

El estigma de la cocaína

Cocaine stigma

JESÚS SAIZ GALDÓS

Universidad Complutense de Madrid (España)

jesus_saiz@hotmail.com

RESUMEN

Dado el consumo tan alto de cocaína que existe en España, resulta impostergable contribuir también desde la psicosociología a la explicación y solución de este problema. A continuación se ofrece una revisión teórica del «estigma del drogadicto», así como una investigación descriptiva de la forma en cómo este estigma se establece, se desarrolla e influye en la vida y recuperación de quien lo padece; haciéndose especial énfasis en la importancia que el estigma posee para el establecimiento de una dependencia a la cocaína, su curso y rehabilitación. Para esto se realizaron entrevistas semiestructuradas a trece sujetos consumidores o ex consumidores de cocaína residentes en la Comunidad de Madrid. Como resultados más destacables encontramos las ventajas secundarias que el consumo de cocaína puede ofrecer a quien se inicia en este hábito (imagen de éxito, diversión, riqueza, etc.), así como las creencias y experiencias de rechazo y discriminación social que emergen en el sujeto adicto a la misma sustancia. Finalmente, se proponen recomendaciones generales preventivas y terapéuticas que, tomando en cuenta la influencia del estigma, faciliten no sólo la rehabilitación y la reinserción del adicto, sino que también actúen contra posibles recaídas.

Palabras clave: estigma, drogadicto, cocaína, prevención, tratamiento.

ABSTRACT

In view of such a high consumption of cocaine that exists in Spain, it turns out to be ineluctable to contribute also from the psychosociology to the explanation and solution of this problem. Here it is made a review of the «drug addict's stigma», as well as a descriptive research of the way this stigma establishes, develops and influences the life and recovery of

the one who suffers it; special emphasis is done in the importance that the stigma possesses for the establishment of a dependence to cocaine, its course and rehabilitation. To reach this, semiconstructed interviews were carried out with 13 consumers or ex consumers of cocaine, residents in Madrid. As more relevant results we find the secondary advantages that the cocaine's consumption can offer to the one who begins in this habit (image of success, fun, richness, and so on), as well as the beliefs and experiences of rejection and social discrimination that emerge in the subject addicted to the same substance. Finally, there are proposed some general preventive and therapeutic recommendations, which facilitate not only the treatment and the social rehabilitation of the addict, but also they act against possible backslides.

Keywords: *stigma, drug-addict, cocaine, prevention, treatment.*

INTRODUCCIÓN*

«Toda la gente tiene que aprender a verte como eres tú y saber diferenciar qué eres tú, o sea, cuando estoy consumiendo que me llamen monstruo..., pero cuando no consumo, no soy un monstruo...» (Adri, 26 años).

Hoy en día el consumo de drogas y en especial la cocaína en España está alcanzando unos niveles alarmantes. Según el informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED, 2004), las sustancias más consumidas en los últimos 12 meses por sujetos entre 15 y 64 años son: el alcohol (76,6%), el tabaco (47,8%), el cannabis (11,3%), la cocaína (2,7%), el éxtasis (1,4%), las anfetaminas (0,8%) y los alucinógenos (0,6%). Sin embargo, el mayor porcentaje de nuevas demandas de tratamiento es por consumo de cocaína (41,7%), seguido de heroína (29,4%) y cannabis (22,3%). Y, aunque el porcentaje de reincidentes es mucho mayor en sujetos dependientes de heroína (80,7%), el 35,8 por ciento de las personas que solicitan tratamiento por dependencia a la cocaína ya han disfrutado de un tratamiento anterior. Por otra parte, en los porcentajes de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias, vuelve a ocupar el primer lugar la cocaína (49%), seguida del alcohol (39%), los hipnosedantes (34,1%), la heroína (26,8%) y el cannabis (22,8%). Este auge en el consumo de cocaína y en problemas derivados de la misma droga es lo que ha determinado que aquí nos concentremos en el sujeto estigmatizado por dependencia de la cocaína.

Así, coincidiremos en que el consumo de cocaína en España no es un problema exclusivamente individual sino también uno social. En este sentido, resulta un grave error tratar de abordar un problema general de una manera exclusivamente individual (Frank, 1936), por lo que es necesaria una perspectiva que articule tanto elementos individuales, como estructurales y de interacción social (Torregrosa, 2004). Sin embargo, la mayor parte de las intervenciones propuestas para estudiarlo y solucionarlo provienen de las ciencias médicas y la psicología clínica (Barlow y Durand, 2003; Caballero, 2005; Llopis, 2001) y son menores los estudios que se ocupan de la dimensión psicosociológica del consumo de sustancias (Navarro, 2000; Pons y Berjano, 1999; Saiz, 2007).

Por otra parte, debemos reconocer que aunque la cocaína ha existido desde hace mucho tiempo, el problema surge ahora en un concreto momento histórico, social y cultural. Tal y como Horney (1937: 10) argumentaba para las psicopatologías, podríamos pensar que la cultura desempeña un papel esencial en el consumo de cocaína. Así, el consumo de cocaína podría ser un síntoma más de una sociedad determinada, que estableciendo una serie de roles, prácticas y ejercicios, define a los individuos que en ella conviven (Gil, 2007, llega a esta conclusión para el consumo de alcohol en los jóvenes).

* Debo agradecer a la Fundación Ramón Areces por su contribución para que el presente estudio fuese desarrollado; a mis colegas Miryam Rodríguez e Ignacio Castien, por la minuciosa revisión y valiosos comentarios que realizaron sobre una versión preliminar de este texto; a los profesores José Ramón Torregrosa y José Luis Álvaro, cuyas reflexiones tanto han enriquecido esta investigación y a su autor; a los profesionales del Centro de Atención Integral a Cocainómanos del Hospital San Juan de Dios y a los profesionales de Proyecto Hombre, porque me permitieron establecer contacto con sus pacientes; y, finalmente, a los entrevistados, porque aportaron el conocimiento en forma de experiencia que enriquece y completa este artículo.

Finalmente, abordar el problema del consumo de cocaína desde un frente psicosociológico hará justicia a la urgencia de contacto con la realidad social y aplicación práctica, que otros autores desde la sociología clínica demandaron a las ciencias sociales (McClung, 1955; Perlstadt, 1998).

Aprovechando la reciente publicación del CIS de la que es considerada la obra más extensa y ambiciosa de I. Goffman (1974), *Frame Analysis*, este artículo también pretende recuperar y aplicar la perspectiva del insigne sociólogo de Manville en el análisis de los problemas sociales (siguiendo a otros autores como Lozano, 2003 y, en cierta medida, Moreno, 2005, para el análisis de los trastornos alimentarios).

Así, tal y como Goffman (1963: 13) lo entiende, «el término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador [...]», poseyendo además significativas implicaciones en las relaciones sociales y en el propio bienestar subjetivo de la persona que lo padece.

El estigma puede colocar al individuo en una situación de «desacreditado» cuando los estigmas son evidentes, o de «desacreditable» cuando los estigmas no son perceptibles fácilmente. Generalmente, el estigma del drogadicto pertenece a esta segunda categoría, ya que los «símbolos del estigma» no son visibles por el individuo no experto. No obstante, dependiendo de la sustancia con la que un sujeto mantenga la relación de dependencia, los símbolos de estigma y la posibilidad de su evidencia social serán distintos. Por ejemplo, serán más claramente reconocibles las marcas de las inyecciones en los brazos de un heroinómano, que el tabique nasal desgastado de un sujeto dependiente de cocaína.

Esta situación en la cual el sujeto adicto puede pasar desapercibido ante la sociedad, e incluso ante sí mismo (llegando a negar su relación de dependencia), dificulta en gran medida el trabajo terapéutico de su rehabilitación. En este sentido, el individuo estigmatizado trata por todos los medios de rechazar, negar o «encubrir» su identidad deteriorada, lo cual retrasa la «aceptación» del problema, tan indispensable para combatirlo. Por otra parte, la posesión del estigma del drogadicto no sólo implica una representación social del mismo, con la consiguiente modificación de su identidad personal y social (Revilla, 2003; Torregrosa, 1983), sino también comprende una serie de expectativas sociales de conducta que dificultarán en gran medida su reinserción social, una vez superada la dependencia. Así, tal y como Goffman (1963: 151) lo analiza, el sujeto estigmatizado por una dependencia recurrirá a distintas estrategias de redefinición, evitación, enmascaramiento y encubrimiento que repercutirán en sus relaciones sociales, oportunidades de empleo, autoestima, situación emocional y calidad de vida (Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997).

No obstante, cabe señalar que no todas las consecuencias que un estigma tiene sobre el sujeto serán exclusivamente negativas, ya que también existen las denominadas «ventajas secundarias». Éstas pueden ser tan variopintas como: la atención, la retirada de responsabilidades o los cuidados que recibe el drogadicto; la imagen de trasgresor, de sujeto rico, divertido, exitoso o sofisticado (como por ejemplo, la imagen que la cocaína puede otorgar en algunos ambientes); o la propia identidad marginal deteriorada que el estigma conlleva¹.

¹ Es importante no confundir las ventajas secundarias del estigma con los beneficios que el consumo de la droga en sí pueden traer al sujeto. Los efectos estimulantes, relajantes o la aparente mejora en las relaciones interpersonales de quien consume una droga, son totalmente distintos de las ventajas secundarias del estigma, las cuales están más en relación con la identidad que ofrece al individuo y sus consecuencias.

Por otra parte, Goffman (1961, 1963: 45) definió la «carrera moral» como el conjunto de experiencias de aprendizaje relativas a su condición y las modificaciones en la concepción del yo que comparten quienes tienen un estigma particular. Dependiendo del estigma, este proceso de socialización, de incorporar el punto de vista de los «normales» de su propio estigma, y de comprender las consecuencias personales de poseerlo, está mediado por distintas pautas. Los que en un momento tardío de la vida son víctimas de un estigma, como los drogadictos, siguen una pauta particular en su carrera moral. Así, estos sujetos (Ibíd.: 48): «son individuos que han realizado un concienzudo aprendizaje de lo normal y estigmatizado mucho tiempo antes de tener que considerarse a sí mismos como personas deficientes. Es probable que tengan un problema especial en reidentificarse consigo mismos y una especial facilidad para la autocensura». Sintiendo ambivalencia cuando entran en contacto por primera vez con sus «nuevos iguales». Esta carrera moral está fuertemente marcada por los momentos y experiencias en que aparecen símbolos de estigma y la «información social» reveladora del estigma.

Existe en la bibliografía un importante número de investigaciones que profundizan sobre el estigma del drogadicto, sus repercusiones y su relación con otros estigmas. De hecho, se pueden reconocer tres líneas de investigación diferentes que exploran la situación del sujeto estigmatizado por consumo de drogas.

En la primera de ellas, el estigma del drogadicto es precedido por otros estigmas, siendo los más comunes los de orden racial, clase o género (Murphy y Rosenbaum en Sterk, 2000). De esta manera, Gibbons, Gerrard, Cleveland, Wills y Brody (2004) encontraron que la experiencia del estigma racial en un grupo de 879 familias afroamericanas favorece el consumo de drogas, y Marsiglia, Kulis, Hecht y Sill (2004) hallaron que combatir el estigma racial por medio del fortalecimiento de la identidad étnica, protege a los sujetos del consumo de sustancias.

Una segunda línea de investigación se centra en la asociación que puede existir entre el estigma del drogadicto y otros estigmas, tales como el del enfermo de VIH y el del sujeto homosexual. Crandall (1991) encontró que entre sus casi 400 sujetos, el estigma del adicto a drogas vía intravenosa correspondía al más desacreditado (con una distancia social² media de 4,83 sobre 7), seguido por el enfermo de SIDA (4,31) y el homosexual (4,22). Capitanio y Herek (1999), por medio de un cuestionario telefónico realizado a más de 1.500 personas, correlacionaron cuatro situaciones estigmatizantes (raza, enfermedad del SIDA, uso de drogas y homosexualidad), para encontrar que en sujetos de raza negra, ser portador del VIH estaba más asociado con el uso de drogas vía intravenosa, mientras que en sujetos de raza blanca la adquisición del VIH correlacionaba en mayor medida con el estigma de homosexual. Finalmente, Ware, Wyatt y Tugenberg (2005) hallaron que enfermos de VIH que compartían el estigma de drogadicto tenían más obstáculos que enfermos no adictos para recibir tratamientos médicos, debido a los prejuicios y creencias sociales en cuanto a la falta de compromiso y capacidad del adicto para ajustarse a programas médicos completos.

² La escala de «distancia social» empleada en este estudio consiste en ofrecer una descripción de un personaje ficticio (Dan Lewis), y luego presentar siete ítems que evalúan la aceptación o distancia social a este personaje de quienes responden la escala. Algunos ítems fueron: «No me importaría para nada que Dan Lewis se mudara a mi vecindario» o «Dan Lewis es la clase de persona que tiendo a evitar».

Finalmente, otra interesante línea de investigación es la que hace referencia al impacto del estigma en el curso de la adicción, o a la situación de desventaja psicosociológica en la que queda un sujeto tras el etiquetado estigmatizante realizado durante una intervención psiquiátrica o psicológica (Link, 1987; Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend, 1989).

Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock (1997) realizaron un estudio longitudinal con 84 pacientes adictos a sustancias, en los cuales evaluaron el impacto y presencia del estigma según la percepción de devaluación y discriminación que mantenían, las experiencias de rechazo que habían sufrido y la insistencia en estrategias de afrontamiento del estigma, tales como el mantenerlo en secreto y la retirada del contacto social. De esta manera, encontraron que el estigma del drogadicto quedaba intacto durante el tratamiento por abuso de sustancias (no era abordado), y que éste era a su vez responsable en parte de síntomas depresivos en los pacientes, antes y después del tratamiento. En base a estos resultados, los autores recomiendan el trabajo terapéutico con el «estigma» para poder lograr una entera rehabilitación psicosociológica del paciente. Resultados muy similares los reproduce Rosenfield (1997), al descubrir que la satisfacción con la vida es más alta entre aquellos enfermos mentales que experimentan poco estigma y tienen acceso a unos servicios médicos de alta calidad. Mientras que la satisfacción con la vida es más baja entre aquellos que perciben altos niveles de estigma y carecen de unos servicios médicos de calidad. Esta última línea de investigación será la que se continúe.

ESTUDIO

Hasta aquí se han ofrecido algunos elementos teóricos a considerar del estigma del adicto a la cocaína, a continuación se expone un estudio cualitativo que tiene como objetivo el describir la presencia del estigma y las formas en que opera en el origen de la adicción a la cocaína y en su rehabilitación, para formular, finalmente, recomendaciones generales para la prevención y el tratamiento de la dependencia a la cocaína.

Método

En este estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas a 13 sujetos consumidores o ex consumidores de cocaína residentes en la Comunidad de Madrid. En las entrevistas se exploró: la percepción y creencias de la existencia del estigma en el sujeto, la experiencia de situaciones de rechazo y discriminación derivadas de la existencia del estigma, las acciones o estrategias que el sujeto empleaba para sobrellevar y convivir con su estigma, las ventajas secundarias correspondientes a su condición de sujeto estigmatizado y, finalmente, la valoración general de la influencia que para el entrevistado había tenido el estigma en el curso de su adicción (establecimiento y rehabilitación)³. El lugar en el que se realizaron las entrevistas varió, desde el despacho en la universidad del entrevistador, hasta cafeterías, centros de tratamiento y hogares de los entrevistados.

³ Los tres primeros puntos están basados en la operalización del concepto de estigma propuesto por Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock (1997), mientras que los últimos dos fueron añadidos por el autor de esta investigación, para conocer la participación de las ventajas secundarias que Goffman (1963) describe en la condición de estigmatizado (cuarto punto), y para evaluar la presencia del estigma en el curso de la adicción-rehabilitación (quinto punto).

Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y transcritas en su totalidad. La extracción de los resultados se realizó mediante la técnica de análisis de contenido temática-semántica (Bardin, 1986), empleándose a su vez el programa informático ATLAS.Ti, versión 5.2.

Los criterios de selección para la muestra fueron: personas consumidoras de cocaína con una experiencia mínima de cinco años de consumo (a excepción de Margarita, incluida porque representa un caso atípico de ama de casa adicta a la cocaína), residentes en la Comunidad de Madrid, nivel socioeconómico medio, vía de consumo intranasal, frecuencia mínima de consumo «todos los fines de semana» y dosis mínima «entre medio y un gramo». Por otra parte, 12 de ellos habían pasado por algún tipo de tratamiento (se incluye el caso de Fernando que es consumidor en activo y nunca ha estado en tratamiento para una mejor descripción de la vivencia del estigma en las primeras fases de consumo), 6 han dejado de consumir definitivamente, 4 se encuentran en tratamiento ambulatorio y 3 continúan consumiendo. Coincidendo con las estadísticas del OED (2004), en la muestra predomina el género masculino (8 son hombres y 5 mujeres) y el rango de edad va desde los 22 hasta los 60 años, aunque prevalecen las edades comprendidas entre los 25 y 30 años (véase Tabla 1)⁴. Los entrevistados fueron seleccionados de una muestra de 223 sujetos pertenecientes a distintos centros de tratamiento de la Comunidad de Madrid y de 231 sujetos consumidores de cocaína en activo que se ofrecieron voluntarios para participar en un estudio anterior (Saiz, 2008).

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE ENTREVISTADOS

1. Anabel	28 años. 5 años de consumo. Facilitadora sociocultural, estudiante de Psicología y ayudante en terapias grupales. 5 años sin consumir.
2. Adri	26 años. 9 años de consumo. Quiromasajista. Salió del centro de tratamiento hace 3 meses. Una recaída pero sigue en tratamiento ambulatorio.
3. Julián	29 años. 13 años de consumo. Charcutero. Salió del centro de tratamiento hace 2 meses. Una recaída e intento de suicidio, sigue en tratamiento ambulatorio.
4. Abel	60 años. 30 años de consumos episódicos. Actor. Ex alcohólico. Asiste a grupos de apoyo y autoayuda.
5. Santiago	30 años. 8 años de consumo. Publicista. 3 años y medio sin consumir.
6. Andrés	25 años. 6 años de consumo. Agente comercial. 1 año y 2 meses sin consumir.
7. Daniel	25 años. 7 años de consumo. Albañil. Una recaída, sigue en tratamiento ambulatorio. Llevaba 1 año sin consumir.
8. Bernabé	31 años. 14 años y medio vendiendo y consumiendo cocaína. Mozo de Almacén. 1 año y medio sin consumir.
9. Margarita	35 años. 1 año de consumo. Ama de casa. Ex alcohólica. 1 año sin consumir.
10. Ana	26 años. 8 años de consumo. Estudiante de Sociología y recepcionista en un hotel. Sustituyó el periodo de consumo diario por ocasional.
11. Nuria	25 años. 6 años de consumo ocasional. Estudia arte dramático. Trabajos varios. 6 meses sin consumir.

⁴ Un aparente problema en la selección de la muestra es conocer el grado de adicción a la cocaína de cada participante. Sin embargo, aunque no se les realizó una entrevista clínica diagnóstica, el hecho de que 12 de los 13 entrevistados hayan ingresado voluntariamente a tratamiento, nos podría indicar que han padecido (o padecen) una dependencia a la cocaína.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE ENTREVISTADOS (CONT.)

12. Lara	25 años. 6 años de consumo. Estudiante de Administración y Dirección de Empresas. Acude a terapia de grupo por dependencia de cannabis pero no conocen su consumo de cocaína. Dejó de consumir cocaína, pero ha reiniciado una etapa de fines de semana.
13. Fernando	25 años. 5 años de consumo. Estudiante de doctorado en Derecho y camarero. Consumo los fines de semana.

Nota: todos los nombres son ficticios.

RESULTADOS

La influencia del estigma en el establecimiento y desarrollo de la adicción

1. Creencias de devaluación y discriminación

Al solicitar a los entrevistados que considerasen si creían que el ser consumidores de cocaína en un principio les haría objeto de devaluación y discriminación social, es decir, presa del estigma, en su gran mayoría respondieron de forma negativa. De hecho, para el 40 por ciento de ellos el consumo de cocaína es algo bien visto, y por lo tanto, cuando consumían cocaína, no percibían ningún tipo de devaluación o discriminación. En buena parte esto se debía a dos fenómenos que caracterizan la cocaína: en determinados contextos es asociada al éxito, diversión, moda, etc., y no deja un deterioro físico tan pronunciado como otras drogas, por ejemplo la heroína.

«Qué va, ahora parece que es todo lo contrario [...] Hacia el cocainómano todo lo contrario, te pones cocaína y es que todo el mundo lo ve súper bien [...] incluso [...] yo tengo amigos que no se ponen y cuando una amiga me presentó a otra, dijo: [...] —Ésta es mi amiga Ana, lleva una vida [...] y se pone— [...] encima como algo “mira qué guay ésta se pone coca” [...] creo que es todo lo contrario, que es como algo bien visto» (Ana, 26 años).

«Todo lo contrario [...] entre los jóvenes todo lo contrario, o sea, el que consume cocaína es el que más [...] el que mejor habla, el que más liga [...] Incluso gente que no sea adolescente, el que toma cocaína es un tío normal [...] es un drogadicto pero tiene aspecto normal. Otra cosa es la heroína, la gente de la heroína sin embargo sí que están marginados por la sociedad, el aspecto influye mucho, y en eso la cocaína es buena, no te degrada físicamente por fuera, aunque sí por dentro [...] entre los jóvenes el que toma cocaína es el que mola, el que más liga, el mejor» (Andrés, 25 años).

Otro 40 por ciento de los entrevistados consideraron que el consumidor de cocaína lo hace en unos espacios, contextos y círculos privados, en donde no se expone a ser públicamente denunciado, por lo cual no sufre el estigma. Además, siendo el efecto de la cocaína tan fácilmente disimulable, puede pasar su estigma desapercibido.

«Hay mucha gente que es incluso cocainómana y que no se entera nadie [...] la gente que esnifa coca, por lo general se junta con gente que esnifa coca y el que no esnifa no se entera [...] personas nerviosas hay de todos los tipos y la única cosa en común que podría haber es lo de lo nervioso» (Abel, 60 años).

Por otra parte, el 20 por ciento restante hizo énfasis en la diferencia que marca el grado, la frecuencia del consumo y los problemas colaterales que ocasiona la dependencia. Para estos otros entrevistados, cuando el adicto no es capaz de consumir dentro del ambiente privado que arriba se mencionaba, y comienza a exhibir determinadas marcas de estigma que lo evidencien (como comportamientos anómalos), el sujeto pasa de ser «desacreditable» a «desacreditado» y es estigmatizado incluso por aquellos que también consumen cocaína.

«Yo creo que está estigmatizada la persona que consume cocaína habitualmente, diariamente, pasa de ser una persona que se divierte a un enganchado, un atrapado [...] yo lo veo con mi amigo, a mí me parece un drogadicto y creo que sí [...] que está estigmatizado» (Lara, 25 años).

2. Experiencias de rechazo que pueda haber tenido debidas a su condición de sujeto estigmatizado

En su mayoría (70%), los sujetos entrevistados no sufrieron experiencias de rechazo derivadas de su condición de estigmatizados (hasta que su condición fue evidenciada ingresando en un centro de tratamiento). De hecho, para la mitad de ellos, los círculos o situaciones en las que consumían hacían que las únicas experiencias derivadas de su identidad de consumidores fuesen positivas. Como se verá más adelante, la identidad de trasgresor, personaje de éxito, dinamismo, energía, etc. que otorga el consumo de cocaína en determinados círculos y contextos (que nunca son públicos), resulta más importante para el sujeto que el peso de los atributos negativos que pueda tener el estigma.

«No, yo no me he sentido rechazado como tal [...] yo en el círculo que he estado había algunos que no consumían cocaína, pero lo veían bien [...] lo hacíamos en su coche, lo hacíamos en su casa [...]» (Santiago, 30 años).

Un 15 por ciento de los entrevistados consideró que, aunque el consumo de cocaína no estaba asociado en un principio con experiencias de rechazo y discriminación, en algunas ocasiones sufrían reprimendas de amigos y seres queridos que les exigían que dejaran de consumir.

«Discriminación no [...] pero sí [...] a lo mejor broncas injustas con mis amigos [...] en plan de que me echen una charla a gritos medio mosqueados [...] discriminación así tal y como es la palabra no [...] nunca han dicho no le vamos a llamar para que no venga, pero alguna bronca sí que me he llevado [...]» (Fernando, 25 años).

Por otra parte, tal y como sucedió con la percepción del estigma, otro 15 por ciento de los entrevistados comentó que sufrieron rechazo y discriminación cuando comenzaron a tener problemas derivados del consumo de cocaína, es decir, cuando la información social del estigma lo hacía más visible.

«Claro [...] he sentido rechazo por mis amigos, porque hubo un momento en el que la gente no soporta muy bien que uno esté mal [...] quiero decir, es muy divertido que te drogues, pero si te pasas drogándose [...]» (Nuria, 25 años).

Finalmente, una entrevistada reconoció que sufrió un tipo de rechazo por parte de algunos compañeros de la universidad, sin embargo esto no pareció afectarle porque estas personas que la rechazaron se encontraban fuera de su círculo de amigos.

«Sí, alguna vez [...] con la gente de la universidad [...] cuando vino el Carliños Brown por la Castellana y me vieron consumir [...] había gente que normal, pero había otros que desde entonces me miran con una cara muy rara [...] pero bueno, no me importa [...]» (Lara, 25 años).

3. Acciones o estrategias que posee para sobrellevar y convivir con su estigma

Es posible que el hecho de que la mayoría de los entrevistados coincidiesen con atribuir poca presencia a los efectos devaluadores del estigma durante el inicio de la adicción, se deba a la facilidad con la cual el consumo de cocaína, y el correspondiente estigma, puede ser ocultado. El 75 por ciento de los entrevistados respondieron que, de seguir alguna estrategia para evitar sufrir el peso del estigma, ésta sería el consumo a escondidas o en el círculo y contexto privado que antes se ha mencionado.

«Normalmente lo haces a escondidas, en casa [...] en los momentos del principio tú puedes estar perfectamente, yo de hecho lo hacía, llevaba al niño al cole y me relacionaba, entre comillas. No se te nota porque hablas bien, quizás hablas demasiado deprisa, pero no es algo que puedas apreciar, como por ejemplo al estar borracho, que estás hecho un lío [...] en la cocaína no se te nota.» (Margarita, 35 años).

El resto de los entrevistados (25%), sin embargo, consideraron que no habían recurrido a ninguna estrategia para ocultar su estigma, ya que aquellos que les señalaban no les eran cercanos, y por lo tanto, no les importaban. Además, estos mismos siempre encontraban refugio en su grupo de consumidores (lo que nos lleva al punto anterior), en donde podían recurrir a otros mecanismos defensivos, como la proyección⁵, que consistía en revertir el descalificativo a quienes no consumían cocaína, considerándolos inferiores.

«No me preocupaba lo que puedan pensar de mí [...] yo me preocupaba de mí, me daba lo mismo si me rechazaban, porque por un lado estaba rechazado y por otro podía tener a mi grupo que hacíamos lo mismo. Puedes sentir un rechazo, pero tú lo mismo te ríes de los que no lo prueban, tú te puedes engrandecer por estar haciéndolo y creer que los tontos son los otros» (Bernabé, 31 años).

⁵ Desde las teorías psicodinámicas se entiende por proyección al (Jung, 1954: 59) «proceso inconsciente, automático, mediante el cual un contenido inconsciente para el sujeto se traslada a un objeto, apareciendo así como si perteneciera a éste».

4. Ventajas secundarias de la condición de sujeto estigmatizado

El hecho de que en un principio el sujeto pertenezca a la categoría de desacreditable y su estigma no sea evidente, hizo que los entrevistados no encontrasen ventajas secundarias de la posesión del estigma en el inicio de su dependencia. Únicamente deberíamos hacer énfasis en el atractivo de la identidad que se forma alrededor del consumidor de cocaína: éxito, dinero, fama, inteligencia, aceptación, etc., y la peligrosidad que la no aparición de los efectos negativos del estigma desde el comienzo, como pudiese ocurrir con el consumidor de heroína, le otorga a la cocaína.

«Está vista como la droga del glamour, del alto *standing*, de la fiesta perfecta [...] estamos ahí con un error muy grande [...] eso facilita el consumo» (Adri, 26 años).

5. Valoración general de la influencia que ha tenido el estigma en el desarrollo de su adicción

Dado que en el inicio de la adicción el estigma no es fácilmente perceptible y que la cocaína es una droga con menores implicaciones físicas que otras sustancias, para el desarrollo de la adicción sólo dos entrevistados comentaron que en ellos había tenido una influencia importante, ocasionándoles un alto malestar psicosocial y difíciles situaciones sociales. Finalmente, debe tomarse en cuenta que estas personas habían pasado de ser alguien con un consumo de cocaína oculto, a sufrir las consecuencias evidenciadoras de los problemas asociados a la adicción a la cocaína.

«Yo me sentí fatal [...] me sentí sin amigos, cuando ellos también se drogaban [...] pero yo era la que más hecha polvo estaba, entonces yo no estaba para reírme con los demás, entonces fui un poco la discriminada, porque a mí me sentaba mal [...] también he sufrido el estigma por parte de los que se drogan hacia los que nos drogamos y nos sienta mal [...] me sentía fuera de lugar [...] me sentía un desastre para la sociedad, sentía mucho desequilibrio, que no iba a ser útil, que no iba a poder hacer un trabajo o una carrera [...] se te va mucha autoestima [...]» (Nuria, 25 años).

«Incluso a mí me han engañado [...] Mi jefe me dijo si tenía problemas y, tonto de mí, le acabé diciendo lo que me estaba pasando. —No, yo te arreglo los papeles del paro para que tú vayas a la Seguridad Social y te traten los médicos—. Ni tratamiento ni hostias, en cuanto le firmé los papeles, fui al paro y los papeles que me había dado no me servían para nada, y he estado un año viviendo del aire, buscándome la vida por ahí, haciendo cosillas con conocidos, pero claro, que era lo que no debía haber hecho» (Julián, 29 años).

La influencia del estigma en la rehabilitación de la cocaína

1. Creencias de devaluación y discriminación

Un asunto que debe preocupar a los profesionales de las drogodependencias es que la mitad de los sujetos que habían pasado por un centro de tratamiento aseguraron que creían ser discriminados por su condición de drogadictos o ex adictos. Como veremos más adelante, aquellos que no

pensaban de esta forma habían sido capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento para el estigma y sus consecuencias.

«Discriminación hay mucha [...] la gente no conoce, no sabe lo que es tampoco [...] no tienen por qué saberlo, pero [...] ya te marca [...] ya estás marcado [...]» (Julián, 29 años).

2. Experiencias de rechazo que pueda haber tenido debidas a su condición de sujeto estigmatizado

Resulta necesario señalar que los sujetos que habían pasado por un proceso de rehabilitación y tenían la creencia de que eran discriminados por su condición de adictos (en recuperación), fundamentaban estas creencias en experiencias cotidianas reales, en las cuales habían sido objeto de malos tratos (principalmente psicológicos) por parte de miembros de la familia, vecinos y conocidos.

«Rechazo [...] muchas veces [...] madres de alguna amistad, algún vecino, pero eso después de haber estado en un centro, de que se han enterado que he estado en el centro, si yo no estoy en ningún centro soy un santo, ¿sabes? pero al faltar y la gente enterarse que estaba en un centro ahí ya [...] encima, manda narices [...] la gente pues habla [...] “ha estado en un centro, no sé que, no sé cuantos” [...] en su día me preocupó porque es un palo, que digas, joder, hostia, me rechaza aquí la gente y todo [...] En la familia también, alguno por ahí ha hablado más de la cuenta [...] algún tío, algún primo [...]» (Daniel, 25 años).

3. Acciones o estrategias que posee para sobrellevar y convivir con su estigma

Resulta de suma importancia para una intervención sobre el estigma del sujeto en tratamiento conocer las estrategias que emplearon los entrevistados para no sufrir las consecuencias del estigma. Lo más común y mencionado fue el no dar importancia a lo que los demás puedan hablar de ellos mismos, priorizando el momento de recuperación y normalización que ciertamente la persona recién salida de un centro de tratamiento debe atravesar. Sin embargo, otras técnicas empleadas por los sujetos son: retomar amistades anteriores a la etapa de consumo o hacer nuevas amistades; ampliar el medio, asistiendo a cursos formativos o buscando nuevos empleos; y evitar comunicar su historia personal.

«Yo creo que lo mejor en esos casos es, si no puedes tirar de amigos antiguos, conocer gente nueva [...] pero claro, para eso tienes que ampliar tu medio, hacerte un curso de no sé que [...] Al principio, lo malo es que la gente que se está recuperando hablamos mucho de nuestro problema [...] tú necesitas hablar, te dan como ataques de sinceridad y necesitas contar, pero eso es un error, porque la gente se asusta, porque no tienen nada que ver, y para ti algo que es muy normal, para una persona que no lleva esa vida es como [...] ven el problema seguro. Yo creo que una forma es no contar tus problemas hasta que tú no confíes bien en la gente» (Anabel, 28 años).

4. Ventajas secundarias de la condición de sujeto estigmatizado

Los entrevistados comentaron que no veían ninguna ganancia secundaria derivada de su estigma: no recibían más atención, mejores prestaciones, ni se les exigía menos. Sin embargo, Anabel sí que mencionó tener una amiga que se beneficiaba del estigma, y advierte del peligro que reconoce en esta práctica.

«Luego hay quien se coge el personaje [...] sí, yo conozco una chica [...] lo malo es que como te creas ese personaje no cambias nunca, y vas a volver a hacerlo para llamar la atención y [...] no tienes realmente ganas de salir de ese personaje, porque obtienes beneficios por parte de tu familia, de tus amigos y es muy difícil enfrentarse a la realidad y enfrentarse a la vida [...] y a lo que de verdad te va a doler [...]» (Anabel, 28 años).

5. Valoración general de la influencia que ha tenido el estigma para la rehabilitación

Los entrevistados que han visto cómo su estigma era evidenciado tras un proceso de rehabilitación comentaron lo dañino que es el señalamiento posterior y la necesidad de combatirlo. Resulta indispensable comprender que el peso de éste puede hacer que un sujeto reincida, restándole fuerzas a sus convicciones o llevándole a creer que no puede abandonar esa identidad estigmatizada. En este sentido, el estigma se convierte en un lastre más del proceso de rehabilitación de las drogodependencias que debería ser trabajado.

«Te ayuda mucho menos el que la gente te mire como un cocainómano nada más, el que no mire la persona que de verdad eres dentro, o sea, yo soy una persona que he sido desde que era pequeño igual que soy ahora, soy igual de bueno, de cariñoso, de responsable [...]» (Adri, 26 años).

«Sí, a la gente nos pasa que te ponen un san benito y al final terminarás siendo ese san benito, tanto llamarte no sé qué [...] que terminarás siendo ese no sé qué» (Anabel, 28 años).

CONCLUSIONES

De esta manera, ha sido posible reconocer que el estigma del drogadicto, dependiente de la cocaína, posee papeles totalmente distintos tanto en el establecimiento de la adicción como en su rehabilitación. Así, en primer lugar, durante el establecimiento e inicio de la adicción, hemos podido comprobar que:

1. No existen en el estigmatizado unas creencias de devaluación y discriminación social explícitas. O por lo menos, estas creencias de discriminación no estaban acompañadas, en la mayoría de los casos, por experiencias de rechazo que pudieran mantenerlas.
2. Sin embargo, el sujeto trata de que su condición de consumidor de cocaína no sea descubierta, lo cual le obliga a hacer uso de la droga a escondidas, especialmente de padres y no consumidores. Llevándole esto a consumir cocaína dentro de

unos círculos sociales y contextos muy particulares que refuerzan y mantienen la adicción.

3. Aunque los sujetos no encuentran relevantes las ventajas secundarias del estigma para el inicio de la adicción a la cocaína, la imagen de trasgresor, sujeto rico, divertido, sofisticado, exitoso, etc., que en muchas ocasiones rodean el consumo de esta sustancia, parecen ser elementos importantes en el desarrollo de la drogodependencia.
4. El estigma, como atributo descalificador, poseerá un reducido impacto en el desarrollo de la adicción. Sin embargo, el consumo en contextos y ambientes privados y la imagen positiva que en éstos posee la cocaína, hará que el adicto se recree en espacios que lo protegerán, y en los cuales encontrará apoyo y refuerzo para profundizar en su hábito.

En segundo lugar, dado que en el momento en el que el sujeto entra en tratamiento es posible que su condición de «desacreditable» pase a ser la de «desacreditado» (Goffman, 1963), el impacto del estigma será más notable que en el periodo de inicio de la adicción. En este sentido, se ha podido observar que:

5. En los sujetos que se encuentran en tratamiento por adicción a la cocaína existen creencias explícitas de devaluación y discriminación social. Las cuales harán posible que, tal y como Goffman (1963) lo describe, sus interacciones sociales se vean limitadas.
6. Además, en los sujetos entrevistados, estas creencias de discriminación estaban acompañadas, y por lo tanto eran reforzadas, por experiencias reales de rechazo.
7. Con el fin de sobrellevar y adaptarse a su estigma, el adicto a la cocaína en rehabilitación trata de ocultar su condición de consumidor o ex consumidor de drogas, lo que le puede llevar a evitar contactos sociales que puedan ser importantes (desde una visita al médico hasta una entrevista para un empleo).
8. Aunque en la muestra de sujetos entrevistados ninguno reconoció gozar de ventajas secundarias por su condición de sujeto estigmatizado, resultará de especial importancia no olvidar la peligrosidad que éstas encierran para el adicto en tratamiento. Así, un individuo puede optar por no esforzarse, exigir excesivos cuidados, ofertas de empleo y atención especial debido a su «minusvalía».
9. Finalmente se ha podido observar que la influencia que el estigma posee para el sujeto que está en tratamiento, o acaba de salir de un centro, es de gran importancia, ya que repercute directamente en su bienestar psicosocial y autoestima, limitando además sus propias capacidades de afrontamiento e interacción social. Así, de cara al trabajo terapéutico con el adicto a la cocaína, habría que tomar en cuenta, por una parte, la presencia de las ventajas secundarias que pugnan por perpetuar la identidad estigmatizada y, por otra, el deterioro psicosociológico que representan las propiedades desacreditadoras del estigma.

Con todo esto podemos concluir que el estigma del drogadicto es un atributo profundamente desacreditador, que se constituye por la relación de dependencia que un individuo

posee con una sustancia. Este estigma modifica sustancialmente la identidad del sujeto, sus relaciones sociales y la propia relación con la sustancia de la cual depende. Además, el estigma del drogadicto implica una serie de prejuicios sociales y ventajas secundarias que tienden a perpetuar el estigma, por lo cual llega un punto en el que se convierte en pieza clave para el establecimiento de la adicción y, especialmente, para la rehabilitación.

DISCUSIÓN

Este estudio está lejos de ser definitivo, de hecho, representa un primer acercamiento a la influencia que el estigma posee en el curso y rehabilitación de las adicciones. Por esta razón, los resultados deberán ser tratados con cautela, como hipótesis preliminares que tendrán después que confirmarse en futuras y más completas investigaciones. Así, se sugiere la realización de estudios cuantitativos representativos, que exploren la existencia del estigma en un mayor número de consumidores y sujetos en tratamiento. En éstos podrían emplearse los cinco temas planteados aquí para evaluar el estigma pero presentados en cuestionarios, y contrastar de esta manera los resultados expuestos.

Por otra parte, hemos partido del supuesto de que, como en el caso de la heroína, (en el que un sujeto es estigmatizado desde que comienza a consumir), con la cocaína el estigma también se desarrolla automáticamente desde el inicio de su consumo, se endurece en el establecimiento de la adicción, comienza a sufrirse cuando los símbolos de estigma aparecen y se hace evidente cuando el sujeto adicto ingresa en un centro para su tratamiento. Sin embargo, también sería posible que, dada la escasa presencia que los entrevistados encuentran en el estigma durante su inicio de la adicción, éste no aparezca hasta el momento en que surgen los símbolos del estigma. No obstante, de seguir ese razonamiento, olvidaríamos el concepto de «desacreditado» y la importancia que el «ocultamiento» del estigma posee en la carrera moral de quien, en este caso, consume cocaína. Así, hemos encontrado que, mediante el ocultamiento de esta actividad estigmatizada (consumo de cocaína), el sujeto construye a su alrededor una comunidad o círculo de consumidores que, al más puro estilo de las novelas de J. G. Ballard, contribuye a reforzar el consumo a la vez que permite al sujeto disfrutar, aunque sea momentáneamente, de los éxitos y beneficios de la cocaína (energía, aceptación, comunicación, diversión, logros, inteligencia, etc.).

Para fines prácticos, la solución al estigma aún no es ni clara ni definitiva. Sin embargo, cabe en principio formular alternativas que hagan más sencilla y eficaz la labor de los incansables profesionales en drogodependencias, es decir, recomendar acciones dirigidas a fortalecer la capacidad del sujeto para combatir el estigma. Así, para el tratamiento efectivo e integral del adicto a la cocaína sería necesario establecer medidas que incluyan el cuidado de su estigma. Para esto, dos puntos surgen como importantes: en primer lugar, revisar que el paciente no hace abuso de las ventajas secundarias que el estigma y su identidad de drogadicto le pueden ofrecer. En segundo lugar, combatir las consecuencias psicosociales del estigma, desde el posible deterioro de la autoestima y las estrategias de afrontamiento, hasta la disminución de sus relaciones sociales. Algunas alternativas de acción surgidas en este estudio son: fortalecer los objetivos de abstinencia; favorecer los contactos sociales, ya sea recuperando antiguas amistades

o estableciendo nuevas; ampliar el medio social, programando cursos formativos, entrevistas laborales o actividades recreativas y; ocultando, en lo posible, el estigma del pasado⁶.

En cambio, de cara a la prevención, sería necesario abordar la imagen tan benéfica que la cocaína aún posee en ciertos contextos y lo poco estigmatizada que puede estar la figura del consumidor de cocaína. Acciones en las que se evidencien públicamente los beneficios y riesgos que ofrece el consumo de cocaína serían, posiblemente, de sumo provecho en campañas preventivas⁷.

Finalmente, debemos subrayar que el estigma del drogadicto posee una importante presencia en todo el transcurso de la relación del sujeto con esta sustancia, ya sea de manera oculta en un principio, o señalada por una autoridad médica en el momento en que el sujeto ingresa en tratamiento. En este sentido, resultará imprescindible reconocer la presencia del estigma, su papel y sus repercusiones, tanto en el inicio de la adicción como posteriormente en su rehabilitación, ya que es posible que únicamente combatiendo los efectos del estigma (desacreditadores y ventajas secundarias) pueda lograrse una completa tarea preventiva así como una rehabilitación integral y definitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLARD, J. G. (2003), *Noches de cocaína*, Barcelona, Minotauro.
- BARDIN, L. (1986), *Análisis del contenido*, Madrid, Akal.
- BARLOW, D., DURAND, M. (2004), *Psicopatología*, España, Thompson.
- CABALLERO, L. (2005), *Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*, España, PNSD.
- CAPITANIO, J., HEREK, G. (1999), «AIDS-Related Stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans», *The American Behavioral Scientist*, (42): 1148-1161.
- CRANDALL, C. (1991), «Multiple stigma and AIDS: illness stigma and attitudes toward homosexuals and IV drug users in AIDS-related stigmatization», *Journal of Community and Applied Social Psychology*, (1): 165-172.
- GIBBONS, F., GERRARD, M., CLEVELAND, M., WILLS, T., BRODY, G. (2004), «Perceived discrimination and substance use in African American parents and their children: a panel study», *Journal of Personality and Social Psychology*, (86): 517-529.
- GIL, F. (2007), *Juventud a la deriva*, Barcelona, Ariel.
- GOFFMAN, E. 1961/2001. *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Argentina, Amorrortu.
- (1963/2001), *Estigma: La identidad deteriorada*, Argentina, Amorrortu.
- (1974/2006), *Frame Analysis*, Madrid, CIS.
- FRANK, L. (1936), «Society as the patient», *The American Journal of Sociology*, (42): 335-344.
- HORNEY, K. (1937/1993), *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, España, Paidós.

⁶ Otro tema interesante a tratar, que por motivos de espacio no se ha podido abordar aquí, sería la cuestión de cuánto tiempo acompaña al sujeto que ha dejado la droga el estigma de «ex drogadicto».

⁷ Esto tendrá mucho que ver con la baja percepción del riesgo que otros autores ya han señalado (Megías, 2004), y que actualmente se trabaja en la campaña «Cambia tu percepción. Piensa» de la FAD.

- JUNG, C. G. (1954), «Sobre el arquetipo con especial consideración del concepto del ánima», en Carl Gustav Jung, 2002, *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*, OC. 9, España, Trotta.
- LINK, B. (1987), «Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection», *American Sociological Review*, (52): 96-112.
- LINK, B., CULLEN, F., STRUENING, E., SHROUT, P., DOHRENWEND, B. (1989), «A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment», *American Sociological Review*, (54): 400-423.
- LINK, B., STRUENING, E., RAHAV, M., PHELAN, J., NUTTBROCK, L. (1997), «On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men dual diagnoses of mental illness and substance abuse», *Journal of Health and Social Behavior*, (38): 177-190.
- LLOPIS, J. J. (2001), «Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína», *Adicciones*, (13): 147-166.
- LOZANO, B. (2003), «En el aniversario de Erving Goffman: 1922-1982», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (102): 47-61.
- MARSIGLIA, F., KULIS, S., HECHT, M., SILLS, S. (2004), «Ethnicity and ethnic identity as predictors of drug norms and drug use among preadolescents in the US Southwest», *Substance Use and Misuse*, (39): 1061-1094.
- MCCLUNG, A. (1955), «The clinical study of society», *American Sociological Review*, (20): 648-653.
- MEGÍAS, E. (dir.) (2004), *La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004*, Madrid, FAD.
- MORENO, J. L. (2005), «Los umbrales de entrada de los trastornos alimentarios para las clases populares», *Revista Española de Sociología*, (5): 25-48.
- NAVARRO, F. (2000), *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- OED (2004), *Observatorio Español sobre Drogas, Informe N° 7*, España, Plan Nacional sobre Drogas.
- PERLSTADT, H. (1998), «Bringing sociological theory and practice together: a pragmatic solution», *Sociological Perspectives*, (41): 268-271.
- PONS, J., BERJANO, E. (1999), *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social*, España, PNSD.
- REVILLA, J. C. (2003), «Los anclajes de la identidad personal», *Atenea Digital*, 4. Referencia disponible en <http://antalya.uab.es/athenea/num4/revilla.pdf>.
- ROSENFIELD, S. (1997), «Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction», *American Sociological Review*, (62): 660-672.
- SAIZ, J. (2007), «El abuso de cocaína, ¿Problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales», *Adicciones*, (19): 35-44.
- (2008), *Un estudio sobre el consumo de cocaína en la Comunidad de Madrid*, tesis doctoral, Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- STERK, C. (2000), «Pregnant women on drugs: combating stereotypes and stigma», *Contemporary Sociology*, (29): 248-249.
- TORREGROSA, J. R. (1983), «Sobre la identidad personal como identidad social», en José Ramón Torregrosa y Bernabé Sarabia, (eds.), *Perspectivas y contextos de la Psicología Social*, Barcelona, Hispano-Europea.

- (2004), «Social Psychology: Social or Sociological?», en Alice Hendrickson Eagly, Reuben M. Baron, V. Lee Hamilton, Herbert C. Kelman, (eds.), *The Social Psychology of Group Identity and Social Conflict*, Washington D. C., American Psychological Association.
- WARE, N., WYATT, M., TUGENBERG, T. (2005), «Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs», *Social Science and Medicine*, (61): 565-576.

Recibido: 29/10/2007

Aceptado: 13/03/2008