

- Van Dijk, T. (1998). *Critical discourse analysis*. Accedido el 29 de enero de 2002 en <http://www.hum.uva.nl/~teun/cda.htm>
- Vargas, V. (2006). *Género y política*. Accedido el 3 de agosto de 2006 en <http://www.flora.org.pe/ensayos.htm>
- Wallach-Scott, J. (1999). Some reflections on genders and politics. En M. Marx Ferree, J. Lorber & B. Hess (Eds.), *Revisióning gender* (págs. 70-96). Thousand Oaks: California: SAGE.
- Weinrich, J. (1990). Reality or social construction? En E. Stein (Ed.), *Forms of desire* (págs. 175-208). Nueva York, Nueva York: Routledge.
- U.S. Census Bureau. (2002, abril). Profile of general demographic Characteristics (DP-1) for Puerto Rico: 2000. Accedido el 18 de agosto de 2006 en <http://factfinder.census.gov>

## EL IMPACTO DEL ESTIGMA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A DROGAS ILEGALES

Salvador Santiago-Negrón & Carmen E. Albizu-García

La desaprobación del uso de las drogas ilegales y la estigmatización de quienes las consumen se ha tornado en un fenómeno casi universal (Room, 2005). En este trabajo pretendemos: (1) identificar las dimensiones a través de las cuales opera el estigma hacia la persona usuaria de drogas ilegales; (2) describir cómo la construcción de las adicciones propende a la estigmatización; (3) reflexionar sobre el impacto que tiene y ha tenido el estigma en el tratamiento de las adicciones; y (4) proponer recomendaciones para eliminar el estigma de dicho escenario.

### **Drogas y Estigma: Su Relación y Consecuencias**

El estigma se define como un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee y que conduce a que se le considere casi inhumana debido a su marca negativa. La devaluación de la humanidad de quien posee el estigma matiza todo tipo de interacción presente y futura con la persona estigmatizada propiciando variedad de discriminaciones a través de las cuales reducimos sus posibilidades de vida (Dovidio, Major & Crocker, 2000; Goffman, 1963). La respuesta tradicional de la comunidad ante el estigma es el control social (Lamert, 1972; Schur, 1971). El estigma asociado a las drogas ilegales facilita ejercer ese control mediante medidas extremas como privar de la vida a quienes las consumen o, como ocurre en Estados Unidos de América y Puerto Rico, privarle de su libertad, de sus derechos constitucionales (Glasser & Siegel, 1997) o de los servicios tradicionalmente incluidos en la red de apoyo social (Pogorzelski, Wolff, Pan & Blitz, 2005). A manera de ejemplo, el 30 de septiembre de 2003, en el programa de la ABC en línea, el alcalde del área de la península de Eyre en el sur de Australia, el señor Peter Davies, hizo un llamado al mundo para que se considerara ejercer control sobre el crecimiento de la población adicta aplicándole a las personas usuarias una inyección letal (ABC Eyre, 2003). China y Singapur representan dos países que imponen la pena de muerte a personas transgresoras de sus leyes de drogas. En Singapur

es mandatario sentenciar con la pena capital a toda persona transgresora, irrespectivo de que sea una persona usuaria, una persona con trastorno de sustancia o un traficante. Amnistía Internacional (2004) estima que entre 1991 y 2004 sobre 400 personas fueron ejecutadas en Singapur, en su mayoría por ofensas a las leyes de drogas del país.

Los/as profesionales de la salud tenemos que encarar el impacto del estigma en la prestación de servicios para las personas que padecen un trastorno asociado al uso de drogas ilegales. La dependencia a drogas es una categoría nosológica aplicada por sectores profesionales como la Asociación de Psiquiatría Americana y la Asociación Americana de Psicología ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ta. ed.)", 2000) a un conjunto de manifestaciones físicas y conductuales del individuo que son susceptibles a intervenciones por profesionales del sector de servicios de salud. La inclusión de los trastornos de sustancias dentro de un modelo de salud supondría una cierta protección contra el estigma, sin embargo, opera en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas el estigma hacia la condición, hacia su tratamiento y hacia aquellas personas que la padecen (Capelhorn, Lumley & Irwig, 1998; Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997; Schmidt & Weisner, 1999). Pese a que existen intervenciones efectivas para reducir la disfunción en personas con uso problemático de drogas, un indicador del estigma hacia el tratamiento, lo provee el dato de que existe en Puerto Rico una enorme brecha entre la demanda y la disponibilidad de servicios para los trastornos de sustancias, habiendo capacidad para tratar a sólo el 8% de las personas que cumplen criterios diagnósticos de dependencia a alguna droga ilegal (Colón, Robles & Sahai, 2002)<sup>1</sup>. El estigma ejerce efectos poderosos sobre la conducta

<sup>1</sup>Queremos enfatizar que no estamos asumiendo que todo uso de drogas es patológico. El trastorno de uso depende de la presencia de ciertas conductas y experiencias que se asocian con disfunción psicológica y social. Tampoco asumimos que el uso de drogas ilegales es inherentemente perjudicial o beneficioso para

de la persona estigmatizada que pueden impactar a su vez en el tratamiento. Las expectativas que tiene la sociedad sobre la incapacidad de la persona involucrada en el uso de sustancias prohibidas para cumplir con sus funciones sociales puede conducir a que las personas usuarias anticipen ser rechazadas y se comporten de acuerdo a lo que las demás personas esperan de ellas (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997). Frecuentemente esta anticipación de rechazo se valida a través de las interacciones con sectores no-usuarios, incluyendo el de tratamiento, propiciando el que las personas usuarias asimilen el prejuicio y adopten conductas en consonancia con los estereotipos dominantes que se tiene de ellos (Clinard & Meier, 2004). Esta adopción del "rol del desviado" tiene implicaciones profundas para la autoestima y la percepción de auto eficacia, dos factores importantes que median en el logro de objetivos terapéuticos. Según Schur (1971), este rol asignado y adoptado por las víctimas, en ocasiones les involucra o les "engancha" (*engulfment*) de tal manera que cambia su identidad y domina su forma de comportarse incluso con el sector de tratamiento (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001), denominan esta incorporación del estigma por parte de la víctima como "desviación secundaria", señalando que contribuye también a la discriminación sistemática, pérdida de estatus y a la exclusión social de la que son objeto las personas que consumen drogas ilegales.

Un ejemplo típico lo ilustra el rol de "manipuladoras" o "mentirosas patológicas" atribuido a las personas usuarias de drogas y que ellas terminan asumiendo. Esta apreciación

---

la salud de quien las usa. Como sucede con el tabaco, alcohol y medicamentos prescritos, la peligrosidad de una sustancia varía dependiendo de características de la droga, de quien la usa, de dónde, cómo y cuánto se utiliza. Esta perspectiva es la que domina los acercamientos fundamentados en un modelo de salud pública. Bajo un modelo de salud pública, las estrategias de política de salud en esta área deben estar dirigidas a proveer conocimiento no distorsionado, información veraz y el empoderamiento de la persona para que pueda tomar decisiones informadas sobre beneficios y consecuencias sobre la salud física, mental y social de usarlas o para la persona usuaria y para su comunidad.

sobre la conducta de la persona usuaria parte de la visión predominante sobre la naturaleza de la adicción que prevaleció hasta casi finales del siglo 20, la que imputaba la condición a defectos en la personalidad de los que la padecen. A pesar de la evidencia empírica acumulada por varias décadas que contradice esta perspectiva (Acker, 1993), una publicación reciente del Instituto de Medicina (IOM, 2005) reporta una enorme brecha entre el conocimiento acumulado sobre los tratamientos efectivos y lo que transcurre en la prestación de servicios para los desórdenes de sustancias. Las implicaciones para los/as profesionales de la salud son ineludibles. Es esencial adiestrar a los/las profesionales que proveen servicios para personas con trastornos de sustancias utilizando intervenciones dirigidas a cambiar actitudes, además de conocimiento y destrezas, para que se desprendan de estos estereotipos y para evitar que les asignen a las personas participantes de sus servicios roles que se enmarcan dentro del prejuicio típico en que el estigma suele encapsularnos. Evidencia proveniente de estudios con tratamiento de mantenimiento con metadona para la dependencia a opiáceos indica que la retención y adherencia de los/as pacientes a tratamiento es determinado en gran medida por el grado de control, consciencia y monitoría que tenga el personal sobre el estigma, los prejuicios y los estereotipos hacia las personas usuarias de drogas que acuden a sus servicios (Capelhorn, Lumley & Irwig, 1998).

En Puerto Rico, la práctica más utilizada para el manejo de la dependencia a drogas ilegales es el encarcelamiento o el tratamiento mandatorio para personas intervenidas por el sistema de justicia criminal. Entre los programas cobijados por esta segunda opción se encuentran las Cortes de Drogas. A cambio de eliminar los cargos o reducir la sentencia, la persona intervenida tiene que participar en un programa de tratamiento en la comunidad, muchos de los cuales son provistos por entidades vinculadas a alguna denominación religiosa. Un estudio realizado en el 2001 por (Belenko, 2002) sobre el perfil de las personas participantes de Cortes de Drogas

en varios estados del noreste de EE.UU. encontró que casi la mitad de las personas participantes fueron arrestadas por uso de alcohol o marihuana y menos por el uso de las llamadas "drogas fuertes". Dado que la mayoría de las personas usuarias de marihuana no desarrollan dependencia (Zimmer & Morgan, 1997) el dato sugiere que podrían estar obligadas a recibir tratamiento personas que son en realidad usuarias casuales de marihuana aprehendidas, porque consumen una droga cuyo uso está criminalizado en la mayoría de los estados y territorios de EE.UU. La posibilidad de que personas usuarias casuales de sustancias ilegales sean provistas de este mecanismo para evitar la encarcelación y ocupen los escasos espacios de tratamiento disponibles para atender a las personas cuyo uso de drogas es problemático, plantea un asunto de equidad en la prestación de servicios de tratamiento que debe requerir la atención de los y las profesionales de la salud mental. El juez de distrito del estado de Colorado, Morris B. Hoffman, sugiere que las Cortes de Drogas intentan apaciguar dos principios en franca contradicción: tratar simultáneamente el uso de drogas como crimen y como enfermedad, lo que conduce a lo que él denomina una "esquizofrenia nacional" (Hoffman, 2000). El problema de conceputar todo uso de drogas como problemático y el tratamiento como una respuesta aplicable irrespectivo de si hay o no criterios de un trastorno de sustancias, está mediado por la concepción prevaleciente de que no hay justificación que medie el uso casual de las drogas prohibidas. El poder coercitivo del estado se ejerce incluso imponiendo tratamiento sobre algunas personas que no lo ameritan. Ante lo estigmatizante que puede resultar el participar de servicios para personas drogodependientes, esta práctica tiene la posibilidad de ampliar la red mediante la cual las personas usuarias de drogas son víctimas de estigma y de su consiguiente discrimin.

A pesar de las posibilidades de desvío a tratamiento en lugar de encarcelación, la ausencia de suficientes espacios de tratamiento en la comunidad (Colón, Robles & Sahai, 2002) propende a que se tienda a depender del confinamiento

carcelario. El 68 % de las personas confinadas en prisiones de Puerto Rico tiene historial de uso de drogas ilegales (Albizu-García, Román Badenas, Caraballo, Hernández Vives & Caraballo, 2005). A nivel global, sólo 11 países, incluyendo a Estados Unidos, tienen una tasa de personas confinadas de la población mayor a la de Puerto Rico, que cuenta con 402 personas confinadas por cada 100,000 habitantes según las cifras más recientes ([www.tendenciaspr.com](http://www.tendenciaspr.com), 2006). Este dato sugiere que los acercamientos centrados en criminalizar el "uso", adoptados primordialmente dentro de Estados Unidos y sus territorios, contribuye a la desmedida proporción de personas que viven en nuestro país dentro de las instituciones penitenciarias.

El efecto duradero del estigma hacia la persona usuaria de drogas ilegales persigue a esta persona aún después de culminado un tratamiento y de haberse rehabilitado. En un estudio longitudinal con varones con trastornos concurrentes de sustancias y otras enfermedades mentales se encontró que el tratamiento no elimina ser objeto de estigma (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999). Los autores concluyeron que a pesar de que el tratamiento mejoró la funcionalidad y redujo síntomas clínicos en las personas participantes, el estigma continuó complicando sus vidas en forma significativa.

En Puerto Rico, muchas de las personas usuarias de drogas ilegales son víctimas de otros estigmas concurrentes que constituyen riesgos adicionales para sufrir de discriminación o para ser perseguidas por agentes del orden público. Entre éstos se encuentran el estigma asociado a la pobreza, al contagio con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a estar desempleada, a tener una baja escolaridad, a no tener alguna ocupación u oficio y/o haber estado apresado en una institución correccional. A pesar de que el uso de drogas ilegales se distribuye en la población en forma equitativa a través de las clases sociales (Colón, Robles, Cabassa & López, 2001), la mayoría de las personas encarceladas muestran las

características sociodemográficas anteriormente descritas (Nevares-Muñiz, 2001).

Una literatura emergente en EE.UU. explora las experiencias con el estigma de mujeres usuarias de drogas y la camada adicional de estigmatización de la que son objeto en función de su género. Mahan (1996) argumenta que comparado con los hombres, el estigma hacia las mujeres usuarias de drogas es más severo debido a que la conducta de las mujeres está sujeta a mayor regulación social. Un ejemplo lo proporciona las estrictas sanciones criminales impuestas en EE.UU. a las mujeres usuarias de crack durante el embarazo que incluyen encarcelación y la transferencia de la custodia del recién nacido al estado. A pesar de que la exposición prenatal a tabaco, droga legal, se asocia con eventos adversos en el embarazo, bajo peso al nacer y muerte súbita del infante, y el consumo de alcohol durante el embarazo se asocia con el síndrome de alcoholismo fetal en el recién nacido (Tough, Svenson, Johnston & Schopflocher, 2001), su uso durante el embarazo no se construye como un delito punible con cárcel ni razón alguna para remover a un infante del hogar.

Estos datos sostienen la apreciación de que el problema fundamental que enfrentamos es que hemos estigmatizado y demonizado el uso de las drogas ilegales con la consiguiente victimización de las personas usuarias mientras glorificamos las drogas legales. Como consecuencia de haber establecido esta dicotomía artificial entre las drogas legales, como el alcohol, que se asocia con el éxito, el prestigio, el lujo y la felicidad (Califano, 1986; Room, 2005) y por otro lado, las drogas ilegales y su asociación con la marginalidad, el pecado, la ilegalidad, el crimen y el terrorismo (ONDPC, 2006), no hemos sido capaces de desarrollar una política pública integrada que incluya el manejo de todas las drogas con potencial de abuso o dependencia incluyendo las prescritas, las legales utilizadas para generar estados de placer y las que permanecen ilegales. Esta dicotomía de las drogas "buenas" y las drogas "malas" según definidas por el Estado, nos crea obstáculos conceptuales para mirar el fenómeno de la ingesta de cualquier droga

como una conducta con potencial de impactar positiva o adversamente la salud individual y colectiva. Optamos en vez por imponer la segmentación creada por arcaicos modelos maniqueos. Esta segmentación corresponde a lo que llamó Kuhn (1962) "un efecto paradigmático". Permanecer encajados en esta construcción dicotoma nos impide elaborar política para lidiar con las consecuencias de los problemas asociados al uso de drogas, sean estas legales o ilegales, desde una perspectiva de salud pública. Por otro lado, esta visión dicotoma permite, convenientemente, dividir las drogas entre las "buenas" y las "malas", como si el conocimiento sobre las sustancias químicas obedeciera a un mundo que se divide casi exclusivamente entre el "bien" y el mal". Esta concepción se destaca en la representación del uso de drogas ilegales en el cine, uno de los medios de socialización más poderosos, a través del cual se promueve la caracterización de las personas usuarias como personas desviadas. El análisis de una selección de la oferta cinematográfica que trata el tema de uso de drogas ilegales, primordialmente en Estados Unidos, concluye que cuatro estereotipos predominan en el cine capaces de influenciar la valoración de este fenómeno ya sea reforzando o propagando el estigma. Estos estereotipos son: a) el uso de drogas desencadenada inevitablemente en tragedia, b) quienes usan drogas son espíritus rebeldes, c) las personas que padecen de adicción son presentadas como homicidas maniacas lo que propende a su demonización, y d) el uso exagerado de drogas se presenta en ocasiones con visos de comedia (Cape, 2003). No hay instancias dentro de la selección de películas revisadas, que representen el uso no problemático de drogas ilegales o en las que queden representadas alternativas de manejo efectivo de la dependencia, como el tratamiento de mantenimiento con metadona para la persona que depende de opiáceos.

El estigma asociado al consumo facilita la aceptación social de las estrategias que privilegian la criminalización. Sin embargo, datos de estudios que han analizado la razón de beneficios a costos de alternativas de política pública nos indican que por cada dólar que se invierte en tratamiento se

ahorran \$7.48 en costos sociales. De otra parte, por cada dólar que se invierte en represión policiaca el ahorro de 51 centavos de dólar en costos sociales es quince veces menor (Rydell & Everingham, 1994). La insistencia en modelos punitivos pese a su pobre rendimiento responde a intereses económicos que favorecen mantener esa dicotomía maniquea sobre las drogas legales y las ilegales, independientemente de su impacto sobre la salud de la población (Musto, 1991; Santiago-Negrón, 1993; Santiago-Negrón & Albizu-García, 2003).

Debido a su enorme impacto, el estigma ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (Wilkinson & Marmot, 2003) y por la Asociación Mundial de Psiquiatras (AMP) como "el reto más importante que enfrenta el campo de la salud mental" (Sartorius, 2004; WHO, 2001). Existe un creciente conocimiento sobre lo sensitiva que es la salud al contexto social y el rol del estigma como factor que propende a la exclusión social (Wilkinson & Marmot, 2003). Incluso en los países de mayores recursos, la salud y la expectativa de vida guardan relación directa con el bienestar económico y social de los individuos. La inclusión social parece ser el constructo opuesto al estigma. Según la Organización Mundial de la Salud, la inclusión social es un componente necesario para optimizar la salud de los/as ciudadanos/as. Las condiciones que promueven la exclusión social, como es el caso del estigma, impactan adversamente la salud, porque limitan acceso a servicios y actividades de la sociedad que contribuyen a estados saludables, como por ejemplo el empleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud y las redes sociales, entre otras.

La prevalencia de la desaprobación social o estigma asociado al uso de drogas a nivel internacional fue estudiada por Room (2005). En una encuesta llevada a cabo en 14 países, se encontró que de 18 condiciones de salud y situaciones sociales específicas, la drogadicción obtuvo la mayor carga de estigma entre todas las condiciones presentadas, incluyendo el VIH, la obesidad, la depresión y la demencia, entre otras. El autor sugiere que las manifestaciones más preocupantes so-

bre el estigma hacia las adicciones radican en el impacto que tienen sobre sus víctimas los procesos íntimos de control social por amistades y familiares, las decisiones adversas que se toman en contra de la víctima por instituciones sociales y de salud y finalmente, las decisiones sobre política pública que toma el Estado. Un ejemplo aberrante de una política pública que impacta a las personas adictas o ex adictas, es la ley federal en EE.UU. que impide que quien haya sido convicta por uso y posesión de drogas tenga derecho a préstamos para estudios universitarios o a becas subvencionadas por el gobierno federal. Esta restricción refleja tan dramáticamente el estigma institucional, que un ciudadano/a que haya cometido cualquier delito, incluyendo el de asesinato, cualifica para estos fondos pero no así una persona que haya sido convicta por uso o posesión de drogas (Leinwand, 2006). Si la persona se ha rehabilitado, solamente puede cualificar si su rehabilitación ocurrió en un centro de tratamiento reconocido por el gobierno federal. Esta norma coercitiva sugiere que la sociedad valora menos a una persona que fuma marihuana que a una que incurre en un acto de violencia inter-personal, incluso cuando el acto desencadena en privar de la vida a otra persona.

## Historias que Subyacen a la Criminalización y Estigma de la Droga

Ante la enorme carga del estigma que enfrentan quienes usan drogas ilegales, debemos preguntarnos: ¿Qué genera la devaluación social de quien consume ciertas drogas psicoactivas? Los movimientos sociales en los Estados Unidos que han contribuido a la construcción estigmatizadora de las adicciones son: el puritanismo, la temperancia, el movimiento sufragista feminista, la ideología de la supremacía racial blanca, el complejo industrial carcelario y la ideología prohibicionista. Todos estos movimientos sociales contribuyeron a demonizar el uso de drogas. Fueron más exitosos con drogas como: la cocaína, la heroína y la marihuana y parcialmente exitosos

con el alcohol, y menos exitosos con drogas como el tabaco, el café y las que se venden en las farmacias.

Según Musto (1991), los prohibicionistas pasaron leyes al principio del siglo 20 criminalizando la marihuana basándose en el mito de que era una droga exótica mayormente usada por inmigrantes mexicanos. Musto (1991) ilustra con elocuencia cómo la ley en contra de la marihuana sirvió como pretexto conveniente para perseguir personas inmigrantes de México y marginarlas de oportunidades de empleo y de movilidad social. La justificación para la prohibición de la marihuana inicialmente se basó en anécdotas de inmigrantes mexicanos/as que cometían crímenes bajo la influencia de una droga que, según el Buró de Narcóticos, conducía a la demencia, al ultraje y al asesinato (Véase Figura 1). Estas autoridades unidas a la prensa amarilla de la época, le atribuyeron peligrosidad y exageraron los efectos de la marihuana en las personas usuarias, sin base científica alguna.

La propaganda típica de la década de los 1930s se basaba en el supuesto de que solamente una inhalada de un cigarrillo de marihuana llevaba a la gente a la locura total, al suicidio o al ultraje y al asesinato de personas inocentes. Este miedo, artificialmente promovido, estimuló al Congreso de EE.UU. a pasar leyes draconianas contra las personas usuarias de esta droga. Una vez creada la infraestructura para enforzar las leyes antidrogas, las agencias gubernamentales comenzaron a propagandizar y exagerar el efecto de las drogas en las personas (Bonnie & Whitebread, 1970).

La demonización de las drogas ilegales (marihuana, cocaína y heroína) se tradujo en un movimiento de leyes antidrogas motivadas por el miedo y la propaganda, más que por evidencia sustentada en la ciencia disponible en ese momento histórico (Musto, 1987, 1991). Un ejemplo dramático de cómo la evidencia científica se ignoraba en la confección de leyes antidrogas es el hecho de que hasta 1968 legalmente se clasificaba a la marihuana como un narcótico a pesar de que la farmacopea no la tenía clasificada como tal. Es posible que la clasificación errada respondiera a que para aquel tiempo

“narcótico” asustaba más que el término “alucinógeno leve” o “estimulante”, las clasificaciones científicamente correctas de aquella época que aplicaban a la marihuana (Drug Enforcement Agency, 1970).

Un ejemplo de la propaganda típica de la época se ilustra en la Figura #1, en la que el miedo y la exageración son los criterios utilizados para “orientar” a la comunidad sobre la supuesta peligrosidad de la marihuana (Grinspoon, 1971).

Figura #1:

Propaganda basada en la desinformación “Reefer Mandness” (la marihuana que enloquece) en los Estados Unidos en 1937.

**Beware! Young and Old - People in This may be handed you by the friendly stranger. It contains the Killer Drug - Marihuana - a powerful narcotic in which lurks Murder! Insanity! Death!**

**WARNING!**  
Dope peddlers are shrewd! They may put some of this drug in the or in the or in the tobacco cigarette.

WRITE FOR RETAILER INFORMATION, ENCLOSE 17 CENTS IN POSTAGE - MAILING COST  
(Prescription not required)

**Address: THE INTER-STATE NARCOTIC ASSOCIATION**  
53 W. Jackson Blvd., Chicago, Illinois, U. S. A.

A pesar de la campaña para demonizar a la marihuana, en 1972 el Presidente Richard M. Nixon recibió un informe de la Comisión Shafer, constituida con participación bipartita del Congreso y presidida por el Ex Gobernador de Pennsylvania Raymond Shafer, en el que se evaluaban las leyes que aplicaban a la posesión de esta sustancia. En su informe, la Comisión concluyó que el uso personal de la marihuana debía ser decriminalizado, aludiendo a que ni la droga ni

quienes la usan constituyen un peligro para la sociedad. Aunque el presidente Nixon rechazó la recomendación, durante la siguiente década 11 estados de la Unión optaron por decriminalizar, situación que perdura hasta el presente. No obstante, la decriminalización adoptada por algunos estados no ha redundado en una disminución de los arrestos por marihuana a través de esa nación. Los datos sobre arrestos por violaciones a la Ley de Drogas recopilados por el Negociado Federal de Investigaciones (FBI por sus siglas en inglés) para el 2004 revelan que a través de EE.UU. se arrestó a 684,319 personas por posesión (no incluye trasiego) de marihuana lo que representa el doble de los arrestos reportados para 1980 ("Federal Bureau of Investigations. Uniform Crime Reports. <http://www.fbi.gov/ucr/ucr.htm>")

En el caso de la heroína, la droga era mayormente consumida por personas inmigrantes de China ubicadas en la costa oeste de los Estados Unidos (Musto, 1987). La depresión económica de inicios de siglo 20, creó desempleo en la población blanca de esa región. Para aquella época, la competencia laboral de los blancos eran las personas chinas. Algunas de ellas utilizaban opiáceos como práctica cultural. Los prohibicionistas blancos, utilizando el estigma social hacia el uso del opio, pasaron leyes anti opiáceos y anti-migratorias como medidas para reprimir a las personas chinas y limitar su migración al territorio estadounidense. En el 1902, el "Comité sobre la Adquisición de la Habitación a Drogas" de la Asociación de Farmacéuticos Americana declaró "que si los chinos no pueden vivir sin su hábito de usar opio, nosotros podemos vivir sin ellos". Éstas eran formas veladas de expresiones de carácter racista donde el estigma sobre el uso del opio se combina con expresiones xenofóbicas de las personas blancas contra las personas asiáticas. Es importante recordar que la mayoría de las personas inmigrantes de China no fumaban opio, no obstante, se tendió a generalizar sobre todas las personas chinas utilizando el estigma del uso del opio como droga exótica, de uso común, para frenar la migración e influencia china en el mercado de trabajo en el

Oeste de los Estados Unidos. En el 1909, en EE.UU. probaron la primera ley federal prohibiendo la importación de opio para fumar. Para este tiempo se aprobaron leyes restringiendo las inmigraciones chinas, mientras que las inmigraciones de persona blancas europeas eran estimuladas (Musto, 1991).

Con relación a la cocaína, sus propiedades estimulantes propiciaron su uso legal y médico. Hasta 1903, la Coca-Cola lo utilizaba como parte de su fórmula. Ya para principios del siglo 20, el movimiento de la temperancia había penetrado a algunos miembros del Congreso de Estados Unidos.

En 1910, el doctor Hamilton Wright, considerado por muchos el padre de las primeras leyes antinarcoóticos, declaró que algunos contratistas americanos proveían cocaína a los empleados negros para sacarle más rendimiento a su trabajo (Musto, 1987). Cuatro años más tarde (1914), el doctor Edgard Williams, reputado médico, declaró que la mayoría de los ataques contra las mujeres en el sur eran el resultado directo del cerebro enloquecido de los varones negros bajo los efectos de la cocaína (Musto, 1987). A esta información anecdótica se le dio amplia publicidad en los medios de la época y contribuyó a formar el discurso público que generó el estigma o devaluación de esa droga y de sus usuarios/as. Los blancos sureños adjudicaban al uso de la cocaína incidentes de violencia que involucraban a hombres afro-americanos en esa región del país. Los prohibicionistas, armados de la ideología del movimiento de la temperancia, utilizaron la hostilidad hacia las personas negras por parte de senadores sureños para aprobar leyes que penalizaban con cárcel el uso y posesión de cocaína (Musto, 1991).

El acta Harrison se hizo ley en E.U. en el 1914, haciendo ilegal la venta de opio, y sus derivados y/o de la cocaína. Todas las corrientes que se solidifican en leyes, a nivel del gobierno Federal, tales como la Ley Harrison (1914) y el Volstead Act (1918) (la ley que prohíbe la producción y venta del alcohol) se aplicaron a Puerto Rico. El resultado neto de todas estas leyes anti drogas (cocaína, heroína y marihuana) fue la



criminalización y la inversión de la mayoría de los recursos públicos en perseguir la producción, la distribución, la venta y el consumo de las drogas. Se enfatiza en enforzar las leyes, castigar a quienes usan dichas drogas y limitar recursos para prevención y tratamiento (McLellan, 2002).

### **Droga y Moral en Puerto Rico**

La tendencia a mezclar aspectos morales con los legales se puede notar en la definición de "Adicto" según el Código Penal de PR, vigente entre 1974 y 2002 (Ley PR Núm. 115 del 22 de julio de 1974): "Toda persona que habitualmente use cualquier droga narcótica de forma tal que ponga en peligro la moral, salud, seguridad o bienestar público o que está tan habituado al uso de las drogas narcóticas, que haya perdido el auto-control con relación al uso de las mismas." (subrayado nuestro). Como se puede observar la ley conceptualiza el uso de drogas psicoactivas desde un prisma moralizante- por tanto personas transgresoras de las normas sociales son estigmatizadas y marginalizadas. Esta construcción moralista de las adicciones se entrelaza con el modelo de determinismo biológico para generar acercamientos al tratamiento que contribuyen a la estigmatización (Denning, 2004).

La perspectiva del determinismo biológico asume que las adicciones son producto de determinantes biológicos para las que no hay cura, que la condición es inevitablemente progresiva, que la pérdida de control es inminente, que los desencadenantes adversos son ineludibles y que estos determinantes aplican al consumo de cualquier sustancia psico-activa, por lo que la abstinencia a toda droga es la única alternativa aceptable. Confunden además la desviación secundaria observable en las personas estigmatizadas, con características pre-mórbidas que se asume anteceden el inicio del uso problemático de drogas psico-activas. Esta confusión tautológica refuerza a su vez la visión etiológica apoyada por los seguidores de ambos modelos, construyendo a la persona adicta como una que padece de un desorden del carácter y que es carente de juicio

moral y atribuyéndose a estas características la propensión a incurrir en el uso de drogas. El paradigma dominante que formula el uso de ciertas drogas como una afrenta a la moral contribuye a desestimar las necesidades de salud de las personas usuarias de drogas y propicia la exclusión social. Estas aseveraciones explican en gran medida por qué se tienen tan pocos espacios para tratamiento en Puerto Rico (Colón, Robles, Canino & Sahai, 2002).

Los problemas más serios que afectan al sector de tratamiento son:

1. Insistir en la abstinencia como meta única en el tratamiento.
2. Ignorar la historia natural de la enfermedad que se caracteriza, como toda condición crónica, por episodios de remisiones y exacerbaciones (McLellan, 2002).
3. La estigmatización de tratamiento con agonistas de opiáceos, tales como la metadona o la buprenorfina.
4. La notable falta de adiestramiento profesional y perpetuación de estigma entre proveedores/as de servicios (IOM, 2005).
5. La ausencia de tratamientos efectivos parece ser la norma. En el campo del tratamiento, especialmente en los Estados Unidos y sus territorios, tiende a existir una relación inversa entre los tratamientos con mayor apoyo empírico y aquellos que se usan con mayor frecuencia (IOM, 2005).

### **Recomendaciones: El Modelo Salubrista como Alternativa**

La respuesta más acertada que se le puede dar a la tendencia a estigmatizar a la persona con un trastorno de sustancias, es la normalización. Por normalización se entiende tratarles como ciudadanas que tienen problemas de salud. Según Van de Wijngaert (1991), las personas con

uso problemático de drogas deben tratarse, lo más que se pueda, como personas 'normales' a las cuales se les proveen oportunidades 'normales' y a quienes se le exigen demandas 'normales'. Esto significa que no se les debe considerar criminales ni pacientes indefensos/as.

El adoptar un Modelo Salubrista para Puerto Rico, donde el consumo de drogas problemático se vea como un asunto primordialmente de salud, es una recomendación inaplazable, si queremos mejorar nuestra calidad de vida y minimizar el estigma hacia las personas con trastornos de sustancias y los consumidores/as casuales de drogas ilegales. El Modelo Salubrista parte de la premisa de que no debemos hacerle a un drogodependiente nada que le cause más daño del que le puede ocasionar la droga de la que abusa o depende. El enviar a esta persona a la cárcel por varios años por su uso de drogas le hace más daño que el uso mismo de la droga. Infundir miedo a la ciudadanía mediante la exageración y el dramatismo como táctica de prevención de uso de drogas no tiene cabida bajo el Modelo Salubrista. Lejos de prevenir, los mensajes restan credibilidad a los esfuerzos genuinos de prevención del uso problemático de drogas. Los mensajes de prevención bajo el Modelo Salubrista están basados en datos científicos y no apelan al miedo ni al dramatismo como forma de disuadir a la ciudadanía a alejarse de o dejar de usar drogas. El Modelo Salubrista enfoca en prevenir el uso problemático de drogas, sean estas legales o ilegales, en vez del uso casual y responsable de las mismas (Skager, 2005).

Desde el 1991, el gobierno Holandés adoptó la política de que no todas las drogas ilegales, ni todo el consumo de drogas se consideraría igualmente peligroso, sentando un precedente en el liderazgo mundial de países que basan sus políticas en el Modelo Salubrista. El énfasis de Holanda desde 1991 ha sido la reducción de la demanda de drogas, sean estas legales o ilegales, en vez de dedicar la mayoría de los recursos al control de la oferta (contrario a lo que se hace en EE.UU. y Puerto Rico). Cuando se intenta establecer política sobre uso de drogas, el uso problemático es el que

debe tener prioridad. No todo uso de drogas es problemático. El uso problemático es aquel comportamiento que atenta contra la salud y la seguridad de sí mismo(a) o de las personas con quienes interaccionamos. Ejemplos de uso problemático son el fumar, a pesar de que se tiene enfisema, o el conducir un vehículo en estado de embriaguez, o consumir drogas de forma tal que se falte a las responsabilidades de trabajo, de familia o las contraídas con la sociedad.

En el 1972, el gobierno de Holanda introduce en su política pública el concepto 'Criterio de Riesgo' como base para establecer sus leyes sobre drogas. La clave de la política de Holanda frente a las drogas es limitar el daño que la persona que la usa podría causarse al igual que la molestia pública que podría provocar (Buning, 1992). La diferencia fundamental en la política de drogas salubrista es su orientación hacia reducir la demanda por drogas y su uso problemático. El prohibicionismo adjudica más de dos terceras partes de sus recursos hacia el control de la oferta mediante intervenciones en la cadena que origina en el cultivo y continúa con la producción, distribución y venta de las drogas ilegales.

Contrario al Modelo Prohibicionista, el Modelo Salubrista distingue entre los efectos primarios y los efectos secundarios de las drogas. Los efectos primarios son aquellos que son ocasionados por la naturaleza química de las drogas. En otras palabras, el efecto primario es producido por la actividad farmacológica de la sustancia. Por su parte, el efecto secundario es producido por las condiciones bajo las cuales la misma se consume. Ejemplos de los efectos o problemas primarios son: la dependencia, suprimir dolor, sentimientos y emociones, experimentación de euforia y estreñimiento, entre otros síntomas. Por otra parte, los efectos o problemas secundarios se asocian a: crímenes relacionados con las drogas, la prostitución, el ostracismo social, el crimen organizado, los gastos públicos para tratamientos y aplicación de ley, las drogas y jeringuillas contaminadas y el aumento en riesgos de contagio con VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis, riesgo de sobredosis y violencia, sólo por mencionar algunos.

La falta de distinción entre los problemas primarios y los secundarios provoca confusión en las leyes y políticas que se establecen, muchas veces logrando consecuencias contrarias a las que se esperaban alcanzar. Por ejemplo, pensar que todo el que usa marihuana termina delinquiendo confunde el estado de ilegalidad de la droga, con los efectos directos de la marihuana. Esta tendencia a ignorar el conocimiento científico y privilegiar posturas ideológicas en la formulación de política pública riñe con otro de los principios de la salud pública; fundamentar la toma de decisiones en evidencia y transferir el conocimiento científico a las acciones de salud. En Holanda, donde la marihuana es legal para las personas adultas, no existe una relación de delincuencia y uso de dicha droga, como ocurre en los países donde esta droga es ilegal (Buning, 1992). Cuando una persona con un trastorno de sustancias o usuaria de drogas no quiere o no puede dejar de usarlas, la sociedad provee oportunidades para: (1) que se reduzca el daño que le pueda ocasionar la droga a su persona, (2) reducir el daño a los demás, y (3) ver el fenómeno como uno esencialmente asociado a conductas de salud en lugar de achacarlo a debilidades del carácter moral del individuo (Buning, 1992; Van de Wijngaert, 1991). Contrario a la estrategia del Modelo Prohibicionista de "cero tolerancia", la estrategia de reducción de daños es una forma efectiva de preservar la salud de quienes usan drogas, sean estas legales o ilegales, y de las personas con las que interaccionan. El peor efecto de la llamada "cero tolerancia", es la marginación y estigmatización de la persona usuaria o de la que padece un trastorno de sustancias.

Otro importante criterio que introduce el Modelo Salubrista aplicable a la esfera de tratamiento radica en contar con suficientes servicios personales y poblacionales que sean a su vez costo-efectivos para reducir la magnitud de los problemas asociados al uso de drogas. Un Modelo de Salud Pública supone además que los servicios tienen que incorporar un componente de evaluación para determinar si son o no meritorios, incluyendo el que no hagan daño. Requiere adoptar

criterios de éxito terapéutico que no se centren exclusivamente en demostrar que la persona en tratamiento muestra pruebas toxicológicas negativas para drogas y sí poder demostrar que se ha aumentado la funcionalidad psicológica y social y se han alcanzado logros que la misma persona en tratamiento definió como importantes (tratamiento centrado en el/la cliente).

El acercamiento al uso, abuso y dependencia de drogas desde el punto de vista salubrista riñe con el paradigma guerrero. Revertir el impacto adverso del estigma provocado por el prohibicionismo, incluyendo la demonización de las drogas y de quienes las usan, requiere trabajar intensamente con la "esquizofrenia nacional" que el Juez Hoffman ha señalado aflige a EE.UU y a su sistema de justicia criminal, reto que los y las profesionales de la salud mental no pueden seguir ignorando. ¿Debemos continuar propiciando el que los trastornos de sustancias se conciban concurrentemente como crimen y enfermedad? ¿Debemos continuar criminalizando y marginando a las personas de nuestra sociedad por meramente utilizar sustancias psico-activas sin que necesariamente medie peligrosidad para ellas y/o para las personas con quienes se relacionan? Mientras el estado de ley actual prevalezca, objetivamente quien consume una droga ilegal está por definición cometiendo un delito. La solución a esta flagrante contradicción debe radicar en cambiar este penoso estado de situación y reconocer que la prohibición acarrea peores males que los que propone remediar o evitar.

En resumen, debemos adoptar un Modelo de Salud Pública en vez de uno Prohibicionista. Debemos decriminalizar el uso personal de las drogas ilegales y valernos de las estrategias de la salud pública para mitigar los daños que pueda acarrear el uso problemático de todas las drogas con potencial de abuso y de crear dependencia. A través de estrategias para la promoción de la salud, podemos divulgar conocimiento y crear ambientes que apoyen el que se pueda aspirar a maximizar la salud y bienestar de todos y todas en la sociedad. La llamada guerra contra las drogas, el icono más reconocible del Modelo Prohibicionista, no ha logrado sus objetivos de

aplacar el crimen, especialmente los homicidios vinculados a luchas sistémicas que ocurren dentro del mercado de las drogas ilegales, tranquilizar la población y, bajar la oferta y la demanda por las drogas ilegales a pesar de contar con presupuestos cada día más grandes (Santiago-Negrón & Albizu-García, 2003). Sobre todo, ha promovido la exclusión social de millares de seres humanos arriesgando su salud y la salud de su familia y comunidad. Ya es tiempo de decirle NO a la prohibición de las drogas y decirle SI a una política racional y justa fundamentada en principios de salud pública.

## REFERENCIAS

- ABC Eyre. (2003). Mayor calls for lethal injection of drug users. <http://www.abc.net.au/eyre/news/200309/s956310.htm>
- ✓ Acker, C. J. (1993). Stigma or legitimization? A historical examination of the social potentials of addiction disease models. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(3), 193-205.
- Albizu-García, C. E., Román Badenas, L. M., Caraballo, G., Hernández Vives, A. & Caraballo, J. N. (2005). *Estudio de necesidades de tratamiento parra abuso/dependencia adrogas y prevención de hepatitis B/C en la prisiones de Puerto Rico*. Documento inédito.
- Amnistía Internacional (2004). Singapore. The death penalty: A hidden toll of executions. Accedido en <http://web.amnesty.org/library/index/engasa360012004>
- Belenko, S. (2002). The challenges of conducting research in drug treatment court settings. *Substance Use Misuse*, 37(12-13), 1635-1664.
- Bonnie, R. & Whitebread, C. (1970). The forbidden fruit and the tree of knowledge: An inquiry into the legal history of American marijuana prohibition, *II. Virginia Law Review* (Vol. 56).
- Buning, E. C. (1992). Fifteen years of harm reduction: A reflection. *International Journal of Drug Policy*, 3, 197-198.
- Califano, J. (1986). *Report of the mayors committee on smoking and health*. Nueva York, Nueva York: Mayors Commission on Smoking and Health.
- ✓ Cape, G. S. (2003). Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 163-169.
- ✓ Capelhorn, J. R. M., Lumley, T. S. & Irwig, L. (1998). Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 57-61.
- Clinard, M. B., & Meier, R. F. (2004). *Sociology of deviant behavior*. Belmont, California: Wadsworth.

- Colón, H. M., Robles, R., Cabassa, M., & López, C. M. (2001). *Need of substance abuse services among correctional inmates*. Mental health and anti addiction services administration commonwealth of Puerto Rico.
- ✓ Colón, H. M., Robles, R. R., Canino, G. & Sahai, H. (2002). Prevalence and correlates of DSM-IV substance use disorders in Puerto Rico. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 93(1-6), 12-22.
- Colón, H. M., Robles, R. R. & Sahai, H. (2002). The validity of drug use self-reports among hard core drug users in a household survey in Puerto Rico: Comparison of survey responses of cocaine and heroin use with hair tests. *Drug Alcohol Dependency*, 67(3), 269-279.
- Drug Enforcement Agency. (1970). *DEA drug schedules. Controlled substance act of 1970*. Accedido en <http://addictioncience.net/ASNclass.htm>.
- Denning, P. (2004). Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions. Nueva York, Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta. ed.). Washington, DC, EEUU: Autor.
- Dovidio, J., Major, B. & Crocker, J. (2000). *Stigma: Introduction and overview*. En T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M. Hebl & J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (págs. 1-28). Nueva York, Nueva York: Guilford.
- Federal Bureau of Investigations (sf). *Uniform crime reports*. Accedido en <http://www.fbi.gov/ucr/ucr.htm>
- Glasser, I. & Siegel, L. (1997). When constitutional rights seem too extravagant to endure. En C. Reinerman & H.G. Levene (Eds), *Crack in America. Demon drugs and social justice* (págs. 229-248). Los Angeles, California: University of California Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. Englewood, Cliffs: Prentice-Hall.
- Grinspoon, L. (1971). *Marijuana reconsidered*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hoffman, M. (2000). *The drug court scandal*. North Carolina Law Review.
- IOM. (2005). Crossing the quality chasm: Adaptation to mental health and addictive disorders. *Institute of Medicine. Accedido en* <http://www.iom.edu/CMS/3809/19405.aspx>.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Lamert, E. (1972). *Human deviance, social problems and social control*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Leinwand, D. (2006). Drug convictions cost students their financial aid. *USA TODAY*.
- ✓ Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Mahan, S. (1996). Crack, cocaine, crime, and women: Legal, social and treatment issues. En J. A. Inciardi (Ed.), *Drugs, health and social policy series* (Vol. 4). Thousand Oaks: Sage Publications.
- McLellan, A. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.

- Musto, D. F. (1987). *The American disease: Origins of narcotic control*. Nueva York, Nueva York: Oxford University Press.
- Musto, D. F. (1991). Opium, cocaine and marijuana in American history. *Scientific America*, 265(1), 40-47.
- Nevarres-Muñiz, D. (2001). *El crimen en Puerto Rico: Tapando el cielo con la mano*. (2da. ed.). Hato Rey, Puerto Rico: Instituto para el Desarrollo del Derecho, Inc.
- ONDCP. (2006). *Office of National Drug Control Policy. National Drug Control Strategy*. Washington, D.C. Accedido en <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/ndcs06/ndcs06.pdf>.
- Pogorzelski, W., Wolff, N., Pan, K. Y. & Blitz, C. L. (2005). Behavioral health problems, ex-offender reentry policies, and the "Second Chance Act". *American Journal of Public Health*, 95(10), 1718-1724.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Review*, 24(2), 143-155.
- Rydell, C. & Everingham, S. (1994). *Controlling cocaine: Supply vs. demand programs*. Santa Monica, California: The RAND Corporation.
- Santiago-Negrón, S. (1993). Los medios de difusión y los anuncios de cigarrillos y alcohol: ¿Información, persuasión o coerción? *Revista Ciencias de la Conducta*, 8(1 & 2), 83-98.
- Santiago-Negrón, S. & Albizu-García, C. E. (2003). War on drugs or war against health? The pitfalls for public health of Puerto Rican drug policy. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 22(1), 49-59.
- Sartorius, N. (2004). *Open the doors*. Ginebra, Suiza: The World Psychiatric Association.
- Schmidt, L. A. & Weisner, C. M. (1999). Public health perspectives on access and need for substance abuse treatment. En J.A.Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (págs.67-96). Nueva York, Nueva York: Guilford Press.
- Schur, E. (1971). *Labeling deviant behavior: Its sociological implications*. Nueva York, Nueva York: Harper & Row Publishers.
- Skager, R. (2005). Beyond zero tolerance: A reality-based approach to drug education and student assistance. *Drug Policy Alliance*. San Francisco, California.
- Tough, S. C., Svenson, L. W., Johnston, D. W. & Schopflocher, D. (2001). Characteristics of preterm delivery and low birthweight among 113,994 infants in Alberta: 1994-1996. *Canadian Journal of Public Health*, 92(4), 276-280.
- Van de Wijngaart, G. F. (1991). *Competing perspectives on drug use: The dutch experience*. Amsterdam, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- WHO (2001). *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Wilkinson, R. & Marmot M. (2003) (Eds). *Social determinants of health*. Londres, Inglaterra: Oxford University Press.
- Zimmer, L. & Morgan, J. (1997). *Marijuana myths, marijuana facts: A review of the scientific evidence*. Nueva York, Nueva York: The Drug Policy Alliance.
- [www.tendenciaspr.com](http://www.tendenciaspr.com) (2006). Tasa de personas confinadas. Accedido en [www.tendencias.com](http://www.tendencias.com)

---

**ESTIGMA Y SALUD EN  
PUERTO RICO:**  
Consecuencias Detrimentales  
de lo Alterno

---

NELSON VARAS DÍAZ • FRANCESKA N. CINTRÓN BOU

