



Deusto

Instituto Deusto de
Drogodependencias
Droga-menpekotasunen
Deustuko Institutua

EL ESTIGMA EN PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza
Osasun Publikoaren eta Adikzioen
Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD

Viceconsejería de Salud
Dirección de Salud Pública y Adicciones

FINANCIACIÓN

Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco

COORDINACIÓN, GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

[Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto](#)

- Elisabete Arostegui Santamaria
- Claudia Calderón Calvo
- Álvaro Moro Inchaurtieta

CÓMO CITAR ESTE INFORME

Instituto Deusto de Drogodependencias (2023). EL estigma en personas que consumen drogas.



Los contenidos de este documento, en la presente edición, se publican bajo la licencia: Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Unported de Creative Commons (más información
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>)

INDICE

INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Introducción.....	
.....	5
Un breve recorrido histórico o marcos interpretativos.....	7
La investigación sobre el estigma.....	8
Dimensiones del estigma.....	9
Consecuencias del estigma.....	10
Profesionales y estigma.....	11

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Estigma y mujeres con trastorno por uso de sustancias.....	14
Género y salud.....	14
Mujeres y estructura de los recursos de tratamiento	17
Mujeres con TUS y otros ejes de vulnerabilidad interseccionados.....	18
La necesidad del trabajo desde el paradigma de la interseccionalidad.....	21

METODOLOGÍA

.....	23
-------	----

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

1. EL ESTIGMA Y VARIABLES INFLUYENTES.....	24
- El ejercicio profesional en el ámbito del abuso de drogas	
- El Estigma	
- El diferente grado de estigma en función de la sustancia, su estatus jurídico, la vía de consumo, la edad y el género de quien las consume	
2. EL ESTIGMA EN LAS MUJERES QUE USAN/ABUSAN DROGAS	38
- El origen del mayor o doble estigma de las mujeres adictas	
- Consecuencias diferenciales del doble estigma	
o La culpa	
o La vergüenza	

- o La ocultación
- o La falta de apoyo
- o Asilamiento social
- o Despido laboral

3. EL ESTIGMA COMO FACTOR INFLUYENTE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO..... 47
 - El (menor) acceso a la salud
 - El autoestigma
 - El acceso, adherencia y finalización del proceso terapéutico en los recursos especializados
 - El estigma de la persona adicta vs. el de las personas con otras patologías
 - Profesionales de recursos especializados y estigma
 - ¿Vicio o enfermedad?
 - La persistencia del estigma tras completar el tratamiento

4. PERCEPCIÓN DEL ESTIGMA EN LOS EQUIPOS PROFESIONALES..... 62
 - Reflexión personal/profesional en torno al estigma
 - La necesidad de abordar el estigma en el proceso terapéutico

*“El campo de las drogas es uno de los ámbitos
de la vida social que más sujeto está a
estigmatizaciones y prejuicios”
(Oriol Romaní, 1999)*

Introducción

Las personas con problemas por el uso o abuso de drogas (PUADs, a partir de ahora)¹, en general, han sido sistemáticamente estigmatizadas desde el punto de vista moral y social. Ese estigma se correlaciona socialmente con un apoyo de la población a las políticas punitivas y discriminatorias y con un trato menos favorable hacia estas personas que usan o abusan de drogas, también desde instancias sanitarias, comparadas con el dispensado a otros diagnósticos médicos. El uso/abuso de drogas genera un estigma y una discriminación prácticamente universal (Room, 2005) y constituye el principal obstáculo de acceso y adherencia al tratamiento (Gilchrist et al., 2014). De hecho, sólo una pequeña proporción de personas con problemas de consumo de sustancias buscan tratamiento debido al estigma (Hasin et al. 2007).

¿Cómo surge el estigma?

La elaboración y reproducción de argumentos estigmatizadores es algo consustancial a la humanidad; un fenómeno social y cultural que se produce dondequiera que existan personas y contextos grupales que se relacionan entre sí y donde, por lo mismo, se genera(n) identidad(es) y normas de identidad (Goffman 1989; Rengel, 2005; Romaní, 2000). El estigma es una elaboración social basada en las creencias/atributos sobre los (sub)grupos que existen en cualquier civilización.

El contenido del estigma gira en torno a lo característico o diferencial, pero siempre negativo, de un grupo. En definitiva, el eje central del estigma pivota en torno a la diferencia respecto de lo que el grupo “dominante” considera “la norma o lo normal”. Sólo lo diferente puede ser objeto de una concepción estereotipada y estigmatizada. El estigma no se entendería sin ese grupo social, el “verdadero”, desde donde se percibe a esos “otros” como diferentes. El grupo “normativo” genera estereotipos que “son sociales en su origen (aceptados por la población general), en su referente u objeto (dirigido a otras personas y/o grupos de personas) y son intersubjetivamente compartidos” (Huici, 1998, en Rengel, 2005:2).

Esta operación de clasificación tiene la función de simplificar la información y adoptar modelos de relacionarse con esas “otras” personas, en base a esas características o comportamientos que se les asignan, toda vez que a “esas” personas les acompaña una ubicación social inferior, un lugar

¹ En este documento se utilizará el concepto de personas que usan o abusan de drogas, PUAD, evitando otros términos como drogodependientes, adictos/as, al objeto evitar una terminología estigmatizante. El uso de terminología incorrecta en este campo puede exacerbar el estigma y aumentar las barreras para el apoyo y el tratamiento de personas que experimentan un uso problemático de sustancias (Pennington et al., 2023).

devaluado (un estatus más bajo) y la asignación de una identidad social respecto del conjunto “referencial”, haciendo que esa identidad imputada se transforme finalmente en una “expectativa normativa” (Goffman y Guinsberg, 1970:1). Cuando esa clasificación se desarrolla en base a atributos diferenciales negativos surge el estigma.

La estigmatización deriva de un ejercicio desigual del poder por parte de quienes estigmatizan sobre las personas estigmatizadas (Link & Phelan, 2006).

En torno al estigma aparecen comúnmente otras construcciones sociales: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Zartaloudi et al., 2010). Los estereotipos, que tienen también una connotación negativa, son las creencias acerca de algunas personas o grupos de personas. Los prejuicios son opiniones desfavorables formadas a partir de esos estereotipos aceptados por la población general y que se reproducen socialmente pese a estar basados en información parcial y sesgada. El prejuicio conlleva igualmente una reacción emocional negativa. Lippman (1922, en :343) ratifica que están «muy cargados de sentimientos» y Allport (1954), por su parte, caracteriza el prejuicio como una forma de antipatía hacia las personas que integran ese grupo; sentimiento del que deriva una respuesta discriminatoria hacia esas personas, generalmente en forma de evitación y exclusión social, pero también en el ejercicio de diversas violencias contra quienes pertenecen a esos grupos sociales estigmatizados (Stubert et al., 2008).

Precisamente las drogas y su consumo es uno de los fenómenos de la vida social más sujeto a prejuicios, incluso por encima de las enfermedades mentales (Rengel, 2005); de ahí que las PUADs conforman un subgrupo estigmatizado, discriminado y desacreditado.

La ciudadanía estereotipa a las PUADs como personas con deficiencias morales, caracteriales, con “faltas”, “manchas” o “taras”, y simultáneamente les adjudica la plena responsabilidad en la generación y mantenimiento de su adicción (Lloyd, 2013). Se las prejuzga como personas problemáticas, agresivas y peligrosas, lo que provoca reacciones emocionales negativas, actitudes hostiles y conductas discriminatorias hacia ellas (Johnson-Kwochka et al., 2021). Estas actitudes contrastan con los sentimientos de lástima que generan en otras personas (Otálvaro et al, 2019). En cualquier caso, de acuerdo con la teoría de la atribución, en la medida que la creencia en torno a la responsabilidad de la propia persona en la generación de su condición es mayor, las reacciones afectivas resultantes aumentan el rechazo, la evitación, la coerción, la segregación y la retención de ayuda a estas personas (Corrigan et al., 2003).

En definitiva, las percepciones, actitudes y creencias que se tiene sobre las personas con este diagnóstico provocan que se las trate de manera deshumanizada (Jones et al., 1984), toda vez que su identidad de “drogadicta/o”, como aún se les denomina en muchos casos, inunda la totalidad de su ser, invisibilizando cualquier otra dimensión de la persona. Esas denominaciones devienen de una construcción social referencial. El estigma de drogadicta/o o toxicómana/o, es siempre arbitraria, cultural y totalizadora, pero sin duda, marca muy negativamente la vida social y laboral de cualquier persona.

La sociedad busca clasificar y dividir a los seres humanos en función del grado de pertenencia o no a ésta, por lo que excluye a unos colectivos (generalmente los más débiles) de toda participación social y lo hace en un contexto de ideologías excluyentes, utilizando todos los diversos atributos negativos que justifiquen ésta exclusión / marginación, dando por entendido que existiría una decisión social

por la cual algunas personas son prescindibles, las estigmatizadas, excluidas en el límite o fuera de los márgenes acordados.

Un breve recorrido histórico o marcos interpretativos

En la narrativa histórica del uso de drogas y el estigma han existido dos líneas interpretativas prevalentes: la que hace hincapié en los aspectos de carácter biológico y psicológico de la dependencia o abuso, por un lado, y la perspectiva sociocultural por otro, más centrada en los factores macrosociales y en el estigma como herramientas de control social de la persona desviada, que es criminalizada por su conducta contraria a la norma (Room, 2005).

Actualmente, una lectura integral del uso y abuso de drogas debe partir necesariamente de la asunción de un modelo bio-psico-social, pero en cuanto al análisis del binomio objeto de este estudio (abuso de drogas-estigma), los aspectos socioculturales resultan imprescindibles en la ecuación (Llinares y Lloret, 2010:115), ya que el estigma es una construcción social.

En sus inicios, en plena epidemia de las drogodependencias, y aún hoy, el fenómeno fue/es analizado por la población a partir de un punto de vista moral, descuidando cuestiones macrosociales y estructurales como la distribución del poder, la exclusión y/o la inequidad social (McNeill, 2021) y se centró casi en exclusiva en la persona consumidora, a quien, como ya se ha relatado, se le adjudicaba la plena responsabilidad de su problema; consumía “por deseo propio” (McNeill, 2021; Fong et al., 2012).

Las connotaciones éticas y morales que sustentaban el estigma sobre las personas que usaban drogas aumentaron en la época del VIH-SIDA y se extendieron, por añadidura, a otros grupos sociales como el de las personas homosexuales (Hereck et al., 2002). El estigma público o las actitudes y reacciones negativas de parte de la población general hacia el grupo de personas infectadas provino de una interpretación de la enfermedad como la sanción lógica a determinados comportamientos o formas de ser aberrantes, en una suerte de relación causa efecto (VIH, VHC, etc.) (Pascual y Pascual, 2017), de la misma manera que el consumo de drogas y sus consecuencias negativas se percibían como un reflejo de las malas decisiones tomadas por las personas que usa(ba)n drogas (Clark, 2011).

En cuanto a su origen social se consideraba a las PUADs como personas pobres, de clase social baja, personas problemáticas, inestables e imprevisibles procedentes de entornos familiares y sociales desestructurados y delincuenciales.

Esta construcción social androcéntrica, basada principalmente en la realidad prototípica de un varón que consumía drogas ilegales por vía parenteral, problemático, enfermo, delincuente, falto de empatía y que se relaciona con lo ilegal en varios sentidos, fue y sigue siendo la imagen que generó en España una enorme alarma social y un gran rechazo por la peligrosidad atribuida a esa población (Romo, 2023; Goodyear et al., 2018). Lógicamente, la respuesta no sólo fue el estigma, sino la dispensación de un trato desigual y discriminatorio que favoreció la marginalización y exclusión social de todas estas personas, ya fueran dependientes de drogas legales o ilegales, personas que presentaban un uso no problemático de drogas, e incluso mujeres que consumían mayoritariamente otro tipo de sustancias, legales en su mayoría, y que no presentaban las mismas características ni desarrollaban las mismas conductas asociadas a esa imagen prototípica del varón “adicto” al que se

ha hecho alusión. “El proceso de estigmatización, la marca de “adicto” o “adicta”, suele ser ciego a las diferencias en las pautas o tipos de consumo de las personas” (Romo, 2023:3).

También es necesario reflejar que, en el momento álgido de consumo, en la década de los 80-90, otras disciplinas como la sociología y la antropología también teorizaron sobre la estigmatización de las PUADs, que ponían el acento sobre los factores macrosociales en mayor medida. El modelo explicativo, lógicamente, era de corte más sociocultural (Romaní, 2020; Vázquez y Romaní, 2012).

En esta línea de interpretación, Apud y Romaní (2016), en publicaciones recientes, destacan las aportaciones que realizó en aquel momento Becker (1953, en Apud et al. 2016) en torno al “etiquetaje” de las personas que abusaban de drogas. Su teoría asume que la desviación no provenía de las características individuales, psicológicas o biológicas de las personas, sino de lo que la sociedad consideraba desviado, creándose a través de esa construcción social una subcultura de la desviación para esos subgrupos de personas que, por sus conductas, pasaron a ser criminalizadas.

Un ejemplo de la lógica de esta teoría es la comprobación de la alta tasa de población reclusa con problemas derivados del uso de drogas en aquellas décadas, verificable a través de las estadísticas penitenciarias de la época, cuando la droga de uso más extendido era la heroína administrada de forma intravenosa principalmente y cuando, para mantener el consumo, los varones recurrían a la delincuencia principalmente.

A juicio de Romaní (1999, en Pellicer y Lloret, 2010: 116), la sociedad ha utilizado el estigma sobre las PUADs como herramienta para “perpetuar desigualdades y consolidar un determinado sistema de control social, más preocupado por lo que han denominado seguridad², que por la propia libertad”.

Sea desde una u otra perspectiva, o a partir de la superposición de todas ellas, lo cierto es que los grupos humanos generan sociedades y cada sociedad establece los medios para categorizar a las personas.

La investigación sobre el estigma

En cuanto al recorrido del trabajo de investigación sobre el estigma, es posible constatar la existencia de mucha más literatura sobre el estigma relacionado con la enfermedad mental y el impacto de esa etiqueta en la salud y la búsqueda de atención sanitaria de quienes la padecen (Corrigan et al., 2003), que sobre el binomio estigma y uso de drogas (McNeill, 2021; Conner et al, 2008), incluso siendo ésta, sin duda, una patología más estigmatizante que la de la enfermedad mental (Barry et al, 2014) susceptible de intensificarse, más si cabe, cuando interacciona precisamente con otros problemas de salud mental (Fong, et al., 2021), patologías físicas como el VIH, el SIDA y los VHB y VHC, etc. (Chan et al, 2007) u otros ejes de subordinación, como la etnia, el género o la diversidad sexual (Mosack et al., 2005) configurando lo que se conoce como estigma interseccional (Turan et al, 2019).

El “estigma interseccional” es un concepto que ha surgido para caracterizar la convergencia de múltiples identidades estigmatizadas dentro de una persona o grupo para abordar sus efectos conjuntos sobre la salud y el bienestar (Bowleg, 2012)

² Hace referencia sobre todo a la alarma social que generó la denominada “epidemia de las drogas” de los años 80 cuando el consumo de heroína se asoció a la delincuencia y la criminalidad.

De hecho, es posible afirmar que no se ha investigado suficientemente el uso de sustancias y el estigma y el efecto aditivo de esas múltiples circunstancias mencionadas (raza, clase, género, etc.), objeto de estigma también, que concurren frecuentemente de forma simultánea entre las personas que abusan de drogas (Conner y Rosen, 2008).

En cualquier caso, y dado que en los actuales manuales diagnósticos de psiquiatría el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS, a partir de ahora) es listado como una patología o problema de salud mental más, y que el trabajo sobre el estigma hacia las enfermedades mentales está más avanzado, mucho de lo hallado en enfermedad mental es extensible al objeto de este estudio.

Dimensiones del estigma

Lo primero que incluyen prácticamente todas las publicaciones sobre el estigma y la salud mental y que se pueden trasladar a este contexto, son la distinción entre: a) autoestigma; b) estigma percibido y c) estigma experimentado³. El conjunto de estos tres elementos que se definen a continuación son los que integran el concepto de **estigma personal** y ejerce una notable influencia en la salud de las personas afectadas y en la búsqueda de ayuda.

Adjuntamos la definición aportada en el artículo de Bengochea-Seco et al. (2018), que juzgamos clarificadora, y que define el **autoestigma** como la interiorización, identificación y asunción personal de los estereotipos negativos que se le adjudican a una persona; el **estigma percibido**, como el propio nombre indica, sería la percepción que tiene la persona del rechazo que genera socialmente la enfermedad que padece; por ejemplo, la conciencia que tiene la persona que usa drogas del rechazo social que genera ese uso y las personas que lo desarrollan. Finalmente, el **estigma experimentado** comprende todas las vivencias de discriminación que las PUADs han vivido en persona.

Luoma et al. (2007) lo explican a través de otra nomenclatura, pero sus ejemplos permiten confirmar que, en definitiva, el fondo de la cuestión es el mismo. Utilizan ejemplos como el de la dificultad para obtener un empleo, acceder a una vivienda, las experiencias de menor apoyo para el tratamiento o el rechazo interpersonal que narran las personas que abusan de drogas para comprender el sentido del estigma experimentado. En cuanto al estigma percibido aluden a las creencias que tienen las personas que conforman el grupo estigmatizado, en este caso el de las personas que usan/abusan de drogas, sobre la prevalencia de ciertas actitudes negativas de la sociedad hacia ellas/os, y finalmente consideran que el autoestigma lo constituyen los pensamientos y sentimientos negativos (vergüenza, culpa, sentimientos de rechazo, etc.) que derivan de la propia identificación con el grupo estigmatizado. Estas formas internalizadas de opresión suponen una fuente importante de estrés que se correlaciona con malos resultados de salud (Meyer, 2003).

El estudio de los elementos que participan en la devaluación identitaria de quien recibe la etiqueta, que por supuesto ocupa una jerarquía inferior y subalterna respecto de quienes se la adjudican, provoca que las personas estigmatizadas vean afectados diversos aspectos de su vida y reducidas sus oportunidades vitales en múltiples áreas, como por ejemplo la salud o el pleno derecho a la misma (Link et al. 2001).

³ Las nomenclaturas pueden variar de unas fuentes a otras y las categorías que integran el estigma también. Así, en algunos artículos se habla de estigma intrínseco o internalizado y extrínseco; en otras, de estigma promulgado, estigma representado y autoestigma, etc.

De la misma manera que en párrafos anteriores se reclamaba más investigación sobre el efecto de la concurrencia (interseccionalidad) de muchos y diversos factores y ejes de exclusión potencialmente estigmatizantes sobre las personas que abusan de drogas o padecen otro tipo de adicción, se constata ahora la escasez de literatura proveniente de la experiencia o perspectiva de las personas estigmatizadas (Connor et al., 2008).

Consecuencias del estigma

A través de la literatura revisada sobre el estigma, queda confirmado que el estigma que recae sobre las PUADs no sólo se relaciona con un aumento de los problemas de salud mental, principalmente de los síntomas de depresión (Ahern et al, 2007), sino que esa patología provoca la recepción de un trato discriminatorio o una visión deteriorada de estas personas en lo cotidiano, y no sólo por parte de la población general, sino también desde instancias sanitarias. Todo ello reduce en las personas afectadas la confianza y la capacidad para interactuar socialmente (Link et al, 1997), con el deterioro personal, sanitario, emocional y social que ello implica.

De hecho, el estigma se correlaciona con un deficiente bienestar psicológico y con la evitación del contacto con los servicios sanitarios, cuando precisamente estas personas acumulan una amplia gama de problemas de salud relacionados directa e indirectamente con su conducta de uso/abuso (Cunningham et al. 2004). No consultan por temor a ser identificadas como personas con TUS y porque anticipan las consecuencias de ser etiquetadas como tales: el sojuzgamiento y/o la recepción de un trato discriminatorio. Todo ello provoca un retraso diagnóstico, un despistaje tardío y la cronificación o empeoramiento general de la salud de este colectivo (Kulesza et al., 2013). De facto, estas autoras confirman la relación entre el estigma y mayores tasas de morbilidad y mortalidad entre las personas que abusan de drogas.

La realidad es que la tendencia a la ocultación del problema provoca que, en ocasiones, la primera instancia sanitaria con la que estas personas contactan sea, por ejemplo, el servicio de urgencias de un hospital, donde acuden por fuerza mayor y con un problema de salud más cronificado y con mayor deterioro (Weiss et al., 2004). Lloyd (2013) añade que estas personas frecuentan en mayor medida la atención hospitalaria por ser ese un contexto público donde consideran que resulta más difícil que se profundice sobre su problema de abuso.

Esa necesidad de mantener oculto la conducta de uso/abuso deviene de la anticipación del estigma, que afecta no sólo a la población, sino también con profesionales de la salud y de recursos especializados en tratar el problema, de quienes se hablará posteriormente.

Volviendo a las consecuencias del estigma parece evidente que el estigma condiciona las opciones de vida y las probabilidades de recuperación de las personas con TUS (Lloyd, 2013), ya que obstaculiza los intentos de reducir el consumo (Hammarlund et al., 2018), actúa como una barrera para la búsqueda de ayuda, para el acceso al tratamiento y la adherencia al mismo (Yang et al., 2017), compromete los procesos psicológicos generales y obstaculiza el afrontamiento adaptativo y el acceso al apoyo social.

El autoestigma, en concreto, provoca sentimientos de culpa, vergüenza, mayor nivel de angustia, pensamientos negativos de autoevaluación, miedo, una percepción subjetiva de devaluación, marginación, secretismo y retraimiento, ocultamiento del problema, profunda adversidad psicológica,

desmoralización, desesperanza, baja autoestima y autoeficacia, deterioro de la adaptación social, desempleo, pérdida de ingresos, reducción de la adherencia a la medicación psiquiátrica y apoyo social limitado, entre otros muchos, con el consecuente impacto conductual que genera: trastornos en el funcionamiento familiar, social, físico, mental y laboral, al evitar el tratamiento, la búsqueda de empleo, las relaciones íntimas o el contacto con otras personas, amistades y familia, con un menor interés o placer en las actividades de ocio, menos autonomía para cumplir con sus obligaciones, peor funcionamiento cognitivo, habilidades sociales inadecuadas y menor participación en actividades sociales.

También reduce significativamente la utilización de los servicios de salud mental y la calidad de vida, toda vez que aumenta un estilo de afrontamiento evitativo, lo que afecta a la salud personal y al aumento de la exclusión social, esta vez sí, por propio “deseo” (McNeil, 2021; Can et al, 2015 y Luoma et al., 2007), para evitar esas violencias.

En definitiva, el estigma internalizado se considera un factor de riesgo para un peor pronóstico de salud mental, peor funcionamiento social y laboral y peor calidad de vida (Bengoetxea-Seco et al. 2019). La percepción interna del estigma es un predictor de deterioro en el funcionamiento social y la adherencia al tratamiento (Cam et al, 2015). Una cantidad sustancial de investigación ha documentado una relación inversa entre las experiencias de estigma y la utilización del tratamiento para personas con enfermedades mentales y abuso de drogas (Mc Neil, 2021).

Específicamente, una mayor preocupación por el estigma se ha relacionado con una disminución de las intenciones iniciales de buscar terapia (Vogel et al, 2007), y una vez en terapia, con un menor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas (Fung et al., 2008), con un mayor volumen de citas perdidas (Vega, et al., 2010), menor intención de regresar a sesiones posteriores (Wade et al, 2011) y terminación temprana del tratamiento (Sirey, et al., 2001).

Aunando los conceptos mencionados anteriormente de interseccionalidad y estigma, surge sin duda la necesidad de profundizar en un sector de la población que, precisamente la investigación cualitativa ha identificado como objeto de un mayor estigma: las mujeres que abusan de drogas. En esta investigación se va a poner el foco de análisis, precisamente, sobre estos dos ejes de subordinación interseccionados: ser mujer y tener un trastorno por abuso de sustancias. En este caso, el género moldea las experiencias de estigma relacionado con el uso de sustancias (Meyers et al, 2021).

Profesionales y estigma

De la misma manera que la investigación ha documentado la existencia de profesionales de la salud mental que mantienen estereotipos en torno a las personas con problemas psiquiátricos (Lyons et al, 1995), en los recursos de drogodependencias también trabajan profesionales con prejuicios respecto de las personas que abusan de drogas (Room, 2009) y/o personas afectadas por el VIH (Katz et al. 2013).

Ratifica Romaní (2019) que la estigmatización no es ajena a las y los profesionales que contactan con población usuaria de drogas porque, además de profesionales, son personas insertas en un determinado contexto sociocultural en el que se pueden compartir muchos prejuicios sobre determinadas personas y categorías sociales. No tomar conciencia de los prejuicios personales

puede dificultar e impedir no sólo el acceso a los tratamientos por parte de las personas con TUS, sino que la atención dispensada no se ofrezca en las debidas condiciones de objetividad y empatía.

En cuanto a los diferentes perfiles profesionales que contactan con las personas con TUS, el estigma que afecta a las y los profesionales de la salud resulta especialmente importante porque condiciona la forma en que las y los profesionales interactúan con las PUADs, es decir, ese estigma basado en prejuicios no reflexionados y de los que a menudo no se tiene conciencia, puede empeorar la calidad de la atención profesional dispensada y recibida (Van Boekel et al., 2013), lo que deviene en una menor adherencia al tratamiento de las personas etiquetadas (Berger et al., 2005), peor calidad de vida de las personas estigmatizadas (Peluso y Blay, 2008), toda vez que la propia estigmatización puede sumarse, como una más, a las diversas consecuencias negativas que devienen del abuso de drogas, incidir en el agravamiento del problema (Stubert et al., 2008) o incluso conllevar mayor perjuicio que la propia patología de abuso.

Suele ser bastante común que las y los profesionales atribuyan a las PUAS estereotipos de “poca motivación”, “violencia y manipulación”, a pesar de que el abuso de drogas sea una condición clínicamente diagnosticada y tratable. Esta consideración a la hora de trabajar con las personas se convierte en un obstáculo de adherencia al tratamiento y disminuye la eficacia del mismo (Van Boekel et al., 2014).

Gilchrit et al. (2011) investigaron la actitud y el trato dispensado por profesionales de la salud a distintos cuadros diagnósticos, siendo el del abuso de alcohol y otras drogas el diagnóstico al que otorgaban peor consideración y menor deseo de abordarlo, comparado con el que se dispensaba a pacientes que padecían diabetes o depresión. A su vez, las y los profesionales de atención primaria también mostraban más resistencia o menos disponibilidad hacia las personas con TUS comparadas con profesionales de psiquiatría general y de servicios especializados en adicciones.

Estas actitudes explican, en parte, que sólo una proporción limitada de personas con problemas de abuso de drogas acuda a los servicios de salud (Gilchrit et al., 2011). Por una parte, la estigmatización anticipada o el miedo a respuestas negativas es una razón importante por la que las personas que abusan de drogas se retraen a la hora de pedir ayuda. Eso, junto con las actitudes negativas que mantienen algunas/os profesionales sanitarios y de los propios recursos especializados, contribuyen a la poca adherencia, el abandono y/o la recaída durante el tratamiento (Ball et al., 2006).

En este último estudio, dirigido a conocer la opinión de las PUADs en torno a los factores de riesgo y de protección que inciden en el abandono del tratamiento, se conoció a través del autoinforme de 24 personas adultas que renunciaron a permanecer en un dispositivo asistencial, que en su decisión intervinieron, por un lado, factores estructurales, organizativos y de funcionamiento de los recursos, y por otro, factores ligados al personal del programa; ambos como elementos que jugaron un papel decisivo (Claus y Kindleberger, 2002).

Concretamente, los resultados de la escala de Conflictos con el personal que pasaron, fue la segunda prueba que obtuvo las puntuaciones más elevadas, después de la pasación de la Escala sobre el grado de motivación. Aproximadamente un tercio de la muestra atribuyó su abandono a problemas específicos relacionados con las interacciones con el personal, ante quienes mostraban desagrado y desconfianza, toda vez que percibían que el personal no les ayudaba, no les respetaba ni les hacía sentirse valoradas/os (Ball et al, 2006). En lo relativo al programa, aproximadamente una cuarta parte

de la muestra arguyó el incumplimiento de las expectativas que tenía puestas en él como razón para abandonarlo.

El estudio de Otálvaro et al. (2019), en el que se estudian las actitudes estigmatizantes de 15 profesionales de Atención Primaria de Salud y de entidades especializadas en el trabajo sobre el abuso de drogas, concluye que los juicios morales y las conductas negativas de las y los profesionales hacia las PUADs derivan principalmente de una escasa formación y entrenamiento, o sea, en la falta de información y habilidades para manejar el tema y a las personas usuarias. A partir de esta investigación, en la que participaron profesionales que contactaban con PUADs, se concluyó que la percepción del abuso de drogas de las y los profesionales depende de su formación y del acercamiento que hayan tenido al tema desde la academia y/o desde la práctica profesional. Las múltiples formas de entender e interpretar las causas o factores que intervienen en el consumo, junto con la formación recibida y/o la experiencia profesional determinan el tipo de abordaje que dispensan a las personas con esta problemática.

En el mismo estudio se constata que un número elevado de profesionales sanitarios tienen temor a este perfil de pacientes que consideran “peligrosos”, “delincuentes” y “conflictivos” (más relacionado con el perfil que generó en épocas anteriores el consumo de opiáceos por vía parenteral), por todo lo cual mantienen una actitud de rechazo que se manifiesta de distintas maneras. Es habitual que teman que, en la interacción con estas personas, lleguen a ser víctimas de insultos, agresiones, situaciones o episodios violentos, cuando la persona se encuentra en estado de agitación por el uso de las sustancias, etc. En definitiva, sienten que no tienen un entrenamiento adecuado como profesionales para intervenir sobre estos casos, toda vez que, al romperse el vínculo con las PUADs, tan central en el éxito terapéutico, se genera una barrera adicional de acceso al sistema de salud.

Este hecho, sumado a las propias debilidades de los programas que, como se ha mencionado, no suelen brindar una atención integral ni a hombres ni a las mujeres (porque parcializa determinadas intervenciones), se convierte en barrera de acceso a los dispositivos de salud. En la práctica, estas creencias se reflejan en la escasa o nula motivación profesional para atender a esa población. Como ya se ha repetido en diversas ocasiones, esa circunstancia genera complicaciones y sobrecostos al sistema, ya que las personas con TUS recurren con menor frecuencia a los servicios de salud y cuando lo hacen, la gravedad de la situación es mayor (Otálvaro et al., 2019). En consecuencia, cuanto mayor es el sentimiento de estigmatización percibido por las PUADs de parte de las y los profesionales de la salud general, menor es su adhesión a la intervención propuesta (Fortney et al., 2004)

Por su parte, el estigma más extendido entre profesionales de recursos especializados en el abuso de drogas es la consideración de las PUADs como personas poco creíbles y confiables debido a la falta de voluntad que les atribuyen a la hora de cesar en el consumo, luego, el sentimiento más común es la frustración, ya que no pueden hacer nada cuando la persona afectada no tiene interés en buscar ayuda para su problema. (Otálvaro et al., 2019).

También resulta frecuente que profesionales de servicios de atención primaria, o de quienes trabajan en servicios especializados, nieguen mantener un estigma sobre las personas que atienden, pero en algunos estudios (Otálvaro et al., 2019) se confirma que resulta relativamente habitual que estas/os profesionales empleen etiquetas derivadas de su formación clínica para referirse a sus pacientes. Así, y a pesar de la diferencia que entraña cada tipo de consumo (experimental, ocasional, habitual o compulsivo), no se suelen hacer distinciones y la etiqueta utilizada para referirse a estas personas,

independientemente de la frecuencia de consumo o la problematización del mismo, sea la de alcohólicas/os, drogadictas/os o simplemente consumidoras/es de drogas.

En el mismo estudio (Otálvaro, 2019) se percibe que ambos perfiles profesionales, en muchísimos casos, sólo contemplan la abstinencia como objetivo principal del tratamiento, excluyendo otras ofertas asistenciales que cuentan con evaluaciones de eficacia y eficiencia. Todo esto puede deberse a la falta de criterios clínicos precisos y a la multiplicidad de factores que condicionan el abuso de drogas, que no se manejan cuando la formación recibida es insuficiente.

Como se ha manifestado anteriormente, las personas que usan y abusan de las drogas, comparadas con las que obtienen otros diagnósticos médicos, son más estigmatizadas porque se les considera responsables de su condición y esa percepción influye en la forma en que las y los profesionales de la salud y las políticas públicas abordan el problema. Desde ahí, a juicio de Corrigan et al., (2005), la atribución de responsabilidad por una condición de salud específica no sólo se relaciona con la voluntad de las y los profesionales de ofrecer ayuda y con sus juicios sobre esta patología, sino que también refuerza sus posicionamientos y sentimientos morales hacia las personas usuarias (Ronzani et al., 2009), así, lo expuesto explica por qué suele ser frecuente que el personal sanitario busque imponer sus creencias y prejuicios sobre las personas que abusan de las drogas (Van Boekel et al., 2013), que impongan el miedo como principal estrategia camuflada en los argumentos científicos de la ciencia médica dominante (Martínez y Pallarés, 2013) y todo ello bajo la mirada pasiva de unas políticas públicas que no perciben a las PUADs como ciudadanas/os responsables de sus actos y con capacidad de elección, sino como niñas/os a los que hay que proteger y cuidar (Lobos, 2012).

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Estigma y mujeres con trastorno por uso de sustancias

En las dos últimas décadas se ha constatado un aumento de la producción académica en torno a las desigualdades de género en salud, de todo tipo, y también en su impacto concreto en los efectos del uso o abuso de sustancias, confirmando la existencia de distintas motivaciones, causas, patrones de consumo, efectos, problemas de acceso al tratamiento o estigmas derivados del abuso, entre hombres y mujeres (Romo-Avilés, 2018).

A la hora de valorar los aspectos que inciden en el problema del abuso de drogas de las mujeres y su afrontamiento de la situación y los efectos que conlleva el hábito, es especialmente necesario asumir que los factores socio estructurales, en su caso, son tanto o más influyentes que las propias sustancias o las características individuales de las usuarias (Llort et al., 2013). De hecho, Romo et al (2023) consideran de vital importancia hacer hincapié en esos elementos estructurales que no sólo provocan desigualdades de género que afectan a la propia biografía de cada mujer, sino también en el impacto de esas desigualdades en el tratamiento del TUS en las mujeres, porque condiciona su relación con las drogas. Lo dicho podría resumirse diciendo que las existencias individuales no se explican por sí mismas, sino que resulta necesario contextualizarlas en las estructuras sociales en las que se inscriben para entender su significación individual (Cobo, 2012). En cualquier proceso de atención sanitaria los elementos culturales, sin duda, obtienen un peso específico de primer orden (Haro, 2000).

Por ejemplo, Perdiguero y Tosal (2007) destacan la mayor morbilidad femenina; algo que corroboran otros estudios dedicados a las desigualdades sociales en el campo de la salud y que han puesto de manifiesto que las mujeres, comparadas con los varones, presentan una peor situación y menos oportunidades y recursos relacionados con la salud por cuestión de género (Borrell et al, 2004).

Género y salud

El género es una construcción social, histórica y contingente que ubica a las mujeres en una posición subordinada, les asigna roles y expectativas diferentes a las que asigna a hombres y que son desequilibradas para ellas por el mero hecho de nacer mujeres. Estas prescripciones de género se trasladan y asumen en el proceso de socialización e “influyen en todas las dimensiones de la vida social, tanto públicas como privadas” (Cobo 2000, en Romo 2006:244).

En lo que al tema analizado se refiere, el uso/abuso de drogas, el género afecta de una manera injusta a la salud de las mujeres (Rohlf et al., 2000), de ahí la importancia de incorporar la perspectiva de género para, entre otras muchas cuestiones, reflejar el enorme peso que ejercen los factores socioculturales en la comprensión de la problemática de las mujeres usuarias de drogas, las circunstancias que las rodean y esas mayores dificultades evidenciadas a la hora de acceder a los recursos de salud. En este sentido, el género, por sí mismo, también va a determinar las oportunidades del pleno acceso a la salud, que ya era más restrictivo, como se ha manifestado, por el estigma hacia las PUADs.

Un ejemplo representativo para comprender cómo afecta el género a la salud lo hallamos al analizar a las mujeres que abusan de drogas (MUADs, a partir de ahora) porque, pese a la idea extendida de que las mujeres, en general, son más frecuentadoras que los hombres de prácticamente todos los servicios de salud, especialmente los de atención primaria (Perdiguero et al. 2007), las que tienen un consumo problemático de drogas apenas demandan atención sanitaria debido a la cuestión de género. Estas mujeres renuncian o retrasan la solicitud de ayuda porque temen y anticipan el enjuiciamiento social al que van a verse sometidas, y no sólo desde las propias instancias sanitarias y sus profesionales, sino también, incluso, desde las y los profesionales de dispositivos especializados en el tratamiento del abuso de drogas.

El estigma, o lo que es lo mismo, la sanción social, el sojuzgamiento, la censura, o incluso las violencias que las mujeres que abusan de drogas anticipan y reciben en muchísimos casos por su conducta, es real y lógicamente les aleja de los recursos de tratamiento o las expulsa de los mismos si finalmente ingresan en ellos. Los estudios cualitativos demuestran que las mujeres experimentan un mayor estigma que los varones frente a la misma conducta; en este caso, el abuso de drogas (Meyers et al., 2021).

Si las mujeres, por el hecho de serlo, ya experimentan una situación de subordinación, las prácticas recriminatorias o el empleo del miedo y la culpa como estrategias de disuasión y control que reproducen las y los profesionales de diferentes perfiles hacia ellas, basadas en el daño que causan a hijas/os, familia, pareja o a la estructura familiar, etc. (Otálvaro et al, 2019), genera mayores obstáculos para solicitar ayuda, ingresar en tratamiento o permanecer en él, o simplemente para acudir a cualquier servicio social o de salud más genérico.

A esa subordinación por cuestión de género se le añade el proveniente del estigma. Las mujeres que abusan de drogas, comparadas con los hombres adictos, enfrentan más y diferentes barreras para el acceso a la salud, y todo ello por la construcción social de género (Iverson et al. 2015), es decir, por la creencia compartida e interiorizada acerca de lo que “significa” ser mujer.

En el ámbito de las drogodependencias es sobradamente conocido el concepto de “doble estigma” que se asigna a las mujeres consumidoras (Ospina Escobar, 2020); algo que no padecen en la misma medida sus homólogos varones. Ese “extra” de discriminación sobre ellas deviene de transgredir, por un lado, los roles femeninos tradicionales, principalmente los de feminidad y maternidad, y por otro, por su relación con la ilegalidad relacionada con esa conducta, y en ocasiones por el estatus jurídico de las sustancias; algo que a su vez las hace objeto de una doble penalización: una moral y otra social (Llort et al., 2013), cuando las encuestas epidemiológicas confirman que resulta mucho más frecuente que las mujeres de todas las edades y grupos sociales consuman sustancias legales como antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos (Romo, 2023).

Y pese a que la ilegalidad o legalidad de la sustancia condicione la intensidad del estigma, éste tampoco se produce de la misma manera en todos los grupos, siendo el grupo de mujeres y/o el de las personas racializadas los más estigmatizados a través del ya mencionado concepto de interseccionalidad (Turan et al., 2019).

Nuevamente aparece la distribución desigual del poder, que juega un papel fundamental (Link & Phelan, 2001).

El doble estigma de la mujer drogodependiente trasciende la propia conducta de consumo para impregnar todo su ser, porque será cuestionada en otros diversos aspectos de su vida y su identidad. Así, el estigma representa una experiencia “central” para estas mujeres.

Lo ejemplifica Romo (2005:73) cuando constata la extensión que alcanza en el imaginario social la concepción de las mujeres que abusan de drogas como “malas madres” o “madres que dañan a sus bebés”, o la que recoge Meneses (2006:22) cuando refleja que, de ellas se dice que son “más promiscuas”. Su sexualidad, su identidad como mujeres, madres, esposas, hijas, etc., va a ser cuestionada, luego, los estereotipos sobre las mujeres que abusan de drogas tienen como consecuencia procesos más discriminatorios y desventajosos para ellas (Llort et al. 2013), toda vez que, como se ha señalado, eso va a obstaculizar su pleno acceso a la salud. Sobre todo, las mujeres que son madres enfrentan una estigmatización aún mayor (Radcliffe, 2011).

Otra cuestión que diferencia a las MUADs de los varones con TUS son los poderosos sentimientos de culpa y vergüenza que experimentan ellas y que tienen un impacto directo en su bienestar emocional. En ellas persiste ese sentimiento permanente porque se reconocen, en mayor medida que ellos, en el sistema de valores y creencias que las condena, es decir, asumen ese estigma social en forma de autoestigma culpabilizador y vergonzante del que raramente se alejan, incluso cuando dejan el abuso (Albajes et al., (2005).

Los sentimientos de culpa de las mujeres con TUS devienen no sólo del abuso de drogas, sino también de otros múltiples eventos vitales, por ejemplo, cualquier forma de violencia sufrida, por la que se autoinculpan o que viven a menudo como merecido castigo o por cualquier situación de vulnerabilidad en la que están o han estado inmersas; todo en un círculo vicioso que intentan justificar y normalizar desde su identidad de consumidoras.

Generalmente, la mujer que abusa de drogas se considera la única responsable de su solución y ello, junto con su propia autopercepción negativa y la percepción social vinculada a los estigmas ya citados, provoca que hagan todo lo posible por ocultar su consumo (Ettorre, 1998). El ocultamiento por el miedo al estigma pasa además por consumir en el contexto privado y solas para no ser cuestionadas, reforzándose así el mito de la capacidad de la mujer para soportar el sufrimiento.

Ni ellas ni los tratamientos cuestionan, ni quieren cuestionar, un sistema de socialización patriarcal que les impone a ellas todo el peso de los cuidados. Así, el consumo se oculta para poder cumplir con todos los mandatos de género, por el miedo a perder la custodia de los hijos; un mito que aún persiste, o por la imposibilidad que prevén, de ser descubiertas, de cuidar a otras personas, mayores a su cargo, toda vez que, si su hábito se visibiliza o si ellas lo verbalizan, casi de inmediato una gran mayoría las consideraría “malas mujeres”, “malas madres” y “malas esposas” (García et al., 2014). La espiral de ocultación del consumo es difícil de romper porque está firmemente anclada en el rol femenino tradicional (Colimil et al., 2016).

Tampoco resulta raro comprobar la persistencia de ciertas creencias que la propia estructura de salud o de tratamiento manifiesta, en las que, a diferencia de ellos se las define como “más viciosas”, “más difíciles de tratar”, “que tienen más dificultades añadidas”, que “fracasan más que los hombres en los tratamientos» y/o que “su patología es más severa y difícil de abordar” (Arostegui y Martínez-Redondo, 2019), sin cuestionarse desde esos mismo recursos y profesionales sus propias actitudes hacia ellas, o si como se ha mencionado, los servicios que les ofertan se adecúan o no a las necesidades que ellas presentan

Mujeres y estructura de los recursos de tratamiento

Hace años que se reclama a los dispositivos de salud la aplicación sistemática del enfoque de género para enfrentar las desigualdades de salud por cuestión de género. Con el mismo objetivo, también es reiterada la demanda de un ajuste y adaptación de los recursos tradicionales de tratamiento por TUS a la realidad y necesidades específicas de las mujeres TUS, ya que la propia inadecuación de los programas de atención, que siguen estructurándose para a sus usuarios principales, los varones, y sus circunstancias, y son elementos que funcionan como obstáculos para el acceso de las mujeres al derecho pleno a la salud, en general, y para el acceso, el mantenimiento y finalización de los programas de tratamiento de abuso de drogas en particular.

Para Romo et al. (2023) los programas tradicionales suelen diseñarse:

- a) para trabajar sobre las sustancias que consumen principalmente los hombres, que no son las que mayoritariamente consumen ellas y
- b) para atender las necesidades de los hombres, sin tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, salvo en lo que afecta el consumo a su función reproductiva (Haritavorn, 2014), o lo que es lo mismo, en cuanto a lo biológico, por el daño potencial que puede ejercer sobre terceras personas.

Como se señalaba en párrafos precedentes, hay una mayor cantidad de mujeres que usan y abusan de sustancias legales, tabaco, alcohol y/o psicofármacos, precisamente para evitar ese estigma. Respecto del estigma diferencial sobre drogas legales e ilegales, Romo (2023:3) advierte que, efectivamente, las mujeres consumen en mayor medida sustancias legales, pero éstas “*pueden*

provocar graves daños para la salud y formar parte de procesos iatrogénicos de medicalización y, por lo tanto, estar invisibilizados socialmente”.

La consecuencia de todo ello, como se ha señalado, es el menoscabo de su derecho a la salud, lo cual puede calificarse como una violencia institucional. Ese tradicional diseño androcéntrico no suele adaptarse a las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres, porque no se contempla en él el enfoque de género necesario que explica las diferencias de género en el origen, patrones, circunstancias, efectos, etc. en el uso de drogas.

Uno de los ejemplos más visibles se observaba en Comunidades terapéuticas, que ya no hay tantas, o en otros recursos residenciales mixtos. Ahí no sólo se comprueba que el proyecto no responde a las necesidades de las mujeres, sino que también se percibe una actitud estructural de paternalismo que crea tensiones entre las mujeres y las/os profesionales respecto de las directrices que deben seguir las usuarias. Esas “normas y pautas” a ellas les resultan ajenas, les cuesta seguirlas y por ello suelen sentirse culpables y externamente culpabilizadas por el incumplimiento de las instrucciones terapéuticas. El resultado es una fuerte sensación de estigma de la que es difícil recuperarse

En este tipo de recursos o cualquier otro donde comparten espacio terapéutico con hombres, también es frecuente otra violencia institucional por cuanto que, además de no proveer a las mujeres de una respuesta a sus demandas para poder realizar un proceso con garantías de éxito, ya que siempre va a resultar parcial para ellas, en esos dispositivos se perpetúan los roles de género tradicionales en los espacios, individuales, grupales y como inercia del propio recurso, lo que supone una dificultad “grave”, adicional, en su itinerario. De hecho, en algunas ocasiones, hay mujeres que abandonan el tratamiento cuando comprueban que lo que se les ofrece no es adecuado para ellas.

También se han hallado casos en los que los hombres en tratamiento ejercen directamente diversos tipos de violencias sobre sus compañeras.

Mujeres con TUS y otros ejes de vulnerabilidad interseccionados

En el caso de las mujeres, además del abuso y del doble estigma, aparecen comúnmente otros factores en intersección que aumentan exponencialmente los aspectos a abordar en su proceso terapéutico para que resulte exitoso, y no aparecen en la misma medida en los varones. De ahí lo manifestado en los recursos, cuando consideran que ellas son más complicadas, tienen más dificultades, seguramente porque tampoco adoptan una mirada interseccional.

A pesar de todo, lo habitual es que se les exija a ellas que se adapten al modelo androcéntrico habitual. Las bajas, abandonos y recaídas de las mujeres se atribuyen desde el equipo o los recursos a su incapacidad, sin valorar el formato terapéutico en el que les está exigiendo el compromiso. Así, al acudir hombres principalmente, la interpretación “ratifica” la validez del modelo, sin más cuestionamiento.

Otro eje de intersección que se visualiza en mayor proporción en las mujeres con TUS, comparadas con ellos, son otros problemas de salud mental, principalmente ansiedad, depresión y fobias, que generan en ellas necesidades específicas y enfoques igualmente específicos (Andersson et al., 2021).

Esas patologías de salud mental aumentan las consecuencias negativas y la gravedad de la sintomatología y el tratamiento de ambas afecciones en las mujeres, resultando que el diagnóstico de

ellas suele afectarse a menudo por un panorama más ensombrecido, porque no siempre están correctamente diagnosticadas y carecen, por ello, de prescripción farmacológica adecuada que pueda coadyuvar en el proceso terapéutico (Marín-Navarrete et al., 2015). La salud mental, como se ha señalado, es otra de las afecciones que más estigma genera, y más en el caso de las mujeres, sobre la base de otras creencias compartidas socialmente como son la incurabilidad y cronicidad de esas patologías (Calderón, 2021). Esta autora señala que resulta del todo necesario desarrollar una intervención eficaz en el espacio sociosanitario con el objetivo de ofrecer a una atención integral que evite la parcialización de los procesos (TUS por un lado y Enfermedad mental grave por otro) y las barreras de acceso y de adherencia a los servicios asistenciales.

Para Romo et al. (2023), otro de los elementos comúnmente interseccionados en las mujeres que abusan de drogas son las violencias de género (VG a partir de ahora), que debería erigirse como un eje prioritario en el tratamiento de las mujeres con TUS. También esta problemática, junto con las anteriores, deberían ser tratadas conjuntamente, en tanto que están interconectadas, y no desde dispositivos diferentes, parcializando a las personas en áreas ficticiamente separadas.

Ellas son conminadas a adaptarse ante la falta de intervenciones de carácter interseccional que deberían abordar la interacción de los diferentes ejes de vulnerabilidad que afectan a las mujeres drogodependientes (Hansen, 2020).

Finalmente, uno de los elementos centrales que no suele incluirse en el trabajo sobre las mujeres TUS en los recursos que carecen de perspectiva de género y/o que no cuentan con espacios específicos para las mujeres, es el de la violencia de género, pese a su enorme incidencia y pese a constituir otro de los grandes y necesarios retos que deben asumirse en un abordaje eficaz de las mujeres con TUS (De Dios et al, 2014).

En esta línea, Romo et al. (2023) proponen una mirada crítica a la investigación realizada durante los últimos 10 años desde una perspectiva feminista, al objeto de valorar en qué medida se incluye en los tratamientos de abuso de drogas el trabajo sobre las diversas violencias que reciben las mujeres.

Partieron de asumir la definición de VG que aparece en el Convenio de Estambul, que incluye todas las formas de violencia contra las mujeres: violencia física, psicológica, sexual, económica, de pareja o expareja, feminicidio, agresión y abuso sexual, acoso sexual, violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, trata, explotación sexual, mutilación genital femenina y matrimonio precoz o forzado. Consideran que el término “violencia de pareja” limita la violencia ejercida en el contexto de la pareja, que ha sido la forma más visible de violencia de género en las sociedades occidentales, pero no es la única, y el uso frecuente de este término reduce la visibilización de múltiples otros contextos y demás formas de violencia que sufren las mujeres incluidas en el Convenio de Estambul (Consejo de Europa, 2011).

Las principales conclusiones refieren una concepción limitada de la definición de VG en los centros de atención al abuso de drogas, reducida en el trabajo cotidiano principalmente a la violencia de pareja únicamente. De los artículos revisados e iniciativas implementadas en recursos de drogas, sólo 3 demostraron la eficacia del abordaje conjunto de las problemáticas de abuso y VG. La investigación de las autoras, como conclusión, pone de manifiesto el bajo porcentaje de centros de atención al abuso de drogas que incluyen, además, el trabajo sobre las múltiples violencias que experimentan las mujeres, reduciéndose la mayoría a trabajar sólo la violencia en el contexto de la pareja, tal y como se ha recogido.

Tampoco se trabaja, porque ni siquiera se percibe, la violencia que a menudo ejercen sobre ellas los hombres dentro de los centros de tratamiento y la que deriva de permanecer en un sistema androcéntrico de tratamiento, que es, *per sé*, una violencia también (Owczarzak, 2021; Medina-Perucha et al., 2019)

Según lo dicho, las mujeres, que ya ocupan en el sistema patriarcal un lugar subordinado, acumularán otro eje de opresión si además consumen drogas, si padecen un diagnóstico de salud mental, otro más si pertenecen a una etnia o raza diferente, otro más por cuestión de clase, o también añadirán mayor estigma/opresión si, para mantener su consumo (y probablemente el de su pareja, también consumidora), se implican en el comercio sexual o delinquen y son encarceladas o si padecen o han padecido diversos traumas y violencias recurrentes de todo tipo, pudiendo añadirse a los mencionados otros muchos ejes de vulnerabilidad que habitualmente actúan interseccionados, tal y como se ha señalado.

Siguiendo con el estigma, las mujeres y el abuso de drogas, el equipo de investigadoras liderado por Meyers, Earnshaw, D'Ambrosio et al., también publicaron en 2021 un artículo con los resultados de una revisión sistemática de la literatura científica cuantitativa y cualitativa, en este caso, en torno a la intersección entre estigma, género y abuso de sustancias (y que consideraron en aquel momento que era la única realizada sobre el tema). La bibliografía analizada incluyó artículos sobre estigma percibido (en hombres y mujeres consumidoras) y estigma “asignado” (en hombres y mujeres alejados de dicha problemática pero que opinaron al respecto).

El estudio trató de determinar si el estigma percibido o recibido impactaba en el proceso de consumo de las personas usuarias de drogas (en frecuencia de consumo, sustancia de elección, vía de administración, interacción con otras prácticas de riesgo, etc.; cuestiones todas que, en definitiva, están estrechamente relacionadas con la salud) y si en ese impacto y sus consecuencias mediaba el género.

La primera afirmación de las autoras reveló que los estudios cualitativos en los que participaban mujeres drogodependientes mostraban resultados inequívocos: ellas percibían un mayor grado de estigma que los varones.

La segunda conclusión pasó por reclamar instrumentos validados que pudieran medir el estigma que reciben las mujeres consumidoras para comprender el impacto de este factor en el aumento desproporcionado de los daños que experimentan ellas como mujeres con TUS (Meyers et al., 2021).

Mediante técnicas cualitativas, otro estudio (Llort et al., 2013) señaló que los grupos de Auto Apoyo entre mujeres que abusaban de drogas, permitió visibilizar aspectos biográficos y de relación con las sustancias que permitieron confirmar las diferencias y desigualdades de género en relación con la atención a la salud.

El artículo de Meyers et al. (2011), además, amplía los escenarios donde las mujeres drogodependientes son sancionadas. Si ya se ha hecho alusión al estigma proveniente del ámbito social en general, del contexto sanitario, e incluso el que aún persiste en muchos de los dispositivos de tratamiento de las drogas u otras adicciones en particular, se añade otro contexto estigmatizador; el propio entorno de consumo, la red de personas consumidoras, porque ahí también siguen vigentes las normas y mandatos de género.

Concretamente, las mujeres que usan o se inyectan drogas son a menudo estigmatizadas dentro de su red social porque su comportamiento contrasta con las normas asignadas a su género, los roles sexuales, los roles de cuidadoras, etc., y como resultado, ellas ocupan en el ambiente de consumo un estatus social bajo. Ahí también se las considera sexualmente promiscuas o “mercancías dañadas” y, en consecuencia, resultan frecuentemente victimizadas y vistas como merecedoras de abusos y violencias (El Bassel et al., 2012), tanto por parte de sus parejas, como por extraños (por ejemplo, clientes del comercio sexual) y conocidos (por ejemplo, el que le surte la sustancia u otras personas de la red de consumo).

El estigma coloca a MUADs en mayor riesgo que ellos de sufrir daños relacionados con las inyecciones (son las últimas en inyectarse), como el VIH (por el trabajo sexual y la negociación del uso de preservativo) y la hepatitis C (VHC), y de experimentar altos índices de violencia, lo que a su vez se ha relacionado con conductas de riesgo relacionadas con el VIH y el VHC en un efecto circular (Iverson et al, 2015).

Tal y como se señalaba para cualquier persona estigmatizada, Romo et al., (2023) confirman que todo ese proceso de etiquetaje resulta más agudo entre las mujeres que abusan de drogas, lo que reduce aún más las probabilidades de que ellas pidan ayuda cuando tienen problemas de abuso. La consecuencia de esta menor demanda de parte de las mujeres provoca que existan menos recursos de tratamiento específicos para ellas, lo que las sitúa no sólo en desventaja en cuanto a la recuperación de su uso problemático de drogas, sino también en la invisibilización de las mujeres y su realidad y necesidades en las políticas públicas. Si se crean recursos para mujeres y ellas no acuden, la interpretación no va más allá de considerar que ese recurso supone un gasto innecesario o que las mujeres no consumen. No se llega a reflexionar sobre otros múltiples factores que están incidiendo y dificultando el acceso a los recursos. Se ha constatado que algunos recursos destinados a mujeres se han diseñado desde los mismos parámetros que los tradicionales, con la única salvedad de que en ellos sólo participan mujeres.

Parece, entonces que, en aras de evitar desigualdades en la atención sanitaria ofrecida, se requieren investigaciones e intervenciones sensibles al género que incluyan en el tratamiento, entre otros muchos factores que les afectan, la violencia de género (Romo et al., 2023, (Huhn y Dunn, 2020; Noori et al., 2019). Pero eso no es posible mientras persistan actitudes doblemente estigmatizantes hacia las mujeres que abusan de drogas, porque las disuade de solicitar ayuda en servicios sociales, de salud y en los recursos especializados en adicciones. Como no llegan, los programas siguen adaptados a las sustancias que consumen los hombres y a sus necesidades, siendo éste, igualmente, otro elemento que las excluye y aleja de los dispositivos. Cuando en ellos también se reproducen esquemas, estructuras, modalidades de atención y profesionales que persisten en los roles y mandatos adjudicados a las mujeres y no trabajan sus necesidades específicas, resulta extremadamente difícil que se sientan comprendidas y dispuestas a pasar por un proceso en el que, por todo lo dicho, son de nuevo víctimas de violencia, en este caso. De carácter institucional.

La necesidad del trabajo desde el paradigma de la interseccionalidad

La interseccionalidad constituye un enfoque de investigación que surge del feminismo al objeto de superar los análisis dicotómicos y parciales sobre las relaciones de poder definidas únicamente a través de la clasificación de género, para reconocer e incluir otras diferencias que resultan necesarias en el análisis e interpretación de la influencia concurrente de otros

ejes de desigualdad, que tradicionalmente han sido clase social, etnia y/o raza (Davis 2008) y que progresivamente han ido incorporando otros ejes que enriquecen el análisis (Jiménez y Guzmán, 2012). La interseccionalidad abre nuevos espacios de entendimiento y análisis del abuso de drogas de las mujeres frente a ese consumo siempre masculinizado (Nuñez, 2019).

Explicado el concepto, se preguntó a las personas entrevistadas por los ejes de intersección más extendidos o representativos que presentaban las mujeres por un lado y los hombres por otro.

En la mujer, la más estigmatizada es la que ha ejercido la prostitución. También la mujer con hijos y prostituta. Yo me acuerdo de un caso nuestro muy clásico: mujer, con hijos de varias parejas distintas, maltratadores, y que encima han tenido que ejercer la prostitución y tienen enfermedades crónicas. Ahí lo tienes todo. En el caso de los hombres sería un hombre con historia penitenciaria de delitos, muchos años de prisión, muy desadaptado socialmente, porque ha vivido más en prisión que en otro espacio, con habilidades sociales de entornos de esas características y violento, con dificultades para controlar la conducta violenta, eso sería otro estereotipo (MH03).

Sin embargo, la mayoría ha respondido sólo en lo relativo a las mujeres, lo que puede apuntar a que son ellas las que acumulan más elementos en intersección que ellos o al menos que los problemas que les afectan a ellas son diferentes a los que ven y tratan con los hombres.

Me viene a la cabeza una mujer que supera la cincuentena a la que la Diputación hace años le retiró la custodia de su hija, que no la puede ver siquiera. Su familia no quiere saber de ella y está básicamente sola, sin apoyo, viviendo en un recurso de pernocta, consume y vende drogas, ha recibido en varias ocasiones violencia sexual, etc.. (....) Es una mujer ya mayor, que también la edad es un componente... como que te ven que eres irreversible ¿no?, esa sensación como de irreversibilidad. No es negra, no es lesbiana y alguna cosa le faltará, pero poquito (EM01).

Nos comentan las trabajadoras sociales que hay una asociación increíble (entre adicción) a temas de abuso, relaciones de abuso e incluso de abuso sexual; de cuando eran.... sí, y traumas, temas que arrastran desde la infancia, adolescencia (CH04).

Comentadas las anteriores cuestiones, se enumeran a continuación las limitaciones derivadas del estigma para el pleno acceso a la salud, y más concretamente se analizan las posibilidades y dificultades que juegan a favor y/o en contra de hombres y mujeres para revertir la situación de abuso en programas especializados.

METODOLOGÍA

Participantes, mapeo y muestreo

Las personas participantes fueron 14 profesionales de 3 recursos especializados en el abuso de drogas con gran arraigo en la CAPV, a quienes se entrevistó entre octubre y noviembre de 2023 diferenciando sus perfiles profesionales.

Para ello se realizó un muestreo intencional en esos los recursos especializados Gizakia (Gestión de la Sala de Consumo Supervisado), Etorkintza (Servicio Ambulatorio) y Manu-Ene (Hospital de Día), situados en la provincia de Bizkaia, País Vasco, a quienes se solicitó la difusión de los objetivos de la investigación en aras de “reclutar” profesionales con voluntad de participar en ella. Se seleccionó a las personas que pudieran proporcionar información rica y argumentada sobre el objeto de estudio.

Tras ello se contactó a las personas participantes para establecer una cita en persona y conocer su perspectiva acerca del fenómeno estudiado, tratando de incluir todos los diferentes perfiles profesionales que trabajan en los recursos de adicciones mencionados, es decir, se tomó en cuenta el perfil profesional, la edad, el género y la experiencia profesional en el ámbito de la intervención con PUADs.

De las 14 personas que han integrado la muestra, 7 han sido mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de 48,6 años; teniendo la de menor edad 28 años y 64 la mayor. En cuanto a los perfiles profesionales se ha contado con los siguientes: 4 profesionales de Psicología, 7 de Educación Social, 3 de Enfermería. Respecto de los años de experiencia en la intervención con personas con TUS, la media se sitúa en torno a los 20 años; siendo la mínima experiencia la de quien se inicia en el recurso (sin experiencia previa en este ámbito) el mes previo a la entrevista, y la máxima la de quien se ha dedicado durante 38 años al trabajo en este contexto.

Proceso de recolección

Como técnica metodológica se eligió la entrevista semiestructurada y en profundidad para ofrecer la posibilidad de un acercamiento lo más natural posible, pero con detenimiento y detalle respecto al fenómeno de estudio.

Inicialmente se les presentó el objetivo del estudio y la procedencia del encargo, para pasar posteriormente a presentarse las propias entrevistadoras e identificar a las personas y la entidad responsables del estudio, por si necesitaran comunicarse con ellas, consultar dudas, etc.

Se les indicó que la información se recogería con los criterios de anonimato, confidencialidad y voluntariedad. La duración de las entrevistas osciló entre 35 y 60 minutos y se exploraron cuestiones generales de carácter sociodemográfico, para posteriormente formular preguntas concretas sobre representaciones sociales y personales de las PUAD, estereotipos, actitudes, emociones y conductas sociales y personales más habituales, etc., con la finalidad de discernir el tipo de relación que establecen profesionales y personas en tratamiento por TUS y el estigma como variable mediadora.

También se pidió permiso para que la entrevista fuera grabada, transcrita e interpretada por el equipo investigador con responsabilidad en el proyecto, de manera que el texto fuera lo más fiel posible a los relatos de las personas participantes.

Proceso de sistematización, validación e interpretación de la información

El proceso descriptivo y de interpretación se llevó a cabo a partir de las entrevistas transcritas, de donde derivaron los códigos que fueron agrupados por categorías. Luego, se retomó la búsqueda exhaustiva de fuentes documentales para contrastar los resultados encontrados en los discursos con el marco referencial. Los discursos se cotejan con lo hallado en fuentes secundarias y se ofrece la respectiva interpretación de las personas que han integrado el equipo de investigación.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

EL ESTIGMA Y VARIABLES INFLUYENTES

1. El ejercicio profesional en el ámbito del abuso de drogas

1.1. Vocación u oportunidad

La mayoría de las personas entrevistadas no llegan a este contexto laboral de manera vocacional, es decir, no se dirigieron hacia ese ámbito de trabajo por un interés previo o habiendo dirigido sus pasos hacia él por interés propio.

Ummm, fue de carambola realmente (EM01)

Por inercia. Se te acaba un contrato y te llaman porque necesitan personal (MM01)

Yo empecé como voluntario, justo en el 78-79, como monitor de colonias, de tiempo libre...(…) y ahí surgió una oportunidad de trabajo (...), mi formación iba por otros derroteros, cosas más técnicas (MH02)

Yo hace más de 20 años salí de un trabajo de educador (algo había de drogas, pero apenas salió ni se trató mucho), busqué y necesitaban alguien aquí, me explicaron, me pareció interesante, y aquí me he quedado. (MH03).

Yo soy profesor, a mí me gustaba la educación (MH04).

Es un poco carambola. Te surge, pero sin embargo te quedas aquí porque las condiciones me venían bien en su momento y luego, pues bueno, es una especialidad que tampoco me desagrada (CH04).

Me llegó la posibilidad de trabajar en este campo, me gustó y me quedé (MM05).

Creo que es como una vocación específica, porque yo busqué las prácticas en Comunidad Terapéutica y no abrí el campo mucho más. Quería estar ahí (campo de las adicciones (EM02)).

Lo habitual es que determinadas circunstancias, por ejemplo, unas prácticas universitarias a lo largo de la carrera, una oferta de trabajo, la posibilidad de consolidar un puesto o haber contactado previamente con otras poblaciones en exclusión social (principalmente menores) transformen esa circunstancia en un interés genuino por trabajar con esa población tras conocerla. En el total de entrevistas son pocas las que buscaban, antes de conocerlo, trabajar en este campo.

Se acercó mucho o encajó perfectamente en mis intereses. No sé cómo explicarlo, pero como que se adaptó muy bien a mí. O sea, digamos que no fue algo que yo busqué, pero me encontró y me encajó. Nunca me he sentido forzada, o sea, que encajé perfectamente (EM01).

Si no te gusta, aquí no aguantas tantos años; eso está claro (CH01).

Yo desde el tercer año de carrera, que es cuando se empiezan a realizar las prácticas en aquel entonces eh intenté solicitar drogodependencias. Es un colectivo que siempre me ha encantado (CM05).

Pero este tiempo que he ido rotando me ha ido enganchando, y el mes que llevo aquí, el perfil de paciente es muy diferente a lo que te puedes encontrar, pero me estoy llevando una experiencia grata (M01).

Empecé a trabajar con menores, pero las adicciones me habían llamado la atención. En los años 80 era una pandemia importante y era un problema social acuciante. Se necesitaba intervenir pero no se sabía cómo, y trabajando como educador en un piso de menores me ofrecieron esto y aquí empecé. (MH02)

Anteriormente trabajé con exclusión social (CH01)

Me resultaba interesante el tema de educadores en menores...(…), coincide que hay la posibilidad de poder trabajar en algo muy novedoso; las comunidades terapéuticas, que era algo que estaba resurgiendo y cogiendo mucha fuerza en los años 80 en la Euskadi de la heroína. Entonces se me dio la posibilidad de poder trabajar porque había una plaza libre (MH04)

1.2. Juicios previos de las y los profesionales, sus familias y/o amistades antes o en el momento de comenzar el trabajo en el contexto de las adicciones.

Vértigo, vértigo, vértigo, porque era en los años finales de los 80. Era una epidemia y una alarma social. Yo no sé. También es verdad que al entrar en formación veía casos desde el principio, pero supervisada. Era una población para mí muy temida. Esa era la imagen social, pero se me desarmó en el segundo día (EM04).

En pocos casos se admite haber comenzado esta andadura profesional con prejuicios sobre la población con un Trastorno por Uso de Sustancias, pero quienes lo verbalizan también señalan que esas ideas desaparecen, se reducen o minimizan tras conocer y empezar a relacionarse con las personas usuarias del tratamiento.

Yo no tengo la especialidad y de salud mental no se habla mucho en la carrera, y bueno, pensé, uff ¡dónde me he metido! (MM01)

En otros casos, es la familia la que mantiene los estereotipos sobre el colectivo y les genera cierto temor que su familiar acepte trabajar en ese ámbito. En concreto, está fijamente anclada la idea de que las personas con las que tratará son violentas, agresivas, conflictivas o transgresoras, entre otros rasgos que les adjudican, por lo que anticipan potenciales agresiones físicas o daños psicológicos derivados de las diversas situaciones conflictivas que acompañan siempre, en su opinión, a esas personas.

Y cuando comenté en mi entorno que iba a empezar a trabajar en esto me miraban como ¡a dónde vas, loco! (MH02).

(....) decirle a mi entorno ¡me han llamado de salud mental para trabajar! y mirarte con una cara rara (MM01).

No, nada, porque en los ambientes en los que me muevo (personal de salud) hay bastante formación en cuanto a lo que es el tema de drogadicción y no existía el rechazo ese que sí se ha dado en algunos círculos minoritarios, de decirte ¿dónde te metes con ese tipo de gente y tal?, pero en general es un poco por dónde se mueve uno (CH04).

Desde el miedo intentan protegerte porque lo desconocen. También es cierto que depende de la edad. La gente de la época de mis papás era el tema de sobredosis, la

movida madrileña, y todo esto al final tuvo mucho boom. Y sí, lo viven con ese miedo, pero hay gente joven que muestra un poco las dos caras: gente por ejemplo de mi edad que te pone bien por hacer una labor social ¡se necesita más gente como vosotros!, y luego otros que dicen ¡drogas fuera!, depende de la edad. Gente más joven, digamos 20 años o así, creo que lo tiene ya un poquito más normalizado (CM05).

Siempre recuerdo la frase de mi padre ¿eso no es peligroso? ¿estar ahí no es peligroso? Todo el mundo que ha empezado a trabajar en esos años está claro que teníamos miedo o al menos “respeto”, pero es que era real, había motivos: el miedo a los pinchazos intencionados con jeringuilla, el peligro de que pudieran agredirte con tal, robos...aunque luego, esa población en estado de desintoxicación era una persona afable y encantadora la mayor parte de las veces, de la que podía abrirse en canal. Sí. Entonces esa parte yo creo que era muy difícil. Es fácil comentarlo después de visto y vivido (EM04).

Tras iniciarse la entrevista con preguntas de índole sociodemográfica (resumidas en el apartado metodológico) y otras dos preguntas de “calentamiento”, que son las que responden a los párrafos previos y cuyo objetivo fue conocer cómo y con qué ideas se inician en el trabajo en adicciones las personas entrevistadas, el cuestionario integra otra serie de aspectos directamente relacionadas con el objeto de estudio, es decir, con el estigma de las personas que abusan de drogas desde el punto de vista de las y los profesionales que intervienen a diario con esa población.

2. El Estigma

2.1. El estigma que la población general adjudica a las personas con TUS, a juicio de las y los profesionales (definición, conductas, emociones).

Todas las personas entrevistadas admiten que la sociedad estigmatiza a las personas que usan y abusan de drogas y coinciden en los calificativos que las definen a ojos de la ciudadanía, así como en las emociones y las conductas que se desarrollan hacia ellas en función del estigma.

Creo que tiene que ver mucho con la enfermedad en sí, que ya estigmatiza. La droga y la salud mental son dos problemáticas muy estigmatizantes, uno puede vivir con otro tipo de problemas o dificultades, incluso con enfermedades crónicas, pero con salud mental no tenemos esa educación ¿no? (MH04).

Efectivamente, hay un estigma social hacia las personas drogodependientes, claramente, (...) se les tacha de ser personas locas, agresivas, que pueden tener un comportamiento imprevisto y se les tiene miedo ¿no? Entonces, yo creo que desde el miedo la reacción humana suele ser alejar, marginar. Yo creo que esa es la reacción común de la sociedad frente a las personas consumidoras, y si encima son de heroína o de cosas que... (EM01).

Uffff, clarísimamente, hay un estigma brutal. De hecho, cuando ves a una persona drogándose, o lo sabes, o te lo han dicho, hay un estigma de apartar ¿no? (MM01).

Creo que son gente... que es por una elección. También se habla de mayor riesgo por la delincuencia, mayores antecedentes, dificultades en las relaciones ¿no? Son apartados de la sociedad en cuanto tienen un consumo que no está normalizado dentro de la sociedad, porque no hablamos ni del alcohol ni hablamos de los tiros de coca que se pega la gente por las noches, claro (CM03).

Creo que el tema de las adicciones sigue siendo un mundo que produce miedo, miedo a lo desconocido (CM05).

Otras personas mantienen que el discurso no gira tanto en torno a los parámetros de agresividad, delincuencia y por ello miedo y distancia social, sino:

Viciosos, o un estigma negativo en ese sentido, pero no de delincuentes. Y luego otro de pobrecitos, de enfermos, de gente vulnerable. Yo creo un poco las dos. O sea, como una línea paternalista y otra de rechazo (CH01).

El paternalismo, señalan, se dirige en mayor medida a las mujeres

Lamentablemente, por lo que me ha tocado vivir desde la experiencia en estos años, atribuyes a la mujer la etiqueta, mal puesta obviamente, de ¡pobre! ¿no? ¡Pobrecita! ¿qué habrá pasado ella para terminar así? (CH02).

Ver la situación de una mujer, por ejemplo, y salirme el lado ese paternalista de ¡pobre mujer! ¡mira cómo está! ¡vamos a arroparla mucho más! ¿sabes? (CH02).

con las mujeres es el ¡pobrecitas!. O sea, tiran siempre de ese discurso de pobrecita o ¡habrá tenido problemas con los hijos!, cosa que con los hombres no se tiene esta...Con ellos más miedo y con ellas más lástima (CM05).

Posteriormente se preguntará si quienes contestan a la entrevista consideran la adicción a partir de principios morales o médicos y si ha intervenido voluntariamente la persona en su condición, pero, a priori, se confirma como señalaba la teoría, que la consideración moral y la interpretación de la voluntad de la persona en el desarrollo de la adicción son cuestiones que aumentan el estigma.

Mi impresión es que hay mucha incompreensión y que están muy denostados, como muy maltratados. Ahí hay un prejuicio importante en cuanto al consumo de drogas y creo que el antecedente es considerar como si (las personas adictas) lo hubieran decidido. Y (dicen) ¡que hubieran hecho otra cosa! ¿no? Pero es que ya, yo digo ¿es que realmente alguien piensa que alguien elegiría esta vida por decisión propia? ¡con el sufrimiento que supone!, ¡con la ruptura que supone con las familias, en el mundo laboral!. Bueno, eso lo vemos, ¿no? Lo primero, creo que hay mucho desconocimiento. Segundo, pues la consecuencia de lo primero, seguramente, mucho prejuicio y están muy mal vistos ¿no? (EM02).

El siguiente testimonio engloba una serie de cuestiones que saldrán en otros apartados

Creo que en el tema de las drogas y el cerebro sabemos todavía muy poco y estamos muy anclados en el pasado y por otro lado sigue siendo una gran problemática a nivel de conciencia social, más visible, peor visto (.....), así como el tema de salud mental, aunque ahora el tema de salud mental se está visibilizando más y se está normalizando más. De salud mental se habla más, o sea, se ha visibilizado más. En el tema de las drogas todavía tenemos que hacer....(CM05).

A juicio de Romaní (2008), las drogas tienen un papel notable en la generación de estructuras sociales y culturales.

En algún caso se menciona también la creencia extendida socialmente de que la adicción es una condición irreversible, no tratable o curable, lo que enlaza con la consideración de que cualquier esfuerzo destinado a esa población resulta en vano, cuando lo cierto es que resulta una condición clínicamente diagnosticable y tratable desde parámetros científicos (Van Boekel et al., 2014).

Son conflictivos, son problemáticos, son peligrosos o que eso no tiene arreglo... eso es lo primero que te viene a la mente (MH03).

Aún siendo un diagnóstico médico, opinan que esta problemática conlleva otros múltiples factores de carácter personal, psicológico, social, etc., que complican el tratamiento y dificultan el éxito terapéutico, a diferencia de otros diagnósticos médicos.

Es un mundo muy difícil de salir (MM01).

Igual es un ámbito de trabajo un poco más complicado (EM01)

Hay una realidad, y es que muchas personas van a ser crónicas, van a hacer tratamientos, van a estar sin consumir, van a volver, hay que atenderles de nuevo... quizás no tan intensivo pero sí un refuerzo...(....) No se puede abusar de esto, de “como no puedo con

todo, como éste no hace caso, pues mira, me olvido y le aparto”, pero sí que es verdad que uno tiene que entender que hay una parte de libertad de cada uno y esa persona no tiene por qué hacerte caso ni tiene que cambiar porque tú se lo digas ¿no? (MH02).

2.2. La intensidad del estigma

Cada profesional participante establece los parámetros que, a su juicio, intensifican o moderan el grado o nivel de estigma social que se adjudica a las personas que usan drogas.

2.2.1. El momento histórico

Este elemento lo sacan a la luz las y los profesionales que disponen de más experiencia laboral en el ámbito (+ de 35 años) y que, a diferencia de quienes cuentan con menos experiencia y que no han vivido/trabajado en los años 80-90, consideran oportuno rescatar para contextualizar el panorama general. Piensan que, actualmente, el nivel de estigma asignado a la población consumidora es mucho menor del que se les atribuía en aquellos años; era otro momento histórico.

La sociedad lo ha ido asumiendo y ha asumido que la adicción es un problema más y ya no discurre o no se percibe con la gravedad que se percibía entonces (MH03).

El estigma ha disminuido a medida que la sociedad ha ido asumiendo que esto es un problema crónico que ya no genera tanta inseguridad a nivel general (MH02).

Creo que, en general, cada vez hay más conciencia por parte de la sociedad de la concepción del abuso de drogas y la drogodependencia (MM05).

Nadie quiere tener un problema de ese tipo en casa. La gente yo creo que lo reconoce. Se ha dado cuenta de que la curación es difícil, que la recaída es muy prevalente, que realmente es un problemón cuando cae en una familia o en una pareja, ya está, pero como que ya no es un problema masivo (EM04).

En los años 80 el estigma era brutal. Yo creo que ahora ha ido cambiando. Hace años era “el puto yonkie” “toxicómano” “drogadicto”, y como era algo muy visual, muy perfil de calle.... Ahora es un adicto, que hasta la palabra ha cambiado y es menos visual ¿no?, con lo cual sí existe ese estigma, pero creo que no con la misma intensidad, precisamente por eso, porque es menos visual. (MH03).

Culturalmente, el toxicómano en aquel tiempo también representaba un estilo de vida y se notaba mucho su presencia (MH02).

Además de los efectos del tiempo, se mencionan otros elementos que modulan el estigma

2.2.2. La sustancia

Este testimonio coincide con otros varios en los que también se relaciona el estigma con la visibilidad social de la conducta, con la imagen y las consecuencias físicas que “marcan”, señalan o evidencian ante la sociedad el consumo crónico de determinadas sustancias.

Según Vicent (2015) no todas las enfermedades son causantes de un proceso de exclusión social y, entre las que pueden serlo, no todas lo hacen con la misma intensidad y duración en el tiempo. Sin embargo, sí es cierto que las que poseen un carácter duradero, dejan secuelas y/o las difícilmente reversibles, provocan mayor exclusión o rechazo social.

Así, tal y como se señalaba, las personas que consumen sustancias que generan estigmas físicos perceptibles (en términos médicos), sufren en mayor medida el etiquetaje social. Se trataría principalmente de quienes usan/han usado opiáceos, sobre todo heroína, o la mezcla de heroína y cocaína y/o el alcohol, aunque éste último en menor medida y no tanto por la impronta física que deja, sino porque el consumo abusivo, la borrachera, se produce en el contexto público.

Sobre todo es el de la diferencia de drogas, que también hacen que te marginen más o menos en función del aspecto que esa droga te haga tener. La gravedad también afecta, es decir, al que ya se le ve más los efectos se le estigmatiza más (EM01).

...sobre todo la gente alcohólica. Todo el tema del alcoholismo es muy visual, porque ni los cocainómanos...Así como la heroína era muy visual, todo lo que se vea es muy estigmatizante (MH02).

....el típico borrachín del pueblo (MH04)

Otras sustancias, cuyo uso sea menos público y sus consecuencias menos evidentes o prácticamente inidentificables a la vista de otras personas, consiguen eludir el etiquetaje al menos inicialmente, hasta que el hecho se destapa o el consumo es más frecuente e intensivo.

Podemos tener adictos sin sustancia que nadie conoce, y estamos conversando y no te das cuenta ¿no? ahí el estigma se diluye y pasa muy desapercibido (MH02).

Con la cocaína tal vez no se den cuenta (EM01).

Sin embargo, el uso abusivo de otras drogas o las adicciones sin sustancia (p.ej el juego), que se producen en un contexto menos visible, o sea, principalmente en el ámbito privado o doméstico, ayudan a evitar el estigma.

2.2.3. Los efectos y consecuencias del abuso sobre la población

La heroína causaba mucha delincuencia, deterioro físico, problemas familiares muy graves...(…) Aquel año, en las encuestas sociales se priorizaron las adicciones como la principal problemática social, antes que el paro o el desempleo, y a pesar de que en ese tiempo había una gran crisis (MH02).

Cabría concluir que profesionales que comenzaron a trabajar en los años de la epidemia de heroína con esa población, han comprobado cómo el miedo y el rechazo social hacia esas personas ha disminuido y, es menor en la actualidad, tanto por el descenso del uso de heroína y el reemplazo de esa droga por otras, como porque las circunstancias y consecuencias físicas y sociales de entonces, muy relacionados con esa misma sustancia (delitos, robos, amenazas, pinchazos intencionados, etc.) no son las mismas que genera hoy por hoy el abuso de estas otras sustancias en general.

Yo diría que ahora no es de los problemas que más se ve, porque ya se ha metido ¡por fin! en la red sanitaria y sociosanitaria y social y traducido en suficientes formas de atención para que no estén tan visibles, en el no hacer nada o en el vagabundeo total (EM04).

Así, el momento histórico, la sustancia problema, las consecuencias físicas y sociales del consumo y la visibilidad de la conducta y de quienes la practican establece una gradación del estigma.

(ahora) no hay un perfil específico, como hace 20 años con el tema de heroína (MM01).

Sin embargo, y pese a esos cambios y el tiempo transcurrido, parte de la población mantiene los estereotipos que se generaron entonces, en la época del consumo de heroína en los 80, y que en su discurso pueden percibirse de alguna manera vigentes. Por ello, cuando en 2023 se pregunta a las personas entrevistadas por la imagen social (la percepción que tiene la población) de las personas que abusan de drogas, reflejan la persistencia de esos referentes.

No se vive con la gravedad de entonces, pero sigue existiendo (MH02).

El estigma lo traemos de los primeros heroinómanos que llegaron en los 80 y de toda la sociedad, por el revuelo que causó en ese momento. Creo que todavía a día de hoy se

arrastra ¿no? El que una persona con una adicción es un despojo, como que no es alguien que no puede aportar nada a la sociedad (CM03)

Pese a los importantes avances realizados en cuanto a la modalidad de servicios de atención u opciones de intervención con las personas con TUS, se constata que aún persiste la discriminación hacia ellas debido a los mitos que la sociedad creó en torno al consumo de sustancias en los años 80-90 (Otálvaro et al., 2019).

Así, calificativos como los que ya se han reflejado en los testimonios anteriores y otros, siguen siendo parte del discurso social.

personas locas, agresivas, imprevisibles, delincuentes, “yonkie” “toxicómano” drogadicto”, conflictivos, problemáticos, peligrosos, no tienen arreglo

Esta construcción social androcéntrica, basada principalmente en la realidad prototípica de un varón que consumía drogas ilegales por vía parenteral, problemático, enfermo, delincuente, falto de empatía y que se relaciona con lo ilegal en varios sentidos, fue y sigue siendo la imagen que generó en España una enorme alarma social y un gran rechazo por la peligrosidad atribuida a esa población (Romo, 2023).

2.3. El origen del estigma

A juicio de varias de las personas entrevistadas, el origen de la estigmatización deviene, por un lado, del desconocimiento, de no haber tratado ni haberse relacionado con personas usuarias o que abusan de drogas.

Sobre todo, yo creo que por desconocimiento ¿no? (EM01).

Antes de esto (trabajar en drogas) es como que tienes una venda, es un tema que yo desconocía como profesional (MM01).

y, por otro, del desconocimiento de las circunstancias de todo tipo que han podido influir en la persona y que han condicionado su actual situación de dependencia.

Criticamos y juzgamos para mal antes de informarnos del por qué esa persona ha llegado a ese punto, en qué contexto...hacemos esos juicios sin tener el conocimiento previo de por qué ha llegado a consumir (MM01).

Y, finalmente, por considerar que el consumo de drogas y su evolución hacia el abuso es una elección personal.

Aunque pienso que todavía hay mucha gente que cree que son personas a las que le puede más el placer y la fiesta, frente a la responsabilidad, el esfuerzo, la disciplina, etc. (MM05).

La falta de (in)formación provoca que la construcción social de las drogas y de quienes las utilizan se realice desde un punto de vista moral y ético, lo que extiende una visión ideologizada del fenómeno social de las drogas, y no desde un enfoque científico que integre los elementos socioculturales en los que se encuentra y desenvuelve la persona que consume (Nuñez, 2019).

Hay mucho juicio, como decir que ellos han elegido vivir así, no desde la enfermedad, sino desde el vicio, sí, desde la moralidad, desde ¡no quieres dejarlo!, desde ¡a ti esto te gusta y porque eres un vicioso ! Y una minoría comprendiendo que es mucho más difícil que todo esto ¿no? Y que no es una decisión tan clara, sino que hay muchísimos factores que influyen, pero que hay una parte que ellos pueden decidir (EM03).

2.4. El diferente grado de estigma en función de la sustancia, su estatus jurídico, la vía de consumo, la edad y el género de quien las consume

Para algunas de las personas entrevistadas, la sustancia consumida resulta el primer elemento a tener en cuenta en la gradación del estigma, seguida de la consideración jurídica de la misma (que sea ilegal o legal), de la vía de administración y de la visibilidad de las consecuencias que genera su uso frecuente o intensivo. Así, los opiáceos, y concretamente la heroína, sería la droga que genera el mayor estigma, porque es una sustancia ilegal que aún se consume por vía parenteral (aunque bastante menos que en otros momentos). Además, las consecuencias de su uso continuado son las más perceptibles para otras personas.

La heroína inyectada es mucho peor vista (CH01).

Alguien que se pinche en cualquier parte del cuerpo (CH02).

La heroína tiene muy mal nombre, la cocaína no tanto, y desde luego, la vía intravenosa es realmente el final del camino (CH04).

Creo que cuando hablas a la gente de la sala de inyección les genera pavor. O sea, es el miedo absoluto. Incluso los usuarios, cuando les preguntas si es inyector, te dice: ¡No, no, yo eso no lo he hecho nunca!, ellos mismos (CM05).

Hay gente que está pasándose a fumar, por el estigma y por el daño físico que les está generando. Pero socialmente creo que sí, creo que el tema de la de venopunción sí le tienen muchísimo más miedo que el tema de fumar. Creo que también (se están pasando a la vía fumada) incluso, porque los demás consideren que ese es un grado mayor de de daño y también como de chungo (CM05).

En primer lugar pondría la heroína inyectada y luego la cocaína inyectada. En primer lugar pondría la inyección, luego pondría la heroína fumada y la cocaína fumada (CM05).

La heroína por vía parenteral, que fue como muy, muy visual, muy en la calle, gente muriendo...y en el caso de las mujeres incluiría también en muchos casos, una mujer alcohólica (CM03).

Se dice que la heroína, sin embargo, la cocaína pues bueno, sí que ves unos efectos rarísimos. No sé, pone a la gente en general bastante más agresiva, tanto verbalmente como físicamente, incluso físicamente. Y sí que ves un deterioro a largo plazo mucho más

agudo que la gente que consume heroína. A nivel mental sí que ves (con la cocaína) decadencia mental total, sí. Y a las mujeres se les ve ese daño antes que a los hombres (CH04).

En una entrevista se ratifica que la sustancia de elección establece diferencias, pero en este caso importa en la medida que responde a necesidades diferentes

Creo que es importante saber sobre todo el tipo de sustancia para entender muchas veces el porqué las personas están consumiendo. No es lo mismo una persona que se mete cocaína que una persona que se mete heroína, que una persona que se mete una pregabalina o, unas pastillas. Muchas veces no preguntamos por qué consumen esa sustancia, pero la sustancia nos da muchas pistas para saber hacia dónde tenemos que trabajar (CM03).

Tras ella están casi todas, por no decir todas las otras drogas ilegales, siendo las drogas legales las que generan menos estigma, por estar aceptadas socialmente, administradas por vía oral (alcohol y psicofármacos) y fumada (el tabaco), su uso está normalizado y las consecuencias de su uso no son tan visibles.

Cabría ubicar en un segundo lugar en cuanto a intensidad del estigma a la cocaína por vía esnifada, con consecuencias a medio plazo menos perceptibles y asociada en ocasiones a otro perfil de personas (recordemos que hubo un momento en que se asoció a empresarios, yuppies, con poder adquisitivo, y éxito, por lo que se fue más indulgente con ellos y la sustancia que consumían.

Cada droga tiene también su propia personalidad ¿no? (....) Está, por ejemplo, el caso del cannabis, que goza de aceptación, y luego el alcohol.... , es que cada droga me llevaría, no sé....(....) Con relación a drogas legales e ilegales, dentro de las drogas ilegales quizá los opiáceos ¿no? y que son de acción rápida, tienen como mayor estigma, o sea, tienen una gravedad distinta. Y también si inhalo, esnifo o fumo o me la inyecto, también tiene un impacto distinto. (EM01).

(preguntada por los factores que intervienen en la estigmatización) Yo diría, primero, la sustancia que consume, porque no es lo mismo el alcohol, que está al alcance de todos, a decir que consume por ejemplo heroína (....) La sustancia, porque con algunas somos más tolerantes y con otras, en cuanto escuchamos el nombre (....) El cannabis y el alcohol son las que menos, porque están al acceso de todo el mundo y en el día a día y no se perciben como drogas, (....) la heroína es la más estigmatizante (....) las ilegales sí que tienen un estigma muy elevado, y más en la mujer ¿eh? (MM01).

Las drogas ilegales creo que generan más estigma, ya que sus métodos para adquirirlas hace que sea más complicado y difícil su consumo y, en general, están menos expuestas (se trata de ocultar). La percepción que las personas tienen sobre cómo consiguen las drogas creo que es un factor determinante en el sentimiento de estigma (....) Las formas de consumo menos seguras y menos conocidas creo que generan más estigma (por vía parenteral, vaginal, etc.) (....) Creo que las sustancias depresoras del SNC, y en general las que producen más rápidamente una forma de descontrol y falta de dominio sobre el propio cuerpo, son más estigmatizantes. Las sustancias depresoras del SNC generan más estigma que las estimulantes o perturbadoras. Creo que socialmente se fomenta la energía, la fuerza, la valentía, sobre la desconexión, la apatía, etc. (MM05).

Antes de finalizar con el estigma asociado a las sustancias, en algún caso se ha mencionado que, si bien el consumo de heroína provoca un deterioro mayor y más rápido, no se debe menospreciar el riesgo que entraña el consumo de otras sustancias y sus consecuencias, porque en ocasiones se minimizan los riesgos del consumo de las sustancias legales, o de los psicofármacos y del cannabis sobre la salud mental o de los estimulantes en cuanto a las alteraciones de conducta.

Los estimulantes que toman a veces, les hacen tener cuadros durante cierto tiempo. Los que se toman el finde, o cuando sea, sí que también les desestabilizan ¿no? Aparte de que también pueden dar mucho el “cante”o, por ejemplo, ya he conocido a gente que, bajo sus efectos han tenido orden de alejamiento de mujeres, o de mujeres que por eso (estimulantes) que igual están en un estado distinto. Es verdad que, contra las demás, la heroína es de una inmediatez que da poco tiempo a resituarse, pero otras también....(EM05).

Creemos que al ser legal es menos malo o menos dañino, cosa que desde mi forma de pensar es errónea, sigue siendo igual de dañino. No lo vemos como deberíamos de verlo, porque al final yo creo que las personas, cuando queremos ver todo lo que hay....pero bueno, entramos en lo fácil ¿qué es lo fácil? pensar que esto es lo peor y ya está (CH02).

En relación con otros testimonios recogidos, cabe colegir que, como resulta más posible que las personas que responden, y también la sociedad en general, puedan estar manteniendo un uso habitual del alcohol, tabaco o psicofármacos, atribuirle un alto nivel de riesgo a su uso supondría caer en una disonancia cognitiva molesta, por lo que resulta más fácil atribuir un mayor riesgo o peligro a “las otras”

Otra persona apunta realidades que posiblemente vayan a ser muy estigmatizadas

Sí que es verdad, con el tema de la inmigración, que el tema de los disolventes, etcétera, etcétera pues están empezando también a calar en la gente como una cosa...es que es muy llamativo (CH01).

Yo creo que lo que más se está viviendo ahora, tanto en hombres como mujeres, es el tema del sinhogarismo, que se encuentran en situación de calle (CM05).

La edad también sería un elemento a tomar en cuenta en el proceso de etiquetaje. En el testimonio que sigue se podría deducir que, en la consideración del estigma influye la frecuencia, objetivo y extensión en el tiempo del consumo. Así, a la juventud se le atribuiría un consumo ocasional de drogas, o sea, que no se mantiene en el tiempo y que se realiza con fines hedonistas, mientras se mantiene la idea de que el consumo de las personas adultas sería diario y crónico, producto del desarrollo de una adicción. Es menos probable imaginarse a personas jóvenes adictas.

(...) y la edad también, con los jóvenes somos más permisivos porque salen más de fiesta y tal, y veo más estigma cuando una persona ingresa con 50-60 años... (MM01).

El cannabis, por su parte, parece que mantiene un lugar y consideración diferente al resto de sustancias. No todas las personas jóvenes lo definirían como droga ilegal (tal y como se evidencia en algunas encuestas) y la sociedad apenas reprueba su uso en el contexto público. Es poco probable que se recrimine a una persona joven que está en la calle o transita por ella fumando cannabis. Tampoco se oculta excesivamente el consumo de esta sustancia por parte de quienes la consumen.

Por otro lado, es muy probable que esa conducta sólo se problematice en el entorno familiar cuando está relacionada con otras conductas disruptivas que se manifiestan en ese contexto (problemas académicos, absentismo escolar, cambios de humor o conflictos familiares, etc.). En muchos casos se atribuye al consumo esas otras conductas, cuando puede ser otro de los síntomas de dificultades de otra índole. En cualquier caso, en el imaginario de padres y madres de chicas y chicos jóvenes (principalmente de ellos), la droga ocupa la mayor preocupación.

Y, cómo no, el género también va a establecer su propia gradación del estigma.

A la pregunta de cuál es la situación de mayor estigma o qué elementos generan el mayor estigma, hay personas que consideran que la peor situación sería:

(ser) mujer y madre (EM02).

Ser mujer con hijos o mujer que se cree o o que ha ejercido la prostitución o mujer deteriorada físicamente, con hijos, que no los tiene ella, que están en protección (CH01).

En el caso de las mujeres, por ejemplo, tema de prostitución. Y las mujeres sí que te cuentan que vienen más por tema de conflictos familiares o el tema de que tienen hijos, no tienen la custodia de sus hijos, esa historia de me han quitado los hijos, y en el caso de los hombres es mayoritariamente el tema del sinhogarismo (CM05).

Para hombres y mujeres es la situación de sinhogarismo y con una patología mental, muchas veces traída por la propia adicción. Y en la mujer añadido a lo dicho el que sea madre (CM03).

Para otras personas, como es el caso del testimonio anterior, la sustancia o la vía de consumo no tienen tanto que ver, sino que el mayor nivel de estigma tiene que ver con otras circunstancias.

Yo creo que el no tener un sitio para residir, o sea, no tener dónde poner tus cosas, eso tiene que ser.....¿no?, que muchas veces eso va conectado con que no tienes una mínima conexión familiar, que nuestros usuarios más mayores es muy común, o que son padres añosos, fallecidos o enfermos....mucha gente que, de por vida van a tener que vivir en habitaciones porque no van a tener dinero (EM04).

(como perfil del mayor estigma) un varón entre los 30 o 40 de calle, con consumos muy activos de cocaína, heroína, que sean muy estigmatizados, que lo que tenemos es un pack completo, es un juego completo, o sea, no sólo con heroína, sino con diferentes sustancias, incluso el alcohol, en situación de calle, con pocos cuidados básicos o parece que ninguno. Sí, eso genera un gran rechazo, también a nivel social (CH02).

En cuanto al género, las mujeres mantienen una percepción diferente de las sustancias y toman en cuenta, sobre todo, su estatus jurídico, así como los riesgos físicos y sociales que genera y el estigma y las violencias que se correlacionan con el uso de unas y otras sustancias. Lo dicho implica que, para evitar los riesgos más evidentes o evidenciables y dañinos de las ilegales, optan en mayor medida por el uso de las sustancias que consideran menos dañinas y socialmente menos estigmatizantes, como el tabaco, alcohol y/o los psicofármacos (hipnóticos, sedantes, ansiolíticos), o el cannabis entre las más jóvenes, también porque desde la perspectiva social no se consideran realmente “drogas” o “drogas duras” (Nuñez, 2019), con lo que se atenúa el estigma relacionado con la transgresión de la legalidad. Otra cuestión es que la consideración social de esas sustancias como “menos dañinas” responda a la realidad.

es más común encontrarte hombres en el tema de las drogas difíciles que a mujeres. Y además, no sé por qué, siempre se asocia que la mujer digamos que está más unida al tema de alcoholismo y los hombres a drogas duras, más heroína, cocaína... (CM05).

En cualquier caso, y si las mujeres consumen drogas ilegales, tal vez por esa mayor percepción de riesgo eligen vías de consumo menos dañinas.

Veo más porcentaje de mujeres en la sala de fumado que en la sala de inyección. (en ellas) hay más porcentaje de cocaína fumada (CM05).

EL ESTIGMA EN LAS MUJERES QUE USAN/ABUSAN DROGAS

Tras esas preguntas más genéricas sobre el estigma, sin traer a colación las diferencias de género para no condicionar el discurso o disponer de esa primera impresión, se planteó a las personas participantes si la narrativa social del estigma era la misma cuando pensamos en ellas, en las mujeres con TUS.

La gran mayoría, por no decir todas las personas, admitieron que la respuesta social es diferente y peor hacia ellas, más reprochable.

Las autoras consideramos que la diferencia proviene de la escasa investigación existente sobre el abuso de drogas desde el paradigma de género, siendo más habitual que las realidades y necesidades de ellas se asimilen al “todo”, es decir, a la generalidad, es decir, a los hombres, más presentes en los tratamientos y también más visibilizados socialmente respecto de esta conducta. Como se podrá corroborar al desarrollar lo relativo a las mujeres, todo lo expuesto hasta el momento, sin muchas dudas, parece partir de la elaboración de un relato basado en el perfil, imagen o prototipo de un varón adicto.

Así, al introducir la variable mujeres adictas y preguntar sobre esas mismas cuestiones para tratar de obtener información acerca de la equiparación o diferenciación del estigma en función del género, prácticamente todas las personas entrevistadas admiten un mayor estigma social sobre las mujeres que usan/abusan de drogas en comparación con el que se les adjudica a ellos en las mismas circunstancias.

En las mujeres hay mucho más estigma. En el hombre está mejor visto, pero en la mujer no. El hombre puede, pero la mujer nos llama mucho más la atención (MM01).

Mucho más que en los hombres. En el tema de la higiene, por ejemplo, el hombre se descuida muchísimo antes que la mujer, por norma general, pero al hombre se le tolera más que a la mujer. Si alguien solo percibe que está desarrapado y le ves en mucho bar y tal, bueno, no le das tanta importancia, y si mañana le ves bien no ha pasado nada. Pero si a la mujer la ves que empieza a descuidarse, empiezas a ver ciertas actitudes (bebiendo sola, darle una voz a los hijos...) bueno..., eso es imperdonable “es una borracha”. Yo creo

que hay mucho más peso socialmente hacia la mujer ante la misma situación ¿eh? (MH02).

Sin duda, el sistema sexo-genérico tiene una importancia capital a la hora de juzgarlas, básicamente respecto de sus mandatos de género y el cumplimiento adecuado de sus roles: hijas, esposas o parejas, y sobre todo madres.

Yo creo que es mayor en las mujeres, especialmente si son madres, mientras que en el hombre, bueno, no es el ídolo del barrio pero se vive de otra manera. En las mujeres se vive con mayor gravedad y creo que si no son madres también hay mayor señalamiento, pero la gran diferencia es cuando son madres. Mientras con el padre se es más tolerante, incluso la propia pareja, con la madre es mucho más duro el entorno y se la cuestiona muchísimo más, como si (consumir) fuese un acto voluntario permanentemente (MH02).

En el imaginario social la concepción de las mujeres que abusan de drogas es el de “malas hijas, “malas esposas”, pero sobre todo “malas madres” o “madres que dañan a sus bebés” (Romo, 2005). Las mujeres que son madres enfrentan una estigmatización aún mayor (Radcliffe, 2011).

Si la mujer, ésta que te digo, lleva los hijos un poco tarde al cole (10 minutos) y un poco desarreglados, eso no se perdona ¿eh?, pero tampoco se pregunta si el marido tiene algún problema o dónde está el padre (MH02).

Todavía está peor vista. Y si es mujer y madre todavía peor ¿no? ... que una mujer madre desatienda a sus hijos... ¡como si sólo fuera ella la única responsable!. Entonces, creo que desafortunadamente, en esta área también las mujeres salimos perdiendo (EM02).

La mujer mucho más, porque a los hombres muchas veces no se les pregunta si tienen hijos, pero a las madres, a las mujeres sí. Y esto es por esta parte del cuidado de la mujer, del maternaje que se supone que tiene que tener (CM03).

En el campo de las adicciones, el término “doble estigma” aplicado a las mujeres es sobradamente conocido. Esa duplicidad deviene del doble salto de norma, primero por abusar de drogas ilegales o relacionarse con el mundo de la ilegalidad (lo que per sé, como se ha reflejado, siempre conlleva un estigma para cualquier persona adicta), y segundo por transgredir los roles femeninos tradicionales (Ospina, 2020; Lloret et al, 2013).

Lo hemos hablado muchas veces (...), no es lo mismo ver a una persona⁴ que tiene un “pedo” que a una “borracha”. El género le cambia el adjetivo. En la mujer, la adicción tiene un complemento y hay un estigma mayor (MH04).

⁴ Adviértase que el discurso asimila el término “ persona” con el/los hombres, como si la mujer no estuviera incluida en esa formulación y debiera ser enunciada como algo distinto, la mujer. La representación de “la persona”, pues, es la de un hombre: “No es lo mismo ver a una persona que tiene un “pedo” que a una “borracha”

En general, en las mujeres está mucho menos aceptado y es más criticado o discriminado este consumo de drogas, el abuso de las mismas o una adicción (MM05).

la mujer está más dañada socialmente, por lo que es más posible que se la vea peor. Tienen una exigencia mayor. Son muchos años de una visión más exigente hacia las mujeres socialmente, por las responsabilidades que se les atribuyen (EM05).

1. El origen del mayor o doble estigma de las mujeres adictas

Las personas entrevistadas reconocen claramente y ubican en el centro de la cuestión el sistema de valores y creencias sociales y culturales que manejamos en torno al género, los mandatos, roles y expectativas adjudicadas socioculturalmente a hombres y mujeres, que operan de forma diferencial en todos los ámbitos de sus vidas, luego, también en su relación con las drogas.

Porque tenemos a la mujer idealizada. La mujer, a lo largo de toda la historia, antes estaba en casa, los niños... ¡pues como que no puede hacer eso! ¿no? (relacionarse con las drogas). Está mejor visto que se drogue un hombre a que se drogue una mujer (MM01).

Yo te diría que hay unas diferencias abismales. Las mujeres están mucho más estigmatizadas, y si tienen hijos, en ese caso más, porque para las mujeres el mandato social es ser buenas madres. Nosotras tenemos que cumplir con ese mandato, entonces claro, cuando viene una mujer drogodependiente, viene con una culpa tremenda, arrastrando años de problemas familiares de todo tipo (EM01).

Los mandatos de género han obligado a las mujeres a ser y estar para los/las demás. El uso de drogas, el abuso de las mismas o una adicción se ve como un ataque o una violación hacia estos mandatos (MM05).

La mujer está estigmatizada sólo por el hecho de ser mujer y consumidora, y eso ya acarrea una etiqueta más pesada si es madre o si además tiene otras mil circunstancias. Para mí, el estigma es una de las faenas que tiene precisamente el abuso, sobre todo, en el caso de las mujeres, entonces es muy complicado, porque se las etiqueta como mujeres drogodependientes, y salir de ahí..., es como que ya tengo todo: drogadicta puta loca... , entonces es complicado (EM01).

Una de las personas entrevistadas recuerda que el estigma hacia las mujeres que abusan de drogas no sólo proviene de la población o incluso de las y los profesionales, sino que también se ejerce desde las personas que participan en el entorno de consumo, también adictas.

Creo que las mujeres todavía tienen más mayor estigma, y ya si eres madre. Y respecto del imaginario de toda la gente está ¿y qué hace esta mujer para ganarse la vida? ¿no? Entonces dentro de ellos mismos, también dentro del círculo de personas que consumen, a las mujeres también las consideran “comebolsas”, como que se juntan con una pareja y consiguen buscarse la vida de esta manera (gracias a ellos) (CH01).

2. Consecuencias diferenciales del doble estigma

Las consecuencias principales de ese estigma por la doble transgresión coinciden en algunas ocasiones con las que conlleva el estigma sobre los hombres, pero se diferencia en la intensidad, siempre mayor y peor sobre ellas.

Por ejemplo, tanto hombres como mujeres manifiestan culpa por haber desarrollado una dependencia a sustancias que se verbaliza principalmente cuando comienzan su trabajo personal en el tratamiento, pero la culpa y vergüenza que verbalizan las mujeres es mayor, más intensa, más extensiva a todas las dimensiones de su ser y su identidad, su autoconcepto y autoestima y que tienen más peso cuando provienen de terceras personas, mientras que en el hombre el hombre no resultan tan invasiva, no afecta tanto a su identidad ni resulta tan dañino para sí.

En estos apartados se exponen los extractos de quienes participan cuando se refieren específicamente a las mujeres en cada cuestión, y posteriormente lo que opinan en sentido genérico, es decir, lo que comentan cuando no se introduce en la pregunta la cuestión de género.

Así, las consecuencias principales derivadas del estigma que consideran relevantes son:

2.1. La culpa

La culpa es un sentimiento que aparece y perciben en los recursos los equipos de profesionales, y tanto por parte de los hombres como de las mujeres

2.1.1. Sobre la culpa en términos genéricos

Yo creo que sufren literalmente la culpabilización, para empezar, porque entienden que la gente piensa ¡tú consumes porque quieres! o ¡tú no sabes salir de ahí! ¡tú eres el bicho raro! y eso también sucede en el núcleo familiar: ¡tú tienes el problema! ¡Tú eres el responsable! (...) y luego, por supuesto, también creo que cada droga tiene un estigma distinto. Entonces, si nos colocamos por ejemplo en drogas que son muy agresivas, porque son muy rápidas y tal, como puede ser la heroína, la oxicodona, opiáceos ¿no?, que generan como una adicción muy rápida y que deterioran gravemente a la persona y que le hacen estar como una especie de zombie que va por la calle pululando...., pues lo que te decía, que se le ve en el aspecto, en el comportamiento, en todo... , pues ahí ya la gente dice, o ni se te acerca, o sea, literalmente eres un engendro humano que estás ahí...un yonqui al que hay que temerle, del que hay que huir...., y eso no pasa en el caso del cocainómano, por ejemplo (EM01).

Bueno, creo que (el estigma) incrementa la sensación de culpa. Muchos ya vienen con un peso importante por la adicción y todavía como que se les echa otra piedra a esa mochila de culpa que ya traen. Y luego el aislamiento ¿no? como que se les separa todavía más (EM02).

2.1.2. Sobre la culpa de las mujeres

La consecuencia de este estigma para ellas son los sentimientos de culpa y vergüenza por la realización de comportamientos dirigidos al disfrute o al placer personal (cuando no son problemáticos o abusivos), como si a ellas no les fuera permitido el goce (MM05).

Nosotras tenemos que cumplir con ese mandato, entonces claro, cuando viene una mujer drogodependiente, viene con una culpa tremenda (EM01).

¿ellas?, culpa, tienen esa culpa intrínseca de haber hecho lo que han hecho y de haber perdido muchas cosas (MM01).

La mujer, tradicionalmente, por los problemas de género y demás, siempre ha sido más sensible a esa presión social del qué dirán (CH04),

Los hombres sólo sienten el estigma cuando son diagnosticados como PUAD y/o entran en un tratamiento; antes no hay culpa ni vergüenza (MM05).

Hay una desigualdad importante relacionada con el mandato social, donde la mujer tiene la responsabilidad; una conciencia de responsabilidad personal y social mucho mayor que la del hombre (MH02).

2.2. La vergüenza

En este caso, se ha hecho mención a un mayor sentimiento de vergüenza en las mujeres porque, además del consumo han vivido otras experiencias o situaciones que también son muy fuertemente censuradas y estigmatizadas socialmente en su caso. Como señala Juliano (2002), son situaciones que añaden otra marca o señal sobre un grupo que previamente ya está estigmatizado, en el caso que nos afecta, por la adicción. En muchas mujeres, el consumo de drogas se configura precisamente como un mecanismo de evasión ante situaciones de su vida que les generaron malestar emocional y estrés derivado de factores externos (Jarpa et al., 2016).

El estigma les genera un daño emocional que afecta a su consumo (lo aumentan), y ese aumento lo justifican por la culpa y la vergüenza que sienten. Ese sentimiento de culpa, de soy mierda, de me siento hecha polvo, no tengo nada en mi vida o lo poco que tenía lo he perdido mientras consumo.... Al final viven el consumo como un rato de evasión que tengo (CM05).

Esas situaciones son, por ejemplo:

2.2.1. Ejercicio de la prostitución/trabajo sexual

El hecho de que algunas de las mujeres adictas hayan contactado durante más o menos tiempo con el contexto de la prostitución, hace que se intensifique el estigma y la vergüenza. De hecho, tal y como señala Juliano (2002), el desarrollo de esa actividad es uno de los factores que genera mayor sufrimiento y resulta más difícil de superar para ellas, porque lo que sienten perdura tiempo después de haber abandonado dicha práctica.

Los extremos a los que llega un hombre muy deteriorado y a los que llega una mujer muy deteriorada, pues obviamente son diferentes por tema de género y a lo que tiene que recurrir muchas veces la mujer para financiarse el hábito, léase prostitución, temas de relaciones abusivas y demás (CH04).

No es lo mismo que alguien se presente diciendo que ha cometido delitos para costearse el consumo a decir que te has tenido que prostituir, y no quieren exponerse a eso por miedo a etiquetas como “puta” (MH04).

...luego también sí han ejercido por ejemplo la prostitución, pues también eso es algo que marca mucho (MH03).

2.2.2. Ser madres

Como se ha comentado anteriormente, la culpa y la vergüenza por no haber cuidado adecuadamente o como se espera desde los mandatos de género para las mujeres, son más intensos en las mujeres y sobre ellas. No se les censura a ellos de la misma manera como padres de esas mismas criaturas.

Son ellas mismas, ellas mismas se culpabilizan y se avergüenzan lo suficiente de esa parte maternal. Parece que los niños son solo de la madre y no del padre. El padre es un enfermo pero la madre los abandona ¿no? (MH04)

Las mujeres tienen el añadido, sobre todo las que tienen hijos, de la carga de los hijos. Eso yo creo que es la principal carga que tienen las mujeres (MH03).

Cuando uno solo piensa en sobrevivir y en disimular los consumos y demás, esa culpa igual no está tan presente, pero en esta fase que comentamos sí (pasada la desintoxicación y/o iniciado el tratamiento), y esa culpa se agranda mucho más cuando son madres, cosa que en los hombres no se ve de esa manera (MH02).

El hecho de ser mujer claro que no da igual, y si además es madre de familia ni te cuento “mala madre con los hijos, “sinvergüenza” ...pero si es un padre “bueno es un borracho, vaya pena”. La madre tiene mayor responsabilidad, y por tanto mayor culpabilidad y mayor sentimiento de desamparo.

Con las mujeres los mismos hijos suelen ser más exigentes con la adicción de ella que con la del padre. La madre tiene que demostrar mucho más, tiene que ganárselo más. Con los padres son más tolerantes y les perdonan antes, recuperan antes la relación que con la madre. La madre tiene que demostrar muchísimo más (MH03).

A pesar de la disponibilidad de recursos para mujeres con hijos/as la presión de las normas de género que imponen a las mujeres un rol irrenunciable de cuidadoras hace que muchas de ellas retrasen la búsqueda de ayuda hasta que los hijos/as son mayores e independientes (Sánchez Pardo & Vicente Manzanero, 2013).

2.2.3. Retiradas de custodia

En las mujeres que han pasado por el trance de una retirada de hijas/os se agrava notablemente el sentimiento de culpa (Alonso et al., 1997).

Ellas lo viven como que se los quitan, y a ellas eso (tener los hijos/as) les sujeta, y cuando se los retiran lo tienen más difícil, y esa dificultad también tiene que ver con el estigma, porque en el momento que a tu hijo, entre comillas, “te lo quitan”, tú lo vives como que tú has fracasado, como que tú has fallado, y se junta eso con tu propia vulnerabilidad y con el estigma público de todos..., de repente soy acusada públicamente de mala madre, y esto ya me hace empeorar (EM01).

2.2.4. Violencia física, víctimas de malos tratos

En algunos discursos se habla de las violencias que reciben las mujeres adictas y en otros la que reciben las mujeres/parejas de hombres que abusan de drogas. En este sentido, la violencia de género

atravesada por el consumo de drogas no ha estado atendida ni se está incluyendo como contenido de la intervención en la mayoría de programas, ni para las mujeres víctimas (y consumidoras) ni para los hombres victimarios (adictos), pese a estar unas y otros en espacios terapéuticos que posibilitan ese trabajo, obviamente con diferentes fines.

.... cuando además son ellas (mujeres consumidoras) las víctimas de robos, abusos, violaciones, etc. (MM05).

Esta cuestión ni la de otros traumas muy presentes en las mujeres con TUS forman parte, en general, del itinerario terapéutico que se ha de recorrer en el tratamiento, salvo que trabajen en ellos profesionales sensibles hacia el tema o con formación en perspectiva de género, luego, lo habitual es que se obvie como contenido imprescindible en el proceso de tratamiento de las mujeres y que jamás se cuestione a los hombres victimarios en su proceso, ni se trabaje sobre ello con ellos.

Artículos internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja hombre (habitualmente también consumidor) con una incidencia tres veces superior a la de población general (Llopis et al., 2005) y que el alcohol está presente en más del 50% de los casos de violencia contra la mujer en el mundo (Altell et al., 2007).

El alcohólico molestaba menos socialmente ¿no? no delinquía, quedaba más en el ámbito familiar, el maltrato en el hogar (MEH02).

La realidad es que hemos atendido (por drogas) a los abusadores, a los agresores (ETM01) (al hilo de la inadecuación de los recursos a las necesidades de las mujeres).

Una mujer consumidora se expone a mayor riesgo (....), es mucho más vulnerable: abusos, malos tratos, mayor marginalidad..., sin ninguna duda (...) y la forma de reaccionar es completamente diferente, y la sociedad también y las consecuencias de la adicción en estos casos, también (MH04).

Tal y como afirma Moya (2007) cuando es el hombre el que bebe su conducta puede tornarse agresiva con las personas que están a su alrededor y que en numerosas ocasiones. La diana de esa agresividad es la mujer. Cuando se experimenta la situación contraria, es la mujer la que consume, también suele recibir agresiones psicológicas y físicas por parte de su pareja con el objetivo de “corregir” su conducta desviada.

2.2.5. Víctimas de abusos, traumas y agresiones de carácter sexual

También todo el tema de delitos sexuales o de malos tratos.... Sí, hay una parte del grupo que tenemos que proteger, sobre todo por delitos sexuales. Ha habido casos graves que igual no se pueden compartir en grupo, pero hay que trabajar con ello también ¿no? también pensar en qué temáticas se pueden trabajar delante de hombres o de mujeres... hay que tener cuidado (MH04).

Un problema importante se da en mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales, porque va a determinar mucho sus relaciones en un futuro. Las mujeres que han sido víctimas de maltrato también va a determinar sus relaciones de futuro, porque van a dar con personas que son de un perfil concreto..., (....) Ahí sí que hay un plus de dificultad en las

mujeres que los hombres no tienen, ya que las mujeres siguen siendo las encargadas también de los hijos menores a cargo (MEH03).

2.3. La ocultación

Prácticamente todas las personas que consumen/abusan de drogas ilegales o alcohol de forma abusiva, hombres y mujeres, tienden a ocultar su consumo para evitar su identificación e inclusión en un grupo socialmente devaluado, pero son ellas las que más se esfuerzan en negar el hecho y ocultarlo, por esa doble penalización o doble estigma.

No te lo decían por este estigma o por el miedo al qué dirán (MM01).

El usuario siente que, una vez que se destapa, va a ser de alguna manera estigmatizado, lógico, y siente que por eso hay que esconderlo. No, que no se entere nadie, que no trascienda (....) Y obviamente en las relaciones sociales también se intenta esconder (EM01).

2.3.1. Lo que dicen los testimonios en torno a las mujeres en cuanto a la ocultación

La mujer consume mucho alcohol a escondidas, es muy común, sobre todo de cierta edad, de mediana edad para arriba, 50-60 años, que consume a escondidas, en casa, sin que le vean ¡pues claro!, mucha gente acaba bebiendo a escondidas y claro, tarda más en salir todo (identificar y derivar a recurso especializado) (MH03).

(....) por eso beben en casa porque están peor vistas, una mujer borracha no es una cosa común de ver en los bares, y no es porque no haya, es porque se esconden, porque se sentirán todavía más observadas y más enjuiciadas que un hombre. A los hombres es más fácil verlos bebiendo en bares o bebiendo solos, pero eso sí que influye en las mujeres, que beban a solas ¿no? (MH03).

Este último testimonio muestra cómo el estigma, o mejor dicho, la evitación del mismo, hace que principalmente las mujeres beban en privado, en el ámbito doméstico, lo cual retrasa el diagnóstico y el ingreso, o que cuando acceden a los dispositivos se encuentren en una situación de mayor deterioro sanitario y social y con más factores que interaccionan entre sí y complican la intervención.

2.4. La falta de apoyo

Las mujeres, a diferencia de lo que les sucede a ellos, cuentan con menor apoyo de la familia para ayudarles o sugerirles que vayan a tratamiento y apoyarles si ingresan en él. La familia las juzga peor, alineándose con los mismos argumentos de género que asume la población. Los hombres suelen contar, por el contrario, con el apoyo de las mujeres de la familia (madre, hermana, esposa o pareja) para cuidarles, preocuparse por ellos, motivarles para que vayan a tratamiento y acompañarlos en todo el proceso.

Lo que vemos más frecuentemente en las mujeres es que han sido relegadas y consideradas la trastornada o la loca de la familia. Han sido un poco relegadas a ese plano y entonces normalmente aparecen solas en terapia, no como los hombres, que suelen aparecer siempre acompañados de la pareja, de la madre, de un amigo, de no sé qué... (EM01).

Sin referirse al género hasta el final, se menciona también respecto del contexto familiar de la persona usuaria y el estigma que:

En la gran mayoría de las ocasiones lo que más les duele es lo que viene por parte de la familia, que también hay una parte de devolución en la que les digo ¡es que llevas 20 años! No sé, pero sí que lo que más les suele doler es la parte familiar. Y retomo con lo de las mujeres (más estigma) y en muchísimas ocasiones es por parte de la madre o hermanos-El padre sale poco (CM03).

(hablando sobre la principal fuente de la que proviene el estigma) en algunos momentos sus propios familiares (CM05).

o entidades públicas

Yo lo veo cuando nos vienen a solicitar ayuda para que les acompañes a un recurso público, por ejemplo. Te dicen: ¡no, es que yo he ido, he intentado, pero es que no me hacen caso!, y ¡cómo me ven que soy un yonki, no me hacen caso!, entonces ¿por favor, me puedes acompañar? y vale, les acompañas y sí que vives la situación de que las personas de ese servicio están dirigiéndose a ti en vez de a él o ella, que es el protagonista. Cosas de esas, por ejemplo, hacen que se digan ¡es que soy un mierda! ¡es que soy tal!. O sea, esas cosas que la sociedad piensa que son, al final las sienten como verdaderas (CM05).

De las dos cuestiones que aparecen a continuación, la primera se ha comentado de forma genérica, sin establecer diferencias entre hombres y mujeres, mientras que la segunda está más ligada a consecuencias que afectan en mayor medida a los varones con problemas de abuso.

2.5. Aislamiento social

A nivel social, entre que han vivido en un mundo que se han aislado (....) que también es un medio en el que te has rodeado de personas con tus mismos intereses (....). Tienen que rodearse de otro ambiente pero se ven muy señalados cuando tienen que cambiar el entorno (MH02).

Una persona que ha tenido una adicción, a veces no sabe si no encaja con unas personas porque ha sido adicto o porque simplemente no encaja ¿no? pero siempre acaban achacando ese tipo de situaciones a la adicción, cuando muchas veces no es así. Y comentarios como “me lo han notado” “se han dado cuenta de que soy adicto” son frecuentes (MH02).

Ellos mismos que han asumido ese estigma e incluso en personas que lo han superado, le lleva a cohibirse a espacios de ocio y tiempo libre o culturales, eso sí que se nota mucha en nuestras planificaciones de fin de semana que la gente no se atreve o no se ve en ciertos espacios. Porque toda la vida les han visto en tales espacios y cómo van a ir ahora a la biblioteca o al centro de cultura... y eso es por la imagen (MH03).

(El estigma afecta) claramente en la autoestima, a nivel general. En su grupo de tratamiento cada uno ha desempeñado un rol, pero sí que luego, cuando tienen que desenvolverse en un mundo sin adicciones, ahí la autoestima se nota muchísimo, y hay una deficiencia en habilidades. Y no es porque no las tengan (porque aquí las tienen), sino porque se muestran inseguros, incómodos... Aquí les ves que se manejan, se desenvuelven... pero fuera del tratamiento les cuesta, y eso es el estigma tanto externo como interno (MH02).

El ocio y el tiempo libre y la vida social, pues no se van a atrever, se van a ver fuera de lugar, de espacios habituales-comunes (...) ...lo que para muchas personas son espacios de ocio habituales y normales, para estas personas van a ser especialmente lugares difíciles (MH02).

Son muy conscientes de ese rechazo social, entonces ¿esto qué les genera a ellos?, pues al final no se sienten cómodos en situaciones que igual cualquier otra persona se sentiría cómoda. Ellos no se sienten cómodos, por ejemplo, en el mercado navideño, el dar un paseo por un mercado navideño. Sienten que les miran con desprecio, sienten que la gente se aparta de ellos cuando van a pedir a Lanbide, por ejemplo, o a cualquier otro sitio y van con una cita. La sensación de que les hacen menos caso que si fuesen personas no consumidoras. De hecho, ha habido gente que nos ha pedido ayuda para acompañarle a ciertos servicios porque creen que a nosotros nos hacen más caso a ellos (CM05).

2.6. Despido laboral

Una de las consecuencias, en este caso más asociadas con los hombres, son las que las personas entrevistadas refieren con relación al ámbito laboral, siendo una posible consecuencia del abuso de drogas el despido cuando la problemática “salta” o la menciona la persona que debe ausentarse para implicarse en un tratamiento.

A nivel laboral es evidente que influye, porque mientras que una empresa puede entender perfectamente que una persona esté de baja para hacer un tratamiento porque tiene diabetes y puede faltar algún día al trabajo porque tiene alguna hipoglucemia, es raro que se entienda la baja por tratamiento para el abuso de drogas (....) un diabético puede cuidarse y va a funcionar bien en su trabajo pero también hay diabéticos que no se cuidan y que cada dos por tres tienen episodios de desmayos, subidas y bajadas de azúcar... pero no se atribuye desde la empresa a que no se cuida ¿no?, cosa que no ocurre con las adicciones. Si una persona consume es “porque ha querido”, si no ha ido a trabajar es porque es “un vago” “un irresponsable” (MH02).

En el trabajo también, porque puedes perder el trabajo si se enteran de que consumes (MM01).

Todo el cúmulo de experiencias traumáticas enumeradas que presentan principalmente las mujeres, provoca que necesariamente el abordaje de su problema deba desarrollarse desde un punto de vista interseccional

EL ESTIGMA COMO FACTOR INFLUYENTE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

1. El (menor) acceso a la salud

Tal y como se señalaba en el marco teórico, el estigma se correlaciona con consecuencias afectivas que, *per sé*, agravan la salud ya de por sí afectada por el uso intensivo de drogas. Todo ello supone una merma del bienestar físico y emocional de las personas que abusan de drogas.

Totalmente negativo, porque una persona que consume le cuesta ir porque siente rechazo, piensa que van a pensar mal de él y a la hora de acceder a tratamiento cuesta mucho (M02).

Aunque sí, aunque se consiguen algunas mejoras, a veces hay que acompañar incluso al médico, acompañará a cosas muy elementales para rescatar por lo menos una parte de esto. Pero realmente como que se ve que han pasado años o tiempo sin pretender ser otra cosa, pensando como que no hay salida (EM04).

creo que el estigma dificulta el que ellos puedan ver un cambio dentro de su propia persona (CM03).

Pero si hay un factor que la investigación reconoce como elemento añadido de afectación y principal obstáculo para el acceso al tratamiento, ese es:

2. El autoestigma

El autoestigma es la asunción o introyección del discurso social para percibirse a sí misma/o. Algunas de las consecuencias del autoestigma más relacionadas con la salud son: la disminución de la propia confianza y de la capacidad para interactuar y relacionarse, lo que deriva a su vez en un mayor aislamiento social y un mayor deterioro personal, sanitario, emocional y social (Link et al, 1997).

(....) porque les envuelve tanto y les caracteriza tanto (ser adictas/os), que ya es una especie de seña de identidad (MH02).

Retroalimenta esa sensación de ineficacia, de baja autoestima, de que sin que la sociedad te mire mal, ya te sientes como una mierda por tu autoestima (EM03).

Algunos, de hecho, obviamente han tirado la toalla, hay varios casos. En los pocos años que llevo aquí he visto varios casos de gente que ya lo tenía totalmente aceptado y estaba simplemente esperando al día en que se muera y se acabó. O sea, que ya ha tenido tantos intentos fallidos, que vuelve a la calle, que sabes que está muy deteriorado pero que lo tiene tan asumido que... (CH04).

Pero también en la autoestima. Cuando una persona recibe eso, se siente eso y asume esos valores. O sea, es decir, lo que me dicen, me lo creo de verdad, porque yo soy así y porque además ese trato me lo dispensan y lo merezco al final ¿no? (EM04).

Si, yo creo que la sensación de ¡no tengo remedio!, ¡soy yo!, ¡soy de los excluidos!, yo sí creo que eso pesa mucho, pesa mucho. Saber esto vas a seguir igual, que no vas a levantar cabeza, que eres un pobrecito o eres un delincuente..., y al final uno acaba asumiendo eso y dice: ¡bueno, pues con ello! (CH01).

Todos los mensajes recibidos de todas las experiencias negativas anteriores, de todo lo que se les ha dicho y de cómo se ven ellos mismos..., porque se ven como les ven los demás también (EM05).

Ese pensamiento que puede tener la gente de ¡mira, es un yonqui! ¡es un mierda! lo han vivido en ellos y al final como que interiorizan eso. La gente que está al final del proceso creo que ya lo dan todo por perdido, como que es el destino y ellos ya no cuentan: ¡no hay nada que hacer!. Estoy hablando de gente que muy posiblemente duerme en la calle, que tiene problemas, sí, y que son curables, pero que no tienen el más mínimo interés o motivación. Es muy difícil motivar a alguien que está durmiendo en un cajero, en un banco para que vaya a curarse las heridas ¿no? Es devastador, porque hay gente que no se cura ni las cosas más básicas, de tener úlceras en las piernas y que vemos que no hace lo más mínimo, e incluso avisarles en plan ¡esto, como siga así, vas a perder la pierna!. Hay gente que ni aún así la puedes desviar de ahí. O ¡no lo hagas! ¡Stop pincharse en la ingle!. Avisas y avisas y das ejemplos de gente que incluso pueden conocer y ni aún así. (CH04).

En cuanto a lo que incide en el acceso a la salud, el autoestigma se correlaciona con el ocultamiento del problema por parte de quien lo padece (aislamiento, no reconocimiento, vergüenza, etc.); algo que afecta a los comportamientos de salud (buscar ayuda o cuidarse), genera invisibilidad y repercute

negativamente en la toma de decisiones tales como acudir a servicios sanitarios o iniciar un proceso terapéutico por el abuso de drogas (Mollá y Pastor, 2017) o permanecer en él.

Lo percibo en cómo interactúan con el resto de la sociedad. Incluso cuando alguien sale de tratamiento (finalizado el proceso) no se siente cómodo, no saben de qué hablar, no saben cómo moverse. Se meten en esa etiqueta y vuelven un poco al grupo donde ellos más seguros se sienten y que, en muchas ocasiones y en la mayoría de ellos, es con las personas que tienen la misma problemática ¿no? Desde ahí no se les va a estigmatizar porque todos tienen la misma problemática. Ahí es donde más cómodos se sienten. Hablamos de que muchas personas, después de los consumos, después de conseguir dejar de consumir, entran en una depresión o en una falta de habilidad (CM03)..

Tiene efectos muy directos hacia la persona, porque eso se retroalimenta. Si una persona por ser enferma se autoestigmatiza, si además se ve reforzado (el estigma) desde fuera, que le ven esa manera o que piensan que se les ve así, o uno a veces tiene la sensación de “mira como me miran, porque saben que soy...” esto al final crea mucha inseguridad y malestar, y al final, se retroalimenta ¿no? (MH04).

Y esa sensación de ineficacia, de no poderlo dejar, es muy difícil. Pero si además, al no conseguirlo, yo siento que estoy convirtiéndome en el yonki al que mira mal todo el mundo, eso retroalimenta la soledad, la baja autoestima, la ineficacia y todo esto (EM02).

Hasta ellos han asumido ¡nosotros tenemos el vicio! ¡nosotros somos tal..!. O sea, quiero decir, que se han ido con el dilema social moral y lo han asumido (EM05).

Dentro del cliché del adicto, cuando todavía el adicto se identifica como adicto, porque en algunas fases ya no se identifica, quizás se atreve a probar, pero cuando uno está consumiendo y se ve como un consumidor, va a ser difícil que salga a estos espacios y le va a costar, pero para todo lo que tenga que ver con supuestos espacios normalizados de la vida social (MH03).

Claro, forman parte de la sociedad, y como sociedad absorben las ideas y los constructos que se ciernen sobre ciertos colectivos, y eso determina (MH03).

Los mitos, estigmas y representaciones simbólicas creadas alrededor de una patología en particular afectan al modo en que la persona se relaciona con su entorno (Bermúdez-Román et al., 2015).

Si bien es cierto que el estigma y la asunción del mismo van a limitar el acceso de todas las personas que abusan de drogas a cualquier servicio de salud, las mujeres, otra vez por el doble estigma, asumen para sí e interiorizan en mayor medida el reproche social, les cala más hondo y provoca, en algunos casos, una afectación directa sobre su salud mental y/o el desarrollo de comportamientos autolesivos graves. Entre ellas, la prevalencia de ideas, planes e intentos de suicidio es mayor que entre los varones que también padecen una dependencia (Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

A nivel de tratamiento, el estigma viene con un sentimiento de culpa mucho mayor en ellas. Cuando salen del egocentrismo y acaba esa fase de impregnación de sustancia y empiezan a mirar hacia el exterior, a verse a sí mismas y su biografía... (MH02).

Y de nuevo se menciona que el hecho de que ser “madres” genera un autoconcepto y autoestima menor y mucho más dañada

(....) eres una mala madre y creo que esa es una de las cosas que más le puede pesar a una mujer, por el cargo de conciencia, la culpabilidad y todo lo que eso entraña ¿no? y bueno,

esto hace un daño horrible a la autoestima de las personas, como no puede ser de otra manera, y al final me lo acabo creyendo y acabo sintiéndome culpable, etc. (EM01).

Desde hace años, la epidemiología del consumo de drogas ha ido señalando una proporción de dos mujeres consumidoras por cada 10 varones y una representación ligeramente menor que esa para ellas en los dispositivos asistenciales. Aun siendo mayor la cantidad de hombres que se implican en el consumo de drogas, la ponderación de ambos sexos confirma el menor contacto de las mujeres con estos recursos especializados.

Estas mujeres siempre se han retirado antes del tratamiento o no llegaban. Nos preguntamos siempre el porqué de los datos 80% hombres vs. 20% mujeres, y es 80-20 porque siempre nos hemos centrado en atender a los hombres (EM01).

En este sentido, además del estigma que las aleja de la solicitud de ayuda especializada, Romo et al (2023) afirman que los elementos estructurales de estas entidades reproducen en muchos casos los mandatos de género, o lo que es lo mismo, mantienen las desigualdades entre hombres y mujeres perpetuando que reciban ellas, allí también, ese mayor estigma, censura y sojuzgamiento, o incluso experimenten las mismas violencias sociales por la doble transgresión, siendo por ello menos proclives a acercarse a los recursos de tratamiento, o si sortean todo lo previo e ingresan, siguen teniendo que enfrentar numerosas dificultades que aumentan la probabilidad de abandono o expulsión (Meyers et al., 2021).

Precisamente es esta la cuestión que se aborda en el siguiente apartado

3. El acceso, adherencia y finalización del proceso terapéutico en los recursos especializados

3.1. El acceso

Si, como se señalaba anteriormente, el ocultamiento y la negación comienza por el entorno más cercano (familia, amistades, etc.), el miedo anticipado al estigma provoca que las personas con TUS se alejen de cualquier dispositivo en el que su adicción pueda ser detectada.

Son muy pocas las personas que acuden a un servicio de Atención Primaria de Salud solicitando ayuda por su dependencia a drogas, pero también en este caso en ellas es menos probable esa demanda, toda vez que si acaso se les pregunta en esos servicios de salud por la existencia de problemas con drogas (por indicadores indirectos), ellas lo niegan en mayor medida que los varones. Así, admitirlo y tomar la decisión de ingresar en un tratamiento de drogodependencias se plantea en un horizonte más lejano para ellas.

Vemos pocas. Siempre hemos visto lo que se sabe, lo del 80-20. Menos en proporción que los varones, y no solamente porque puede haber menos (mujeres adictas), sino porque llegan menos. Creo que ellas prefieren trabajar en privado, en tratamiento privado. (EM05).

Creo que el asumir que tienen que ir a un tratamiento ya hace que pongan en voz de la sociedad que tienen una problemática, cuando durante mucho tiempo estuvo escondida. Por eso hablábamos antes del perfil de mujer. Entonces, creo que tienen todo: llegan más tarde, llegan en muchas peores condiciones, tanto físicas como psicológicamente, y luego tienen el añadido en muchos casos del tema de género. Muchas vienen con parejas consumidoras o con dificultades de relaciones (CM03).

En nuestro dispositivo el ratio de mujeres es bajísimo. Una diferencia abismal, como de 20 a 1 (CH04).

Ya se ha apuntado que una de las principales dificultades que encuentran las mujeres para acceder a un tratamiento son los prejuicios que se mantienen hacia ellas en los propios recursos y por parte de las y los profesionales, así como la ausencia de perspectiva de género en el diseño de los dispositivos, programas y contenidos del itinerario terapéutico de las mujeres (Arostegui y Martínez- Redondo, 2019).

Tienen mucho más miedo a la hora de empezar el tratamiento, porque ya de por sí el sistema está diseñado androcéntricamente, lo que ha hecho que las mujeres no sean atendidas con perspectiva de género, por lo tanto, llegaban a recursos masculinizados donde se les atendía con el mismo corte que a ellos, basándose en las investigaciones científicas deducidas a partir de los hombres (EM01).

se nota el estigma en la mujer en lo que hablábamos antes de que no llegan al tratamiento la misma cantidad de mujeres que de hombres porque tienen la sobrecarga de ser madres, con lo cual, ya, no solamente eres una persona problemática y a evitar, sino que encima tienes que cumplir socialmente con atender a tus hijos, aunque tengas una adicción ¿no? eso es un plus que hace que muchas prefieran no venir (MH03).

Algunas personas reconocen y recomiendan analizar la influencia del tipo de recurso que ofertan a la hora de favorecer el acceso de las mujeres al tratamiento, ya que, como se ha señalado, algunas estructuras no permiten que las mujeres puedan seguir ejerciendo sus roles de género y para algunas eso entraña, además, una mayor culpa. Por ejemplo, como se señala en otro apartado, el cambio de Comunidad Terapéutica a Hospital de día por parte de un recurso, ha favorecido el acceso de las mujeres. Los tratamientos ambulatorios, igualmente, permiten que las mujeres puedan seguir con las tareas que les hacen sentirse menos culpables y estigmatizadas.

Determina mucho el que vengan las cargas familiares. Eso, sin duda es una realidad. Yo he visto que el tratamiento ambulatorio no compromete nada (sus roles) ni todo el día, porque puede ser también que tenga que sólo tenga que venir dos días a la semana, una hora cada día. Cada persona tiene cabida en la parte del centro de día que pueda ser compatible con su situación (EM04).

Fuera de nuestro contexto, los informes oficiales del Observatorio de las Drogas en Europa, confirman que las mujeres con problema de dependencia a drogas tienden a ingresar en menor medida que los varones en programas especializados, precisamente para evitar el estigma (Greenfield et al., 2007). igual que sucede en nuestro contexto...

(...) en Comunidad Terapéutica el porcentaje de mujeres que había no se correspondía con la realidad (MH02).

(En Comunidad Terapéutica) Era más difícil para una mujer convivir en un lugar donde, bueno, se residía en plan grupo con hombres; tenían más miedos, más inseguridad, sensación de no encajar...(MH02).

“En muchos países en desarrollo, los servicios de tratamiento y atención para las consumidoras de drogas son limitados y el estigma asociado al hecho de ser mujer y usuaria de drogas puede dificultar aún más dicho acceso” (UNODC, 2012:21).

Afecta mucho a su itinerario y a su evolución de la adicción, en el sentido de que de que precisamente este estigma, este prejuicio hace que no venga o que vengan mucho más tarde, cuando la evolución de la adicción es mucho mayor y cuando ya estamos en un punto de difícil retorno (EM02).

Sí, sí, (el estigma) es desmotivador, sobre todo si se perpetúa. Si es alguien que ya se ve catalogado y encajonado en ese estigma de yonki o lo que sea, incluso le cerraría un poco las puertas a ir a un tratamiento (CH04)..

3.2. El mantenimiento o adherencia al tratamiento.

Respecto del mantenimiento en el proceso, señala Room (2005) que las personas que han ingresado en el tratamiento son marginadas frecuentemente y desproporcionadamente, lo que produce unos resultados adversos en el proceso terapéutico. Cuando se internalizan los estereotipos negativos y los prejuicios sobre su condición (autoestigma) es menos probable la adherencia al tratamiento (Mollá et al., 2017).

(hablando del estigma social) La persona que está en el proceso de tratamiento puede sentir que a nivel social la droga es mala, entonces que tú eres malo. Así que quizás eso puede entorpecer este camino en el que está (tratamiento). Yo creo que sí lo sienten, si lo tienen presente (CH02).

(hablando del estigma que pueden mantener las/os profesionales de recursos especializados). Eso daña el vínculo con la persona y la propia intervención (CH02).

Creo que el castigo de la sociedad hacia las personas que han iniciado un tratamiento y no lo han finalizado de una manera en la que entendemos que tiene que ser, que es una abstinencia, una vida en un coche rojo, en la puerta de una casa, etc., creo que eso va desgastando y no se ven capaces de seguir y de hacer un cambio. Sienten que no llegan o que no están llegando igualmente sea que ese sentimiento de frustración. Cuando ven que no son apoyados desde fuera o que son machacados por algún tipo de dificultad específica, creo que muchos deciden volver a un sitio de confort (el contexto de consumo), que muchas veces es un sitio donde están acompañados, donde saben cómo se llaman y saben de qué hablar. Luego está la dificultad de las habilidades, también, que pueden haber perdido por el camino de integrarse en la sociedad (CM03).

Ellos inician un tratamiento o inician un interés por un cambio, pero el propio estigma les corta en muchas ocasiones; personas que igual tienen mucha menos habilidad o que tienen menos autoestima ¿no?, pues enseguida que haya un comentario negativo hacia ellos, de los propios médicos y del propio personal que les está tratando, enseguida dicen ¡bueno, yo soy un tóxico y a tomar por culo! (CM03).

En algunos discursos se recuerda la dificultad añadida de las mujeres en todo el proceso de tratamiento. Incluso si llegan a superar las dificultades que se presentan en el ingreso, la ausencia de un trabajo especializado sobre otros eventos vitales igualmente estigmatizantes que se han mencionado (violencia física, sexual, abusos, traumas, etc.) afecta negativamente a su proceso y reducen sus opciones de éxito, puesto que han quedado sin abordarse realidades que han jalonado su trayectoria vital y no experimentan en la misma medida los hombres.

Las mujeres verbalizan muchas veces que no encajan en los dispositivos y que hay temas de los que no van a hablar en presencia de los hombres.

Es muy difícil resolver una adicción cuando hay una persona con una autoestima tan machacada y tan pobre como suele ocurrir en las mujeres...(…) Ahí sí que hay un plus de dificultad en las mujeres que los hombres no tienen (MH03).

En otros casos, la situación física, mental y los muchos problemas que han ido acumulando, hace que el tratamiento sea para ellas más difícil y que no vean salida a esos múltiples factores interseccionados.

Si yo consumo alcohol en la calle y me cojo unas borracheras del 15, me van a juzgar, entonces, como me juzgan, me las cojo en mi casa. Como me las cojo en mi casa, no se ve el problema. Como no se ve el problema, me las sigo cogiendo hasta que ya esto es mucho más difícil de controlar. ¿Qué pasa en los servicios? que las mujeres que llegan son las que están super deterioradas, las que han perdido todo apoyo familiar, amistades, han perdido todo y a nivel económico están hundidas. No vienen de la calle, pero bueno..., vienen de bueno, de una solución mucho más grave que sí, porque las que no están en ese punto todavía como que bueno, suelen tener igual más red o lo esconden mejor. No lo sé. Pero es verdad que las que llegan, las que solemos ver aquí, son las más deterioradas (EM03).

Sigue igual el nivel de deterioro que nosotros hemos visto y que es elevado ya cuando llegan. Llegan realmente con un nivel franco de deterioro, reconocido por ellas y asumido por ellas; fatalmente asumido, como de desesperanza, sí. (EM05).

4. El estigma de la persona adicta vs. el de las personas con otras patologías

Para obtener información al respecto, se pidió a las y los profesionales entrevistados que comparasen el nivel de estigma relacionado con el abuso de drogas y el derivado de otras enfermedades como la diabetes o la esquizofrenia, por ejemplo.

En general es mayor (en las adicciones), puesto que se piensa que de forma personal podría existir un control y dominio de las conductas relacionadas con los consumos. Y se generaliza y se extrapola que podría existir ese control en todo momento, si se empeñan en ello, si ponen fuerza de voluntad. Sin embargo, cuando la enfermedad está instalada, resulta mucho más difícil apelar a la fuerza de voluntad esperando que ésta nos funcione. Se necesitan otras estrategias y ayudas externas para volver a sentir el dominio y control personal sobre la propia vida. La depresión y la esquizofrenia (se ven) como enfermedades que vienen por causas ajenas: un excesivo estrés, problemas adaptativos, duelos no resueltos, etc. Sin embargo, pienso que socialmente se cree que la adicción a las drogas viene porque las personas han perdido la fuerza de voluntad, que son débiles frente a los problemas y dificultades (MM05).

En general creo que se sigue escondiendo y ocultando. Da mucha más vergüenza hablar de un problema de adicción que de otro tipo de problema de salud, como el azúcar, la tensión.. También el cáncer tiene su estigma, por el miedo que se tiene a la muerte, y el VIH ya no es así, porque la gente se relaja, porque ya no es mortal ¿no? y por eso este repunte de casos (MH03).

O sea, tú puedes tener una enfermedad orgánica, la que sea, diabetes, o no te funciona algo, lo que sea, pero ahí las personas se apiadan de ti ¿no? ¡Pobrecita que tiene esto!. En el caso de la droga es como si tú lo eligieras ¿no? y entonces tienes esa grave culpabilidad (EM01).

Fíjate que al principio te iba a decir que podría estar a la par de la enfermedad mental, que si bastante estigmatizada ¿no? Sin embargo, a medida que lo pienso, creo que es aún peor el prejuicio con la adicción, porque ahí está esta parte de que ellos se lo han buscado (EM02).

No tiene nada que ver (una y las otras patologías). Y ahora se está empezando a visibilizar la salud mental, que es la enfermedad del futuro, pero no tiene nada que ver. La hipertensión o la diabetes es una enfermedad a la que se ha dado visibilidad y se le puede decir a un vecino “voy a tomarme la tensión al médico” pero no dirías “voy al psiquiatra” “o voy a por mi tratamiento para el VIH”. La culpa la tiene la sociedad por no visibilizar determinadas problemáticas, pero creo que hay un cambio en el campo de las adicciones y creo que repercute positivamente en el ámbito (MM01).

A ver, yo creo que se atribuye responsabilidad a las personas que tienen ese problema (adicción). Se piensa que es por culpa de ellos. Ahora mismo están los obesos también. Ahora mismo está súper estigmatizado. Si está gordo es por su culpa. Hay como una realidad y moral en la que el toxicómano es culpable de lo suyo. El universo es culpable porque come (CH01).

Otra persona atribuye la diferencia a los efectos derivados de una u otra patología.

Yo creo que la diabetes, por ejemplo, no nos pone de X manera. Si yo consumo cocaína eso cambia; cambia mi cuerpo, cambia mis acciones, cambia todo. Entonces ¿qué ocurre cuando consumo? ¡pues que hago cosas que quizás no haría si no consumo!. En otras enfermedades esto no pasa. O sea, voy a tomar medicación para paliar la enfermedad, pero eso no genera un cambio en mis actitudes, en mi cuerpo. Ahí está la diferencia, en que (la adicción) genera cambios en mí. Y la gente ve esos cambios...que voy a pelear, a delinquir, y me pone la etiqueta. Lo que haces es malo, así que tú eres malo (CH02).

Este testimonio genera un debate interesante que, a juicio de las autoras debería darse y hacerlo consciente: se trata aparentemente de un debate lingüístico que tiene otro trasfondo y que puede traslucir el lugar desde el que las y los profesionales se ubican a la hora de intervenir. Hablamos de la diferencia entre “hacer cosas malas” y/o “ser malo”, así como utilizar la expresión: son “adictas/os” frente a la opción de “tienen un problema de abuso o dependencia con las drogas”. Una genera identidad y otra, a nuestro juicio, permite no afectar tanto o conservar otros aspectos que no equiparan una conducta con el “ser”, la identidad. Acaso, si no dañamos la identidad la persona es capaz de verse capacidades y habilidades que pueden ayudar en su recuperación. Importa lo que se dice y cómo se dice.

Parece que una persona es sólo la droga ¿no? Y una persona puede tener muchas otras cosas. Y luego parece que la droga está priorizando todas las áreas de su vida o está, más que priorizar, está dificultando cualquier otra área de su vida (CM03).

Otra persona trae a colación una reflexión sobre el uso de drogas como medicación o resultado de otras patologías no diagnosticadas, poniendo el foco en las personas que además de abusar de drogas, tienen problemas psiquiátricos:

Creo que la persona que tiene una patología dual, en este caso es todavía más machacada, porque sí que creo que a la sociedad le da más miedo la locura que la adicción. Y ya, si alguien con una patología mental grave es consumidor ¿no? pues ya es como ¡pobrecita esa familia que bastante le ha caído encima!, cuando en muchas ocasiones las personas

con patología dual mantienen el consumo y eligen qué tipo de consumo como una forma de estabilizarse. Se automedican. (CM03).

5. Profesionales de recursos especializados y estigma

Los recursos de atención a las adicciones tradicionales, por su estructura, programa, etc., y tal y como se ha manifestado, no se adecúan bien a la realidad y necesidades de las mujeres. Uno de los elementos que también hay que tener en cuenta en esas estructuras son las personas profesionales que trabajan en ellas y sus propios prejuicios y, si los tienen, en qué medida pueden afectar a su labor y al establecimiento del vínculo terapéutico.

El cuestionario de esta investigación incluyó una pregunta al objeto de conocer si las personas entrevistadas, como integrantes de equipos profesionales reconocen en ellas/os mismos la vigencia de estereotipos o prejuicios en torno a las personas con las que trabajan y cuánto determina eso su labor. Para ello se les pidió que señalaran, en una escala del 1 al 10, en qué sus ideas, sentimientos y conductas coincidían con el discurso social que habían manifestado al principio de la entrevista.

Se les instó a que trataran de dar una respuesta honesta y sincera, añadiendo el hecho de que todas/os, a pesar de ser profesionales, no podemos obviar la impronta de la narrativa o discurso social de nuestro contexto, cultura, experiencias, etc. acerca de ésta u otras cuestiones. Aun así, siempre habrá que tener en cuenta el sesgo de la deseabilidad social y la disonancia cognitiva que pudiera generarse de admitir el mantenimiento de prejuicios sobre las personas usuarias con las que se contacta en ese ámbito laboral.

En situaciones de interacción social, como es el caso de estas entrevistas, las personas pueden tender a distorsionar sus convicciones y manifestar opiniones acordes con lo que se considera correcto (Jiménez-Adán et al. 2010).

En cualquier caso, el análisis de las entrevistas deja entrever que el grado de estigma es menor entre las y los profesionales con más experiencia o años de trabajo en este ámbito laboral que el de las personas que llevan menos tiempo en él.

Para mí no coinciden (las creencias sociales) absolutamente nada, o sea, no sé, no sé si decir un cero. ¡Hombre! hay personas que es verdad que el uso de drogas, como tiene un efecto en el sistema nervioso central, pueden convertirte en una persona agresiva, o en un momento dado puedes tener una reacción agresiva, o puedes enfermarte por el uso de las drogas y eso puede hacer que haya paranoias o comportamientos desajustados. Y efectivamente esto es real, por tanto no voy a decir 0, pero yo, en mi praxis o mi práctica, yo conozco personas maravillosas, o sea, seres humanos súper valiosos (....) Lo que pasa que parece que muchas veces el fenómeno de la droga como que tiñe, hace un efecto tinta de calamar y tiñe absolutamente todo y esa persona está ahí remando contracorriente con esta dificultad enorme (EM01) (20 años de experiencia).

Me estoy dando cuenta de muchas cosas, fuera de esto pondría una cifra elevada, pero luego estás aquí y pondría como un 5-6 (MM01) (un mes de experiencia).

Si los conoces en un estado de intoxicación, de consumo activo, de estar activa la adicción y de estar totalmente dirigida su vida a conseguir la sustancia y conseguirla de cualquier manera, pues claro, efectivamente, coincide con todo eso, pero después de una desintoxicación te das cuenta de que eso se desmonta. Pero eso lo sabe el que lo conoce en

ese estado y convive todos los días y cuando conoces a la persona como a otra cualquiera, en su globalidad, conoces su situación familiar, sus vivencias... y claro, cambia mucho la perspectiva. La estigmatización es un tema de falta de conocimiento, de conocer y tener experiencia (MH03) (19 años de experiencia).

Hasta que no sabes y conoces no eres capaz de decir ¡hostia!, pues sí, es por esto, por lo otro. Pero no, lo que se dice no es nada cierto. La creencia es que los prejuicios que tenemos todos es bastante...son bastante fuertes para el momento en el que estamos (CH02).

Hay profesionales que se ubican en un uno, porque la escala comienza ahí y no en cero, porque si hubiera cero dirían que no hay en ellas/os asomo de prejuicio alguno, menos aún entre quienes tuvieron más decidido de antemano trabajar en este ámbito

No. Yo, de alguna forma siempre he tenido esta mirada, incluso de joven, antes de ser profesional, antes de formarme, antes de iniciar la carrera ¿no? Y siempre he tenido esta sensibilidad hacia las personas con adicciones y con enfermedad mental (EM02).

En su artículo, Otálvaro et al., (2019) afirman que las y los profesionales que trabajan en centros especializados para el tratamiento del abuso de drogas, al igual que quienes tienen una mayor experiencia personal, laboral o de contacto con personas con esa problemática, mantienen actitudes más positivas y muestran mayor consideración respecto de dicha población, en comparación con las y los profesionales de servicios generales o psiquiatría.

Y otras reconocen que, en cierta medida, comparten el discurso social.

Un cinco (CM03).

Fuera de esto (sin haber trabajado aquí) pondría una cifra elevada, pero luego estás aquí y pondría como un 5-6 (MM01).

Ahora que yo estoy trabajando y viviéndolo desde dentro, te diría que un tres o cuatro (CH02).

Un tres. Uno, dos y tres. Yo creo que no podría decirte exactamente el uno, creo que el uno va muy desenfocado, porque yo al final en algún momento sí que he tenido ciertos pensamientos, igual no de miedo, pero ante ciertas situaciones sí de ¡ voy a andar con cuidado! (CM05).

6. ¿Vicio o enfermedad?

Otra de las preguntas del cuestionario se dirigió a conocer la concepción de las y los profesionales en torno al origen y desarrollo de la adicción, si la explicaban en términos morales o médicos, o lo que es lo mismo, si la adicción tenía que ver con una decisión voluntaria, elegida por la persona afectada o si se trataba de un diagnóstico o afección médica sobrevenida. Al fin y al cabo, en parte, esta cuestión está relacionada con los prejuicios, tal y como se manifiesta a lo largo del texto.

La cuestión, a priori, dejó dubitativas a algunas personas, posiblemente porque tal vez no habían pensado nunca sobre ello.

¡Vaya pregunta!, es complicada (MH03).

Bueno... , esta es una muy buena pregunta (EM01).

Es una cuestión difícil (MH04).

Es un debate complejo (EM01).

Ufff.... (CM03).

Como se ha recogido al inicio del documento, la investigación en el campo de la antropología médica ha confirmado que el contexto socio histórico condiciona y “crea” lo que se considera enfermedad en función de una moralidad específica respecto de lo que asume como normal o anormal; algo que incide y afecta a los procesos de salud-enfermedad- atención (Lorenzo, 2012). En esta misma investigación se afirma que, cuando el juicio se realiza a partir de parámetros morales, el nivel de estigma es notablemente mayor o más intenso.

Esa fue la lectura social más extendida en la década de los 80-90, y también la de muchos dispositivos de atención a las drogodependencias y sus profesionales que, desde un punto de vista moral, responsabilizaban casi en exclusiva a la persona consumidora de su situación, ya que había llegado a ese punto “por deseo propio” (McNeill, 2021). El tratamiento, en aquel momento, incluía la culpabilización, el “castigo” o el necesario sufrimiento que conlleva la sanación, la máxima del esfuerzo y la voluntad, etc.; elementos que actualmente se pueden considerar como ejercicio de violencias. En algunos casos, se identifica el mantenimiento residual de actitudes no tan alejadas de estas.

Una persona con muchos años de experiencia realiza un análisis de aquel momento en base a la situación que se vivía entonces y las respuestas que se dieron al fenómeno, manteniéndose, por lo manifestado, que el debate entre vicio o enfermedad no está resuelto en la práctica.

Desde luego el patrón de tratamiento que se eligió, que era..., bueno, es que todo es ideológico, o sea, todo tiene su lógica y todo tiene debajo una ideología. Entonces yo creo que había una...que se optó por una ideología de exigencia, sacrificio. Se decía que no era un vicio, pero no encajaba bien. Se decía que era una enfermedad, pero tampoco eso respondía bien a la situación (EM04).

Esta misma persona señala que esa contradicción tuvo consecuencias importantes para las personas asistidas

El caso es que había algo moral, claramente. Y científicamente los psiquiatras eran los que eran.... yo no quisiera haber tenido que tomar ninguna decisión en aquel momento, porque creo que era complicado, eh? ¿Qué hacer y cómo hacer? Bajo el prisma de que la ciencia nos decían desde psiquiatría que era una enfermedad, pero luego no aplicaban los tratamientos médicos y la medicación de una enfermedad médica al uso, no era un diagnóstico médico, sino que era una etiqueta moral y Una solicitud de de exigencias que no le harías a otros pacientes. Entonces eso fue muy, muy intenso, como que debíamos fijar un castigo por esa conducta y el sacrificio. ¡no nos han partido la cara por un tris! Y con razón!. Recuerdo que un paciente decía: ¡Es que quiero que me deje algo, porque no puedo pasar así el fin de semana!Y se le decía: ¡Pues no, tienes que aguantar!. Si de verdad te interesa, tienes que hacer el esfuerzo de estar dos días sin consumir! (.....) Tengo claro que lo que se eligió entonces, no fue lo más idóneo. (EM04).

En el testimonio previo, se pueden destacar otra serie de aspectos que aparecen en diversos apartados del estudio, a saber: a) que el miedo asociado a las personas que abusaban entonces sigue presente pese a no corresponderse el consumo actual al de entonces, ni en las sustancias de elección (que actualmente no es mayoritariamente la heroína), ni las vías de consumo (antes se consumía

principalmente inyectada y ahora esnifada, oral, fumada...), ni las circunstancias (no son tan visibles las consecuencias del consumo, no se consume en la vía pública, no está tan asociado a la delincuencia, etc.) b) que eran muy pocas las voces que abogaban por tratar el problema desde parámetros médicos, lo cual incluía el tratamiento farmacológico del problema (además de otras intervenciones educativas, psicológicas, etc.) c) que siendo el paradigma de carácter moral para prácticamente todos los dispositivos y profesionales de entonces, la adicción se “castigaba” con la culpa, las reparaciones, el sacrificio, etc., de las personas, por su elección; unas exigencias que hoy se considerarían como violencias y serían inconcebibles y penalizables, ética y profesionalmente y d) esa forma de trabajo ha tenido que dar un giro total, lo que supone el cambio de ideología, actitudes, conductas y praxis, así como la aceptación de otros objetivos que no cabían en planteamientos iniciales (en aquel momento el único objetivo era la abstinencia, y para algunas entidades y profesionales aceptar la reducción de riesgos y de daños fue/es (aún) difícil de “digerir” como objetivo terapéutico). Vease el hecho de que iniciativas como la de Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, sólo trabajan sobre la abstinencia actualmente, y que entonces, algunos de los recursos de la red pública Osakidetza, contaban con voces profesionales que apostaban por los tratamientos médicos y rápidamente comenzaron a dispensar metadona.

Profesionales que no conocieron aquellos años se han formado en un panorama donde son aceptables e incluso deseables para algunas personas otros objetivos terapéuticos.

Veo de dónde vienen y veo por qué tienen que hacer ese esfuerzo, porque antes era ¡vamos a dirigir todo a la abstinencia!. Con la metadona fue lo mismo, pero al final fue sí o sí, porque ¿por qué tenemos que estar jodiendo a estas personas cuando encima viene con el VIH y no sé qué y no les puedes pedir más? Y al final vamos a intentar que por lo menos no se mueran (EM03).

Bueno, y para iniciar la desintoxicación demuestra que quieres dejando de consumir (sin medicación, fuera de un dispositivo médico, etc.) ¡Era muy fuerte!. Era una ideología de sacrificio, de ¡gánatelo!, de ¡hay que pagar!, de resarcimiento (EM04).

Pero volviendo a la muestra de este estudio se comprueba que algunas de las personas entrevistadas, principalmente las más jóvenes, afirman sin ninguna duda que la adicción es una enfermedad, mientras que otras, sobre todo las que tienen más años de experiencia, reconocen todavía cierta ambivalencia al respecto, tanto por parte de la población como de su propia perspectiva. En este sentido están quienes manifiestan que la adicción incluye ambos posicionamientos, quienes consideran difícil ubicarla en uno u otro extremo y opinan que estaría mejor situada a caballo entre una y otra concepción.

Parte de culpa sí tiene. En parte es responsable esa persona, es verdad, pero no la completa (CH02).

Con la adicción sigue estando la idea de que es una elección ¿no?, aunque ha ido evolucionando hasta que la adicción se trata como enfermedad, pero todavía queda un poso importante de personas que piensan que esto es un vicio y que la persona lo hace porque quiere y que podría hacer otra cosa. Lo normal ahora, cuando alguien se entera de algo así, no se dice tanto “lo puedes dejar cuando quieras” o “pues lo haces porque quieres”, ahora más bien es “pues pide ayuda, vete al médico” “vete a un centro”, etc., pero si hablas con la gente en general, todavía hay un grupo importante de “lo hace porque quiere”, “es por la

mala vida", "son las compañías" "nunca ha sido responsable"... Yo creo que se ha avanzado pero estamos en un punto intermedio ¿no? (MH02).

No, nadie quiere serlo. Yo trabajo con ellos y nadie quiere ser drogodependiente. Y también les digo: ninguno de vosotros habéis querido ser adicto. Nadie elige ser esclavo, se elige el placer, Queréis disfrutar de una sustancia, y como uno no se da cuenta en qué momento pasa, ha tomado lo suficiente como para hacer una adicción. Y el cuerpo y la mente todo esto lo reconoce como una sustancia que vuelve a desear. Ahí es donde está el problema. O sea, que realmente es una faena lo que os ha pasado. El problema es qué hacer ahora con esa persona.(EM04).

¿responsables? pues relativamente. Está la familia, la sociedad, y se empieza a ser responsable cuando la persona es capaz en la edad adulta de planteárselo e iniciar un tratamiento. Y si luego recae, en parte podríamos atribuirle ahí la responsabilidad, pero no tenemos que olvidar todo el contexto histórico, familiar y social. ¿Cuánto porcentaje? pues... quizás un 30% y un 70% (...), por poner alguna proporción.. (...) esto habría que ir viéndolo caso por caso. Yo no le atribuiría la responsabilidad a las personas de una forma generalizada (MH03).

Se prioriza la elección antes que la antes que la enfermedad (CM03).

Mira, este es un tema que hablo con muchos de los usuarios. Por equis circunstancia, ya sea por problemas laborales, familiares, físicos, psicológicos, esa persona vive una situación que la ha llevado al consumo, pero la persona que decide consumir es él mismo o ella misma. Mucha gente te pone excusas ante el consumo y es como ¿pero realmente por qué consumes? ¡Porque me gusta consumir!. Y esa es una realidad: que tú consumes porque te gusta consumir, porque te proporciona unas emociones o un momento de aislamiento que estás buscando. Lo podrías buscar de otra forma, pero tú has decidido drogarte. Entonces, creo que el protagonista, o digamos que el gran porcentaje de decisión es suya (CM05).

El tratamiento está dirigido a que la persona se responsabilice de su dificultad.Culpabilizar a la persona no es la clave, sino responsabilizarle, que para mí es un poco la idea ¿no? cambiar una cosa (culpabilizar) por la otra (responsabilizar) (EM01).

Una paciente nos cuenta que, siendo una cría, un tío suyo abusaba de ella y no lo había contado nunca. Y eso está ahí ¿es culpable ella? ¿dónde está la culpabilidad?, o una familia desestructurada con un padre alcohólico, maltrato...eso marca y ¿qué parte de responsabilidad tiene el individuo? Es una cuestión difícil (MH04).

Creo que las personas drogodependientes no son responsables de su enfermedad. No obstante, hay una serie de indicadores que les pueden hacer ver que las cosas no van bien, que hay pérdidas y sufrimiento haciendo lo que hacen, que subjetivamente pierden más de lo que ganan manteniendo estas conductas, pero la adicción es la enfermedad del autoengaño y se percibe y se hace consciente cuando ya no puedes salir fácilmente de ahí por tus propios medios (MM05).

Bueno, yo creo que es responsable, no vamos a eximirle del todo. No me parece que les podamos eximir de toda responsabilidad. No obstante, es cierto que en la mayoría de casos, cuando profundizas, hay unas historias familiares, unas historias de sufrimiento, de dificultades, y quizá desde la infancia ¿no? que han favorecido que vayan desarrollando ese problema, pero esa adicción no les exime absolutamente de las decisiones. Me parece

también bastante diferente cuando trabajamos con adolescentes o con personas que, aunque no sean menores, tienen 20, 21 años que cuando ya eres un adulto. (EM02).

Evidentemente todas las personas, o la inmensa mayoría, sí que tienen una parte muy importante de responsabilidad. ¿en qué medida?, no lo sé. Depende de cada uno. Hay personas que claramente no pueden, que no pueden en estos momentos hacer otra cosa. Quizá en su día sí, cuando empezaron, hace mil años, pero ahora mismo hay muchas personas que no pueden hacer otra cosa (CH01).

No es una condición no médica, es decir, uso esa expresión porque no quería medicalizar lo que es un diagnóstico, pero bueno, sí que es un problema de salud. Creo que la mejor manera de ponerlo sin meterte en restricciones semánticas es esta. Es un problema de salud con muchas variantes (CH04).

Sin embargo, al preguntarle por la responsabilidad del desarrollo de la adicción y del tratamiento de la misma, señala que el matiz, a su juicio, proviene de la clase social:

No es lo mismo la culpa que le puedes adjudicar a alguien de una familia privilegiada, sin ningún tipo de limitaciones, que la familia le ha podido facilitar todo tipo de de intereses que haya podido tener, tanto académicos como deportivos, o de una persona que nació en un barrio marginal, con unas condiciones limitadísimo, que lo único que ha visto es la vida de su barrio marginal. Esto es lo mismo; una persona que ha nacido en San Francisco y creció en San Francisco que el que ha nacido en Indautxu. Hecha esa salvedad, pues variaría el porcentaje que daría yo a una persona que ha tenido una juventud más cómoda que la de la otra persona. A la primera sí que le adjudica un porcentaje bastante alto de responsabilidad, porque ha tenido muchísimas más oportunidades que alguien que ha nacido en una familia monoparental, en un barrio marginal, que lo único que tiene en su entorno es droga.... (CH04).

Cabría, por resumir, que algunas opiniones están en los extremos (elección o enfermedad) y otras se modulan respecto del momento del proceso vital, es decir, que no tendrían la “culpa” en el desarrollo de la adicción, pero sí en hacer lo necesario (responsabilidad) para salir de ella. También se establecen diferencias en función de la cronificación del problema.

En la responsabilidad les doy un cinco. Creo que ya en este perfil más cronificado, gente que ya tiene una problemática grave de adicciones, creo que es un cinco también porque hay una parte que es una elección, pero que hay una parte que física y psicológicamente...(CM03).

7. La persistencia del estigma tras completar el tratamiento

En este caso se quiso recoger la opinión de las personas entrevistadas acerca de la perdurabilidad del estigma tras recibir el alta en el tratamiento, es decir, en qué medida estas personas conseguían, una vez finalizada la intervención, sentirse y mostrarse parte del grupo “normalizado”, si alcanzaban a construir u mostrarse desde una nueva identidad no devaluada, desestigmatizada, y si se percibían diferencias al respecto en función del género.

Las respuestas van en dos direcciones. Están quienes creen que sí, y quienes creen que puede quedarse ahí como una especie de recuerdo permanente.

Yo supongo que la persistencia del estigma también tiene que ver con la imagen. Creo que depende de lo que hayas deteriorado tu imagen, seguramente sí, es decir, por ejemplo hay

gente que tiene aspecto de extoxicómano y lo pensamos todos, y en cierto modo pensarlo ya es estigmatizar a la persona por tener aspecto de..., o yo puedo tener aspecto de guay...., el aspecto de no sé qué, o cada uno tiene su aspecto, pero claro, en ellos el plus ese sigue estando ¿no? como que tiene aspecto de haberse drogado mucho..., entonces yo creo que, en parte, sí ha habido un deterioro físico y si ha habido un deterioro cognitivo, mental, me temo que el estigma es difícil de quitárselo de encima (EM01).

Hay una realidad y es que muchas personas van a ser crónicas, van a hacer tratamientos, van a estar sin consumir, van a volver, hay que atenderles de nuevo...Pero yo creo que sí, con el tiempo desaparece. Si consiguen la abstinencia, con el tiempo desaparece. Otra cosa es aquellas personas que, a parte del consumo de adicciones, tengan algún tipo de trastorno mental grave, pues claro, la otra es más difícil (MH02).

La propia adicción, que eso ya es una huella en el organismo que hace que esa persona esté terriblemente vulnerable ante la sustancia, entonces eso ya es de por vida, salvo que saquen una vacuna. Es una pena, porque el esfuerzo que tienen que hacer es tan grande..... Y luego también normalmente las personas que vemos nosotros tienen pocas áreas de la vida conservadas, entonces a veces es un empezar de cero, claro (EM05).

Aunque entran en la “normalización” de la vida y se va diluyendo como un azucarillo (el estigma), creo que siempre quedará un poso importante de esa imagen que les identifique con aquello, aunque los que consiguen transformar su historia pues van liberándose ¿no? Cuanta más problemática generada por la adicción, más pesa el estigma. Cuanto más trabajando esa adicción, el estigma pesa menos (MH03).

El miedo que tienen a que físicamente se les note. Pero no se me nota si me ponen los dientes y así no se me nota lo que he hecho, las heridas que tengo en el brazo,...la mayoría de la gente no sabe que esas carreras que tienes en los brazos es por pincharte ¿no? O esas heridas que tienes en la mano ¿no? o la elección de cómo consumen, dónde se pinchan o que viene mucho peor porque desde fuera no se les ve. Eso es estigma y eso es su propia pelea. Después, además, eso se le va a recordar toda la vida. Como tengan marcas, eso todos los días lo van a ver (CM03).

Con la gente que nos visita y ha estado mucho tiempo (en tratamiento), ellos al final hacen su vida, una vida normalizada. Esto lo trabajan aquí cuando tienen esas sensaciones, pero una vez que se incorporan a su vida o hacen una nueva, pues sí que tienen mayor conciencia de enfermedad y eso es desestigmatizar. Si vives en otro barrio, pues nadie conoce ese pasado ¿no? y si vives en el mismo, incluso hay gente que te dice “qué bien te veo” y eso al final es un refuerzo y ellos y ellas lo valoran también (MH04).

Sí, creo que puede llegar a pasar, pero creo también que es una minoría, al menos de la gente que vemos aquí ¿eh? porque muchas veces son personas con mucha exclusión, gente ya muy deteriorada, con muchos años de consumo. Creo que para estas personas es muy difícil, pero sí tenemos casos también de personas que salen de aquí y se recuperan y normalizan la vida como como tú y como yo, que podemos tener un bajón emocional, reponernos y tirar. También tenemos casos de esos en los que te viene uno a los cinco años de haber salido de aquí y te dice: ¡mira, me he casado, tengo una casa, tengo un trabajo! pues qué ilusión, qué gusto cuando vienen (EM03).

Conozco algún caso que ha dejado el consumo, pasa a inserción y normaliza su vida con un trabajo, con una familia que rehace después de ese tratamiento y su vida está totalmente

normalizada. Ahí ves una persona que nunca hubieses pensado que es un consumidor (CM05).

Sí, yo creo que se puede. Sí, yo creo que hay casos que sí. No sé si la mayoría, pero entiendo que sí hay gente que lo puede superar, como se supera todo en esta vida. Para la mujer sí existiría la dificultad añadida de que, al haber sido educada en ser más sensible a la opinión o la presión de lo que piensan los demás, puede ser más duro (CH04).

Ya hay personas en un ámbito donde todos somos súper comprensivos, todos estamos súper a favor del cambio, súper. Pero yo sí creo que estas personas, una vez que terminan un proceso y están bien, todavía arrastran esto. Yo creo que ellos mismos, estas mismas personas tendrán también dentro la cosa, un resquicio. Y por parte de las familias, amistades y tal, esa desconfianza de ¿será verdad? ¿Irá bien esta vez? ¡A ver cuánto dura! o ¡nos está engañando! ¿no? Yo sí creo que eso permanece (CH01).

Se reconoce que, en el caso de las mujeres, el estigma puede tardar más en desaparecer, pero si se consolida la abstinencia, acaba por desaparecer.

Sí, también. Quizás tarde más...(MH02).

Las personas que han pasado por un tratamiento Sí pueden dejar de sentir estigma, incluso definir la superación de estos sentimientos como un logro personal y afianzar la fuerza interior necesaria para lograr nuevas metas y propósitos vitales con más confianza y seguridad. Aunque en el caso de las mujeres, la superación del estigma pasaría además por tomar conciencia de los factores de género que han afectado y afectan a sus vidas (MM05).

PERCEPCIÓN DEL ESTIGMA EN LOS EQUIPOS PROFESIONALES

Esta cuestión es diferente a la anterior, ya que se pregunta a las y los entrevistados si han visto, creen o sospechan de la actuación de profesionales de su mismo dispositivo o de otros recursos, que mantienen o trabajan a partir de estereotipos y creencias que aumentan el estigma.

Esta, sin duda, una de las preguntas que ha resultado más difícil responder, por cuanto que se podía interpretar que lo que les pedíamos era la delación o el sojuzgamiento de sus colegas. Por ello, la pregunta se formuló de forma más genérica, diciéndoles que podían hacer alusión a la época de prácticas, a su trabajo en otras entidades, etc.

Sigo teniendo la mala suerte de encontrarme con profesionales en otros lados en donde esos estigmas se ven muy claros y dices: no pega mucho lo que tú estás ejerciendo con lo que tú estás diciendo o haciendo (CH02).

Sí, por supuesto, o sea, hay profesionales que no tienen formación ni sensibilización, o sea, porque la formación ya es como el plus ¿no?, pues hay personas que ni sensibilización y que seguiría siendo un poco más sobre las mujeres, que las culpabilizan, etc. y sería un poco de violencia directa sobre las mujeres. Hay gente que piensa que es así, que lo está haciendo bien (EM01).

Sí, porque cuando hablamos de profesionales, tú vas a un Centro de Salud Mental y yo creo que hay profesionales que están allí porque trabajan en Osakidetza y bueno, mañana aquí y pasado allí, y tienen cierto nivel de estigma o no se han preocupado mucho de entender las consecuencias de la enfermedad. Vuelvo a poner el ejemplo de la diabetes,

un diabético llega allí y se desmaya y el médico pues le atiende y le pregunta si ha comido, qué ha comido... y entienden que es consecuencia de su enfermedad. Pero llega un adicto tarde a la consulta y no se entiende, no es que se tenga que tolerar que llegue tarde, porque forma parte del cambio que tiene que haber, pero no se entiende que eso quizás no lo hace porque quiere, es decir, la intencionalidad no se entiende: “estos siempre llegan tarde” “son unos dejados” y entonces hay que preguntar “¿pero sabes con quién estás trabajando?” hay que ver pues cuál es la razón, intentar que haya un cambio actitudinal...

También muchos profesionales lo personalizan y piensan que esa actitud va en contra de ellos personalmente, cuando su actitud es fruto de un contexto, de una adicción... hay que responsabilizar pero no culpabilizar y estigmatizar “es un desastre” (MH03).

Hay algunos que vienen temporalmente y que se ve que no tratan bien a las personas, o que enseguida juzgan, lo que se ve es eso, que juzgan sin conocer, y oyes comentarios que piensas... “tú que sabrás, si no lo conoces”. El problema es no saber juzgar a la persona en su justa medida, y de eso hay que protegerse, de lo que es dañino, pero cuando la persona no está continuamente conectada a la parte más tóxica y dañina, ahí es cuando hay que comprender a la persona... y esa persona lo nota, y ahí es cuando caben las posibilidades de relacionarse desde fuera del estigma, porque el propio paciente tiene estigma, el profesional tiene estigma...(MH03).

El tema de las adicciones dentro de la sanidad, la gente prefiere trabajar en otros campos que no en las adicciones, no es un elemento que motive demasiado ¿no? si hablas de psiquiatría y encima de adicciones, hay poquitos, eso indica claramente que no es un campo donde sea muy agradable ¿no? (MH04).

En muchas profesiones relacionadas con estas personas se maneja el estigma. Hay muchos profesionales de la salud que dicen ¡pues no me apetece! o ¡es una persona complicada!, o ¡me va a montar un pollo! o ¡este tipo de personas no las quiero!, pero incluso también en los recursos de drogodependencias, también hay eso. Al fin y al cabo todos vivimos en un determinado contexto (EM05).

Hay personas que perciben que compañeros/as que han trabajado en otros momentos en los mismos dispositivos donde siguen trabajando, mantienen ciertas inercias.

Venimos del objetivo de la abstinencia. Yo no he vivido tanto eso, pero estoy viendo la herencia de compañeras/os profesionales. Este equipo tiene los años que tiene y al final se nota (EM03).

Y otras que señalan que, a veces, empiezas con ganas a trabajar en este campo, pero te vas “quemando” por la dificultad que entraña el trabajo y lo poco gratificante que resulta en ocasiones.

Hay a quienes no les gustan (este perfil de pacientes) o que han acabado por no gustarles fruto de la poca rentabilidad del trabajo. Como que también es mucho esfuerzo y a veces se percibe como que no..., o sea, que requiere mucho trabajo, que a veces percibes que no se esfuerzan tanto como tú quieres. Y la gratificación es a veces muy poca. Y es que son complicados, tienen todo, son todo complicaciones. Y como que ya empiezas con un punto de desesperanza (EM04).

Desde fuera piensas que si ves que vuelven, y que vuelven, y que vuelven, entonces algo, hay algo que se nos escapa a los profesionales. Creo que, no sé, que los que siguen

consumiendo, por lo menos los que llevan mucho tiempo en ello, hay algo que les impide ver, hay algo que les impide cambiar. Venir aquí y yo, de primeras, cuando venía decía ¡pero si es que aquí no hay nada que hacer! (CH01).

Al final considero que muchas veces los profesionales que trabajan con adicciones.... es una especialidad tan frustrante que, en muchos casos hace que muchos profesionales pierdan la iniciativa o las ganas de tirar hacia adelante. Entonces se vuelve todo como muy rutinario ¿no? Y se puede llegar a tratar a todas las personas por igual. Pero si estamos será por algo, no?

Y quienes pueden remontar esa situación de “burn out” adoptando otras expectativas menos exigentes

Cuando empecé pensaba que no había nada que hacer. Hoy en día es sí, porque empiezas a ver cambios, empiezas a ver cosas y empiezas a entender que no, que salir adelante tiene muchos grados y muchas maneras diferentes. Pero sí, sí, sí que te asalta muchas veces este tipo de cosas y te das cuenta de que estás tachando a personas con el ¡es que no hay nada que hacer! o ¡Este va a seguir igual con la vida!. Si, si, si a veces me pasa como profesional.

Me parece que es un colectivo con el que se puede trabajar mucho, muy en profundidad, pero depende en qué servicio estás, que igual puedes trabajar con más o menos profundidad (CM05).

Aquí la intervención es un poco limitada y se dirige a que se inyecten de forma segura (CH04).

Algunas personas no tuvieron reparo en identificar sus propios prejuicios

Yo sí los tengo, claro, claro (CH02).

Te diría que nada, pero voy a ser un poco más crítica. Te voy a decir que un dos, porque yo me he criado donde me he criado y me he criado en un entorno machista, en un contexto sociocultural diferente (EM03).

Igual no me he separado de cuando era mi época. A veces me cuesta separarme de los que yo he vivido ¿no? (CH01).

Sí, por supuesto. Pues viene un perfil de un paciente “chungo”, pues con famoso VIH, y piensas “uf”, porque no es lo mismo que una persona que te viene con un historial decente, aunque sea consumidora, pero es un consumo más light, menos lesivo... pero con el otro piensas “a ver qué tal” “ten cuidado (haciendo gestos de alejarse...)” inconscientemente te sale eso ¿no?. (...) Pues sí, más distante, yo vengo de un ambiente sanitario diferente y aquí voy con cautela, más distante. El perfil es muy distinto y a veces ese miedo de que le dé un brote psicótico porque esté sin consumir, o más de agresividad y/o violencia... y afortunadamente te das cuenta de que no, pero como tengo que ser sincera, es lo primero que piensas. (MEM02).

No cabe duda, cuando empiezas sobre todo, ves gente con la que te manejas mejor o peor, también es una sensación tuya...(....) en mi caso no era tanto “a ver que me dice, ya viene a por mí...” era más “qué voy a hacer con este ¿no?” (MEH02).

Todos prejuzgamos como sistema de defensa inicial, pero luego, con el conocimiento de las personas, la experiencia, la actitud de apertura, comprensión...estar dispuesto ¿no? (.....), claro que estás impregnado socialmente por los prejuicios, pero aquí tienes que

dejar eso de lado, porque lo que tienes que ver es el conjunto de la persona. Puedes tener ideas o prejuicios, pero no es útil a la hora de trabajar; lo que intentas es ver algo más y eso la persona lo agradece mucho y es la única manera de generar un vínculo sano (MEH03).

Yo creo que todas las personas tenemos ciertos estímulos en la cabeza o nuestro puzle mental los tenemos bastantes interiorizados por nuestras vivencias, por nuestra crianza de cada uno. Todos tenemos estigmas, pero otra cosa es cómo lo hagamos y lo saquemos delante de la gente, que es otra cosa que se puede tener más o menos trabajada (CH02).

En lo relativo al estigma propio en el desempeño profesional, se formularon otras preguntas susceptibles de ser analizadas en conjunto.

1. Reflexión personal/profesional en torno al estigma

Sí, sí, lo tengo muy identificado, que creo que es lo que un profesional que trate una adicción, que trate a menores, que trate lo que sea, creo que lo tienes que tener identificado ¿no?, porque es responsabilidad del profesional. Yo, por ejemplo, tengo mucha dificultad con algunas personas, no tanto por el tipo de consumo que tengan, sino por el trastorno de personalidad que tengan. Hay trastornos de personalidad con los que no conecto bien, y creo que hay una parte que, al identificarlo, permites que otro profesional pueda favorecer el proceso de esa persona (CM03).

No hubo una pregunta concreta dirigida a recoger esta cuestión, pero a través de la respuesta a otras se pudo entrever un tema que se valora interesante y gira en torno a conocer si las personas entrevistadas, en tanto profesionales, han pensado, reflexionado, leído o considerado la cuestión del estigma contenido con entidad propia y suficiente en sí mismo. Y, por otro lado, y esta vez sí a través de una pregunta ad hoc, se quiso saber si se trabajaba sobre el estigma como tal en el recurso, en posibles formaciones internas, en supervisiones de equipo, etc., o incluso en lecturas de artículos, bibliografía de interés, etc. Y finalmente, también a través de una pregunta incluida en la entrevista, se pretendió confirmar si, reflexionado o no, incluido formativamente o no, se trabajaba sobre el estigma.

Fíjate que no, yo tampoco le he dado muchas vueltas (CH01).

Conversaciones a nivel de prejuicios sobre diversos temas que tengan que ver con este ámbito... nos tenemos que hacer una reflexión de lo que ha pasado, porque a veces, por el enfado y por la rabia, por el momento en el que estás, te sale una contestación, quizás no de buen gusto, a una persona que acude (CH02).

Respecto de la primera cuestión se pudo deducir que el concepto estigma era suficientemente conocido y cercano para las y los profesionales y que, efectivamente, tanto si se aludía a él como concepto o no, se trabaja en todos los recursos sobre sus efectos y consecuencias.

Respecto de si resulta un tema de reflexión personal y/o un elemento susceptible de generar una necesidad formativa, existen respuestas tanto afirmativas como negativas.

(...) obviamente, yo creo que a cualquier profesional de aquí que le cuentes esto, no le va a sonar ajeno, o sea, todo el mundo aquí trabajamos con las personas usuarias y con las consecuencias del estigma, teniéndolo en cuenta, por supuesto que sí...(EM01).

Depende de los recursos de reconocimiento de estos procesos de los que disponga el/la profesional. En profesionales sensibles, más empáticos, la compasión hacia los momentos difíciles de nuestros/as usuarios/as es un campo de trabajo muy importante, urgente y necesario para una reconstrucción de la autoestima y el autoconcepto nuevos (MM05).

(en cuanto contenido formativo específico en seminarios o jornadas internas) Yo te diría que hacer algo así, a priori me sale decirte que no, pero seguro que en algún momento lo hicimos. *Per sé*, sobre el estigma, yo no tengo constancia de ello. Así como sí hemos hecho formaciones tanto clínicas, como lo que te digo, sobre drogas, sobre perspectiva de género, de innovación o de un montón de cosas, sobre el estigma... darle como presencia y ponernos a enfocar sobre el estigma, así, a nivel formativo, yo te diría que no (.....) (a nivel personal).... No he profundizado en el concepto de estigma en sí, o sea, que a mí me ha sorprendido un poco también que hubiese diferentes parámetros para medir el estigma, pero lo que sí creo es que efectivamente hay un estigma social hacia personas drogodependientes (EM01)..

Sí, hemos reflexionado sobre esto, pero sí que es verdad que una vez que terminan, hay una fase de mantenimiento voluntaria, pero luego ya está la red de salud mental y esto dependerá de los profesionales que sigan apoyándolos en esa parte del proceso (trabajadora social, psicólogo, psiquiatra...) (....) También con la lectura y ensayos de cómo funciona el estigma, qué es... y cómo podemos abordarlo ¿no? (MH02).

En otro orden de cosas, en algunos discursos se ha reconocido que algunas normas y prácticas de las propias entidades, vistas con una perspectiva temporal, resultaban estigmatizantes para con sus usuarios/os, por lo cual se han desterrado y adoptado otros marcos de comprensión que no dañasen a las personas usuarias ni interfirieran en sus procesos.

Efectivamente, aquí ha salido el tema de conversación y que había cosas que eran estigmatizantes y que no éramos conscientes de ello ¿no? (MH04).

Esto ya se veía hace mucho tiempo por parte de algunos compañeros, e incluso la normativa que teníamos en el centro ha ido modificándose en base a estos conceptos que estaban basados en la estigmatización (MH03).

Trabajo mucho la imagen, vestimenta, por la mera visibilidad, el que otra gente los estigmatice y que ellos también aprendan a diferenciar entre, igual no puede estar perfecto, igual no puede estar excelente, pero no tengo porque estar hecho una mierda; cosas por las que puedan ser estigmatizados, porque es importante que los vean bien. Yo trabajo muchísimo eso. De hecho, en comunidad se valoraba la sinceridad, había que ser honesto, admitir que eras tal. Nosotros hemos tenido ¡pobrecitos! los que han tenido que decirlo hasta en la panadería (porque era parte del proceso), y ahora vemos que no tienes por qué. Porque tú tampoco vas en el metro y dices: ¡mira, oye, que me divorcié en verano!(EM04).

Entre profesionales que trabajan con personas en recursos de reducción de daños y riesgos, se percibe otra realidad

En el fondo yo creo que ni lo denuncian, que están tan acostumbrados...más que los que están en otros recursos, y están tan acostumbrados a vivir con eso que ni te lo cuentan ni lo ves (CH01).

En cuanto a las consecuencias del estigma que se trabajan en los grupos terapéuticos o individualmente, son en gran medida las que se han mencionado al analizar la pregunta que hacía alusión a los efectos del estigma en la población con TUS, es decir, la vergüenza, la culpa, la imagen que te visibiliza como persona adicta, etc., añadiendo alguna de las personas entrevistadas la necesidad de abordar este tema desde una perspectiva de género.

Esto (el estigma) hace un daño directo a tu autoestima y a todo tu autoconcepto, a la valorización de ti misma y ya ¡como para levantar cabeza! Yo creo que trabajamos con el estigma y con el enfoque que hemos empezado a darles desde la perspectiva de género. Entonces, todo lo que implica una mejora para el destino de las mujeres... Tengo claro que yo trabajo con el estigma diariamente, porque sale en el grupo, en individual y los conoces y los trabajas (efectos), y que eso necesita también ese enfoque ¿no? (de género) (EM01).

(trabajar el estigma) Si, sí, está a la orden del día. Por ejemplo, sentimientos de culpabilidad...Esta semana he estado hablando con una persona y me decía “he tenido una suerte con mi hija, con todo lo que ha hecho... y siento mucha vergüenza de haber sido mala madre”, y ahora, cuando tenemos la mente más despejada, cuando no hay sustancia y hacemos reflexión y un balance, aparece ese sentimiento de decir ¡ostia, cómo pude hacer yo esto!, y de sentirte muy avergonzado y muy culpable, pero sobre todo, vergüenza por lo mal que lo ha pasado la familia (hijos, padres...) pero aparece muy habitualmente y ese arrepentimiento ¿no? y esto a veces es un pequeño motor “creo que les debo algo” “tengo una deuda” (MH04).

Te dicen ¡Me siento súper incómodo!, ¡porque ahora soy el yonki! o ¡esta mirada...! (EM01)

(a la pregunta de si se trabaja el estigma). No igual como concepto en sí, pero obviamente estás continuamente hablando de ello. Por ejemplo (.....) cuando he trabajado más tranquila con esta persona, sin decir propiamente la palabra estigma, estábamos continuamente hablando de lo que suponía ser mujer, que estoy fuera, que la cárcel, que mis hijos. Todo el rato.....(EM01).

Yo veo que se trabajan las consecuencias, porque son problemas que traen las personas y que al final los trabajas. Desde ahí trabajamos mucho el aprender a aislarse de las personas desconocidas, ir por la calle, ir a lo tuyo y no plantearte siquiera eso, que si te miran o no, porque muchas veces son gente con muchos problemas de agresividad y si ven que le están mirando mal, no sé qué....aquí la línea de trabajo es ¡tú vete a lo tuyo! (EM03).

Estás trabajando sobre la imagen, sobre un montón de cosas para que vayan en el metro, por ejemplo, y nadie pueda decirles..... es que no tienes por qué ir pegando el cante, incluso si vuelves a consumir no lo hagas en un parque, no te exhibas, cuídate. Tienes hijos y, oye, que no puedan decirle a tu hijo que tu padre no sé qué, no sé dónde. Entonces esas cosas yo creo que, bueno, con apoyo de medicación y apoyo terapéutico que les ayuda a hacer esfuerzos, se consigue. Quiero decir que sí, que trabajar esa parte a mí me parece bueno, porque evita el señalamiento, el ¡mira! y tal, y se alejan de eso que hace daño a su salud mental (EM04)

2. La necesidad de abordar el estigma (o los efectos del mismo) en el proceso terapéutico.

Al hilo de este tema, se les preguntó si consideraban que trabajar el estigma (en tanto concepto o sobre sus consecuencias, efectos) era necesario como parte del tratamiento.

Todas las respuestas, el 100% fueron afirmativas.

Kuri y Méndez (2013) reconocen, por un lado, que reconstituir el vínculo de la persona estigmatizada con quienes le han estigmatizado resulta una tarea compleja y, por otro, que a esa dificultad se le añade la del autoestigma, porque la persona estigmatizada acaba por identificarse con la etiqueta, lo cual deriva en una agudización del consumo, de las conductas consideradas “desviadas” y/o un mayor aislamiento social. Sin embargo, la “nueva identidad” se construye en el diálogo y el intercambio, porque es ahí donde las personas y grupos se sienten despreciadas o reconocidas por los “otros”

Por supuesto. Sin dar el enfoque adecuado a estos sentimientos relacionados con la culpa y la vergüenza, no habría tratamiento eficaz y duradero (MM05).

Sí, es fundamental además... (EM01).

Creo que tiene que ser parte del tratamiento sí o sí, porque es una parte de fortalecer y apoyar el cambio, ese acompañamiento hacia el cambio de cada uno. Creo que en tratamientos más intensivos, como puede ser una comunidad terapéutica, se hace, porque se van analizando las situaciones que van pasando. Creo que en el caso de tratamientos ambulatorios es más complicado. Ahí creo que pasa más a un segundo plano porque, en muchas ocasiones, lo que nos importa es si ha consumido o no (CM03).

Es un contenido del tratamiento. Igual no tan planificado ¿vale? pero para mí, sí. Yo lo trabajo mucho porque me parece algo importante. Ellos están en el mundo y están en un mundo hostil que les da la espalda y les rechaza (EM03).

Si no se tratan o se intervienen sobre (en) los sentimientos que provoca la discriminación y el rechazo social y/o el personal (autoestigma) por un pasado irresponsable y quizá poco ético derivados del consumo abusivo de drogas o de una adicción a las mismas o al juego, creo que no puede haber un tratamiento eficiente, efectivo y eficaz. Estos sentimientos surgen cuando el consumo de sustancias se para, cuando se inicia un periodo de abstinencia, que es cuando la mente o la estructura mental personal se puede hacer cargo del pasado y puede analizar lo ocurrido, ya que en la abstinencia se está más receptivo y consciente de las consecuencias morales y éticas de nuestros actos (MM05).

Lo trabajamos de forma transversal, porque ellos lo traen, pero, efectivamente es un contenido que podría tener entidad propia (EM02).

En el caso de las mujeres, sin embargo

Las mujeres, los hijos suelen ser más exigentes con la adicción de la madre que con el padre. La madre tiene que demostrar mucho más, tiene que ganárselo más, con los padres son más tolerantes y le perdonan antes, recuperan antes la relación que con la madre. La madre tiene que demostrar muchísimo más (MH03)

BIBLIOGRAFÍA

- Ahern, J.; Stuber, J. y Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188–196.
- Albajes, G. A., & Aleu, M. P. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y drogas*, 5(2), 99-115.
- Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice, En: M.J. Brandt y C. Reyna (2011). Stereotypes as attributions. *Psychology of stereotypes*, 47-80
- Alonso, Y. G.; Amo, A. G.; Seisdedos, A. B. L., y Arranz, I. V. (1997). Culpa en toxicomanías y SIDA. *Clínica y Salud*, 8(2), 333.
- Altell, G.; Pinazo, S. y Boronat, F. (2007). Violencia doméstica y alcohol: cómo actuar desde el ámbito de las drogodependencias. Fundación Salud y Comunidad.
- Andersson, C., Wincup, E., Best, D., & Irving, J. (2021). Gender and recovery pathways in the UK. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 454–464.
- Arostegui Santamaría, E. y Martínez-Redondo, P. (2019). *Mujeres y Drogas: Manual para la prevención de recaídas desde perspectiva de género*. Deusto. Universidad de Deusto.
- Ball, S.A.; Carroll, K.M.; Canning-Ball, M y Rounsaville, B.J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors* 31, 320-330.
- Barry, C. L.; McGinty, E. E.; Pescosolido, B. A. y Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272
- Bengochea-Seco, R.; Arrieta-Rodríguez, M.; Fernández-Modamio, M. Santacoloma-Cabero, I. Gómez de Tojeiro-Roceá, J.; García-Polavieja, R.; Santos-Zorrozuá, B. y Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 244-254.

- Berger, M., Wagner, T. y Baker, L. (2005). Uso de Internet y enfermedad estigmatizada. *Ciencias sociales y medicina*, 61 (8), 1821-1827.
- Bermúdez-Román, V.; Bran-Piedrahita, L.; Palacios-Moya, L. y Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud pública de México*, 57, 252-259.
- Borrell, C.; García-Calvente, M. D. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18, 02-06.
- Bowleg L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7):1267-73.
- Brandt, M. J., & Reyna, C. (2011). Stereotypes as attributions. *Psychology of stereotypes*, 47-80.
- Calderón Calvo, C. (2021). El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte de salud mental*, XVII (65): 34-47.
- Can, G. y Tanrıverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441-446.
- Chan, K.Y.; Yang, Y.; Zhang, K.L. y Reidpath, D.D (2007). Disentangling the estigma of VIH/SIDA from the stigmas of drug use, commercial sex and commercial blood donation. *BioMed Central Public Health*, 7, 280.
- Claus, R. E. y Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 25- 31.
- Clark, M. (2011). Conceptualising addiction: How useful is the construct. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 55-64.
- Cobo Bedia R. (2000). Género y teoría social. *Revista Internacional de Sociología*, 25, 5-20
- Cobo, R. (2012). Sociología del género y teoría feminista. En VV.AA. *Pensando los feminismos en Bolivia*. Serie Foros 2. La Paz. Conexión Fondo de Emancipación.
- Colimil, F. y Ramírez, D. P. (2016). La opresión del género sobre las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. *Revista Temas Sociológicos*, (20), 111-135.
- Conner, K. y Rosen, D. (2008) "You are nothing but a Junkie" Multiple experiences of stigma in a Aging Methadone Maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 244-264,
- Consejo de Europa (2011). *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention)*. En N. Romo et al., (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Published on line: 12 May 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Cornejo, C. A. (2012). Estigma territorial como forma de violencia barrial: El caso del sector El Castillo. *Revista invi*, 27(76), 177-200.
- Corrigan, P.; Lurie, B.; Goldman, H. et al. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550.
- Corrigan, P.; Markowitz, F.E.; Watson, A.; Rowan, D. y Kubiak, MA (2003). An attribution model of social discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- Cunningham, J.A y Breslin, F.C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict Behav*, 29, 221-223.
- Davis, K., (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful, En M. Jiménez Rodrigo y R. Guzmán Ordaz(2012). Género y

- usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio Legal Series*, 2(6).
- De Dios, M. A.; Anderson, B. J.; Caviness, C. M. y Stein, M. (2014). Intimate partner violence among individuals in methadone maintenance treatment. En N. Romo et al. (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Published on line: 12 May 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- El-Bassel, N., Wechsberg, W. M., y Shaw, S. A. (2012). Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 7(4), 326-331.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?*. Madrid. Ediciones Narcea
- Fong, C., Mateu-Gelabert, P., Ciervo, C., Eckhardt, B., Aponte-Melendez, Y., Kapadia, S., & Marks, K. (2021). Medical provider stigma experienced by people who use drugs (MPS-PWUD): Development and validation of a scale among people who currently inject drugs in New York City. *Drug and Alcohol Dependence*, 221(1).
- Fortney, J.; Mukherjee, S; Curran, G. et al. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The journal of behavioral health services & research*, 31, 418-429.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95.
- García, O. y Mira, C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta sociológica*, 64, 121-144.
- Gilchrist, G. et al. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*, 106(6), 1035-1204.
- Gilchrist, G.; Moskalewicz, J.; Nutt, R.; Love, J.; Gemeni, E.; Valkova, I. ...y Baldacchino, A. (2014) Understanding access to drug and alcohol treatment services in Europe: A multi-country service users' perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(2), 120-130.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Goffman, E., y Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada* (1-11). Buenos Aires: Amorrortu.
- Goodyear, K., et al. (2017). Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 339-346.
- Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and alcohol dependence*, 90(1), 39-47.
- Hansen Rodríguez, G. (2020). Mujeres en Comunidades Terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento.
- Hammarlund, R.; Crapanzano, K. A.; Luce, L.; Mulligan, L. y Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug-and alcohol-use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 115-136.
- Hasin, D.S.; Stinson, F.S.; Ogburn, E. y Grant. B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the

- National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64, 830-842
- Haritavorn, N. (2014). Surviving in two worlds: Social and structural violence of Thai female injecting drug users. En: N. Romo et al. (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Published on line: 12 May 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Herek, G. M.; Capitanio, J. P. y Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991–1999. *American journal of public health*, 92(3), 371-377.
- Haro, A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En A. Lloret Suárez et al. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancia. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 20; 9-22.
- Iversen, J.; Page, K.; Madden, A. y Maher, L. (2015). HIV, HCV and health-related harms among women who inject drugs: Implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 69(1), 176-181.
- Jarpa Arriagada, C. G.; Parra Carrasco, Y. y Escamilla Rojas, D. (2016). Historia de vida de mujeres en proceso de rehabilitación de drogas, Chile. *Comuni@cción*, 7(1), 27-37.
- Jiménez-Adán, M.; Casas-García, L. M. y Luengo-González, R. (2010). Representación del conocimiento y percepción subjetiva del proceso de aprendizaje profesional: estudio cualitativo en personal de enfermería. *Educación médica*, 13(3), 163-170.
- Jiménez Rodrigo, M. y Guzmán Ordaz, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio Legal Series*, 2(6).
- Johnson-Kwochka, A.; Aalsma, M.; Monahan, P. y Salyers, M. (2021). Development and examination of the attribution questionnaire-substance use disorder (AQ-SUD) to measure public stigma towards adolescents experiencing substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 221, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871621000958>
- Jones, E.E.; Fraina, A.; Hastroff, A.H.; Markus, H.; Miller, D.T.; Scott, RA, et al. (1984). Social stigma: The psychology of marked relationships. En: S. McNeil, (2021). Understanding substance use stigma. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 83-96.
- Juliano, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro*. Barcelona. Icaria
- Katz, I.T. et al. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-25
- Kulesza, M., Larimer, M. E. y Rao, D. (2013). Substance use related stigma: what we know and the way forward. *Journal of addictive behaviors, therapy & rehabilitation*, 2(2), 1-23.
- Kuri, S. E. R., y Méndez, L. D. N. (2013). Reinserción Social de Usuarios de Drogas en Rehabilitación: una revisión bibliográfica. *Revista electrónica de psicología, Iztacala*, 16(1), 172.
- Link, B.G. y Phelan, J.K. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lippman, W. (1922). Public opinion, En: M.J. Brandt y C. Reyna (2011). Stereotypes as attributions. *Psychology of stereotypes*, 47-80
- Llinares, M.C. y Lloret, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 62, 115-133.
- Lloret Suárez, A.; Ferrando Esquerré, S.; Borrás Cabacés, T. y Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de

- mujeres con problemas de abuso de sustancia. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 20; 9-22.
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Dugs: education, prevention and policy*, 20(2): 85–95.
- Lobos, M. (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
- Luoma, J.B.; Twohig, M.P.; Waltz, T.; Hayes, S.C.; Roget, N.; Padilla, M. y Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32 (7), 1331-1346.
- McCleary-Sills, J.; Namy, S.; Nyoni, J. et al. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global public health*, 11(1-2), 224-235
- Marín-Navarrete, R; Fuente-Martín, A de la; Cano-Arrieta, G.; Villalobos-Gallegos, L.; Bucay-Harari L.; et al. (2015). Women with dual disorders: Clinical and treatment characteristics. *RIIAD*, 1(1):41-9 <https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2015.1.0>
- Maxwell, J. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review* 62(3), 279–301.
- Martínez, P. y Pallarés, J. (2013). Riesgos, daños y placeres. En: *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas*. Lleida, España: Editorial Milenio.
- McNeil, S. (2021). Understanding substance use stigma. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 83-96.
- Medina-Perucha, L., Scott, J., Chapman, S., Barnett, J., Dack, C., y Family, H. (2019). A qualitative study on intersectional stigma and sexual health among women on opioid substitution treatment in England: Implications for research, policy and practice. *Social Science & Medicine*, 222, 315–322
- Meneses Falcón, C. (2006) Invisibilidad y estigmatización en el consumo de drogas de las mujeres. En: Ana García-Mina y M^a José Carrasco (Eds.) (2006). *Diferencias de género en el uso de las drogas*. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.
- Meyers, S.; Earnshaw, V.; D'Ambrosio, B.; Courchesne, N.; Werb, D. y Smith, L. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literatura. *Drug and Alcohol Dependence Volume* 223, 108706.
- Meyers, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Mosack, K. E., Abbott, M., Singer, M., Weeks, M. R., & Rohena, L. (2005). If I didn't have HIV, I'd be dead now: Illness narratives of drug users living with HIV/AIDS. *Qualitative health research*, 15(5), 586-605.
- Núñez, C. E. (2019). Género y toxicodependencia. Una mirada interseccional. *Tareas*, (162), 107-126.
- Oliveira, M. C. y Ronzani, T. M. (2012). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicol Ciênc Prof*, 32(3), 648–661.
- Ospina-Escobar, A. (2020). Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos? *Cultura y Droga*, 25(30), 114–143.
- Otálvaro, A. F. T. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11-15.

- Otálvaro, A. F. T.; Vallejo, G. A. C.; Escobar, S. M. R.; Gallón, V. V. y Giraldo, I. C. O. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología em Pesquisa*, 13(1), 22-32.
- Owczarzak, J., Kazi, A. K., Mazhnaya, A., Alpatova, P., Zub, T., Filippova, O., y Phillips, S. D. (2021). "You're nobody without a piece of paper": visibility, the state, and access to services among women who use drugs in Ukraine. *Social Science and Medicine*, 269, 1–9
- Pastor, M. y Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.
- Peluso, É. y Blay, S. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 19-24.
- Pennington, C.R; Monk, R.L.; Heim, D.; Rose, A.K.; Gough, T.; Clarke, R., ... y Jones, A. (2023). The labels and models used to describe problematic substance use impact discrete elements of stigma: A registered report. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(6), 723–733
- Perdigüero, E. y Tosal, B. (2007). Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto. *Feminismo/s*, 10, 145-162.
- Plan Nacional sobre Drogas (2023). Informe ESTUDES 2022. Madrid. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España
- Radcliffe, P. (2011). Substance-misusing women: Stigma in the maternity setting. *British journal of midwifery*, 19(8), 497-506.
- Rengel Morales, D. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de Antropología*, 25. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/7197>
- Rohlf, I.; Borrell, C. y Fonseca M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J. y Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, 69(7), 1080–1084.
- Romaní, O. (2020). Ciencia y políticas de drogas: contexto sociocultural, neopolítica y control social. *Cultura y Droga*, 25(29), 183-207.
- Romaní, Oriol (2008). Placeres, dolores y controles; el peso de la cultura. En C. R. Nuñez (2019). (2019). Género y toxicodependencia. Una mirada interseccional. *Tareas*, (162), 107-126.
- Romo Avilés et al. (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Published on line: 12 May 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Romo Avilés N. (2023). Sobre el estigma y el género ante el uso de drogas. En VV.AA. (2023). *Estigma y género*. Monográfico. Vitoria-Gasteiz. Dirección de salud pública y adicciones. Departamento de Salud.
- Romo Avilés, N. (2021). "No puedo beber alcohol si estoy sola": Sobre cómo pensar la violencia de género y las drogodependencias. *La Aljaba: Segunda Época, Revista de Estudios de la Mujer*, 25(1), 173-191.
- Romo-Avilés, N. (2018). Drugs and gender. In *Drugs and Social Context* (pp. 63–75). Springer, Cham. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-72446-1_5
- Romo Avilés, N. y Gil García, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 243-250.
- Romo Avilés, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, 65-83.

- Room R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* 24, 143–155.
- Schamp, J., Vanderplasschen, W., & Meulewaeter, F. (2022). Treatment providers' perspectives on a genderresponsive approach in alcohol and drug treatment for women in Belgium. En N. Romo (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Published on line: 12 May 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Sirey, J. A.; Bruce, M. L.; Alexopoulos, G. S et al. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of psychiatry*, 158(3), 479-481.
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine*, 67(3), 351-357.
- Torres-Lorenzo, A; Ayala-Ramos, G.; Morales-Vargas, P. V. et al (2022). Uso de sustancias en mujeres y violencia de género desde una perspectiva feminista e interseccional. *Puerto Rico Journal of Psychology/Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2).
- Turan, J.M., Elafros, M.A., Logie, C.H. et al. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med* 17(7). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>
- UNODC (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Malta. Naciones Unidas
- Van Boekel, L. C.; Brouwers, E. P.; Van Weeghel, J. y Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35.
- Van Boekel, L. C.; Brouwers, E. P.; Van Weeghel, J. y Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence*, 134, 92-98.
- Vázquez, A., y Romaní, O. (2012). Drogadependencia, estigma y exclusión en salud: Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 159-166.
- Vega, W. A.; Rodríguez, M. A. y Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *General hospital psychiatry*, 32(2), 182-191.
- Vogel, D. L.; Wade, N. G. y Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of counseling psychology*, 54(1), 40.
- Wade, N. G.; Post, B. C.; Cornish, M. A.; Vogel, D. L. y Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170.
- Yang, L. H.; Wong, L. Y.; Grivel, M. M. y Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current opinion in psychiatry*, 30(5), 378-388.
- Zartaloudi, A., y Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health science journal*, 4(2), 77.

ANEXO

Entrevista a profesionales (Servicios de Atención a las adicciones)

Datos sociodemográficos

Centro

Perfil profesional

Sexo

Edad

Años en el puesto (experiencia)

Formación en adicciones:

Horas de formación aprox.:

Formación en perspectiva de género:

Horas de formación aprox.;

(Para profesionales de drogodependencias) ¿Decide desde el inicio trabajar en este ámbito o llega sin esa “vocación”?

Estigma social

¿Cuál es la definición, emociones, creencias que mantiene la sociedad en torno a las personas que abusan de las drogas? (abierta...)

¿Opina que ese discurso es el mismo para las mujeres drogodependientes? (que hable...)

Con relación al estigma ¿Qué les diferencia o en qué aspectos se hace más hincapié en las mujeres que abusan de drogas y en los hombres drogodependientes?

En una escala del 1 al 10 ¿en qué medida coinciden esas creencias con la realidad que Ud. conoce como profesional? o experimenta como persona? (a nivel emocional, actitudes, porque, al fin y al cabo, lo personal se lleva también al trabajo) (tratando de que haga la distinción hombres vs. mujeres).

En su opinión, la propia persona drogodependiente ¿en qué medida es responsable de su problema? (del 1 al 10 si no tiene discurso) ¿y en qué medida es responsable de la resolución de ese problema?

¿Cuáles son las consecuencias del estigma social en las personas drogodependientes?

¿Son las mismas para hombres y mujeres?

¿Qué aspectos son diferentes?

¿Cuál es el nivel o la intensidad del estigma de quienes consumen drogas comparadas con la de las personas con otros diagnósticos? (diabetes, etc.)

¿Y en comparación con las personas que tienen otros problemas de salud mental? (depresión, esquizofrenia....)

Sustancias

¿Qué cúmulo de circunstancias en intersección genera el mayor nivel de estigma? o ¿qué perfil de persona consumidora consideras que es la que mayor estigma sufre? (personas con patología dual, mujeres que ejercen la prostitución, personas con enfermedades infectocontagiosas...) acumulación de situaciones (p.ej. ser mujer, consumo de drogas ilegales e inyectora; hombre drogas, VIH, ESTIGMA INTERSECCIONAL

¿Considera que, en el caso de las mujeres, conlleva más estigma el uso de algunas sustancias más que de otras? (en comparación con la primera pregunta, o en comparación con los hombres)

¿En su centro se ha reflexionado alguna vez sobre esta cuestión (seminarios, formaciones formales o informales (por cuenta propia, lecturas, etc.)?)

En su servicio, centro ¿ha participado o se ha desarrollado en su servicio alguna acción al respecto?

Ahora le vamos a formular algunas preguntas a las que queremos que conteste con la mayor honestidad posible, sabiendo que nadie, por mucha formación que tengamos, podemos sustraernos completamente de la cultura o el contexto social en el que vivimos

¿Considera que entre las/os profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias pueden darse prácticas de discriminación con las mujeres o los hombres drogodependientes?

¿Cuáles? ¿de qué tipo? Ejemplos.

¿Alguna vez ha sentido que algún prejuicio, experiencia, emoción personal ha influido en su trato con algún/alguna paciente? ¿cómo es/fue el caso?

¿En los grupos o en el trabajo individual las/os usuarias/os mencionan haber experimentado estigma? ¿de parte de quién, principalmente?

Como profesionales ¿perciben que las personas usuarias experimentan autoestigma?

¿en qué lo perciben? (Que pongan ejemplos).

A su juicio ¿en qué áreas o de qué manera les afecta el estigma que perciben e interiorizan? (salud física, salud mental, autoestima, vergüenza, culpa...)

El estigma y las consecuencias del mismo ¿es un tema que se trabaja en el tratamiento?

¿Considera que debería ser un tema de trabajo necesario en el proceso terapéutico de estas personas?

¿Opina que las personas que han pasado por un tratamiento de drogodependencias, una vez incorporadas/os a una vida como la de cualquier persona, pueden dejar de sentir el estigma?

Piensa que, respecto de esta misma última cuestión ¿la realidad es la misma para hombres y mujeres?