relación entre globalización y reducción de daños. *Eguzkilore*, (19), 83-89.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008). *Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de todos: una herramienta para socializar y construir política en lo local*. Bogotá: Gente Nueva Editorial

- Colombia, Ley 1566 de 2012. «Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”» Bogotá D.C. (2012, 31 de julio).
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2013). *Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Imprenta nacional.
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. [Título original: *Lexicon of alcohol and drugs terms*]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Recuperado el 6 de noviembre de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/
- Folgar, L. (2000). Uso de Drogas y Construcción de Identidades. En *Actas del Encuentro con la Antropología Social y Cultural en el Uruguay*, Museo Nacional de Antropología, Montevideo: 24 y 25 de Noviembre de 2000. Recuperado el 30 de octubre en: http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2002/articulo_02.pdf
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. & Pawlowicz, P. (2009). Programa de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, (14), 113-121.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Inchaurraga, S. (comp.) (1999). *Drogadependencias: reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Homo Sapiens.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, pp. 13-39. Barcelona Ediciones Paidós
- Kornblit, A., Caramotti, A. & Di Leo, P. (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. República de Argentina, Ministerio de Educación. Educar, Instituto de investigaciones Gino Germani, UNICEF. Recuperado el 30 de octubre de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas. Prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), pp. 9-24.
- Mori, V. & González Rey, F. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista CS*, (5), pp. 207-225.

- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Mota Ronzani, T., Belchior Mota, D., Antunes Da Costa, P., Laport, T. (2015). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Pinel, P. (1793/2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Romaní, O. (1997). Etnografías y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, vol. XVI, (53), pp. 39-66. Recuperado el 6 de noviembre en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>
- Romaní, O. (2005). Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *Eguzkilore*, (19), pp. 91-103.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas. Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), pp. 301-318.
- Touzé, G. (2006). Parte I. «Discursos, políticas y prácticas». En: G. Touzé (Org.). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. , pp. 15-20. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vargas R. (2005). Drogas y conflicto armado: El caso colombiano y el paradigma de seguridad global. *Eguzkilore*, (19), pp. 23 -46.
- Vázquez, A., & Stolkiner, Al. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. En *Anuario de investigaciones*, 16. Recuperado el 5 de noviembre en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100028&script=sci_arttext
- World Health Organization, Ministerio de Sanidad y Consumo-Gobierno de España (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas [Título original: *Lexicon of alcohol and drugs terms*]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Pág. 33. Recuperado el 6 de noviembre en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/