

infnova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Estigma y adicciones



**Todas estas personas
necesitan ayuda.**

No busques la diferencia,
no la hay #QuitStigmaNow

Financiado por:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

dianova |

Financiado por:



**ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA**

Calle Coslada, 18
28028, Madrid
T. (+34) 91 468 87 65
F. (+34) 91 468 87 87
dianova@dianova.es
infonova@dianova.es
www.dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Asociación Dianova España

Fotografías

Dianova International y Asociación
Dianova España

Imprime

Diseño Sur, SCA.

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2461
Asociación Dianova España
no comparte necesariamente las
opiniones expresadas en los artículos
publicados. Los únicos responsables
son sus propios autores/as

dianova |

Índice

EDITORIAL A. J. Molina	7
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	9
UNA APROXIMACIÓN AL ESTIGMA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS DESDE UN ENFOQUE EN MATERIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS A. Afuera	15
ESTIGMA, CONSUMO DE DROGAS Y ADICCIÓN. ROL DE PROFESIONALES Y DE REDES INTERNACIONALES QUE INTERVIENEN JJ.Fernández, G.Hansen, S.Chacón, S.Espinal, F.Pascual, F.Chiosso.....	25
ESTIGMA Y CONSUMO DE DROGAS: UNA APROXIMACIÓN A LA MIRADA INTERSECCIONAL G. Hansen	35
CAMPAÑA “ROMPE EL ESTIGMA” M. Pascual y F. Pascual	43
ESTIGMA SOCIAL Y ALCOHOLISMO JA. García y F. García-Castillo	49
HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO	59
SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR	63

EDITORIAL

Antonio J. Molina

Asociación Dianova España



Tal y como dice el EMCDDA, “algunos subgrupos de la población presentan problemas, necesidades o vulnerabilidades especiales relacionados con las drogas que requieren intervenciones específicas. En este apartado, se analizan los problemas relacionados con las drogas y la forma de responder a ellos eficazmente desde la perspectiva de determinados grupos de personas que pueden verse especialmente afectados” (EMCDDA, 2017). Dentro de los problemas relacionados, el estigma social es uno de los más importantes y con mayor influencia en la recuperación y la inserción social plena de las personas con problemas de adicciones.

El objetivo del presente número de la revista INFONOVA consiste en analizar los principales estigmas asociados a las personas que tienen un problema con las adicciones y sufren esa presión social, este prejuicio que les impide completar sus procesos de reintegración social. Esa identificación supone un elemento que dificulta enormemente el acceso y la cobertura de todos perfiles de personas con problemas de adicciones, como las mujeres, los jóvenes que consumen cannabis, las personas consumidoras de cocaína que mantienen capacidades funcionales y otros perfiles de riesgo.

En este número, autores relevantes sobre el tema del estigma van a profundizar en el significado y las repercusiones para las personas que se esfuerzan por resolver sus problemas de adicciones.

Se va a hablar sobre el concepto del estigma y su definición, además de sobre los diferentes estigmas que afectan a grupos concretos, como el estigma interseccional que analiza en profundidad Gisela Hansen o el estigma del consumidor de alcohol que revisa el profesor García del Castillo. Ana Afuera nos plantea una visión del estigma social

desde el punto de vista de la persona consumidora, lo que nos ubica en una perspectiva diferente y permite empatizar con el otro. Contamos también con las experiencias de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias, que cuentan con una comisión de Estigma cuyo trabajo se nos va a explicar. Además, Socidrogalcohol nos presenta su campaña contra el estigma de las drogodependencias, una experiencia con aplicaciones sanitarias muy útiles e interesantes.

En suma, una compilación de artículos muy adecuada para profundizar sobre el estigma, los estigmas y los estereotipos y prejuicios que todavía existen sobre las drogodependencias y adicciones.

Además de este tema central, no perdemos de vista la realidad actual: el Plan Nacional sobre Drogas comparte con todos nosotros una guía internacional con recomendaciones sobre el tipo de respuesta más adecuado a la COVID 19 para las personas que usan drogas, entendidos como un grupo de especial vulnerabilidad.

Esperamos que lo disfruten. Gracias por compartir su tiempo con nosotros.

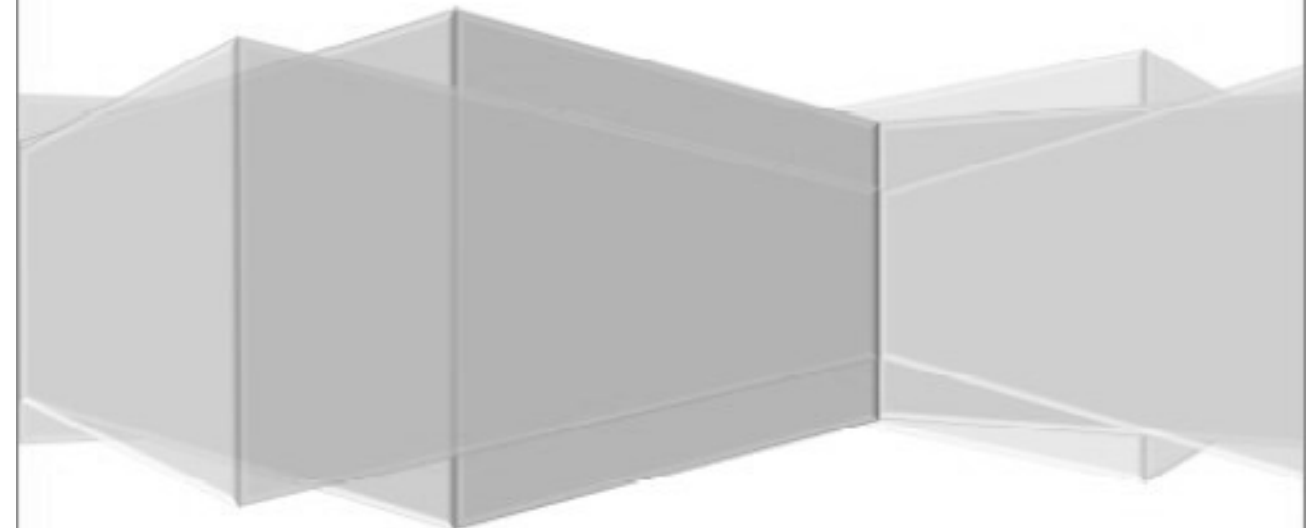
COVID-19 ADICCIONES



COVID-19 RECOMENDACIONES ORGANISMOS INTERNACIONALES

La respuesta COVID 19 debe ir dirigida a los más vulnerables

<https://youtu.be/UTsqWfE6bBU>



COVID-19 RECOMENDACIONES ORGANISMOS INTERNACIONALES

LA RESPUESTA COVID 19 DEBE IR
DIRIGIDA A LOS MÁS VULNERABLES

#ESTE
VIRUS
LO
PARAMOS
UNIDOS

DETENER EL
CORONAVIRUS
ES RESPONSABILIDAD
DE TODOS Y TODAS.
SI TE PROTEGES TÚ,
PROTEGES A LOS
DEMÁS.

1. Los usuarios de drogas son un grupo vulnerable al COVID-19
2. Las características de algunos de los entornos frecuentados por personas que usan drogas pueden aumentar su riesgo de exposición al COVID-19
3. Garantizar el acceso continuo a la atención médica durante la pandemia, incluidos los servicios para personas que usan drogas y el tratamiento de trastornos por consumo de drogas, son clave no solo para proteger la salud de las poblaciones, sino también clave para la seguridad y la estabilidad.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)

http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/catalogue/covid-19-and-people-who-use-drugs_en

Naciones Unidas y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)

<https://www.unodc.org/unodc/en/covid-19.html>

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS ESPECÍFICOS DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19?

- **Vulnerabilidad en los consumidores de opioides:**

1. Alto nivel de problemas de salud y el estilo de vida no saludable.
2. Hay evidencia de que el uso indebido de opioides puede interferir con el sistema inmunitario (Sacerdote, 2006).
3. La prevalencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y el asma son altas entre los pacientes en tratamiento con drogas, y fumar heroína o crack puede ser un factor agravante (Palmer et al., 2012).
4. Debido a que COVID-19 (como cualquier infección grave del pulmón) puede causar dificultades para respirar, puede haber un aumento en el riesgo de sobredosis entre los usuarios de opioides.

Financiado por:



- **Inyectores de drogas:**

1. Alta incidencia de enfermedades cardiovasculares entre los pacientes que se inyectan drogas y las personas que usan cocaína (Thylstrup et al., 2015) (Schwartz et al., 2010).

2. La prevalencia del VIH, las infecciones de hepatitis viral y los cánceres de hígado, que conducen a un sistema inmunitario debilitado, es alta entre las personas que se inyectan drogas.

- **Prácticas de riesgo:**

1. Compartir material de inyección aumenta el riesgo de infección con virus transmitidos por la sangre, como el VIH y la hepatitis viral B y C,

2. Compartir equipos de inhalación, vapeo, tabaquismo o inyección contaminados con COVID-19 puede aumentar el riesgo de infección y jugar un papel en la propagación del virus. (El virus que causa COVID-19 se propaga principalmente de persona a persona, entre personas que están en contacto cercano entre sí, y a través de gotitas respiratorias producidas cuando una persona infectada tose o estornuda)

- **Usuarios de metanfetamina** contrae los vasos sanguíneos, lo que puede contribuir al daño pulmonar.
- **El uso recreativo de drogas** a menudo se lleva a cabo en entornos en los que las personas se congregan juntas y pueden compartir drogas o equipos de drogas.
- **La estigmatización y la marginación** asociadas con algunas formas de consumo de drogas pueden no solo aumentar el riesgo sino también crear barreras para promover medidas de reducción de riesgos.
- **El consumo de tabaco y la dependencia de la nicotina** son muy comunes entre algunos consumidores de drogas y pueden aumentar los riesgos de experimentar resultados más negativos.

ENTORNOS DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN COVID-19 EN LOS USUARIOS DE DROGAS

Las características de algunos de los entornos frecuentados por personas que usan drogas pueden aumentar su riesgo de exposición al COVID-19

- El uso recreativo de drogas a menudo se lleva a cabo en grupos o en lugares concurridos, lo que aumenta el riesgo de exposición al COVID-19. Esto puede, en cierta medida, mitigarse mediante el distanciamiento social, siguiendo las pautas de seguridad establecidas u otras medidas para reducir el uso o el acceso a entornos de alto riesgo.
- Los centros de tratamiento de drogas, los servicios de bajo umbral y los servicios de apoyo social para personas que usan drogas pueden tener áreas donde el distanciamiento social es difícil, como salas de espera o instalaciones comunitarias. Al igual que con otros entornos, la introducción de prácticas apropiadas de distanciamiento e higiene es de vital importancia.

<https://www.unodc.org/unodc/en/covid-19.html>

https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Drug_treatment_and_care_services_and_COVID19.pdf

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs>

RECOMENDACIONES

¡Bajo ninguna condición se le debe negar a una persona el acceso a la atención médica por el hecho de que use drogas!

GARANTIZAR SERVICIOS EFICACES DE DROGAS DURANTE LA PANDEMIA

- Resulta vital garantizar que los servicios cuenten con los recursos adecuados, que se implementen medidas de protección del personal y se priorice la planificación del servicio.

- Garantizar la prestación continua de servicios de tratamiento de drogas, incluidos los medicamentos de sustitución de opioides y otros medicamentos esenciales para los pacientes, será una consideración primordial.

- Se necesitarán planes de contingencia para la posible escasez de medicamentos y equipos.

- Los servicios deberán planificar la probabilidad de ausencias del personal mediante el desarrollo de políticas flexibles de asistencia y baja por enfermedad, identificando funciones y puestos de trabajo críticos, y planificando una cobertura alternativa por parte de los miembros del personal de capacitación cruzada.

- Es posible que los servicios necesiten planificar alternativas temporales en caso de un cierre necesario de sitios fijos (por ejemplo, la provisión de servicios en línea, suministro de medicamentos y equipos a través de farmacias, visitas a domicilio, llamadas telefónicas o videollamadas para evaluación y seguimiento) y adaptar los existentes.

- Implementación de medidas de prevención contra la transmisión de COVID-19 en entornos utilizados por inyectores de drogas.

- Con el fin de reducir la transmisión de COVID-19, se debe desalentar el uso compartido de drogas o equipo de drogas y se deben promover medidas apropiadas de distanciamiento e higiene social.

- Deben desarrollarse estrategias de comunicación para abordar diferentes comportamientos y

grupos de usuarios, incluidos los grupos marginados, como las personas sin hogar, los usuarios de drogas recreativas y los usuarios de cannabis.

- Continuidad de los servicios de bajo umbral.
- Continuidad de la terapia farmacológica.

- Continuidad de las terapias psicosociales: considerar la posibilidad de proporcionar contacto de forma remota (por ejemplo, por teléfono o internet).

- Apoyar a las personas sin hogar, incluidas las personas con trastornos por consumo de drogas.

PROTECCIÓN DEL PERSONAL DURANTE LA PANDEMIA: INTERVENCIONES IMPORTANTES A CONSIDERAR

- Proporcionar al personal la información necesaria sobre medidas de prevención.

- Proporcionar el equipo de protección necesario para el personal e introducir protocolos para reducir los riesgos de transmisión tanto para el personal como para los pacientes, incluido el uso de barreras físicas para proteger al personal que interactúa con clientes con un estado de infección desconocido.

- Minimizar el número de miembros del personal que tienen interacciones cara a cara e introducir políticas y procedimientos adecuados de gestión de riesgos para clientes con síntomas respiratorios.

- Revisar las prácticas de trabajo para el personal y los voluntarios con alto riesgo de COVID-19 grave (aquellos que son mayores o tienen condiciones de salud subyacentes)

- Establecer reuniones virtuales regulares para permitir una respuesta rápida a los problemas que surgen en la situación local y las medidas rápidamente cambiantes tomadas por los gobiernos locales y nacionales.

- Abordar la seguridad del personal y de los pacientes en los servicios: Asegúrese de que las instalaciones de los servicios estén limpias e higiénicas.

- Proporcionar a las personas información y medios para protegerse.

OTROS RECURSOS

Naciones Unidas www.un.org/en/coronavirus

- #LeaveNoOneBehind en tiempos de la pandemia de COVID-19.

- HIV and hepatitis B, C prevention, treatment, care and support for people who use drugs in the context of the COVID-19 pandemic:

<https://trello.com/c/f4E6UUy0>

- COVID-19 prevention and control measures in prisons:

<https://trello.com/c/mphfZbTn>

- Violence Against Women:

<https://www.youtube.com/watch?v=Zuz-2rG4IDY&feature=youtu.be>

#SinDejarANadie Atrás durante crisis COVID-19

Cuando el hogar no es hogar:

<https://trello.com/c/0738B6vl>

Grupo Pompidou <https://www.savelivesprotect-people.net/espaniol/home.html>

Desde el Grupo Pompidou del Consejo de Europa lanzan una plataforma para compartir información.

Universidad Harvard da información sobre COVID-19

<https://www.health.harvard.edu/diseases-and-conditions/coronavirus-resource-center>

Coronavirus Resource Center. As coronavirus spreads, many questions and some answers



UNA APROXIMACIÓN AL ESTIGMA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS DESDE UN ENFOQUE EN MATERIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A FOCUSING TO THE STIGMA OF PEOPLE WHO USE DRUGS FROM A PUBLIC POLICY APPROACH

RESUMEN

Un artículo teórico, descriptivo y prospectivo, que versa sobre algunos de los aspectos del estigma hacia las personas usuarias de drogas desde la perspectiva de las políticas públicas. Se analiza el concepto de estigma para identificar las posibles soluciones que se pueden promover desde el enfoque político para mitigar los efectos discriminatorios que excluyen a personas de servicios esenciales para su bienestar.

PALABRAS CLAVE

Estigma, drogas, políticas públicas, reforma, legitimidad.

ABSTRACT

A theoretical article, descriptive and prospective, which deals with some of the aspects of stigma towards drug users from the perspective of public policies. This concept is analyzed to identify possible solutions that can be promoted from the political approach to mitigate the discriminatory effects of stigma, as the exclusion from essential services for people well-being.

KEYWORDS

Stigma, drugs, public policy, reform, legitimacy.

ANA AFUERA GÓMEZ

Politóloga experta en política sobre drogas

Desde un punto de vista teórico (Goffman, 1963), a continuación se describe la secuencia lógica del estigma en su interacción con factores clave relativos a la política de drogas, especialmente en el ámbito de la salud y la discriminación, con la intención de contribuir a considerar la reorientación del enfoque de las políticas públicas en materia de drogas.

La secuencia comienza por la desinformación y el desconocimiento (Froehlich, 2017) sobre el fenómeno de las drogas, ambos son un componente indispensable para la construcción del prejuicio en el imaginario del sujeto que proyecta el estigma. Asimismo, el estigma es favorecido por la desinformación y es provocado por ella, mantienen una relación de reciprocidad. La desinformación propicia la generación de prejuicios que se proyectan en la persona usuaria en forma de estigma, que lo sufre a modo de discriminación.

La información sesgada, incompleta y poco detallada de un fenómeno complejo como el de las drogas, crea una maraña de mitos, informaciones falsas, constructos sociales, relaciones de diferencia y distorsiones de identidad que generan una representación mental negativa en el imaginario del sujeto que crea el prejuicio dentro de su marco de referencia (Midgley, 2019).

Respecto a las personas usuarias de drogas, este sujeto, con unas condiciones previas específicas de tipo sociocultural, sociopolítico y socioeconómico que influyen en la construcción del estereotipo y se mantiene alerta ante la detección de esa supuesta cualidad negativa que identifica en las personas usuarias de drogas, esto genera una desconfianza interna hacia cualquier sujeto con esa característica (Lamo de Espinosa, 1988).

Aquí la respuesta se basa en la diferencia entre 'yo' y 'tú' o el 'nosotros' y 'vosotros', lo que constituye una segregación. Poniendo el 'yo' y el 'nosotros' delante para literaturizar la supremacía que siente el sujeto para poder emitir juicios sobre otro (Goffman, 1963). Una de las consecuencias directas que eso tiene es la dificultad para que el sujeto sienta empatía por la persona usuaria de drogas y desde ahí se formulan las políticas públicas.

Cuando llega el momento de la interacción, estos sujetos muestran variopintas respuestas conductuales para desacreditar a las personas usuarias de drogas, ahí el estigma se acciona en forma de discriminación. Esto no sólo ocurre en la esfera individual, sino que afecta a las construcciones discursivas del mensaje mediático e institucional, a la formulación e implementación de las leyes sobre drogas y también se refleja en la carencia de servicios públicos efectivos para las personas usuarias.

Pero, ¿qué pasa con el receptor del estigma? ¿cuál es el efecto en el estigmatizado en esta secuencia lógico-teórica? El mensaje prohibicionista genera la estigmatización de las personas usuarias de drogas y se infiltra en la conciencia colectiva. Lo que supone una discriminación generalizada y sistemática para estos perfiles, siendo indigno y provocando diversas consecuencias psicológicas, físicas, morales y materiales para el sujeto estigmatizado.

Sobre el estigma que entraña el consumo de drogas hay que vincularlo a otros factores. Por ello, se observa una red de factores entrelazados que generan estigmas múltiples en las personas usuarias, es decir, por usuaria de drogas y por otros factores físicos, materiales o conductuales del sujeto, lo que los aboca a un círculo vicioso, con una clara relación con la marginalidad y la exclusión social, donde las drogas son sólo un factor más ante un elenco de factores socioeconómicos, socioculturales y antropológicos que sobrepasan la ambición de este artículo.

Aparte de las consecuencias discriminatorias del estigma, referentes a los servicios públicos y a las normas coercitivas que se tratan más adelante, la estigmatización tiene unas particularidades que generan daños añadidos. El autoestigma, la psicosomatización y su característica retroalimentaria (Goffman, 1963) hacen del estigma un dilema perverso.

El sistema arroja respuestas en forma dicotómica respecto al tema de drogas, derivadas de la estigmatización y la desinformación generalizadas que existen al respecto, esa dicotomía responde a la vía punitiva y la vía médica, dos puntos de un *continuum* que representa multitud de alternativas

que se proponen desde diferentes disciplinas que no se reflejan en las políticas y programas públicos sobre drogas.

RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD EN MATERIA DE DROGAS: LA PARADOJA DE LA MEDICALIZACIÓN Y LA EXCLUSIÓN EN SALUD

En cuanto a la vía médica, se ilustra la cuestión a partir del oxímoron de la medicalización y la exclusión en salud (Barsky, 1988). En primer lugar, hay que diferenciar entre la droga como medicina y la medicalización de las drogas, lo que a simple vista parece una aporía, el asunto se complejiza cuando nos adentramos en la política de drogas.

Evidentemente, las drogas forman parte esencial de la farmacopea desde antes de que esta se entendiera como tal, pero también de las sociedades, en las que tenía otros usos (Escotado, 2018). Sin embargo, el fenómeno de la medicalización de la vida es una producción de la modernidad y se entiende como aquel fenómeno relativo a las sociedades del bienestar que tiende a tratar todos los problemas o supuestos problemas de la persona a través de la vía médica.

En segundo lugar, encontramos al menos siete tipos de medicalización sobre drogas, clasificados en función del aspecto que se medicaliza, es decir, en función del sustantivo (el objeto) al que adjetiva (el atributo/ característica de medicalizar) en el ámbito conceptual.

- Medicalización contextual (medicalización de la vida) (Cerecero Molina, et al., 2014).

- Medicalización del fenómeno (evaluación y monitoreo basado en medicina).

- Medicalización de las personas usuarias (adicción como enfermedad) (Apud y Romaní, 2016).

- Medicalización de las drogas (neurobiología) (Kvaale, et al., 2013).

- Medicalización del aparato público (sistema de derivación a tratamiento).

- Medicalización de la atención (espacios y profesionales enfocados a la medicina).

- Medicalización legislativa (sólo el uso medicinal).

Además de la medicalización, está ampliamente demostrado que el estigma impacta en los niveles de salud de las personas usuarias y, en consecuencia, afecta a la equidad en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en materia de salud y drogas.

Estas desigualdades responden a una secuencia lógica principal, como sigue, no se reconoce la demanda existente / las personas no tienen derecho a usar drogas y, por lo tanto, no se contemplan aspectos relativos a sus derechos y no se cuenta con ellos para planificar, desarrollar y ejecutar la legislación sobre drogas, por otro lado, exclusiva y discriminatoria. Esto propicia una desconexión de la persona usuaria y una consecuente dificultad de implementación de las leyes de forma efectiva en relación al fin que persiguen respecto a los medios que se utilizan. Por lo tanto, o se yerra en los fines o en los medios o en ambos, lo que requiere un replanteamiento profundo de estas políticas.

O sea, una de las tantas paradojas de las ciencias médicas, se pasa la cuestión por la vía médica, pero esta vía no tiene capacidad para abordar todas las cuestiones relativas a las drogas, por lo tanto, siempre hay un sesgo medicinal que en su implementación deviene en una exclusión en materia de salud, un supuesto 'por vosotros', pero 'sin vosotros'.

El dualismo entre criminalización y medicalización es un enfoque típico del cientificismo positivista, con unos límites cada vez más difusos y que deja atrás las historias de vida y las experiencias personales como fuentes esenciales de información sobre el fenómeno de la cultura de las drogas. Y deja atrás a las personas mismas. La tautología radica en que siempre se genera esa respuesta dicotómica con la dificultad para avanzar en la implementación de otros enfoques, lo que obstruye la necesaria diversidad disciplinar que requieren las políticas públicas sobre drogas. Esto pone de manifiesto que el fenómeno de las drogas debe

abordarse desde una perspectiva multidisciplinar porque estas dos vías no llegan a cubrir todo el espectro del mismo, lo que realza las cualidades del modelo sociocultural, con un enfoque más humanista (Apud y Romani, 2016).

RESPUESTA POLÍTICA DEL SISTEMA: SOBREDIMENSIÓN DE LA VISIÓN JURÍDICO-LEGAL

Las sanciones deben ser proporcionales al dolo causado por la acción concreta, esto dice el derecho, pero ¿qué sucede si esto no es así como se manifiesta en materia de drogas? Pues, una de sus consecuencias en el largo plazo, que es el momento actual, es que la ciudadanía, mediante la opinión crítica, pone en duda la legitimidad de esta ley. En consecuencia, se deterioran las relaciones entre la administración y las víctimas de esta legislación.

Desde la perspectiva política, el estigma es el mejor aparato de propaganda inventado por el ser humano, primero se escoge una característica a la que se le asocian atributos negativos, luego se usa para declarar un chivo expiatorio. Lo usaron los hebreos con los judíos, los griegos con los indeseables, lo usaron los nazis con los judíos y se usa desde tiempos inmemoriales para sostener la esclavitud. Al ser algo colectivo y apoyado por la ley, a lo que generalmente se le atribuye un mal social, se convierte en aceptable, aunque sea una aberración, es un mecanismo muy antiguo que aprovecha las debilidades del ser humano para darles respuesta de una forma simplista para no reconocer las verdaderas causas o propósitos.

De la criminalización de las personas usuarias de drogas subyace una inherente estigmatización que se manifiesta en diversos ámbitos de la vida cotidiana. Queda clara la relación causal entre estigma y criminalización y viceversa. Pero no se sabe exactamente si el estigma se inicia como campaña política para promover una legislación sobre drogas o cierto estatus económico y social; o ese estigma se genera a posteriori; o son dos fenómenos que suceden acompañados en el tiempo.

En el caso de drogas, esa propaganda ha ido variando en intensidad a lo largo de la historia reciente. En plena depresión, apareció la propaganda contra la marihuana con desinformación sin estar basada en estudios científicos, como ejemplo claro encontramos el film de 1936 *Reefer Madness* y esto se fue sucediendo a lo largo del siglo XX, destacando el aparato propagandístico de Nixon en la década de los setenta, encontrando en las personas usuarias de drogas el chivo expiatorio para aplacar las revoluciones culturales de los 60 y perfecto para justificar las prácticas imperialistas en países latinoamericanos. Es decir, el estigma se utiliza como una técnica de control social (Adissi y Frisch, 2008).

En los sistemas llamados comúnmente democracias liberales, el respeto y protección de las minorías estigmatizadas es una pieza indispensable, de lo contrario se podría considerar como la supresión de la disidencia. Sin embargo, esto no sucede en materia de drogas, a no ser que sea un derecho de una comunidad indígena, que se reconoce en pocos casos, ya que éstas se encuentran amenazadas en diversas zonas del planeta.

Si analizamos los mecanismos que activa el estigma desde la perspectiva de la legitimidad de los servicios para la demanda, encontramos que si la realidad de la persona estigmatizada y la visión de la entidades divergen de manera sustancial, la desconexión es evidente. En este caso hay dos apreciaciones destacables, por un lado, las entidades de Reducción de Riesgos no alcanzan la información real del terreno, y, por otro, la persona no se encuentra en el ambiente propicio para generar la confianza suficiente con el objetivo de intercambiar información veraz. Por lo tanto, las personas usuarias pueden tender a ocultar sus conductas, lo que constituye un sesgo de respuesta socialmente aceptable, para beneficiarse de alguna ayuda pública, para no perder el trabajo o para evitar una sanción o reprimenda, entre otras.

Y aquí es donde está una de las conexiones entre las entidades de reducción de la demanda y las leyes. Para un monitoreo fiel del fenómeno de las drogas o para la efectividad del trabajo social y comunitario, es necesario evitar la vía punitiva,

excepto para las violencias y las prácticas criminales. Esto favorece la desestigmatización de las personas usuarias y una armonía necesaria entre los diferentes departamentos de la administración pública, que genera confianza y sentimientos de legitimidad e idoneidad, bajo el principio de no-contradicción. Incluyendo a las personas usuarias de drogas en los procesos de reforma de las leyes.

La evidencia demuestra día a día que las drogas ilegales no son más dañinas que las legales o que factores medioambientales o alimentarios. Es decir, hay un amplio abanico de sustancias, tanto legales como ilegales, que tienen diferentes riesgos asociados, especialmente en torno a sus usos. La investigación en el campo de la farmacología, avanza hacia el descubrimiento del potencial de las drogas tradicionalmente prohibidas. Lo que significa una desconexión entre la ciencia y las leyes, lo que genera un incremento del sentimiento de injusticia entre las personas estigmatizadas, pudiendo producir sentimientos de indignación e impotencia entre ellas.

Según Oceja y Jiménez (2001), las personas valoramos las leyes en función de tres criterios principales: en qué medida la norma está de acuerdo con sus principios personales, cuál es la probabilidad de recibir una sanción formal cuando se transgrede, y el grado en que su grupo de referencia desapruueba dicha transgresión.

Según estos criterios, estos autores definen varios tipos de representaciones normativas en función de la población de referencia, a saber, leyes legítimas, leyes coercitivas, leyes ilegítimas, prescripciones, normas personales, costumbres y no-normas. Cuando la sanción formal percibida es alta en comparación al dolo infringido y la persona no está de acuerdo con la norma se pueden dar dos situaciones en función de la sanción social percibida (estigma percibido). Si el estigma es alto, se clasifica que la percepción de la persona es de una ley coercitiva, sin embargo, si la sanción social es baja, como ocurre en el caso del cannabis, la ley es considerada por el individuo ilegítima. La ley coercitiva integra un componente de impotencia y potencia el estigma percibido.

En definitiva, la ley tiene ese componente de moral, el sentido de marcar lo que está bien y lo que está mal, pero esto varía con el tiempo y el espíritu de las leyes cambia con las sociedades. Esos cambios se producen porque las leyes dejan de ser legítimas para, cada vez, un número mayor de ciudadanos. Por lo tanto, esto desconecta al ciudadano y a parte de la colectividad del mensaje oficial sobre drogas e influye en la confianza en las instituciones.

El sentimiento de injusticia es uno de los más potentes a la hora de generar revueltas sociales, un ejemplo claro son las revueltas del pan que aparecieron a finales de la Baja Edad Media. Las personas se revelaban cuando otros especularon con el pan (Tarrow, 2016). Es decir, las personas pueden aceptar calamidades, por ejemplo las provocadas por el clima y la escasez en las cosechas, pero el componente de la usura genera un sentimiento de injusticia, lo que se acaba canalizando en protesta e indignación, y lamentablemente en extremismo y violencia, en algunos casos.

Por lo tanto, si cada vez más personas sufren las consecuencias de la estigmatización, cada vez más personas sienten que las leyes no les representan y las interpretan como leyes coercitivas o ilegítimas. Lo que provoca un sentimiento de desconfianza en la administración en esta materia, lo que puede afectar a los índices de confianza generales, si la población objeto de estudio es lo suficientemente cuantiosa.

Muchos autores han remarcado la sobredimensión de la visión jurídico-legal en materia de política de drogas. El sistema considera a la persona usuaria de drogas criminal, sancionable, o enferma, con problemas. Es decir, no hay escala de grises, por ejemplo, no se diferencia en la legislación el tipo de sustancia, su uso, etc. Por lo tanto, se produce una judicialización del sistema punitivo y un sobre sancionamiento a conductas que por su naturaleza pertenecen a la esfera privada y que, en muchos casos, se aplican de forma discriminatoria para criminalizar a grupos concretos previamente estigmatizados. Como por ejemplo, la posesión para uso personal, llamada en la legislación española tenencia en vía pública.

Diversos estudios demuestran que las políticas punitivas en materia de drogas perjudican más a los más vulnerables (Morales-Posselt, 2019). Lo que se traduce en un círculo vicioso que hace que se acentúen las desigualdades y esto afecta especialmente a los perfiles vulnerables (Vázquez y Stolkner, 2009).

El impacto económico que supone una sanción para un grupo vulnerable puede ir desde el miedo constante al embargo por la imposibilidad de pagar la multa ante los ingresos por debajo del estándar mínimo de subsistencia que percibe, hasta tener que escoger si pagar la multa o comer tal o cual cosa este mes. Otras personas ni siquiera tienen domicilio para poder recibir la multa. Para los más afortunados, pagar la multa significa menos de un mordisquito a su cuantiosa renta.

Y el ejemplo de la multa, no es nada comparado con las miles de personas que van a la cárcel por simple tenencia o cultivo para uso personal o los cientos que son ejecutados por estas causas, en diversos países del mundo. Lo que supone un coste en vidas humanas e historias de vida insoslayable para el balance internacional de la guerra contra las drogas de los últimos casi 60 años (Bewley-Taylor, et al., 2014).

Es decir, además de ser estigmatizado por el uso de sustancias al imponer la sanción, lo que provoca una discriminación, hay un estigma que es el asociado a la pérdida de poder adquisitivo, los antecedentes criminales o el estigma a la familia en caso de muerte. Por lo tanto, con las actuales políticas de drogas se perpetúa el estigma asociado a las drogas y la marginalidad/criminalidad. Además, debido al estigma las sanciones no se aplican de forma proporcional y de nuevo las personas vulnerables con perfiles marginales son las más perjudicadas.

Esto viola derechos como la privacidad, a vivir una vida digna, la no discriminación, la no interferencia en la vida privada, la participación ciudadana en la vida pública, etc. También principios democráticos típicos de las sociedades pluralistas, como el respeto a las minorías, al libre desarrollo de la personalidad o la protección de los más vulnerables, entre otros.

Como respuesta, el aparato político-decisionario no está exento de la percepción general sobre las drogas y en sus políticas y especialmente en su valentía política se refleja el estigma hacia las personas usuarias de drogas. Es más, se convierte en una cuestión politizada, donde los partidos de izquierdas la utilizan para obtener réditos políticos y los partidos de derechas también, pero con una visión totalmente opuesta. Esa politización no ayuda ni en términos de salud ni de seguridad, lo que deja amplios sectores de la sociedad desprotegidos en estos dos ámbitos, arrojando resultados divergentes respecto a los objetivos por los que se marcaron estas políticas. Por lo tanto carecen de efectividad.

La sobrecarga de la vía penal genera una mezcla de perfiles, mezclando a los que son criminales con los que no los son, con las consecuencias que eso genera en materia de seguridad. Lo que comúnmente se llama “separar el grano de la paja” es una tarea ardua debido a los altos índices de corrupción del funcionariado y los intereses cruzados entre la medicalización contextual y los OCG (EMCDDA y Europol, 2019).

En contraposición, millones de personas usuarias son sancionadas y estigmatizadas por algo que no se soluciona de raíz mediante la regulación por esos intereses de los que hablamos. Esto pone en riesgo la salud de las personas y su seguridad, además de estigmatizarlas, deshonrarlas y discriminarlas, lo que se conoce como la “hipocresía sobre las drogas”.

En definitiva, el estigma puede acabar favoreciendo unas dinámicas contraproducentes para la propia administración, ya que ante la desconexión que siente la persona usuaria de drogas de los sistemas de prevención y tratamiento, a causa de la medicalización, y la desconexión de un sistema punitivo que le perjudica y discrimina sistemáticamente, a causa de la criminalización, los niveles de confianza del individuo en las instituciones bajan.

Más allá de la calabaza y la zapatilla: Abordaje teórico de vías prácticas para la reforma de las políticas de drogas desde la perspectiva humanista y la mitigación del estigma.

Hay que tener en cuenta que desde la perspectiva de las políticas públicas no hay demasiada literatura sobre estigma a excepción del ámbito de la salud, ya que es un concepto que puede tener altos grados de subjetivación, transformación espacio-temporal y bastantes elementos deícticos. Sin embargo, en el mundo de la sociología, de los derechos civiles y de la filosofía política, el estigma es un tema fructífero del que se pueden extraer diversas conclusiones útiles para las políticas públicas.

Como principio en esta aproximación tenemos la tolerancia, ya que para paliar parte de las consecuencias del estigma, es necesario formular políticas públicas con empatía (Lamo de Espinosa, 1988) hacia las personas usuarias de drogas. Las drogas son una cuestión compleja que implica diversos aspectos de la vida, por lo tanto hay que abordarla desde esa complejidad y desde la dialéctica entre diversas disciplinas.

Centramos el análisis en cuatro ramas de actores políticos concernidos y su interacción con los conceptos tratados, la Sociedad Civil, entendida como la sociedad organizada, la opinión pública y los medios de comunicación, las administraciones públicas y su funcionariado, incluyendo el sistema judicial, y la rama política, incluyendo en ésta tanto al legislativo como al ejecutivo.

En cuanto a la Sociedad Civil y los grupos de presión, podemos encontrar varios tipos de entidades que interactúan en materia de drogas. En la actualidad, las entidades de Reducción de Riesgos y Daños que actúan en el ámbito de la prevención y el tratamiento, generalmente forman parte del propio sistema del bienestar en el Estado español. El enfoque sociocultural ayuda a la desmedicalización y a evitar el cientificismo, por lo tanto ayuda a mitigar el estigma. Incluir servicios destinados a la demanda existente de drogas desde un prisma holístico y no estigmatizante favorece los procesos de normalización (Martínez Oró, 2015). Ya se han publicado diversas guías prácticas para mitigar el estigma (Mota Ronzani, et al., 2017; RIOD, 2019) aunque aún queda un largo camino para hacerlo de forma efectiva.

Los grupos de expertos sobre drogas, generalmente fundados por personas de reconocido prestigio con una larga trayectoria profesional o académica en materia de drogas. Mediante la investigación, estas entidades contribuyen a ampliar el conocimiento sobre las drogas, una pieza indispensable para combatir la desinformación y como consecuencia el estigma. La neutralidad y la ausencia de conflicto de intereses caracterizan el trabajo de estas entidades, aunque ellos también puedan ser víctimas y verdugos del estigma.

Los grupos de personas que usan drogas, que representan colectivos de usuarios que trabajan por la reforma de estas políticas y programas para garantizar sus derechos, con una clara inclinación por el bienestar público, cumplen un rol insoslayable en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Estudios recientes demuestran que el empoderamiento legal generalizado de las personas usuarias de drogas en materia de derechos humanos, derechos legales y procesales, así como el empoderamiento de las mismas mediante procesos de reforma de las leyes, tiene una relación con los niveles de salud. Estos estudios incluyen indicadores relativos a la educación, la participación ciudadana, el entrenamiento de la policía y la reforma de la ley (Footer, et al., 2018). La reforma es un proceso emancipatorio siendo el eje principal de cualquier política para mitigar el estigma.

Los grupos potencialmente participantes en las reformas de las políticas sobre drogas son entidades relativas a diferentes ámbitos de la vida con los que interactúan estas políticas, como por ejemplo Derechos Humanos, igualdad, consumo, agricultura o sostenibilidad. Incluir este tipo de actores en el proceso de reforma beneficia, por un lado, a la transmisión de información al resto de la sociedad, lo que mitiga el estigma, y, por otro, a dotar de imparcialidad cualquier regulación debido a la posibilidad de dialéctica con otros sectores.

Por último, encontramos los grupos relativos a los poderes fácticos oficiales y no oficiales, que generalmente tratan de producir reformas que les favorecen, industria farmacéutica, sistema bancario y OCG. Tal y como señala Europol y diversos orga-

nismos internacionales, hay que poner el foco en la corrupción (EMCDDA y Europol, 2019).

La segunda rama es la opinión pública. Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en el proceso de desestigmatización de las personas usuarias y los procesos de normalización del fenómeno de las drogas. Pasando todas las noticias sobre drogas por el filtro de los Derechos Humanos y huir de la noticia en el marco de la dicotomía medicalización versus criminalización, se evitaría en gran parte el estigma y la discriminación que sufren las personas usuarias de drogas en los ámbitos individual, comunitario y colectivo. Además, entrar en la complejidad en ciertos espacios destinados a ello, con expertos en diferentes disciplinas puede ser un mecanismo educativo interesante para el grosso de la población.

La tercera rama es la política, es decir los decisores políticos, así como sus asesores, agencias de información, de formulación y evaluación de políticas o de comunicación política, entre otras. Son los encargados de marcar qué entra y qué no en la agenda política. Abrir el melón de las drogas es un arma de doble filo para muchos partidos. Por eso, es importante abordar la cuestión desde la complejidad, con esa mirada multidisciplinar que requieren estas políticas, dejando al margen intereses partidistas o económicos. Un proceso de dignificación y reparación para estas personas a través de un mensaje mediático e institucional que entre en la complejidad, ayuda a mitigar el estigma y la discriminación que sufren las personas usuarias de drogas, anteponiendo el bienestar público y la protección de los grupos vulnerables.

La cuarta rama de actores políticos son las administraciones públicas y los funcionarios que trabajan para ellas, a los que hay que formar en las nuevas perspectivas sobre drogas durante y después de la reforma. Estudios recientes demuestran que mediante cursos formativos a las fuerzas de seguridad se ha conseguido implementar la regulación, mediante el proceso de la cual se ha reducido la discriminación y el estigma en materia de drogas.

Estos actores políticos se encuentran en un contexto, que varía según sus grupos de referencia, ésta es la arena donde interactúan los actores más

los ciudadanos de a pie, con las ideas preconcebidas sobre el tema en cuestión. Mitigar el estigma de los factores estructurales, como la pobreza, la criminalidad, el acceso a derechos básicos, como trabajo y vivienda, son un componente esencial para disminuir el estigma en materia de drogas, pero no es suficiente.

Cualquier regulación sobre drogas debe contemplar la interacción de estos actores que influyen en las decisiones políticas. La reforma se considera un proceso de dignificación y reconocimiento hacia las personas usuarias de drogas y es un pilar indispensable para mitigar el estigma. Desde el punto de vista de los actores políticos y su comportamiento, todos estos procesos favorecen los contextos de tolerancia y normalización (Martínez Oró, 2015), que con el debido acompañamiento de información veraz y exenta de mitos, pueden ser conducidos hacia un equilibrio entre la desestigmatización y la no banalización, encontrando la amplia escala de grises entre no medicalización y no criminalización de las personas usuarias de drogas.

APUNTES FINALES

Según el argumento vertido en este artículo, se puede atisbar una primera aproximación sobre el efecto contraproducente de la estigmatización en el trabajo de reducción de la demanda, servicios para la demanda existente, prevención y tratamiento, especialmente cuando la desinformación y los mitos sobre drogas imperan en el mensaje percibido por la sociedad, incluso el de los propias personas usuarias.

Las drogas son una cuestión multidisciplinar y mitigar el estigma asociado a su uso también. Innumerables paradojas se dan en el ámbito de la salud entre la medicalización y exclusión, lo que apunta a una necesidad de implementar enfoques holísticos como el modelo sociocultural.

Las leyes deben ser justas y adaptarse a los contextos en los que se implementan. La legitimidad de las leyes es una pieza indispensable para construir sociedades inclusivas y participativas. Debido a la desprotección que sienten las

personas usuarias, la percepción de legitimidad de las leyes se ve afectada.

Desde el ámbito de las políticas públicas se puede ayudar a mitigar el estigma hacia las personas usuarias mediante procesos de empoderamiento legal de la Sociedad Civil, procesos de reforma de las leyes y programas sobre drogas y formación a los funcionarios públicos, entre otras propuestas. Apostando por políticas basadas en la protección de los derechos fundamentales de estas personas.

Para desarrollar estos objetivos con éxito es necesario el diálogo constante con las personas usuarias de drogas, incluyéndose en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas sobre drogas.

BIBLIOGRAFÍA

Adissi, G. y Frisch, P. (2008). El debate actual sobre la Ley de Drogas. Una disputa por la legitimidad entre agencias de control social. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica.

Apud, I. y Romaní, O. La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. Salud y drogas, Vol. 16, No. 2, 2016, 115-25.

Barsky A. J. (1988) The health paradox. N Engl J Med., 318, 7, 414-8.

Bewley-Taylor, D., Blickman, T. & Jelsma, M. (2014). The Rise and Decline of Cannabis Prohibition. The History of cannabis in the UN drug control system and options for reform. Amsterdam, The Netherlands: Transnational Institute.

Beviá, B. y Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 37, No. 132 Madrid.

Cerecedo Pérez, M. J., Tovar Bobo, M. y Rozadilla Arias, A. (2014). Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.» Elsevier, Atención Primaria, Vol. 45, No. 8, 434-8.

EMCDDA y Europol. (2019). EU Drug Markets

Report. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Escohotado, A. (2018). Historia general de las drogas. Madrid, Spain: Espasa.

Footer, K., Windle, M., Ferguson, L., Hatcher, J., Lyons, C., Gorin, E., Stang, A. L., Golub, S., Gruskin, S. y Baral, S. (December, 2018). A Meta-Narrative Literature Synthesis and Framework to Guide Future Evaluation of Legal Empowerment Interventions. Health and Human Rights, Vol. 20, No. 2, 65-84.

Froehlich, T. J. (2017). A Not-So-Brief Account of Current Information Ethics: The Ethics of Ignorance, Missing Information, Misinformation, Disinformation and Other Forms of Deception or Incompetence. BiD: textos universitaris de biblioteconomia i documentació, No. 39.

Kvaale, E. P., Haslam N. y Gottdiener W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. Elsevier, Clinical Psychology Review, Vol. 33, 6, 782-94.

Lamo de Espinosa, E. (1988). El vicio y la ambivalencia normativa. Universidad Autónoma de Madrid, REIS, No. 42, 7-43.

Marichal, Fátima, & Quiles, María Nieves (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. Psicothema, Vol. 12, No. 3, 458-65.[fecha de Consulta 15 de Abril de 2020]. ISSN: 0214-9915.

Martínez Oró, D. P. (2015). La gestión del estigma de los consumidores recreativos de drogas. Infodivano, No. 27.

Midgley, M. (2019). ¿Podemos formular juicios morales?. Traducción de Linares, P. Madrid: Alianza Editorial.

Morales Posselt, A. (2019). Selectividad punitiva. Mecanismos judiciales de construcción de discriminación y dominancia social. Universidad Nacional Autónoma de México, Cuestiones Criminales, Vol. 2, No. 3, 140-159.

Mota Ronzani, T., Regina Noto, A. y Santos da Silveira, P. (2017). Reduciendo el estigma entre

usuarios de drogas guía para profesionales y gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.

Oceja, L. V. y Jiménez, I. E. (2001). Hacia una clasificación psicosocial de las normas. *Estudios de Psicología*, 2001, Vol. 22, No. 2, 227-42.

Rengel Morales, D. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gaceta Antropológica*, No. 21, 25.

RIOD (2019) Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Vol. 4, No. 3, 301-18.

Sánchez, C. y Collins, M. (2018). Más vale pedir perdón que pedir permiso: El enfoque subnacional de las políticas de drogas en España. *Global Commission on Drugs Policy & Swansea University Prifysgol Abertawe*. Resumen de políticas, 12.

Tarrow, S. G. (2011). *Power in Movement: Collective Action, Social Movements and Politics*. 3rd edition. New York, NY, United States: Cambridge University Press.

Vázquez, A., & Stolkner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia. *Facultad de de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones*, Vol. XVI, 295-303.

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. *Facultad de de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones*, Vol. XIX.

ESTIGMA, CONSUMO DE DROGAS Y ADICCIÓN. ROL DE PROFESIONALES Y DE REDES INTERNACIONALES QUE INTERVIENEN

STIGMA, DRUG USE AND ADDICTION. ROLE OF PROFESSIONALS AND INTERNATIONAL NETWORKS INVOLVED

RESUMEN

Los profesionales que intervienen con personas usuarias de drogas cuentan con una posición privilegiada para desempeñar un potente rol de incidencia para modificar el estigma. Ejemplos de buenas prácticas en esta materia son las campañas por Socidrogalcohol, Dianova, INADI, EFPSA, Fundació CAE, "Abiertamente", FCD, Junta de Andalucía, entre otras.

RIOD considera que eliminar los efectos de este estigma es una prioridad de salud pública y una responsabilidad sociosanitaria y ética ineludible. El trabajo para paliarlo implica utilizar información basada en evidencia y acciones a partir de enfoques de Derechos Humanos y de acceso universal a la salud.

PALABRAS CLAVE

Consumo de drogas, adicción, estigma, profesionales, tratamiento, sociosanitario.

ABSTRACT

Professionals who intervene with drug users have a privileged position to play a powerful advocacy role in modifying stigma. Examples of good practices in this area are the campaigns by Socidrogalcohol, Dianova, INADI, EFPSA, Fundació CAE, "Abierta-mente", FCD, Junta de Andalucía, among other ones.

RIOD considers that eliminating the effects of this stigma is a public health priority, and an unavoidable socio-sanitary and ethical responsibility. Working to alleviate it involves using evidence-based information and actions developed from a Human Rights and a universal access to health approaches.

KEY WORDS

Drug use, addiction, stigma, professionals, treatment, social health.

FERNÁNDEZ JJ, HANSEN G, CHACÓN S, ESPINAL S, PASCUAL F, CHIOSSO F.

Comisión sobre estigma. Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones, RIOD

INTRODUCCIÓN

El estigma asociado al uso de drogas y a las conductas adictivas afecta de manera transversal en la vida de las personas, generando un impacto en la salud física y mental, la capacidad de encontrar y mantener un trabajo, de encontrar y mantener una vivienda, en sus relaciones sociales y en el auto concepto. Por otra parte, el estigma retrasa la búsqueda de un tratamiento adecuado y es en sí mismo una barrera para acceder y permanecer en los tratamientos (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS y OMS], 2005; Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013). Es necesario tener en cuenta que el propio estigma genera situaciones para que aumenten las posibilidades de implicarse en conductas de riesgo y agravar los problemas socio sanitarios asociados al consumo de sustancias. Las personas consumidoras de sustancias sufren el rechazo social, y es un hecho que son apartadas y estigmatizadas con las implicaciones que esto conlleva. Todavía hoy en día, hay algunas zonas del mundo, donde cientos de miles de personas son criminalizadas y judicializadas, e incluso castigadas con la pena de muerte por haber consumido drogas catalogadas como ilegales. También existen áreas geográficas en las cuales se condenan a estas personas a un registro de antecedentes penales que les niega el acceso a determinados puestos de trabajo (Abeldaño, Gallo, Burrone y Fernández, 2016; Byrne y Alberts, 2010; Jürgens, Csete, Amon, Baral y Beyrer, 2010).

El estigma en la persona que consume drogas implica desigualdad, discriminación y exclusión social (Vázquez y Stolkiner, 2009; Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones [RIOD], 2019a). Link y Phelan (2001) plantean una relación del estigma con el poder económico, político y social, quedando las personas más estigmatizadas en categorías inferiores en la sociedad y otorgando el poder de estigmatizar a aquellas que se encuentran en una posición percibida como más elevada.

Existen diferentes tipos de estigmas. El estigma público conlleva una discriminación directa, y de él se derivan conductas como la negación de los derechos de la persona estigmatizada, como por

ejemplo al trabajo, a la atención sanitaria o a una vivienda digna. El autoestigma ocurre cuando las personas consumidoras interiorizan los estereotipos y existe una discriminación hacia sí mismas (Fernández, 2017; RIOD, 2019b). La etiqueta estigmatizante se convierte en la definición íntegra de la persona, pasando a interiorizar el estigma en su identidad e invisibilizando a la persona y el resto de esferas que conforman su identidad. Se internalizan las creencias estereotipadas y, por ende, la persona actúa autoexcluyéndose de ciertos ámbitos (Cunningham, Sobell y Chow, 1993).

Con respecto al impacto del estigma en el tratamiento de las drogodependencias, Rusch, Angermeyer y Corrigan (2005) advierten sobre la dificultad para buscar asistencia sanitaria e iniciar un tratamiento, aspecto que empeora el estado de salud de las personas implicadas. La baja adhesión al tratamiento es debida, en parte, a la discriminación por parte de los sanitarios, lo que provoca que las personas con problemas relacionados con las drogas no hagan un uso regular y estable de los servicios sanitarios. Asimismo, señalan que el estigma crea en los usuarios y usuarias de los servicios sanitarios problemas relacionados con la falta de autoestima y de percepción de autoeficacia. Aparece el miedo y la percepción de incapacidad de hacer un buen uso del tratamiento, lo que frecuentemente conlleva el perder la motivación para recuperarse.

Una de las barreras que implica el estigma en las personas drogodependientes es la falta de acceso a los servicios sanitarios y al mercado laboral. En los procesos de estigmatización se produce una separación en distintos grupos, y aquellos que son estigmatizados formarán parte de un grupo en el que el acceso a ciertos recursos o la ejecución de un derecho se verá limitada, como por ejemplo el acceso a un trabajo, a una vivienda digna, o a los servicios de educación y sanidad (OPS y OMS, 2005; Link y Phelan, 2001; Vázquez y Stolkiner, 2009).

EL ANÁLISIS INTERSECCIONAL

El análisis interseccional desde la prevención y el tratamiento es necesario y urgente para generar

intervenciones eficaces y justas. El análisis interseccional tiene como objetivo revelar cómo interactúan los ejes de vulnerabilidad, exponer los diferentes tipos de discriminación y las desventajas que se dan como consecuencia de la combinación de identidades en una misma persona. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas. Toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes ejes de vulnerabilidad. Más aún, nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas están inexorablemente vinculadas a los demás (Jürgens, Csete, Amon, Baral y Beyrer, 2010; RIOD, 2019b).

ESTIGMA Y PROFESIONALES

Es importante también considerar la cuestión del estigma asociado a profesionales y servicios de tratamiento (Mota, Noto y Santos, 2014). Aquellos/as profesionales que tienen un contacto directo con los usuarios y usuarias drogodependientes identifican ciertos estigmas en su actuar cotidiano, como por ejemplo la diferenciación entre el equipo profesional y “ellos” referido a los usuarios/as (la alteridad “ellos” y “nosotros”); la falta de confianza en que el/la usuario/a sea capaz de resolver un problema; la desconfianza como denominador común en el análisis de sus acciones; la creencia de que existe un abandono del cuidado de los hijos/as por el mero hecho de consumir; el trato infantilizado y relativo a una baja capacidad cognitiva hacia el/la usuario/a; las decisiones por parte del profesional sin dar opción a decidir a la propia persona (medicación, opciones de recuperación, etc.); juzgar o imponer el criterio del profesional por encima de la realidad del paciente; etc. El estigma genera en las personas usuarias de drogas desconfianza hacia los profesionales. Y puede derivar en una atención y un vínculo de peor calidad, y en mayor

dificultad para establecer una adecuada relación con los profesionales. Además, puede conllevar un empeoramiento pronóstico y el abandono del tratamiento (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, y Garretsen, 2013; Chacón, 2017).

Por otro lado, los/las profesionales sanitarios/as que intervienen con las personas usuarias de drogas, cuentan con una posición privilegiada para realizar una labor de defensa a través de sus experiencias, y pudiendo desempeñar un rol especialmente potente de incidencia para modificar el estigma. Se considera que las organizaciones nacionales y supranacionales, pueden y deben liderar la lucha contra el estigma. No es una reflexión intelectual, es decir, debe hacerse incidencia al respecto, pero, a su vez, procurar que la reflexión y la conciencia de la importancia que tiene paliar el estigma se incorpore en los equipos técnicos (RIOD, 2019b).

ESTIGMA, DROGAS Y GÉNERO

Con respecto al género, se ha generado en el ámbito de las drogodependencias un fenómeno de infrarrepresentación de las mujeres consumidoras y sus circunstancias, teniendo una mirada androcentrista que considera al hombre como el sujeto neutro, y por lo tanto una visión reducida del fenómeno. La estigmatización que asocia al sentimiento de vergüenza y culpa debido a la transgresión del rol de género es mayor en las usuarias de drogas (RIOD, 2019b). En la atención a mujeres que consumen drogas es necesario tener en cuenta el potenciar la motivación, la preocupación por la confidencialidad del tratamiento, la baja percepción o aceptación del problema, la exposición a traumas como violencia y abusos, la escasa red social y el fenómeno del consumo invisibilizado relegado al ámbito doméstico, el mayor deterioro social, el bajo apoyo de familiares y amistades, y la menor independencia económica en muchas ocasiones. El temor a perder la custodia de los hijos/as (Federació catalana de drogodependències [FCD], 2018) o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres representan en sí una barrera

enorme de acceso a los servicios muy difícil de sortear (Hatzembuehler et al, 2013). En definitiva, las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a los mismos recursos.

Varios estudios recogen las dificultades de accesibilidad de las mujeres drogodependientes a los tratamientos, y señalan como determinantes la penalización social añadida que sufren las mujeres con problemas de consumo, el miedo a perder la custodia de menores de los cuales son responsables y la transgresión que implica el abandono del rol de cuidadoras de su familia/pareja, la presencia de una pareja drogodependiente, las largas listas de espera para el acceso a los servicios debido al menor número de plazas para mujeres, la imposibilidad de hacer un tratamiento residencial estando con sus hijos/as, y la ausencia o escasez de servicios específicos para mujeres drogodependientes que sufren violencia (Vázquez y Stolkiner, 2009; Jürgens, Csete, Amon, Baral y Beyrer, 2010; Federació catalana de drogodependències [FCD], 2018).

BUENAS PRÁCTICAS RESPECTO A ESTIGMA EN PERSONAS QUE USAN DROGAS

El tratamiento de la dependencia debe ser visto como una alianza entre administraciones, profesionales, usuarios/as de sustancias, familia y comunidad, sin que la responsabilidad por la recuperación se centre necesariamente en alguna de las partes. Antes de pensar en enfrentar el estigma, es importante que los profesionales de la salud reconozcan la forma cómo perciben a las personas usuarias de drogas. Las percepciones estigmatizantes y estereotipadas pueden afectar la motivación del profesional para trabajar con las personas usuarias.

Un ejemplo de una buena práctica en materia de estigma en personas usuarias de drogas es la campaña llevada a cabo por Socidrogalcohol (<https://socidrogalcohol.org/estigma>), sociedad científica que emprendió el Plan de Sensibilización para combatir el estigma de la persona con trastorno adictivo con el eslogan #Rompe-

El Estigma. Su objetivo general se centra en la reducción del estigma dentro de la sociedad de aquellas personas con un problema relacionado con la adicción, para así evitar el rechazo, trabajar la percepción social, la profesional y el autoestigma, y así facilitar la aceptación del trastorno y defender el derecho a una atención pública, gratuita y universal desde los recursos sociosanitarios. El programa se ha diseñado para impactar en la propia persona consumidora, los familiares y los/las profesionales sociosanitarios/as (Guardia, 2015). Se realizó una campaña de sensibilización general con mensajes a difundir en forma de spot de tv, cuña de radio, cartelera y folletos. El siguiente paso fue la elaboración de un cómic denominado 'Alas' como su protagonista, el pájaro representativo de la campaña. "Alas", atravesado por el estigma, sufre sus consecuencias, pero se pone en tratamiento con el apoyo de un grupo de ayuda. Se elaboró una guía didáctica con actividades a desarrollar utilizando este material, y también una guía sobre la vergüenza y la culpa, difundidas durante los eventos desarrollados sobre el tema. La campaña contó con muchas adhesiones de entidades públicas y privadas dedicadas a las adicciones, lo que facilitó su conocimiento y difusión. El siguiente paso a realizar será la sensibilización del personal socio-sanitario, con una formación específica (Pascual y Pascual, 2019).

La Red Internacional Dianova inicia una campaña titulada "Acabar con el Estigma" con el objetivo de concienciar sobre las consecuencias a nivel psicológico y físico de la discriminación de las personas con trastornos relacionados con el uso de drogas o adicciones comportamentales. El objetivo es cambiar las actitudes de la comunidad y educar sobre lo que realmente son las adicciones: un problema originado por diversos factores biopsicosociales y culturales que, sumados a la poca autoeficacia para poner fin a ciertas conductas, conllevan consecuencias negativas para las personas con un trastorno adictivo. Acuñan el eslogan "No busques la diferencia, no la hay" y el hashtag #QuitStigmaNow, y pretenden mostrar a la sociedad que las drogas no tienen por qué relacionarse con violencia, tráfico, pobreza; y visibilizar que las políticas basadas en la prohibición

conllevan la estigmatización y marginación de los consumidores, que a su vez comporta una reducción de la búsqueda de ayuda. Centra su objetivo en los profesionales de la salud, las personas tomadoras de decisiones, y las empresas y medios de comunicación, ya que son los que tienen una gran influencia a la hora de impactar sobre el ideario alrededor de las personas que consumen (Dianova, 2019).

El Instituto nacional contra la discriminación, xenofobia y racismo (INADI) del Gobierno de Argentina, implementó un plan que puso de relieve cuales eran las prácticas discriminatorias en materia de drogas (difundir estereotipos, excluir a una persona o discriminarla), y creó proyectos como el Foro contra la discriminación de las personas usuarias de drogas y sus familiares. Su objetivo es reducir daños, tanto de salud como sociales, de las personas y de sus familiares (Touzé y Goltzman, 2011).

La Federación Europea de Asociaciones de Estudiantes de Psicología en 2014 creó el proyecto Mind the Mind. El objetivo planteado consiste en combatir el estigma de los trastornos mentales en salud mental mediante la educación, no únicamente de los estudiantes de secundaria, sino también de la población general. Su proyecto se centró en la creación de talleres sobre el estigma en la sociedad. Pretenden hacer a la población con la que trabajan consciente de que la propia persona no es responsable de sus problemas de salud mental. Además, ofrecen información sobre cómo tratar con las personas que tienen un trastorno mental o dónde deben buscar ayuda (Colectivo de Estudiantes de Psicología-Psikologiako Ikasleen Elkargoa [CEP-PIE], 2018).

La Fundació Campus Arnau d'Escala realiza el proyecto "La Consulta" (Fundació CAE, 2018). Luchan contra el estigma en salud mental en el ámbito sanitario con el objetivo de reducir los comportamientos que estigmatizan a las personas usuarias y empoderarlas para poder potenciar un mayor contacto con la sociedad e implicación por parte de los profesionales. No únicamente se centran en la atención especializada de salud mental, sino también en la atención primaria. Han generado un proyecto audiovisual con dos casos,

dos personas con un trastorno mental que se quejan de una afección no relacionada con el trastorno mental. Con este material pretenden visibilizar que algunos profesionales pueden dar un trato diferencial influido por el diagnóstico que tienen.

"1 de cada 4" forma parte de la estrategia andaluza contra el estigma y discriminación en salud mental (Junta de Andalucía, 2017). Su misión es la lucha contra el estigma, desarrollando diversas acciones de sensibilización social sobre el estigma de la enfermedad mental y en apoyo a la integración y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. Disponen de muchos proyectos, tanto en España como en otros países, dirigido a diversos públicos. Sus objetivos son combatir el estigma, la discriminación y la vulneración de derechos que sufren las personas con enfermedad mental y favorecer la recuperación de estas personas.

"Abiertamente", que nace en diciembre de 2010, creada por los principales agentes sociales del sector en Cataluña, es la primera entidad en Cataluña que tiene como objetivo único la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Se aprovecha de la experiencia y conocimiento acumulados por campañas antiestigma, fundamentalmente desarrolladas durante la pasada década en el mundo anglosajón, para elaborar un modelo de intervención propio. Este modelo sostiene que, con una combinación de campañas de comunicación, sensibilizando colectivos específicos, dando respuesta a mensajes y prácticas discriminatorias, y promocionando el contacto social, se pueden conseguir a medio plazo cambios en actitudes y comportamientos que lleven a una reducción de situaciones discriminatorias vividas por las personas con problemas de salud mental. Apuesta porque las personas con problemática de salud mental sean el motor del cambio social. El proyecto pretende tejer una red de activistas antiestigma en primera persona en todo Cataluña.

En la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) a finales del año 2017 se creó la comisión de estigma con el objetivo de crear líneas de trabajo para erradicar el estigma, los prejuicios y la discriminación hacia las personas que usan drogas.

La FCD definió entonces unas líneas en concreto sobre las cuales trabajar para la generación de nuevos materiales gráficos. Se realizó un trabajo conjunto con personas usuarias de los servicios de programas de la FCD y personas de los equipos profesionales con metodología participativa y teatro de las personas oprimidas. El fruto de este trabajo conjunto se plasmó en un material gráfico cuyo objetivo era poder trabajar el estigma en los diferentes servicios y entidades de la Federación, porque además de la atención técnica, la manera en la que se generan las relaciones usuario-profesional se convierte en un factor esencial para una ayuda adecuada (FCD, 2019). Es necesario resaltar la metodología innovadora con la que se han desarrollado los contenidos, dado que las voces de las personas implicadas en primera persona han tenido un peso especial en su desarrollo, dándoles el espacio y el altavoz necesario para empoderarlas sin reducir el proyecto solo al punto de vista de los profesionales.

Por último, la Red Latinoamericana de Investigación sobre Estigma y Drogas, liderada por la Universidad Federal de Juiz de Fora de Brasil, está desarrollando un Estudio multicéntrico sobre la reducción del estigma asociado al uso de drogas, que tiene como objetivo evaluar una intervención para la reducción del estigma de profesionales de servicios especializados y de atención primaria en salud en relación a los/as usuarios/as de alcohol y otras drogas. En esta red participan universidades y entidades de Brasil, Argentina, Uruguay y Colombia. En este último, la Corporación Surgir participa de esta investigación, que en la actualidad se encuentra en la fase de recolección de información (Junto con la Universidad Pontificia Bolivariana, la Universidad de Antioquia y la Universidad Luis Amigó). Los demás países mencionados también están en esta fase.

LA RIOD ANTE EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

La Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD) apoya la implementación de intervenciones basadas en evidencias, el diseño de políticas basadas en la salud pública

y desde el prisma de los derechos humanos. Además, considera que es necesario incidir en políticas públicas y en todo ámbito de opinión y toma de decisiones en políticas de drogas para poner fin a las políticas basadas únicamente en la represión porque contribuyen a estigmatizar y marginar a los/las consumidores/as de drogas y dificultan el acceso y la permanencia en los servicios (RIOD, 2019a; RIOD, 2019b). También tiene como objetivo erradicar el estigma asociado a las drogodependencias, lo que está íntimamente ligado a la Agenda 2030 por el desarrollo sostenible (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018).

Desde la RIOD se considera que eliminar los efectos del estigma en las personas que usan drogas o que presentan una adicción debe convertirse en una prioridad de salud pública, ya que la estigmatización puede afectar a varias esferas de la vida de una persona (laboral, social, salud, etc.), y también puede implicar en sí una barrera para el acceso y la permanencia en los servicios y programas de atención a las drogodependencias. Si se desconocen los efectos estigmatizantes y no se tiene conciencia del problema, se puede legitimar este discurso, potenciando el estigma y la exclusión desde la actividad profesional y desde el diseño de políticas de drogas. El trabajo para paliar el estigma asociado a las drogodependencias implica utilizar la información basada en evidencia, y las acciones deben ser diseñadas, evaluadas y divulgadas desde la óptica de los derechos humanos y del derecho al acceso universal a la salud y a los recursos sociosanitarios (Fernández, 2017; RIOD, 2019b).

En el ámbito comunitario es necesario educar a la población general en torno a las drogas y adicciones, aprender a verlas como un problema de salud pública que se origina por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que resultan en la dificultad de poner fin a un ciclo repetido de comportamientos, a pesar de sus consecuencias claramente negativas, y no como meramente una falta de voluntad en poner fin al consumo.

En el ámbito gubernamental es necesario cambiar las actitudes de los agentes que toman

decisiones a nivel político, que juegan un papel relevante en la formación del estigma. Es necesario evitar la precarización de las políticas de drogas con visiones reduccionistas o castigadoras, pues se condena a las personas que usan drogas a una situación de doble exclusión, al obligarlas a recibir atención en condiciones en las que no se cumplen los mínimos estándares de calidad o incluso en las que no se respetan los derechos humanos (Pascual y Pascual, 2019; RIOD, 2019a; RIOD, 2019b).

También cabe destacar la influencia que pueden tener las empresas y los medios de comunicación en la creación o en la erradicación del estigma, en la manera en la que se informa y en el lenguaje que se utiliza para transmitir sus mensajes, pues puede contribuir a alimentar el estigma en torno al uso de sustancias. En cambio, desde un ejercicio de responsabilidad y justicia social, los medios de comunicación pueden convertirse en un altavoz para paliar el estigma asociado (Guardia, 2015; Martín, 2010). Hay que tener en cuenta el uso del lenguaje y ocuparnos de usar uno adecuado para referirnos a las personas que consumen sustancias. No debe contener desvalorización, prejuicios o etiquetas, evitando de este modo que se condene a la persona y que su identidad se vea copada íntegramente con el consumo de sustancias como asociado al vicio, a la transgresión de los roles esperados o a la delincuencia y la criminalidad (Mota et al, 2014; Chacón, 2017).

Se ha de promover activamente en la intervención terapéutica el trabajo con el autoestigma y potenciar que las personas que participan en programas de tratamiento no se autoetiqueten o asuman como ciertos los prejuicios, cosa que entorpece su recuperación y su empoderamiento. Se tiene que eliminar tanto en la comunidad como en las personas que consumen drogas y sus familiares los mitos asociados al uso de sustancias. En este sentido es fundamental que los equipos de intervención cuenten con una formación adecuada y compartan estándares de calidad en cuanto al hacer terapéutico, siempre en clave de derechos humanos (Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental [FAAUSM], 2014; FCD, 2019). Adicionalmente, es necesario considerar que aunque las personas que

usan drogas pudieran no auto estigmatizarse, aun así podrían limitar sus posibilidad de recuperación o integración social dada la presencia de lo que se denomina el estigma anticipado, entendido como las “expectativas de ser estereotipado, prejuizado o discriminado en el futuro debido a los atributos estigmatizantes” como el uso de drogas. Esta anticipación puede producir efectos en su salud mental como cuadros de ansiedad y condicionar su decisión de acceder a tratamiento o a oportunidades de integración social como asistencia a entrevistas de trabajo o participación en actividades culturales (Smith, Earnshawb, Copenhaverc y Cunningham, 2016).

Desde la RIOD se recomiendan iniciativas que comportan una evidencia de éxito, como por ejemplo aquellas que implican el encuentro entre poblaciones estigmatizadas y otras que no tienen este estigma, conformando espacios de proximidad con el objetivo de disminuir prejuicios. Se deben promocionar espacios donde puedan tener contacto personas sin uso de sustancias y personas con uso de sustancias con un objetivo en común (Fernández, 2017; RIOD, 2019b). Se debe promover la participación activa, la visibilidad y el empoderamiento de las personas que participan en los programas de tratamiento, difundiendo y promoviendo sus derechos y realizando acciones de incidencia. Esto es, que puedan desarrollar actividades públicas donde se muestren otras facetas de su vida, aportándole a su comunidad y no sean encasillados/as en la etiqueta reduccionista de “consumidores/as”, sino también de personas que pueden tener una contribución social (FAAUSM, 2014; Junta de Andalucía, 2017). Por otra parte, hay que realizar campañas mediáticas que se orienten a promover los derechos de las personas con uso problemático de sustancias y a disminuir su discriminación (Guardia, 2005; Pascual y Pascual, 2019; RIOD, 2019b).

En cuanto a la investigación, ha de impulsarse el que se investigue sobre temas de estigma, prejuicios y discriminación en el ámbito del uso de drogas, obteniendo datos e información basada en evidencia que refuerce la idea de trabajar en red para paliar el estigma. Ello ayudará a eliminar barreras y normativas legales que resulten en

discriminación o generación de prejuicios de las personas que usan sustancias. Y, por último, conviene considerar lo aprendido por experiencias para combatir el estigma en otros colectivos, incidiendo más en la idea de solidaridad, potenciando el trabajo en el autoestigma, y creando campañas dirigidas a las personas consumidoras animándoles para solicitar ayuda rompiendo el estigma (Fernández, 2017).

En referencia al funcionamiento y al diseño de los servicios y programas, se ha de favorecer el abordaje integral, contando con equipos multidisciplinares, basados en un enfoque biopsicosocial de los problemas derivados del uso de drogas. El acceso a los programas y servicios ha de ser universal, público y gratuito, en igualdad de condiciones que otras personas con problemas de salud. Los servicios y recursos asistenciales deben estar integrados en los sistemas públicos de salud, siempre incluyendo a las ONG que intervienen en este ámbito. De no hacerse así se mantiene el estigma y la discriminación de las personas que consumen drogas (Fernández, 2017; UNODC, 2018; Pascual y Pascual, 2019; RIOD 2019a; RIOD, 2019b).

Dado el conocimiento actual sobre la relación entre el estigma asociado al uso de sustancias y el impacto que tiene en la vida de las personas, particularmente en su recuperación e inclusión social, la RIOD entiende que tiene una responsabilidad social/sanitaria y ética ineludible de incidir para transformar esta realidad y salir al paso de los procesos de estigmatización asociados al uso de sustancias. Y asume el desafío de coordinar esfuerzos para lograr cambios sistémicos que tengan un impacto real y concreto en la disminución del estigma hacia personas usuarias de sustancias allí donde desarrollamos nuestras actividades.

Dichos esfuerzos no se limitan a los tomadores/as de decisiones en políticas públicas, sino que también incluyen a los medios de comunicación, a la comunidad en general y por supuesto, a las propias personas implicadas.

Como RIOD, si bien tenemos un rol relevante en la transformación social respecto del estigma en la población para la que trabajamos, somos conscientes de que es una tarea que debemos

acometer con otros agentes, por lo que haremos esfuerzos por generar alianzas con otras agencias tanto de la sociedad civil como estatales, locales y globales, y aunar esfuerzos en este cometido.

BIBLIOGRAFÍA

Abeldaño, A., Gallo, V., Burrone, M. y Fernández, A. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de investigación Psicológica*, 6, 2404-2411.

Byrne, J. y Albers, E. R. (2010). Coexisting or conjoined: The growth of the international drug users' movement through participation with International Harm Reduction Association Conferences. *International Journal of Drug Policy* 21(2), 110-111

Colectivo de estudiantes de psicología. (2018). *Mind the Mind*. Madrid, España. Colectivo de estudiantes de Psicología-Psikologiako Ikasleen Elkargoa Recuperado de <http://www.cep-pie.org/mind-the-mind/>

Cunningham, J. A., Sobell, L. C. y Chow, V. M. (1993). What's In A Label? The Effects of Substance Types and Labels on Treatment Considerations and Stigma. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(6), 693-699. Recuperado de http://nsuworks.nova.edu/cps_facarticles/798

Chacón, S. (2017) Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas en equipos de tratamiento en Santiago de Chile. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Dianova (2019). Dianova abordó el estigma en la CND. Barcelona, España: Dianova Internacional. Recuperado de <https://www.dianova.org/es/noticias/dianova-abordo-el-estigma-en-la-cnd/>

Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental. (2014). *Recuperación y Ayuda Mutua: Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Recuperado de <http://enprimerapersonaandalucia.org/wp-content/uploads/2014/03/GU%C3%8DA-FINAL-AYUDA-MUTUA-PDF-1.pdf>

Federació catalana de drogodependències. (2019). ¿Que dicen sobre el estigma los y las

profesionales de los servicios de drogas? Recuperado de <http://www.fcd.cat/wp-content/uploads/2019/02/Sessió-Professionals.pdf>

Fernández, J.J. (2017). Estigma en usuarios y usuarias de drogas. Estrategias para combatirlo. Trabajo presentado en XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Alcohol: Soluciones locales para un fenómeno global, RIOD, San José de Costa Rica, Costa Rica.

Fundació Campus Arnau d'Escala (2018) La Consulta. Girona, España: Fundació Campus Arnau d'Escala. Recuperado de <http://campusarnau.org/laconsulta/>

Guardia, J. (Coord.). (2015). *Medios de comunicación y adicciones: Guía para periodistas*. Recuperado de <https://sodidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-Periodistas.pdf>

Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C. y Link, B.G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.

Junta de Andalucía. (2017). 1 de cada 4: Campaña de sensibilización sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen. Recuperado de https://www.1decada4.es/pluginfile.php/571/mod_resource/content/0/Dossier_prensa.pdf

Jürgens, R., Csete, J., Amon, J. J., Baral, S., Beyrer, C. (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. *The Lancet*, 376(9739), 475-85.

Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, (27), 363-385.

Martín, J. (2010). Buenas prácticas de los Medios de Comunicación en Materia de Drogas. Recuperado de https://riod.org/wp-content/uploads/2017/04/RIOD_Buenas-pr%C3%A1cticas-de-los-Medios-de-Comunicaci%C3%B3n-en-materia-de-drogas_2010.pdf

Michaels, P., López, M., Rüsche, N. y Corrigan, P. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, and Education*, 4, 183-194.

Mota, T., Noto, R. y Santos, P. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005). *La Estigmatización y el Acceso a la Atención de Salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. Recuperado de <https://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>

Pascual Mollá, M., Pascual Pastor, F.(2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones* 29(4), 223-226. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1038>

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones. (2019a). Un enfoque de salud pública en materia drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Recuperado de https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/UN_ENFOQUE_DE_SALUD_PÚBLICA_EN_MATERIA_DROGAS..pdf

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones. (2019b). Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones. Recuperado de <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>

Rusch, N., Angermeyer, M. C., y Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.

Smith, L., Earnshaw, V., Copenhaver, M. y Cunningham, Ch. (2016). Substance Use Stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug Alcohol Depend*, 162, 34-43. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.02.019.

Touzé, G. y Goltzman, P. (Comp.). (2011). *América Latina debate sobre drogas. I y II conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Intercambios*. Recuperado de <http://intercambios.org.ar/es/america-latina-debate-sobre-drogas-i-y-ii-conferencias-latinoamericanas-sobre-politicas-de-drogas/>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018).

Informe mundial sobre las drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J. y Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35.

Vázquez, A., y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 16, 295-303.

ESTIGMA Y CONSUMO DE DROGAS: UNA APROXIMACIÓN A LA MIRADA INTERSECCIONAL

STIGMA AND DRUGS ABUSE: AN APPROACH FROM INTERSECTIONAL PERSPECTIVE

RESUMEN

El estigma hacia las personas drogodependientes afecta a la búsqueda de ayuda específica, y es una de las principales barreras de acceso y de permanencia en los tratamientos de drogodependencias. En el presente artículo, se repasan los conceptos teóricos básicos en cuanto al concepto de estigma y una introducción al análisis interseccional, la cual es imprescindible para potenciar la incorporación de la perspectiva de derechos humanos, salud pública y justicia social en todos los niveles de intervención. Por último, se elabora un listado de recomendaciones prácticas para paliar el estigma, orientadas a agentes sanitarios y entidades del tercer sector.

PALABRAS CLAVES

Estigma, drogodependencias, adicciones, análisis interseccional.

ABSTRACT

The stigma towards drug addicts affects the search for specific help, and is one of the main barriers to access and permanence in drug addiction treatment. In this article, the basic theoretical concepts regarding the concept of stigma are reviewed and an introduction to intersectional analysis, which is essential to promote the incorporation of the perspective of human rights, public health and social justice at all levels of intervention. Finally, a list of recommendations to alleviate stigma is drawn up, aimed at health agents and third sector entities.

KEYWORDS

Stigma, drugdependence, addiction, intersectional analysis.

GISELA HANSEN

Doctora en Psicología clínica y de la salud, máster en psicopatología clínica y patología dual, máster en investigación de psicología clínica. Psicóloga en centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada

EL IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS CON ADICCIONES

El estigma relacionado con el consumo de drogas y las conductas adictivas afecta a la vida de las personas a nivel de salud física y mental, en las oportunidades y el desarrollo laboral, en la formación de la propia identidad y el cómo se relacionan con los demás. La experiencia del estigma percibido puede llegar a tener un impacto hasta el punto de retrasar la búsqueda de un tratamiento adecuado y es en sí mismo puede convertirse en una barrera para acceder y permanecer en los tratamientos.

Es necesario tener en cuenta que el propio estigma genera situaciones para que aumenten las posibilidades de implicarse en conductas de riesgo y agravar los problemas socio sanitarios asociados al consumo de sustancias.

Existen zonas del mundo donde el consumo de sustancias se aborda desde el enfoque judicial penalizando a estas personas con penas de cárcel, listas de antecedentes e incluso con la pena de muerte en los casos más extremos. También, el enfoque castigador priva del derecho al acceso a los servicios de salud necesarios para el abordaje del problema.

Esta situación de extrema desigualdad se recoge en las declaraciones de plataformas internacionales como Naciones Unidas que abogan por vencer las barreras asociadas al estigma de las drogas y las adicciones, y marcando una hoja de ruta para las actuaciones necesarias como es la lista de los Objetivos del desarrollo sostenible.

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo, marcando las orientaciones para su adopción por todos los países en conformidad con sus propias prioridades y los propios desafíos.

Los ODS son una agenda inclusiva, es decir, abordan las causas fundamentales de la pobreza y nos unen para lograr un cambio positivo en beneficio de las personas y las sociedades.

A continuación repasamos algunos ODS relacionados con el tema del estigma y las adicciones:

ODS 3: Salud y Bienestar:

Implica garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, incluye explícitamente en el punto 3.5 fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, como el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Debido al estigma asociado al consumo, las personas enfrentan mayor dificultad para acceder a servicios de tratamiento, permanecer en ellos, acceder a tratamientos de reducción de daño y tener oportunidades de reinserción social adecuadas, reduciendo el estigma y el prejuicio en relación a los diferentes tipos de consumo.

Objetivo 5: Igualdad de Género

Subraya la necesidad de que las políticas sobre drogas, las campañas preventivas y el diseño de los servicios y programas se diseñen en clave de género. Esto implica reconocer que hay diferencias importantes entre hombres y mujeres, así como otras identidades de género en cuanto al consumo de drogas y las adicciones. La equidad de género no es solo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible. Las mujeres representan solo un 20% de las personas que están en programas de tratamiento para las drogodependencias, esto nos interpela a evaluar las barreras de acceso y permanencia a los tratamientos íntimamente relacionado con el diseño androcéntrico de los programas. Abordar los consumos desde una perspectiva de género implica: Tener presentes las diferencias y peculiaridades que el género introduce en las motivaciones para consumir drogas, los patrones de uso de las sustancias y los efectos y consecuencias derivadas de su consumo, y eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a los programas y servicios de prevención o asistencia a las adicciones.

Objetivo 10: Reducción de las desigualdades

Con el fin de reducir la desigualdad, se ha recomendado la aplicación de políticas universales que

presten también especial atención a las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y vulnerables. Este objetivo pone de relieve que la adicción es un problema de salud pública y una cuestión de derechos humanos y justicia social que debe ser tratada como tal. La estigmatización de las personas que consumen drogas puede representar una gran barrera en la búsqueda de ayuda para los problemas de adicción, barreras de acceso a los servicios y programas, y a su vez barreras de permanencia en los mismos. Específicamente el punto 10.3 hace referencia a garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

Objetivo 16: Paz y Justicia

Este objetivo marca el camino para la consecución del acceso a la justicia para todas las personas y para la construcción de instituciones efectivas y responsables en todos los niveles. Se pone de manifiesto la necesidad de establecer leyes más eficientes y transparentes, y presupuestos gubernamentales integrales y realistas. Prestamos especial atención al punto 16.b que hace referencia a promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible. Busca respeto principalmente a los esfuerzos en fortalecer el Estado de Derecho y el acceso a la justicia para todos, lo que implica luchar contra todas las formas de discriminación hacia los/las usuarios/as de drogas, dejar atrás el modelo de castigo y penalizador de la lucha contra las drogas que implica la lucha contra las personas que usan drogas, e integrar un prisma inclusivo, solidario, basándose en un modelo de recuperación integral e integrador.

¿QUÉ ES EL ESTIGMA Y CÓMO SE RELACIONA CON LAS ADICCIONES?

El estigma (Goffman, 1963) se define como un proceso social en el que se da una categorización. El estigma es un atributo por el cual un individuo

es clasificado y etiquetado de manera negativa. En el punto de partida, el estigma permite identificar a qué grupo social pertenece, es decir, la identidad social. Este proceso de categorización es un rasgo del funcionamiento de la cognición social, y un mecanismo de clasificación cognitivo. Goffman (1963) describe un Estigma cuando el proceso de clasificación de una persona o un grupo implica atributos negativos que acarrearán ciertas consecuencias a diferentes niveles.

Existen tres tipos de estigmas según Goffman (1963). Estos se clasifican en función de donde se encuentra el objeto de estigmatización: Están aquellos estigmas relacionados con el cuerpo, el estigma asociado al carácter, en el que Goffman situaría los problemas relacionados con el uso de drogas y por último, el estigma tribal, relacionado con la etnia, religión o nacionalidad. Jones et al. (1984) denominan el estigma como una marca, un conjunto de condiciones no deseadas que pueden precipitar un proceso de estigmatización. Estos autores explican la existencia de seis dimensiones del estigma: Ocultabilidad (Medida en la que es explícito un atributo), curso (si es reversible o irreversible un atributo), disruptividad (si el atributo no deseado interfiere en las relaciones personales), estética (medida en la que la "marca" provoca rechazo), origen (en que medida la persona es responsable de la condición) y peligrosidad (medida en la que es amenazante la condición del individuo).

Link y Phelan (2001) definen el estigma como un proceso en el que se encuentran distintos componentes que se relacionan entre sí de la siguiente manera: en primer lugar, las diferencias existentes entre grupos o individuos y la atribución de etiquetas. En segundo lugar, el vínculo entre las diferencias negativas y la creación de estereotipos. Por último, la separación entre "ellos" y "nosotros" como forma de discriminación y validación del discurso negativo contra las disidencias. Estos tres componentes son complementados por un cuarto que Link, Yang, Phelan y Collins (2004) describen como reacciones emocionales tanto del grupo que estigmatiza como del estigmatizado.

Desde el campo del prejuicio se destaca una manera extrema de estereotipo y estigmatización:

la deshumanización. La deshumanización consiste en la falta de la atribución de sentimientos y/o capacidades mentales a las personas (Yang, Jin, He, Fan y Zhu, 2015). En los inicios del siglo XXI, la deshumanización se planteaba y se medía como algo explícito, pero recientemente han emergido modelos muy interesantes que permiten medir la deshumanización de manera menos explícita.

En el contexto de las drogodependencias, se observa que en la formación del estigma se acentúa la falta de motivación por la búsqueda de ayuda o el miedo a tener problemas con las autoridades como consecuencia de la estigmatización que sufren las personas con trastornos adictivos (Cunningham, 1993; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997). Por otra parte, frecuentemente el consumo de drogas está asociado con otros estereotipos, que a su vez amplifican la experiencia del estigma, tales como el VIH, los problemas de salud mental y la delincuencia.

El estigma puede constituir una barrera de acceso a los tratamientos de drogodependencias y/o salud mental, y a su vez una barrera de permanencia en los mismos. Tal como expresan Mota, Noto y Santos (2014) y Arctander en Prieto (2019), las personas que sufren un trastorno adictivo son vinculadas usualmente, y de forma estereotipada, con la violencia, el narcotráfico y la prostitución sobre todo en el caso de las mujeres consumidoras. Además, se etiquetan a estas personas como responsables de su problema, se asocia con el concepto de “vicio” y la falta de voluntad, olvidando que un trastorno adictivo es un problema de salud (Mota, Noto y Santos, 2014). Asimismo, las consecuencias de dichos estigmas comportan un trato discriminatorio, una baja adhesión al tratamiento y el abandono e inicio continuo del tratamiento (Mota, Noto y Santos, 2014).

Los agentes implicados en los procesos de estigmatización, y con los que debemos trabajar, no solo son las propias personas consumidoras, sino que debemos tener en cuenta la responsabilidad y la influencia que ejercen en estos procesos aquellos/as que les rodean como los/las profesionales sanitarios/as, las familias, la comunidad y los medios de comunicación. En este artículo abordaremos la cuestión del estigma como barrera en los

tratamientos y la necesidad del análisis interseccional para el abordaje

INTERSECCIONALIDAD Y ESTIGMA

El análisis interseccional desde la prevención y el tratamiento es necesario y urgente para generar intervenciones eficaces y justas. El análisis interseccional consiste en analizar cómo interactúan los ejes de vulnerabilidad, exponer los diferentes tipos de discriminación y las desventajas que se dan como consecuencia de la combinación de identidades en una misma persona. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación generan dinámicas específicas. El reflexionar desde la perspectiva interseccional nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas están inexorablemente vinculadas a los demás.

Existe un consenso sobre la importancia de adoptar un marco de interseccionalidad para lograr mejores resultados relacionados con la salud pública, lo que se traduciría en un mayor acceso a la atención sanitaria entre las poblaciones vulnerables (Earnshaw, Bogart, Dovidio y Williams, 2013; Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013). Las desequivalencias sociales pueden comprenderse en su conjunto cómo la intersección entre múltiples identidades sociales y desigualdades estructurales vinculadas a las mismas, y como en consecuencia estas conjunciones pueden afectar negativamente a las propias oportunidades y experiencias (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016). morbilidad entre las mujeres (Bird y Rieker, 2008).

Cuando se aplica a la adicción, un marco de interseccionalidad sugiere que el estigma de la adicción también está vinculado a otros ejes de vulnerabilidad como el género y el origen (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016). En consecuencia, las personas con problemas de adicciones pueden encontrar dificultades añadidas a su vida y a las oportunidades que

tienen cuantos más ejes de vulnerabilidad interactúen en su identidad (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016).

A continuación, analizaremos algunos ejes de vulnerabilidad que amplifican la experiencia del estigma en personas drogodependientes, tales como: la salud mental, la edad y el género.

De acuerdo con los datos de diversas investigaciones, se ha identificado la existencia de prejuicios negativos hacia aquellas personas que tienen problemas asociados de salud mental, frecuentemente categorizándoles como personas “peligrosas” y “violentas”. Leiderman (2011) entrevistó a 1,254 personas sobre la percepción que tenían sobre las personas con problemas de salud mental, y este estudio encontró que el 69.9% de los individuos encuestados creían que las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia muestran un comportamiento extraño o inadecuado. Peluso y Blay (2004) entrevistaron a una muestra de 500 personas de la población general, y determinaron que había una alta prevalencia de la atribución del adjetivo de peligrosidad en referencia a las personas con problemas de salud mental. Finalmente, en México, Robles-García y cols. (2012) evaluaron la concepción pública de agresividad sobre la esquizofrenia entre 1,038 miembros de la comunidad. Más del 54.5% de las personas encuestadas creían que las personas con un diagnóstico como la esquizofrenia o el trastorno bipolar se pueden comportar de manera agresiva y que pueden conformar una amenaza para la sociedad.

La relación que existe entre el estigma de la salud mental y el estigma de las drogas es innegable. Ambas situaciones multiplican la vulnerabilidad de la persona en cuanto a la posibilidad de ser discriminada, tener menor acceso a recursos adecuados, menor red de apoyo y oportunidades socio laborales. Tanto los problemas de salud mental como las drogodependencias se asocian de manera estereotipada a la agresividad, la violencia, la criminalidad y sobre todo a la no predictibilidad de la conducta. La combinación de ambos fenómenos redundaría en una situación mayor de desprotección y de mayores barreras para la recuperación.

En cuanto a la edad, la esperanza de vida ha aumentado a lo largo de la historia y también hemos observado un aumento en la mediana de edad de las personas drogodependientes. Uno de los problemas más frecuentes en cuanto a las drogas y adicciones en la tercera edad, está relacionado con el abuso o dependencia de fármacos hipnosedantes o ansiolíticos, así como analgésicos de tipo opiáceo, obtenidos principalmente mediante la prescripción. Este hecho remarca la necesidad urgente de formación médica adecuada para prescribir de manera adecuada e identificar la adicción en personas de la tercera edad. Por otra parte, también es muy frecuente identificar la problemática adictiva asociada al consumo de alcohol, según la literatura un porcentaje significativo de la población de la tercera edad cumple criterios para abuso y dependencia de esta sustancia. Aunque las adicciones a sustancias pudieran parecer “fuera” del campo de la gerontología debido a que se supone que las personas abandonan el consumo antes de llegar a la vejez o mueren antes de llegar a esta edad, la realidad es bien distinta, habiendo un segmento de la población consumidora que ha ido envejeciendo con las particularidades que esto conlleva. En cuanto a la población de este colectivo, se suelen extrapolar las opciones de tratamiento de la población adulta ya existentes, cuando en realidad se alcanzarán mejores resultados terapéuticos si las intervenciones se ajustan a las necesidades específicas de la población consumidora anciana. La vejez suele ir de la mano con situaciones de soledad, pérdida de poder adquisitivo e incluso pobreza, pérdidas vitales y personales significativas que impactan directamente en la vulnerabilidad y el estigma asociado a un consumo de sustancias.

Históricamente, se ha producido un fenómeno de infrarrepresentación de las mujeres consumidoras y sus circunstancias en el ámbito de la drogodependencia. El género impacta directamente en cómo las personas se relacionan de las sustancias, crean dependencia y se recuperan. La mirada androcéntrica que considera al hombre como el sujeto neutro ha redundado en una visión reducida del fenómeno de las adicciones. La estigmatización que asocia al sentimiento de vergüenza

y culpa debido a la transgresión del rol de género es mayor en las usuarias de drogas. En el abordaje de las adicciones con mujeres es fundamental tener en cuenta cuestiones como las barreras de acceso y permanencia a los recursos, la presencia de violencia y traumas en su psicobiografía, la feminización de la pobreza y el escaso apoyo social y familiar.

En los programas de tratamiento las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a los mismos por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol de cuidadoras, aislamiento y rechazo social. La Federación Catalana de Drogodependencias en 2018 realizó un estudio donde se evidenció que ante la misma situación de consumo y vulnerabilidad entre hombres y mujeres usuarios/as, a ellas se les retira la custodia de los/las hijos/as en una proporción significativamente superior, lo cual pone de manifiesto una cultura patriarcal que castiga y judicializa de manera más acentuada a las mujeres consumidoras.

Los procesos de etiquetaje y estigmatización han fungido como mecanismos de control informal, que en caso de las mujeres han sido sumamente poderosos y utilizados para diferenciar y subordinar. Las mujeres que se han salido de estos roles han sido estigmatizadas o etiquetadas como una manera de reconducirlas a lo que la sociedad espera de ellas. De esta manera, la noción de estigma utilizada por Irwing Goffman en el conjunto de explicaciones sobre la desviación y el delito, hace también referencia a la creación de una imagen deseada y esperada sobre las mujeres, que cuando no se cumple implica prejuicios y segregación.

La evidencia aportada por estudios que recogen las dificultades de accesibilidad de las mujeres drogodependientes a los tratamientos señala entre sus determinantes la penalización social añadida que sufren las mujeres con problemas de consumo. Cabe mencionar también que el estigma percibido por los/las profesionales que intervienen es en sí es una de las barreras que forman parte de la permanencia en los tratamientos de las mujeres drogodependientes. Los perfiles de mujeres consumidoras son percibidos como más

complejos y de peor pronóstico en comparación a ellos. Es necesaria la reflexión del porque las usuarias presentan en muchas ocasiones mayor psicopatología asociada y un alto grado de cronicidad, debemos relacionar esto con la invisibilización de los consumos, y el retraso en solicitar atención debido a el rol de cuidadora y la falta de apoyo social, el sobre diagnóstico clínico en las mujeres sobre todo de trastornos de personalidad y del estado de ánimo, lo cual influye en la cronicidad de la drogodependencia y el deterioro de múltiples áreas de su vida.

RECOMENDACIONES APLICADAS PARA PALIAR EL ESTIGMA

Con el objetivo de poder disminuir la experiencia de estigma en las personas drogodependientes, se expone a continuación una serie de recomendaciones aplicadas para los sistemas de atención sanitaria y entidades del tercer sector:

Las personas usuarias de sustancias legales o ilegales deben ser reconocidas e informadas/atenidas de manera adecuada en los sistemas sanitarios que estén a disposición. Es necesario que desde las direcciones de los servicios se incentive la actitud abierta de los equipos de trabajo y de las personas voluntarias en cuanto a hablar sobre estigma, así como animar a realizar una auto revisión de las propias actitudes y creencias, y a generar un consenso en cuanto a la manera adecuada de relacionarse con las personas usuarias. Otra cuestión fundamental es promover los espacios de revisión adecuados para que esto suceda y realizar formaciones vivenciales para los equipos, por tal de internalizar la perspectiva de derechos humanos en el ámbito de drogas adicciones y plasmarlo en la propia intervención. Las formaciones deben ser vivenciales, significativas y deben estar impartidas por personas expertas en la materia.

Es necesario revisar las relaciones de poder que se pueden generar en el binomio profesional-usuario/a, dado que esta tipología de relación acentúa las diferencias, colabora en aumentar el estigma y es la base para intervenciones directivas que frecuentemente no tiene en cuenta la voz de

la persona usuaria infantilizándole o minando su capacidad de toma de decisiones. Esto conlleva también el tener que revisar el diseño de los programas y servicios, así como las derivaciones y las vías de acceso, con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso y la permanencia de los dispositivos específicos.

Otra cuestión fundamental, pero que puede pasar desapercibida, es la necesidad de revisar el lenguaje que se utiliza para referirse a las personas usuarias y sus situaciones personales, para relacionarse con ellas y entre los miembros del equipo de intervención. Deberíamos ser capaces de garantizar el uso de lenguaje inclusivo, no estigmatizante y no sexista en la documentación y material existente como el de nueva creación (Dípticos, páginas webs, comunicados de prensa, etc) así como en la intervención terapéutica directa. También relacionado con las actividades terapéuticas, es recomendable potenciar y propiciar grupos terapéuticos dentro del programa/servicio que aborden la temática del estigma y todas sus implicaciones, garantizando que las actividades terapéuticas dirigidas a paliar el estigma sean regulares y suficientes, y que sean impartidas por una/a persona/s formada y con perspectiva de derechos en el ámbito de las drogas y adicciones. Es fundamental la importancia de la formación y la revisión personal de la persona que imparta las actividades por tal de no perpetuar estereotipos en el propio discurso que acentúen el estigma.

Es recomendable importar y reproducir buenas prácticas que hayan funcionado previamente para paliar el estigma asociado a las drogas y adicciones desde el propio lugar, así como trabajar con los/las familiares de las personas usuarias el concepto de estigma y como esto influye en la recuperación de la persona y en la carga mental familiar. Por otra parte, y en la medida de lo posible, es muy significativo el poder participar en foros de encuentro entre las administraciones y la sociedad civil y llevar la realidad de la intervención directa a estos foros de debate, con el objetivo de mejorar la realidad de las personas usuarias de drogas, realizando incidencia política en el diseño de leyes para que se tenga en cuenta la perspectiva de derechos humanos en su diseño, así como la infor-

mación basada en evidencia y no en estereotipos que pertenecen al imaginario social.

Por último, es muy necesario revisar los propios proyectos en funcionamiento y de los futuros desde la óptica de derechos, teniendo en cuenta un modelo integral e integrador, no punitivo y que empodere a la persona usuaria. Es imprescindible que potenciemos la incorporación de la perspectiva de derechos humanos, salud pública y justicia social en todos los niveles de intervención: investigación, formación, prevención, atención, sensibilización, entre otros. De no incorporar esta perspectiva se estará perpetuando la concepción de la población como un todo homogéneo con iguales necesidades y validando el discurso de la exclusión.

En cuanto a la concurrencia de diferentes problemáticas en la misma persona, cuestión que agrava la vivencia de estigma (Violencia de género, drogodependencia, salud mental, pobreza, inmigración, etc) debemos llevar a cabo acciones conjuntas y coordinadas entre las redes de atención, generando estrategias comunes y consensuadas (protocolos), dejando de concebir a las personas de forma sectorial y parcializada, para de esta manera poder desarrollar formas de trabajo integral, efectivas, significativas y globales.

BIBLIOGRAFÍA

Bird, C.E. y Rieker, P.P. (2008) *Gender and Health: The Effect of Constrained Choices and Social Policies*. Nueva York: Cambridge University Press.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C. & Chow, V. M. (1993). What's In A Label? The Effects of Substance Types and Labels on Treatment Considerations and Stigma. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(6), p. 693-699. Recuperado en: http://nsuworks.nova.edu/cps_facarticles/798

Earnshaw, V.A.; Bogart, L.M.; Dovidio, J.F. y Williams, D.R. (2013) Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving forward. *Am Psychol.* ;68:225–236.

Federació Catalana de Drogodependències.

(2019) ¿Que dicen sobre el estigma los y las profesionales de los servicios de drogas? Recuperado de: <http://www.fcd.cat/wp-content/uploads/2019/02/Sessi3-Professionals.pdf>

Goffman, E. (1963). *Estigma*. La identidad deteriorada. Amorrortu editores: Madrid.

Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BC. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103:813-821

Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Marcus, H., Miller, D. y Scott, R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman and Company.

Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J.J., Werntz, A. J., Teachman, B. A. y Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and alcohol dependence*, 169, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>

Leiderman, E.A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J.I., et al. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 46, 281-290.

Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, (27), 363-385.

Link, B.G., Yang, L., Phelan, J.C. y Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.

Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 38, 177-190.

Mota, T., Noto, R. y Santos, P. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.

Peluso, E. y Blay, L. (2004). Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 955-61.

Prieto, M. (2019) Experto de Dianova pide la co-

laboración de los medios para evitar la estigmatización de las adicciones. EuropaPress.

Robles-Garcia, R., Fresan, A., Berlanga, C. y Martinez, N. (2012). Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City. *Int J Soc Psychiatry*, 59:811-8.

Yang W, Jin S, He S, Fan Q, Zhu Y (2015) The Impact of Power on Humanity: Self-Dehumanization in Powerlessness. *PLoS ONE* 10(5): e0125721. doi:10.1371/journal.pone.0125721

CAMPAÑA "ROMPE EL ESTIGMA"

CAMPAIGN "BREAK THE STIGMA"

RESUMEN:

La sociedad científica Socidrogalcohol plantea desde su visión multidisciplinar una campaña de sensibilización dirigida a la sociedad general, pacientes con trastorno adictivo y profesional sanitario. Se describen las distintas actuaciones de la campaña, desde su desarrollo, difusión como su continuidad en el tiempo. Su desarrollo se basa en la evidencia científica de que el estigma dificulta el acceso al tratamiento para las personas con adicción.

PALABRAS CLAVE:

Estigma, adicciones, sensibilización, campaña, evidencia científica.

ABSTRACT

Scientific Society Socidrogalcohol sets out from a multidisciplinary point of view an awareness campaign address to society, patients with addiction and sanitaries health professionals. We describe different actions from development of the campaign, broadcast of it and continuity in time. Their development is based on scientific evidence about stigma as a difficulty to access treatment in people with addiction problems.

KEY WORDS:

Stigma, addictions, awareness, campaign, scientific evidence.

MIREIA PASCUAL MOLLÁ

Periodista de Socidrogalcohol y CAARFE. Instituto de Investigación en Drogodependencias de la UMH. Editora de la Revista InDependientes. Monitora del GARAI

FRANCISCO PASCUAL PASTOR.

Médico de la Unidad en Conductas Adictivas de Alcoy. Presidente de Socidrogalcohol. Asesor en el comité técnico de CAARFE. Instituto de Investigación en Drogodependencias de la UMH. Médico del GARA.

INTRODUCCIÓN

La sociedad científica Socidrogalcohol cumplía el pasado año 2019 50 años, es la entidad dedicada a las adicciones más antigua de España y aglutina a profesionales de distintos campos. Su característica principal es la multidisciplinariedad. Por este motivo, y a lo largo de toda su historia, la sociedad científica ha estado cerca también de colectivos de pacientes, no solo de profesionales (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social, derecho, medicina, sociología, etc.). La proximidad a otras entidades le ha hecho ser más sensible a ciertos temas, y uno de ellos ha sido el Estigma.

El estigma de la persona con trastorno adictivo sigue presente décadas después de que se reconozca que la adicción es una enfermedad. La persona con una conducta adictiva es vista por la sociedad como alguien vicioso que ha elegido ponerse enfermo. Pocos entienden en la sociedad la dimensión integral de la enfermedad, la presencia de problemas biológicos, psicológicos y sociales. La gran mayoría de las personas con problemas de adicción sufren el rechazo social y son apartados y estigmatizados.

Por este motivo la sociedad científica, lanzó un Plan de Sensibilización que se desarrolló a lo largo de todo el 2017, 2018, 2019 y pretende relanzarse con nuevo material en este 2020, en todo el territorio nacional. Socidrogalcohol entre otras muchas cosas, redactó, en primer lugar, un documento de adhesión con el objetivo de reducir la estigmatización de las personas con trastornos adictivos. Al documento de adhesión se sumaron organizaciones, entidades, asociaciones, etc. de todo tipo que trabajan en adicciones en España, aunque nos llegaron peticiones también de otras partes del mundo.

PLANTEAMIENTO DE LA CAMPAÑA. JUSTIFICACIÓN Y NECESIDAD. ¿POR QUÉ ES NECESARIO TRABAJAR EL ESTIGMA?

La gran mayoría de las personas con problemas de adicción sufren el rechazo social y son apartados y estigmatizados. Algunos de ellos sufren pobreza,

aunque no hay una necesaria relación entre sufrir estigma y sufrir pobreza o padecer algún otro tipo de desigualdad social. En los países desarrollados hoy es más que evidente, por ejemplo, que el consumo de alcohol está relacionado con aspectos positivos, actividades de prestigio y estatus social. Por un lado, se anima al consumo de alcohol para ser uno más, dentro de esta normalización social. Sin embargo, si este consumo se descontrola y se convierte en una adicción, la propia sociedad que animaba a hacerlo es la que ejerce de forma principal ese rechazo hacia la persona consumidora.

Los recursos asistenciales para atender a estas personas también refuerzan en muchas ocasiones este estigma al situarse en lugares apartados de los hospitales o centros de salud. Se alejan así la normalización de una enfermedad que sigue estando mal vista.

Las administraciones en general olvidan la importancia de invertir en la recuperación de estas personas, desconocen que el ahorro que podría producirse al invertir en prevención es mucho mayor que el coste que ahora se debe hacer desde la sanidad pública para hacer frente a multitud de enfermedades derivadas la conducta adictiva.

Todas las dimensiones, las sociales, asistenciales, la prevención, los recursos administrativos, todos están impregnados por el estigma.

Es curioso, además, observar que, aunque el estigma está muy presente en los enfermos alcohólicos u otro tipo de adicción, son pocos los artículos científicos que hacen referencia al estigma de estas personas. Si bien es verdad que el estigma ha sido muy tratado en las personas con SIDA, muchas de las cuales son consumidores de sustancias.

En algunos artículos aparece incluso el término autoestigma: “Este se define como un proceso subjetivo que se caracteriza por sentimientos negativos, comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o estereotipos individuales derivados de las experiencias propias, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas basadas en el estigma social del estatus o las condiciones de salud”.

“El estigma tiene el potencial de impactar de forma negativa en diferentes parcelas de la vida, como el empleo, la vivienda o las relaciones sociales. El estigma afecta a muchos niveles incluida una pobre salud mental y una debilitada salud física. Implica un retraso en la puesta en tratamiento, en la recuperación y en los procesos de reinserción. También aumenta las posibilidades de verse implicado en comportamientos de riesgo. Muchos estudios han demostrado que el estigma es una barrera significativa para acceder a los servicios de salud y a los servicios de tratamiento por uso de sustancia”.

Algunas de las cualidades que se usan para identificarlo son: la visibilidad, severidad, el contagio, la culpabilidad, la diferencia con otros en determinados contextos, la incompetencia y la anormalidad por tener que llevar un estilo de vida diferente a la que socialmente se establece como normal. La sociedad científica Socidrogalcohol, al corriente de este hecho, plantea un plan de sensibilización con el objetivo de reducir la estigmatización de las personas con trastornos adictivos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Reducir el estigma de las personas adictas dentro de la sociedad y reclamar una intervención acorde con esta normalización.

Objetivos específicos:

- Favorecer el abordaje integral, público y gratuito, asumiendo la coordinación con ONGs, organizaciones de pacientes y la iniciativa privada, en el que tengan igual importancia los aspectos físicos, psíquicos y sociales para lograr la total recuperación de la persona.

- Reclamar la existencia de estructuras asistenciales acordes a las necesidades de los pacientes y sus familias: Tratamientos ambulatorios, Recursos hospitalarios para desintoxicación, Centros de día, Comunidades Terapéuticas, programas específicos de trastornos duales, Viviendas tutelada, Programas de reinserción y Apoyo y coordinación con los grupos de ayuda mutua.

- Normalizar los servicios y recursos asistenciales: Normalización de los recursos integrados dentro de las redes públicas de salud.

- Dotar cada servicio con unos equipos mínimos de profesionales, acordes a sus características, en los que se trabaje de forma multidisciplinar con un enfoque bio-psico-social.

- Consolidar el derecho de todos los pacientes / usuarios al acceso en las mismas condiciones a los fármacos adecuados a su patología y a psicoterapias que se han mostrado eficaces, así como sus complicaciones.

- Normalizar el uso de fármacos agonistas opiáceos con las máximas garantías y condiciones de calidad, distribución, prescripción y dispensación.

- Exigir a la administración la financiación de todos los tratamientos dirigidos a la dependencia (nicotínica, alcohólica, de opiáceos) de eficacia demostrada y que aporta beneficios en cuanto a la disminución de la morbi-mortalidad y del gasto sanitario derivado de las complicaciones del tabaquismo.

- Reclamar y reforzar los derechos de estos pacientes para que reciban un trato y una atención como cualquier paciente que pueda sufrir otra patología.

- Exigir el respaldo por parte de la administración a las organizaciones de pacientes y familiares, reconociendo su labor en la mejora de las condiciones de vida de los usuarios y sus familias, así como la colaboración en la formación del voluntariado y la coordinación con los servicios socio – sanitarios asistenciales normalizados.

- Aumentar el conocimiento social sobre que la adicción es una enfermedad haciendo ver que la persona adicta es una persona normal que presenta un problema de salud.

- Aumentar la normalización y entendimiento social sobre que la enfermedad no es un vicio ni una elección personal.

- Aumentar la conciencia social acerca de la necesidad de reinserción de las personas que la sufren y de que el estigma no contribuye a ello sino que lo complica.

- Aumentar el conocimiento de la existencia de Socidrogalcohol ante la sociedad.
- Aumentar el conocimiento de la existencia de Socidrogalcohol ante los medios de comunicación para que se dirijan a nosotros en el caso de necesitarlo.
- Visibilizar, dar voz y trabajar junto con los colectivos de pacientes adictos.
- Dar a conocer a los colaboradores y patrocinadores la vertiente social de la sociedad científica tan importante en el tratamiento integral de las adicciones y poder convencerles para que presten su apoyo y poder desarrollar este proyecto.

¿A QUIÉN SE DIRIGE?

Interno:

El público interno son las personas relacionadas con la sociedad científica de un modo u otro.

Externo:

1. Sociedad general.
2. Administración pública / políticos.
3. Sistema sanitario en general (Atención Primaria, hospitalaria, etc.).
4. Estructuras asistenciales específicas (Tratamientos ambulatorios, Recursos hospitalarios para desintoxicación, Centros de día, Comunidades Terapéuticas, Unidades específicas de patología dual, Viviendas tutelada, Programas de reinserción y Apoyo y coordinación con los grupos de ayuda mutua).
5. Colegios profesionales -médicos, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, sociedades científicas, etc.

DESARROLLO DE MATERIALES, DISTRIBUCIÓN DE LA CAMPAÑA, AVALES DE LA CAMPAÑA Y STAKE HOLDERS DE LA CAMPAÑA

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se planteó un plan de sensibilización con dos mensajes a difundir que fueron plasmados en forma de spot

de tv, cuña de radio, cartelería y folletos en un primer momento. Todo el material desarrollado (se puede consultar aquí) se distribuyó por las distintas comunidades autónomas con la red de delegaciones autónomas encabezadas por los presidentes de cada territorio. Se colgaron carteles en centros de salud, hospitales, centros de usuarios de drogas, etc. En algunas regiones conseguimos emitir los spots de tv en televisiones locales o la emisión de las cuñas en algunos radios también locales. Aunque es cierto que se habló de la campaña en algunos medios de comunicación a nivel regional.

El siguiente paso fue la elaboración de un cómic al que llamamos 'Alas' por su protagonista, el pájaro representativo de la campaña. Un pájaro de color rojo, por el color corporativo de la sociedad, lleno de significado. El pájaro es libre de volar donde quiera con sus alas. En el cómic, 'Alas', atravesado por el estigma, sufre consecuencias sociales, laborales, problemas de salud e incluso de pérdida familiar y del propio hogar. Tras explicar mediante esta narración visual qué es el estigma, 'Alas' se pone en tratamiento en un centro especializado de adicciones y con el apoyo de un grupo de ayuda mutua. Tras el cómic, se elaboró una guía didáctica que plantea actividades a desarrollar utilizando este material, dirigido a personas en proceso de rehabilitación pero también para utilizarse en centros educativos o incluso en la propia consulta con los pacientes.

Siguiendo con el desarrollo de materiales, se elaboró una Guía sobre la vergüenza y la culpa, paralelo a uno de los eventos que desarrollamos sobre la temática.

La campaña cuenta con muchas adhesiones de entidades públicas y privadas dedicadas a las adicciones, lo que facilitó su conocimiento y difusión.

Para la financiación se buscó a 'stake holders', principalmente la industria farmacéutica, que aportó algunas cantidades para hacer posible el desarrollo de los materiales y su distribución por España.

LA PARTE CIENTÍFICA DE LA CAMPAÑA

El tema del estigma ha sido motivo de campañas entre los pacientes de VIH y colectivos de enfermos de salud mental, con el apoyo de profesionales y el concurso en algunas ocasiones de la industria farmacéutica. Las personas que sufren patologías, conductas o trastornos que son en principio reprobados por la sociedad e incluso en ocasiones tildados como vicio o como castigo "moral" por la conducta de la persona, han sido motivo de menosprecio y de recriminación hacia las personas que lo sufren.

Desde un punto de vista más científico o profesional, se han hecho distintas campañas, no para normalizar las conductas de riesgo, sino más bien para regularizar el derecho a la atención sociosanitaria de estas personas, más allá de culpabilizar a nadie.

El proceso de enfermar es distinto para cada cuadro nosológico y nadie es culpable de contraer una determinada patología. Lejos pues de juzgar a nadie, se trata de que la sociedad vea y trate a estas personas como lo que son, seres humanos, con sus defectos y sus virtudes, pero con todos sus derechos y obligaciones.

Algunas de las campañas que se han realizado han incidido en cuestiones puntuales, en este caso, queremos dar una visión más global al problema y ejecutar una campaña que perdure en el tiempo, para que logre un impacto real sobre la sociedad.

¿QUÉ NOS QUEDA POR DESARROLLAR?

El siguiente paso a realizar, después de una campaña de sensibilización general, y con todo el material elaborado dirigido también a pacientes, será la sensibilización del personal socio-sanitario con una formación específica dirigida a profesionales y una implicación de los mismos en los que se puedan presentar como garantes de una atención digna y un respaldo a los pacientes.

Elaboraremos para ello unos carteles, promoveremos la formación dirigida a enfermería, trabajo social, psicología y medicina.

Por supuesto sin dejar de lado y siguiendo con las actividades ya iniciadas.

CONCLUSIONES

Entender que los trastornos adictivos son, alteraciones de la conducta, que pueden ser tratados y que las personas que lo presentan tienen derecho a esa atención.

Evitar el rechazo y promover la empatía hacia esas personas, trabajar la percepción social, la profesional y el propio autoestigma, para facilitar la salida más acertada hacia los cambios necesarios que permitan una aceptación de la propia enfermedad o trastorno y defender el derecho a una atención pública, gratuita y universal desde los recursos sociosanitarios serán los objetivos básicos a alcanzar con esta campaña.

BIBLIOGRAFÍA

- Büchter, R.B. y Messe, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *German Medical Science*, 15, Doc07. doi:10.3205/000248.
- Mota, T., Noto, R. y Santos, P. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Analisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial complutense.
- Orta Cabrera, S.. Estigma y adicción. *lasdrogas.info*. Julio 2010. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/estigma-y-adiccion/>
- Pascual Mollá, M; Pascual Pastor, F. El estigma en la persona adicta. *Adicciones Vol. 29 nº 4*. 2017 Editorial.
- Pascual Pastor F. El Estigma en adicciones. *Revista InDependientes*. Julio 2016. <http://revis-taindependientes.com/el-estigma-de-las-adicciones/>
- Pascual Pastor, F. El Estigma de la adicción. *Acta*

Sanitaria. Abril 2017. <https://www.actasanitaria.com/el-estigma-de-la-adiccion/>

- Prieto, M. (2019) Experto de Dianova pide la colaboración de los medios para evitar la estigmatización de las adicciones. EuropaPress.

- Vázquez, A., y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 16, p. 295-303.

ESTIGMA SOCIAL Y ALCOHOLISMO

SOCIAL STIGMA AND ALCOHOLISM

RESUMEN

En las relaciones interpersonales juegan un papel primordial todos y cada uno de los presupuestos de los que parten gran cantidad de cuestiones discriminatorias que, por tradición, por ideología o por simple envenenamiento social, marcan las vidas de innumerables personas. La evaluación es completamente subjetiva y apoyada en las disonancias cognitivas, el miedo, el odio y las anomias. La devaluación de personas tiene un doble sentido, la persona o grupo que las devalúa y la persona que se siente a sí misma devaluada por los demás. En el presente trabajo presentamos una reflexión teórica del estigma en los enfermos alcohólicos, analizando sus características, proceso, incongruencias y formas de reducción.

PALABRAS CLAVE

Estigma, alcoholismo, características, proceso, reducción.

ABSTRACT

In interpersonal relationships play a fundamental role each and every one of the presuppositions that give rise to a large number of discriminatory issues which, by tradition, ideology or simple social poisoning, mark the lives of countless people. The evaluation is completely subjective and supported by cognitive dissonances, fear, hatred and anomia. The devaluation of people has a double meaning, the person or group that devalues them and the person who feels himself devalued by others. In this paper we present a theoretical reflection on the stigma in alcoholic patients, analyzing its characteristics, process, inconsistencies and forms of reduction.

KEY WORDS

Stigma, alcoholism, characteristics, process, reduction.

JOSÉ A. GARCÍA DEL CASTILLO

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID). Universidad Miguel Hernández

FERNANDO GARCÍA-CASTILLO

Departamento de Didáctica General y Didácticas Específicas. Universidad de Alicante

1. INTRODUCCIÓN

En el imaginario social son determinantes muchos conceptos que representan la verdadera naturaleza de una sociedad. En las relaciones interpersonales juegan un papel primordial todos y cada uno de los presupuestos de los que parten gran cantidad de cuestiones discriminatorias que, por tradición, por ideología o por simple envenenamiento social, marcan las vidas de innumerables personas. Existe una conciencia colectiva muy arraigada de difícil destrucción en torno a la discriminación de personas. Se le atribuye a Albert Einstein la famosa frase de “es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio” y de hecho así podríamos entenderlo.

La construcción de un estigma social se puede apoyar en diferentes constructos previos, dependiendo de los grupos sociales donde nace y se instaura. Es “fácil” estigmatizar la figura de un indigente que vive en la calle y al que se mira de soslayo con mucho recelo.

Las emociones que acompañan a esta imagen suelen ser contradictorias, por una parte, sentimientos de lástima y, por otra, sentimientos de rechazo y/o aversión. Esta confrontación emocional genera un cuadro de disonancia cognitiva que podemos entender como el comienzo embrionario del estigma.

Otras fuentes potenciales que pueden generar estigmas las encontramos asociadas al miedo hacia lo imprevisto, impredecible o desconocido, como han sido y siguen siendo las enfermedades mentales en general, como ejemplo más representativo. También el sentimiento de odio juega un papel importante en la generación de sentimientos de rechazo y discriminación. Así mismo todo aquello que se sale de la norma establecida es susceptible de convertirse en algo estigmatizado.

Los diferentes grupos sociales se autoerigen en evaluadores de los demás y generan determinadas etiquetas para clasificar a las personas. La evaluación es completamente subjetiva y apoyada en la disonancia cognitiva, el miedo, el odio y la anomia. La devaluación de personas tiene un doble sentido, la persona o grupo que las devalúa y la persona

que se siente devaluada por los demás o incluso se devalúa a sí misma.

A lo largo de la historia, las adicciones han sido una plataforma de estigmatización. Cuentan con elementos de disonancia cognitiva, de miedo y de desviación de la norma establecida. Posiblemente el alcohol es la sustancia con la historia más amplia de discriminación tradicional, porque en la sociedad se ha señalado durante siglos al bebedor como un vicioso y no es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se consigue que el alcohólico sea considerado como un enfermo (Pascual, 2004).

En el presente trabajo presentamos una reflexión teórica del estigma en los enfermos alcohólicos, analizando sus características, proceso, incongruencias y formas de reducción.

2. CONCEPTOS ASOCIADOS AL ESTIGMA SOCIAL

Para poder abordar adecuadamente el concepto de estigma social, previamente hemos de detenernos en otros conceptos ligados a este y que de alguna forma configuran su desarrollo. Desde la psicología social estudiamos tres constructos que son fundamentales para entender la conducta de rechazo social: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Es difícil seguir una secuencia lógica en torno a la construcción y desarrollo de estos conceptos, pero desde una visión teórica, el punto de partida lo podemos establecer en los estereotipos y prejuicios para desembocar en la discriminación.

Un estereotipo es una forma de pensamiento (nivel cognitivo) que genera una idea normalmente aceptada y negativa acerca de un grupo social. Según Gaertner (1973), un estereotipo hace referencia a un conjunto de creencias aceptadas o consensuadas acerca de determinadas características de un grupo social. Para Quin y McMahon (1997), se trata de generalizaciones sobre características comunes consensuadas sobre el comportamiento o la apariencia de un determinado grupo social.

Según Echevarría y González (1995), en base a un estudio acerca de las definiciones de estereotipo, las clasifican en cuatro criterios:

- *Generalización.* Los rasgos son iguales para todos los pertenecientes a un mismo grupo. Por ejemplo, la profesora que fue rechazada en Corea del Sur por ser irlandesa. No contrataban irlandeses por sus hábitos de bebida alcohólica (<https://laopinion.com/2014/11/07/la-joven-que-perdio-un-trabajo-en-corea-del-sur-por-el-alcoholismo-en-irlanda/>).

- *Distintividad.* Cuando un determinado rasgo es asociado más a un grupo que a otro. Por ejemplo, “beber es cosa de hombres”, un estereotipo distintivo del sexo masculino que con el paso del tiempo se ha destruido (https://www.abc.es/espana/madrid/abci-beber-dejado-cosa-hombres-200412170300-963999372926_noticia.html).

- *Diferenciación por categorías.* Si comparamos dos miembros de grupos distintos en base a un rasgo específico, este se percibe superior que entre los miembros de un mismo grupo. Por ejemplo, los hombres beben más que las mujeres y las mujeres consumen más hipnosedantes que los hombres (<https://www.agenciasinc.es/Noticias/Los-hombres-consumen-mas-alcohol-y-las-mujeres-mas-hipnosedantes>).

- *Consensualidad.* Existe consenso en las creencias acerca de un grupo social. Por ejemplo, todos los borrachos son agresivos. (<https://www.eldiariomontanes.es/santander/hombre-borracho-agrede-20200117205812-nt.html>).

Un prejuicio es una actitud negativa que implica una generalización errónea hacia un grupo o un individuo de ese grupo. Una definición clásica es la que formuló Allport (1962), de forma breve y contundente, señalando que un prejuicio es “pensar mal de otras personas sin motivo suficiente” (Allport, 1962: 21).

Tradicionalmente desde la Psicología Social, el prejuicio se ha entendido como una actitud desde su vertiente más clásica. Según Brigham (1971) el prejuicio cuenta con tres componentes, el cogni-

tivo, que incluye los pensamientos y creencias hacia grupos perjudicados; el afectivo, que es el encargado de activar emociones usualmente negativas hacia el grupo perjudicado; el comportamental que se traduce en acciones y/o conductas normalmente negativas hacia el grupo perjudicado.

El último de los conceptos asociados al estigma social es la discriminación, que se puede considerar como el componente comportamental del prejuicio. Para Allport (1962) la discriminación es el prejuicio en acción, que implica necesariamente no tratar igual a unas personas que a otras en función de su pertenencia a un grupo u otro. Una visión más contemporánea, es la que propone Solís (2017) “conjunto de prácticas, informales o institucionalizadas, que niegan el trato igualitario o producen resultados desiguales para ciertos grupos sociales y que tienen como consecuencias la privación o el menoscabo en el acceso a los derechos y la reproducción de la desigualdad social” (Solís, 2017: 27).

La interrelación entre estos tres conceptos se podría esquematizar como se muestra en la figura 1.

La cadena entre estos elementos es la que favorece la generación del estigma social.

3. ESTIGMA SOCIAL

El concepto de estigma fue acuñado por primera vez en las ciencias sociales por Goffman (1963). El autor desarrolló el concepto de estigma social asociando un atributo y un estereotipo de tal forma que una persona estigmatizada cuenta en su haber con un atributo devaluado y deja de ser una persona normal para convertirse en una persona cuestionada y de disminuido valor social, una persona marcada.

Goffman (1963), señala tres tipos diferentes de estigma:

- Deficiencias físicas. Personas con malformaciones físicas visibles para los demás.
- Deficiencias psicológicas. Se desprenden de

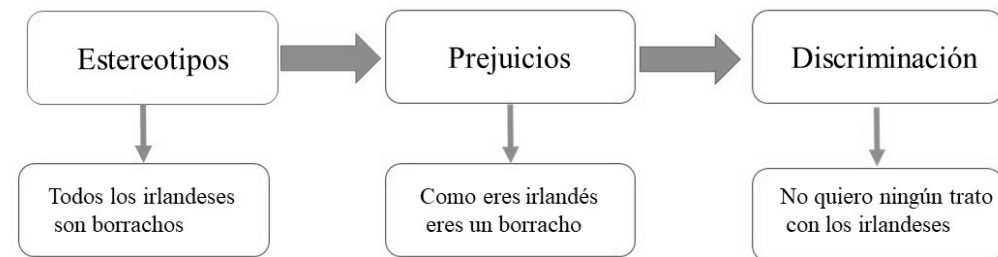


Figura 1. Secuencia ejemplar de conceptos asociados al estigma social

comportamientos observables (falta de voluntad, creencias rígidas, deshonestidad, ...) o de informes (alcoholismo, intentos de suicidio, perturbaciones mentales, ...).

- Estigmas tribales. Por raza, nacionalidad, religión.

La construcción del estigma social es meramente cultural y distintas sociedades pueden generar estigmas diferentes. No obstante, existe un proceso de generalización en muchos de ellos que se extienden entre diferentes culturas y son adoptados por amplios grupos poblacionales. En un mundo globalizado como el actual, los estigmas se transmiten con mucha más facilidad entre culturas.

La sociedad justifica el estigma de las personas que son excluidas de una vida social adaptada y normal, por fuertes emociones de odio y miedo fundamentalmente, así como para reducir su disonancia cognitiva justificando que todo aquello que se encuentra fuera de la norma es peligroso potencialmente.

Según señalan Llinares y Lloret (2010), el estigma no es un constructo teórico sino un atributo personal del adicto (en nuestro caso al alcohol) y también de los que están a su alrededor, sobre todo la familia. Según estos mismos autores, las emociones negativas son fundamentalmente de odio y miedo, a lo que podemos añadir el rechazo social. Algunos ejemplos sociales: <https://www.larazon.es/historico/4081-un-borracho->

[mata-a-70-000-pollos-LLA_RAZON_488269/https://los40.com.co/los40/2015/05/26/mananas40/1432645082_229255.html](https://los40.com.co/los40/2015/05/26/mananas40/1432645082_229255.html);

https://elpais.com/ccaa/2013/05/03/madrid/1367575874_487121.html

En general, podemos observar unas características comunes entre el estigma, el prejuicio y el estereotipo que se asientan en dos posicionamientos:

- Falsas creencias.
- Falsas generalizaciones.

Por su parte el estigma social cuenta con diferentes características que intentan explicar su funcionamiento:

- *Respuestas emocionales.* Según Goffman (1963), es una respuesta específica que desencadena un atributo estigmatizante que puede ser observado por una persona "normal". Esta respuesta se materializa en una sensación de incomodidad más o menos intensa en presencia de una persona estigmatizada (alcohólico). Ejemplo: <https://www.youtube.com/watch?v=lcMMsX0jiXk>. Para salir del displacer intenso que provoca la persona estigmatizada, la persona "normal" sigue los siguientes caminos (Miric, 2003):

- o Huir de la situación.
- o Evitar la situación.
- o Reaccionar de forma agresiva.

- *Componentes racionales.* Las personas "normales" mediante la elaboración de racionalizaciones justifican sus acciones de rechazo, evitación y discriminación de las personas estigmatizadas como justas, apropiadas y merecidas por éstas (Crandall, 2000). Las racionalizaciones se mantienen como creencias no contrastadas ni contrastables y cuando se ven amenazadas por argumentos racionales, las personas reaccionan con angustia e irritabilidad. Este componente de racionalización del estigma lo podemos entender como una reducción de la disonancia cognitiva de la persona "normal" hacia el alcohólico. (Ejemplo: <https://www.ideal.es/sociedad/descubre-cerveza-mejor-20170901121646-nt.html>)

Los contrargumentos racionales del componente racional del estigma son:

- o Dificultades en la relación familiar.
- o Maltrato y violencia.
- o Respuestas emocionales inadecuadas.
- o Trastornos del ánimo.
- o Dependencia física y psicológica.
- o Habilidades sociales inadecuadas.
- o Conductas sexuales inadecuadas.
- o Problemas en el trabajo, la familia, los estudios, ...

- *Efecto contagio.* Una vez clasificada la persona como alcohólico por la sociedad aparecen las limitaciones y todo gira alrededor de lo que es y no de lo que hace. La sociedad ha etiquetado y es consecuente con esa etiqueta. (Ejemplos: <https://www.youtube.com/watch?v=I9mSzKFlyqg>; https://www.youtube.com/watch?v=VIZ9qFp_fTc)

4. PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

Existen atributos que provocan reacciones sociales más desproporcionadas, siempre atribuidas al miedo, odio y/o rechazo. Desde los años ochenta del pasado siglo, se fueron configurando estigmas sociales en torno al consumo de drogas asociados al miedo a ser atracado, y al mismo

tiempo con la aparición del SIDA con el miedo a ser contagiado.

En relación a otras adicciones como el alcohol, la estigmatización es mucho más antigua y cuenta con sus particularidades. Según Menéndez (1985), el incremento del consumo de alcohol durante los siglos XVII y XVIII fue homogéneo en todas las clases sociales, pero el estigma únicamente prosperó entre embriaguez y clase social baja. Según el autor, incluso bien entrado el siglo XIX, los organismos relacionados con la salud fueron, en gran medida, los impulsores de la estigmatización diferencial del alcohol. Este hecho nos ilustra acerca de los mecanismos tan sutiles que puede conllevar el proceso de estigmatización.

La desviación de la norma es uno de los detonantes en la generación de etiquetas sociales. Un ejemplo clásico son los trastornos mentales, donde la etiqueta de loco se establece como una forma de estigma social. En todos los pueblos de España podemos encontrar etiquetas de este tipo, tanto del loco del pueblo, como del borracho del pueblo.

Siguiendo los preceptos marcados por Goffman (1963), la construcción del estigma suele asociarse por comparación entre el atributo de una persona normal con otra fuera de la norma, ya sea por consumos, por conductas delictivas o por trastorno mental u otros. La forma de entender el rol en la sociedad también está en función de la etiqueta que previamente se le establece, sea o no asumida por el alcohólico.

Las personas alcohólicas se asocian con violencia, vicio, falta de voluntad, delincuencia, despreocupación por las normas sociales y, sobre todo en el caso de mujeres alcohólicas con prostitución. Esta estigmatización se mantiene en el tiempo incluso después de los tratamientos, sean estos exitosos o no, lo que hace que el riesgo de exclusión social aumente de forma significativa.

Podemos analizar diferentes variantes del estigma (Fernández, 2017; Pascual y Pascual, 2017):

- *Estigma social o público.* La sociedad está de acuerdo con los estereotipos, genera prejuicios

y camina hacia la discriminación. La sociedad se posiciona en rechazar a los alcohólicos porque sigue en la creencia de que son viciosos, no tienen voluntad para abandonar el alcohol, son marginales y rechazables.

- **Estigma estructural.** El colectivo de enfermos alcohólicos puede ser marginado por los servicios sociosanitarios, porque resultan incómodos e irritantes en su trato personal y terapéutico. El rechazo está escrito en su etiqueta de alcohólico. Según Pascual y Pascual (2017), esta variante de estigma se amortigua a partir de que son considerados enfermos alcohólicos, aunque aún estemos lejos de considerar paliado el problema en su totalidad.

- **Autoestigma.** Los enfermos alcohólicos quieren ser invisibles ante los demás y ocultan su enfermedad para no ser etiquetados, pero la paradoja es que se etiquetan ellos a sí mismos. Como afirman Pascual y Pascual (2017), puede que los propios enfermos interioricen los estereotipos negativos y los prejuicios, lo que reduce la posibilidad de que busquen ayuda profesional.

El proceso de estigmatización del alcohólico cuenta con tres bloques fundamentales en su configuración final (figura 2):

- **Déficit social.** Donde se incluye la pérdida de habilidades y funciones, reales o percibidas por la sociedad del colectivo. La etiqueta de alcohólico lo posiciona como deficitario ante la sociedad a la que pertenece.

- **Discapacidad social.** La sociedad delimita el desarrollo de las funciones y actividades sociales del alcohólico en toda su extensión, por el mero hecho de pertenecer a ese grupo.

- **Desvalorización social.** El alcohólico tiene una desventaja a priori en el entorno laboral y/o familiar, que le impide el funcionamiento normalizado en su vida cotidiana.

Este proceso lleva a la estigmatización del alcohólico, a la exclusión social y la marginación.

5. INCONGRUENCIAS DE LA ESTIGMATIZACIÓN

Cualquier sociedad o cultura que analicemos no va a contar con la suficiente coherencia interna como para desarrollar todos sus postulados dentro de patrones de acción racionales y equilibrados. Según Guild y Garger (1998), la interacción entre el hombre y su contexto social se apoya en cuatro pilares: la mera observación, el pensamiento después de la observación, la reacción y el comportamiento resultante de todo este proceso.

La configuración del imaginario social se genera a partir del imaginario individual y este es fruto del pensamiento singular de cada persona. Para Gavotto (2016), el pensamiento es el responsable de interpretar el pasado de las personas, entender el presente y poder planificar el futuro. Asegura que el pensamiento se organiza y desarrolla mediante la observación del mundo, las pautas culturales, las experiencias vividas por uno mismo y los demás, además de por las creencias y los sentimientos individuales.

La verdadera incongruencia social aparece en la distorsión entre creencia y comportamiento. Individualmente se puede pensar que beber alcohol es muy negativo y, en cambio, mantener un comportamiento de consumo de alcohol frecuente e incluso llegar al abuso. A nivel grupal, esta disociación puede perfectamente ser extensible y que el grupo piense y crea que beber alcohol perjudica la salud y mantengan un comportamiento de consumo y/o abuso de alcohol.

Desde este punto de vista, el estigma hacia el alcohólico podría ser inconsistente e incongruente para gran parte de la población "normal", que puede secundar la creencia de que los alcohólicos son viciosos, faltos de voluntad, molestos,... y tener un comportamiento de consumo abusivo sin ser conscientes de que estarían dentro de una etiqueta estigmatizada socialmente.

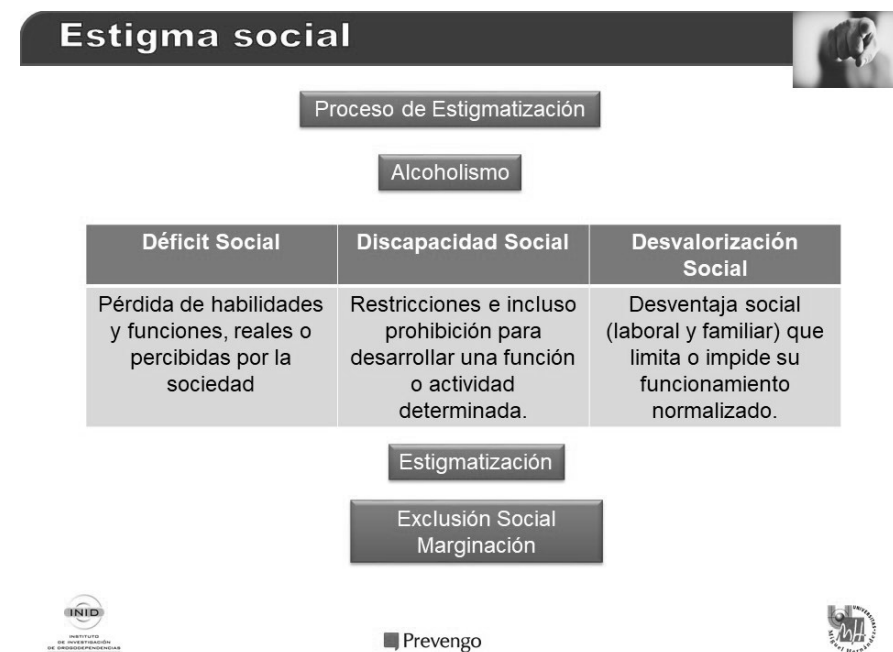


Figura 2. Proceso de estigmatización en el alcoholismo (Modificado de Llinares y Lloret, 2010).

Según Gavotto (2016), la forma de pensar inconsistente de las personas, se podría estudiar desde tres vertientes:

- Cuando el pensamiento individual expresado no se corresponde con el comportamiento observado.
- Cuando el pensamiento individual no se alinea con lo que la persona expresa, pero sí con el comportamiento que se observa.
- Cuando el pensamiento individual es diferente de lo que se expresa y del comportamiento que se observa.

Estas vertientes son fácilmente extrapolables a los grupos y las sociedades en su conjunto, y explicarían la incongruencia de muchos estigmas sociales.

Una de las incongruencias más significativas la podemos encontrar en los motivos que se aducen para beber alcohol, tanto entre los más jóvenes, así como entre los adultos. El comportamiento de beber está plenamente normalizado en nuestra cultura y a pesar de ello se hacen diferenciaciones muy sutiles entre beber alcohol y estar sometido al alcohol.

En un estudio reciente de Motos, Cortés y Jiménez (2016), entre los motivos para beber alcohol de jóvenes universitarios podemos destacar "para emborracharme", "permite arriesgarme más con el sexo", "es lo que hacen la mayoría de mis amigos cuando salimos" o "es divertido".

En otro interesante estudio de Suárez, Del Moral, Martínez, John y Musitu (2016), la percepción de los adolescentes respecto del consumo de alcohol de los adultos se basa en las creencias de que el mundo adulto bebe alcohol por tradición, tienen su consumo completamente normalizado y se dispara en las celebraciones y fiestas, donde se hace un abuso claro de su consumo.

Estos son dos ejemplos de la incongruencia manifiesta entre las creencias y comportamientos sociales y la estigmatización de las personas que beben alcohol de forma habitual, frecuente o abusiva que son marcados con la etiqueta estigmatizante.

Otras incongruencias manifiestas son las que surgen desde iniciativas promotoras para beber alcohol, como el "campeonato de borrachos" (<https://www.excelsior.com.mx/trending/conocatoria-al-campeonato-de-borrachos-causa>).

polemica-en-redes/1263077), el reparto de cerveza a gogó para “dar ambiente y fomentar la convivencia” (https://www.elperiodicomediterraneo.com/noticias/castellon/reparto-cerveza-gratis-gogo_1077956.html) e incluso desde las instituciones, como la “fiesta de la cerveza artesana” (<http://www.santjoandalacant.es/es/fiestas/feria-cerveza-artesana-0>)

6. PROCESO DE REDUCCIÓN DEL ESTIGMA

Este es quizás el proceso más costoso de lograr, por ese motivo hablamos de reducción y no de eliminación del estigma. Varias investigaciones (Arnaiz y Uriarte, 2006; Buechter, Pieper, Ueffing y Zschorlich, 2013; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak y Penn, 2001; Corrigan, River, Lundin, Penn, Uphoff-Wasowski y Champion, 2001; Hansen, 2019; Mas-cayano, Lips, Mena y Manchego, 2015; Monoley, 2018) coinciden en señalar que contamos con tres tipos de estrategias que pueden ser de gran utilidad para reducir el estigma:

- Contacto.

Es uno de los procesos más relevantes, sino el que más, en la reducción del estigma. La investigación demuestra que mantener contacto activo con las personas estigmatizadas (en nuestro caso los enfermos alcohólicos) reduce significativamente las actitudes negativas hacia el grupo. Se puede entender el contacto en todas sus posibles facetas, ya sea presencialmente o a través de otros medios, como películas, videos, ... Posiblemente esta estrategia es la más eficiente de todas las propuestas para reducir el estigma. Más adelante matizaremos un poco más cómo llevar a cabo este tipo de estrategia.

- Protesta.

Esta estrategia se centra en confrontar las actitudes negativas hacia los grupos estigmatizados, mediante la utilización de todo tipo de sistemas, como escritos de denuncia, cartelería, marchas, campañas de difusión,...

- Educación.

Es una estrategia universal para mejorar de forma longitudinal las actitudes hacia grupos estigmatizados. Es imprescindible introducir todos los elementos necesarios para entender la enfermedad alcohólica, sus causas, su desarrollo y sus consecuencias, así como sus formas terapéuticas y recuperación de los enfermos.

Ampliando un poco más el espectro de la estrategia de contacto, podemos revisar la aportación de Allport (1962) con la “Hipótesis del Contacto Intergrupar”, desde donde se puede trabajar en la reducción del estigma:

- Promoción de apoyo social e institucional.

Aquellos que tienen puestos de autoridad institucional o personal pueden sancionar y/o recompensar si se cumplen o no los objetivos marcados. Las formas de acción podrían incluir la promulgación de leyes que sancionen los estigmas sociales y dar apoyo institucional a medidas de mejora del clima social con personas estigmatizadas. Por ejemplo, recompensar a las empresas que mejoren las condiciones laborales de los enfermos alcohólicos.

- Potenciación de la relación.

El contacto será más eficaz si se potencia la frecuencia, duración y proximidad, permitiendo el desarrollo de relaciones positivas entre las personas de los grupos estigmatizados, cuya relación se trata de mejorar.

- Promocionar un estatus de igualdad entre personas y grupos.

Para reducir el estigma hay que intentar que las personas que se relacionan tengan un estatus parecido. Las diferencias de estatus pueden distorsionar la relación y reforzar los estereotipos y prejuicios previos existentes hacia el grupo minoritario.

- Fomentar la cooperación.

Los miembros de los grupos que mantienen un comportamiento de interrelación deben implicarse en tareas que requieran la cooperación de todos para ser realizada con éxito.

En la actualidad uno de los grupos más implicados en la promoción y/o reducción del estigma en general, son los medios de comunicación. Tal y como señala Hansen (2019), hay que sensibilizar a los profesionales de los medios para que colaboren activamente en la reducción del estigma y para ello propone las siguientes recomendaciones:

- Utilizar buenas prácticas de comunicación que vayan asociadas a la reducción del estigma.

- Utilización de un lenguaje alejado de formas peyorativas y/o estigmatizantes.

- Huir de las noticias sensacionalistas.

- Contar con las personas estigmatizadas para que colaboren en la difusión de noticias.

7. REFLEXIONES FINALES

Partíamos de la premisa de que el estigma es de difícil erradicación, pero este hecho no puede ni debe frenarnos a la hora de plantear soluciones que nos hagan avanzar en su reducción y/o eliminación. La enfermedad alcohólica ha pasado a lo largo de la historia por múltiples etapas y todas ellas han sido complejas. Hasta pasados los años cincuenta del siglo XX no se pudo establecer que el alcohólico es un enfermo y como tal hay que tratarlo.

La consecución de diferentes aspectos de las actitudes humanas son las propulsoras del estigma social, partiendo de los estereotipos, pasando por los prejuicios y desembocando en la discriminación, colgando una etiqueta estigmatizante a colectivos de personas, que en principio no son desde ningún punto de vista que se adopte merecedoras de ellas.

Sabemos que la sociedad es muy proclive a determinadas devaluaciones de personas cuando entran en juego el miedo, el odio, las anomias o las disonancias hacia determinados grupos que entienden, a priori, como marginales sin un sentido justificado del hecho. Los bebedores de alcohol, tradicionalmente y a lo largo del tiempo, han estado en el punto de mira de muchos sectores sociales, que han conseguido estigmatizarlos,

llegando a provocar que se autoestigmaticen a sí mismos y se invisibilicen para pasar desapercibidos de las miradas sociales.

Las personas que estamos incluidas en el patrón de normalidad, nos podemos creer con el derecho de catalogar a otros como diferentes y excluirlos de los círculos sociales a los que tienen pleno derecho. La marginación es un círculo vicioso de fácil entrada y de difícil salida.

Vivimos en una sociedad muy incongruente en sus pensamientos y creencias, hasta el punto de que nuestra cultura alcohólica acepta mayoritariamente el que se pueda beber alcohol e incluso abusar de él, pero no admite que una persona pueda enfermar por su consumo.

Afortunadamente contamos con algunas estrategias para poder reducir este fenómeno marginal de estigmatización de los enfermos alcohólicos y no podemos ni debemos bajar la guardia.

8. BIBLIOGRAFÍA

Allport, G. W. (1962). La naturaleza del prejuicio. Buenos Aires: Editorial Universitaria.

Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental, 26, 49-59.

Brigham, J. C. (1971). Ethnic stereotypes. Psychological bulletin, 76(1), 15.

Buechter, R., Pieper, D., Ueffing, E. y Zschorlich, B. (2013). Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, 1-14. DOI: 10.1002/14651858.CD010400.

Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. y Penn D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. Psychiatric Services, 52(7), 953-958.

Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K. y Champion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophrenia Bulletin, 27, 187-195.

Crandall, C. S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (p. 126–150). N.Y.: Guilford Press.

Echevarria, A y González J. L. (1995). *Psicología Social del Prejuicio y del Racismo*. Madrid: Ramón Areces.

Fernández, J.J. (2017) Estigma en usuarios y usuarias de drogas. Estrategias para combatirlo. *Socidrogalcohol*. Ponencia XIX Seminario RIOD. San José de Costa Rica.

Gaertner, S. L. (1973). Helping behavior and racial discrimination among liberals and conservatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(3), 335–341. <https://doi.org/10.1037/h0034221>

Gavotto, O.I. (2016). La incongruencia del pensamiento y el comportamiento social. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 4(1), 1-15.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. (Traducción al castellano: Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu 1ª Edición).

Guild, B. y Garger, S. (1998). *Marching to different drummers* (2da. Ed.). Alexandria, Va: Association for Supervision and Curriculum Development.

Hansen, G. (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones*. Madrid: RIOD.

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.

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 15(38), 53-58.

Menéndez, E.L. (1985). Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos* 3(8), 263-296.

Miric, M. (2003). Estigma y discriminación: vinculación y demarcación. En línea: http://copresida.gob.do/estigma/recursos/M.Miric_Estigma_discriminacion.pdf

Moloney, P. (2018). *La salud mental y el estigma en Europa*. Mens Project Policy Papers. Bruselas: MENS.

Motos, P., Cortés, M.T. y Jiménez, J.A. (2016). Edad de inicio en el consumo, motivos y cantidad de alcohol en la determinación de consecuencias en consumidores intensivos universitarios. *Universitas Psychologica*, 15(2), 243-254.

Pascual, F. (2004). *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Pascual, M. y Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.

Quin, R. y McMahon, B. (1997). *Historias y estereotipos*. Madrid: Ediciones de la Torre.

Solís, P. (2017). *Discriminación estructural y desigualdad social*. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Suárez, C., Del Moral, G., Martínez, B., John, B. y Musitu, G. (2016). El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 11-17.

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

ANA AFUERA GÓMEZ

Politóloga especializada en políticas públicas sobre drogas. Miembro del Comité Ejecutivo de ENCOD (Coalición Europea para unas Políticas de Drogas Justas y Eficaces) y coordinadora del departamento de políticas y relaciones institucionales. A su vez, ha colaborado con diversas organizaciones para promover la reforma sobre las drogas en modelos de abajo a arriba, como CatFAC, ConFAC o La MACA. Durante más de diez años su carrera profesional ha estado centrada en la incidencia social y política desde los movimientos reformistas sobre drogas, concretamente en el desarrollo de modelos de regulación y en promover cambios legislativos, con foco en los Clubes Sociales de Cannabis.

SERGIO CHACÓN ARMIJO

Psicólogo, Magister en Psicología Social y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Temuco y Jefe de proyectos en Fundación Mujer Levántate. Miembro de ISSUP Internacional, capítulo chileno. Con 23 años de experiencia en el trabajo con personas en situación de exclusión social (discapacidad, drogas y cárcel). Ha investigado y publicado sobre la temática de Estigma. Es miembro como experto invitado del Comité de Estigma de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y adicciones (RIOD).

FABIÁN CHIOSSO

Licenciado en Sociología; Doctorando en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús; Presidente de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

SILVERIO ESPINAL BEDOYA

Psicólogo de Universidad de Antioquia. Jefe de la División Técnica de la Corporación Surgir (Medellín, Colombia), con amplia experiencia en el diseño e implementación de programas de prevención y reducción de daños del consumo de sustancias psicoactivas; así como en procesos de investigación y producción de material pedagógico en la misma materia.

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Licenciado en Psicología. Experto. Universitario en Alcoholismo. Máster en Derecho Sanitario. Psiquiatra del Sº de Salud de Asturias-SESPA desde 1991. Responsable del Programa de Adicciones-Área III, y desde 2006 en el Área V-Programa de Trastornos mentales graves. Colaborador honorífico de la Universidad de Oviedo. Docente de FC y tutor MIR. Miembro del Instituto de Investigaciones Sanitarias de Asturias. Presidente de la Comisión de Evaluación e Investigación de Salud Mental-SESPA. Miembro de la Junta Directiva y Director de Formación de Socidrogalcohol. Autor de una treintena de publicaciones científicas y de una veintena de libros sobre psiquiatría, salud mental y adicciones. Cerca de cien ponencias o comunicaciones en congresos nacionales e internacionales.

FERNANDO GARCÍA-CASTILLO

Graduado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (CAFD) por la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Máster en formación en profesorado: ESO, bachillerato, ciclos formativos e idiomas por la Universidad CEU de Elche (Alicante) y Técnico en animación y actividades físico-deportivas (TAFAD) de Ciclo de Grado Superior. En la actualidad es Profesor Asociado del Departamento de Didáctica General y Didácticas Específicas de la Universidad de Alicante. Cuenta con varias estancias de investigación en el Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE) de Portugal. Ha publicado más de diez capítulos de libro y varios artículos de investigación.

JOSÉ A. GARCÍA DEL CASTILLO

Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica y Catedrático de E.U. de Psicología Social de la Universidad Miguel Hernández de Elche. En la actualidad pertenece al Departamento de Psicología de la Salud y es fundador y director del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández. Es director de la revista Health and Addiction/Salud y Drogas. Dirige el Grupo de Investigación consolidado "Análisis e intervención psicológica en la prevención de conductas de riesgo para la salud" (PREVENGO) de la Universidad Miguel Hernández. Cuenta en su haber con treinta y dos libros y más de noventa artículos científicos.

GISELA HANSEN-RODRÍGUEZ

Doctora en Psicología clínica y de la salud, máster en psicopatología clínica y patología dual, máster en investigación de psicología clínica. Psicóloga en centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada. Formación sobre enfoque de género, estigma e infancia en el campo de las adicciones. Miembro de la Junta Directiva de la Federación Catalana de Drogodependencia, y miembro de los grupos de trabajo de género y estigma de

RIOD. Investigadora en el grupo consolidado de la Universitat Autònoma de Barcelona en la Facultad de Psicología "Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres".

ANTONIO J. MOLINA

Psicólogo general sanitario (Universidad de Granada), licenciado en Antropología Social(UNED), máster Problemas sociales (UNED-UGR). Consultor terapéutico de Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Salamanca. Publicaciones: Molina-Fernández AJ, Gil-Rodríguez F, Cuenca-Montesino ML (2018) Social Recovery for Alcohol and Problematic Drug Use Rehabilitation in Europe. J Alcohol Drug Depend 6: 320; Molina – Fernández, A.J., Gil Rodríguez, F., & Cuenca Montesinos, M. L. (2018) Psychosocial factors in recovery of addictive behaviours. International Journal of Psychology and Neuroscience, 4(2), 67-75 "Manual on rehabilitation and recovery of drug users". Triple R& European Union. (autor del capítulo 3), 2017; "Handbook on justice interventions and alternatives to incarceration for drug abuse offenders". Triple R& European Union (autor del capítulo 3), 2017. E-mail: antmolin@ucm.es.

MIREIA PASCUAL MOLLÁ

Periodista de Socidrogalcohol y CAARFE. Instituto de Investigación en Drogodependencias de la UMH. Editora de la Revista InDependientes. Monitora del GARAI.

FRANCISCO PASCUAL PASTOR

Doctor en Medicina por la UMH. Master en Drogodependencias y otros trastornos adictivos. Universidad Alfonso X el Sabio. Especialista Universitario en Alcoholismo Autónoma de Madrid. Profesor Honorífico departamento Biología

aplicada UMH. Profesor master ADEIT. Prevención y tratamiento de las Conductas Adictivas. Título propio Universitat de Valencia. Investigador Grupo Prevengo UMH. Consejos expertos revista Adicciones. Revisor revista Health and addictions (UMH). Miembro del Comité Asesor Científico de la Revista Española de Drogodependencias. Member of editorial board. ARC Journal of Addiction. Médico y Director Técnico del Grupo Alcohólicos Rehabilitados de Alcoy. Asesor de CAARFE. Médico Coordinador UCA Alcoy. Miembro del Consejo Científico del Ilmo. Colegio de Médicos de Alicante.. Vicepresidente Consejo de Salud de Alcoy. Presidente Nacional SOCIDROGALCOHOL.

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova Nº 38 / Segundo semestre de 2020

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de diciembre de 2020.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en dos versiones, una en formato físico con distribución a nivel nacional y otra en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es).

Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión, entre la comunidad de profesionales e

investigadores que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo, de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes campos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por e-mail a comunicacion@dianova.es mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word).

Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes.

Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen.

Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita.

Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, en cien (100) palabras máximo, y cinco

(5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación.

Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychologist Association (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, Institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

