



**ESTIGMA, CONSUMO DE
DROGAS Y ADICCIONES**

*Conceptos, implicaciones y
recomendaciones*



Trabajo realizado por RIOD

Con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



Desarrollo de contenidos: Gisela Hansen Rodríguez

Equipo colaborador: Comisión Estigma RIOD

© RIOD junio de 2019

Índice

Introducción.....	4
El concepto de estigma en las ciencias sociales.....	7
El concepto de estigma en el área de las drogodependencias.....	8
Tipos de estigma y barreras asociadas.....	9
El estigma en los servicios de atención y tratamiento.....	11
El estigma en relación al consumo de drogas en los medios de comunicación.....	12
El estigma y el género.....	15
El auto estigma.....	16
El estigma en España y América Latina.....	17
El estigma desde una mirada interseccional.....	19
Salud mental.....	19
Sinhogarismo.....	20
Edad.....	21
El estigma en las familias de las personas que usan drogas.....	22
Adicciones sin sustancia y estigma.....	25
Los grupos de ayuda mutua.....	27
La judicialización del consumo: El estigma en las leyes.....	29
Buenas prácticas.....	31
Recomendaciones.....	38
Administraciones/ Tomadores/as de decisiones.....	38
Medios de comunicación.....	39
Sistemas de atención sanitaria y social.....	40
Entidades del tercer sector social: Las ONG que trabajan en prevención e intervención.....	41
Personas usuarias.....	42
Conclusiones y líneas estratégicas futuras de RIOD.....	43
El posicionamiento de RIOD.....	47
Glosario.....	50
Bibliografía.....	53

Introducción

El estigma asociado al uso de drogas y 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. 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, 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.

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, se considera que es necesario incidir 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 dificultar el acceso y la permanencia en los servicios.

RIOD pone el foco en trabajar para erradicar el estigma asociado a las drogodependencias, y esto está íntimamente ligado a la [Agenda 2030](#) por el desarrollo sostenible. La agenda 2030 implica un compromiso de acción mundial de 17 objetivos en los cuales 193 miembros de la ONU se comprometen a seguir.

Estos 17 Objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades.



Figura 1: Objetivos de la Agenda 2030 en relación a las políticas de drogas.

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo, marcando la hoja de ruta y 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.

El trabajo de RIOD para la erradicación del estigma asociado a las drogodependencias está en la línea de los ODS descritos a continuación:



Objetivo 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

Apunta a 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

Las amenazas a las personas vulnerables, la violencia contra la infancia, la trata de personas y la violencia sexual, son temas importantes que deben ser abordados con urgencia para crear sociedades justas e inclusivas. 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.

El concepto de estigma en las ciencias sociales

Goffman (1963) define la estigmatización 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.

Cabe distinguir entre la identidad social virtual y la real, la identidad virtual Goffman (1963) la define como aquella en la que se clasifica el individuo según unas expectativas previas que pueden cumplirse o no. La identidad social real es aquella en la que, al contrario de la virtual, es donde se han confirmado los atributos. Goffman (1963) describe un Estigma cuando el proceso de clasificación de una persona o un grupo implica atributos negativos que acarreen 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:

- En primer lugar, aquellos estigmas relacionados con el cuerpo, Goffman (1963).
- En segundo lugar, el estigma asociado al carácter, en el que Goffman situaría los problemas relacionados con el uso de drogas.
- Por último, el estigma tribal, relacionado con la etnia, religión o nacionalidad.

Sea cualquiera de estos tres estigmas el que se asocie con un individuo, la sociedad tratará de distanciarlo o excluirlo, combinando diferentes ejes de vulneración.

Jones et al. (1984) denominan una marca como un conjunto de condiciones no deseadas que pueden precipitar un proceso de estigmatización. Estos autores explican la existencia de seis dimensiones del estigma:

1. Ocultabilidad: Medida en la que es explícito un atributo.
2. Curso: Medida en la que es reversible o irreversible un atributo.
3. Disruptividad: Medida en la que un atributo no deseado interfiere en las relaciones personales.
4. Estética: Medida en la que la “marca” provoca rechazo.
5. Origen: Medida en la que se considera que la persona es responsable de la condición.
6. Peligrosidad: Medida en la que es amenazante la condición del individuo.

Michaels, López, Rüsck y Corrigan (2012) entienden el estigma como un proceso social y cultural en el que un grupo atribuye una etiqueta a otro grupo distinto. Sin embargo, 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. Su relevancia reside en que este tipo de reacción permite identificar el estigma o de quién proviene. Hatzenbuehler, Phelan y Link, (2013) expresan que el estigma conlleva desigualdades en la salud fácilmente identificables y que deben ser abordadas por una cuestión de justicia social.

El concepto de estigma en el área de las drogodependencias

Como hemos expresado anteriormente, los procesos por los que se construyen un estigma son transversales. 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, et al., 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 no solo influye en las personas consumidoras antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él. 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).

Como se ha destacado anteriormente, el estigma prevalece durante el tratamiento. Por este motivo, los/las profesionales sanitarios/as son un grupo diana con el que se debe trabajar la supresión de los estigmas, con el objetivo de brindar la mejor atención posible y que aumente la calidad de vida de las personas con las que trabajan (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel y Garretsen, 2013; Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz y Arikan 2009; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997).

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: la familia, los/las profesionales sanitarios/as, las personas implicadas en política tomadoras de decisiones, los/las periodistas y medios de comunicación, entre otros, que de manera directa o indirecta inciden sobre este estigma hacia las personas consumidoras de drogas.

Tipos de estigma y barreras asociadas

Según Romaní en Agència de Salut Pública (ASP) (2018) y Vásquez y Stolkiner (2009) el estigma en la persona que consume drogas implica desigualdad, discriminación y exclusión social. Además, Vásquez y Stolkiner (2009) y Link y Phelan (2001) plantean la 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 (Parker y Aggleton, 2003).

Existen diferentes tipos de estigmas según Fernández (2017) y Romaní en ASP (2018) y la OPS – OMS (2005). El estigma público es aquel que tiene lugar cuando la población aprueba los estereotipos y conlleva una discriminación directa. Se derivan conductas como la negación de los derechos de la persona estigmatizada, como por ejemplo al trabajo, la atención sanitaria o a una vivienda digna.

En segundo lugar, el estigma estructural se relaciona con la exclusión de un colectivo concreto debido a la posición que ocupa en la sociedad, siendo esta un posible atributo de relevancia para llevar a cabo una mayor exclusión y marginalización, como por ejemplo es la pobreza o no tener acceso a una vivienda digna (Fernández, 2017).

El autoestigma, del que hablaremos posteriormente con mayor detalle, ocurre cuando las personas consumidoras interiorizan los estereotipos y existe una discriminación hacia sí misma.

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 se actúa autoexcluyéndose de ciertos ámbitos.

En este documento también ampliaremos la cuestión del estigma asociada a los/las profesionales y los servicios de tratamiento (Chacón, 2017; OMS, 2005), y la necesidad del análisis de la interseccionalidad como amplificador del estigma.

Cuando nos preguntamos sobre cuál es el impacto del estigma en el tratamiento de las drogodependencias, Rusch, Angermeyer y Corrigan (2005) informan de 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, por 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, según explican Rusch, Angermeyer y Corrigan (2005), el estigma crea en los usuarios y usuarias de los servicios sanitarios problemas relacionados con la falta de autoestima y autoeficacia. Aparece el miedo y la percepción de incapacidad de hacer un buen uso del tratamiento, lo que frecuentemente, conlleva que el usuario/a no encuentre motivación para recuperarse.

Una de las barreras que plantean Link y Phelan (2001) del 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, aquellos que son estigmatizados formaran 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, una vivienda digna, a los servicios de educación y sanidad. (Vasquez y Stolkner, 2009).

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.

El estigma en los servicios de atención y tratamiento

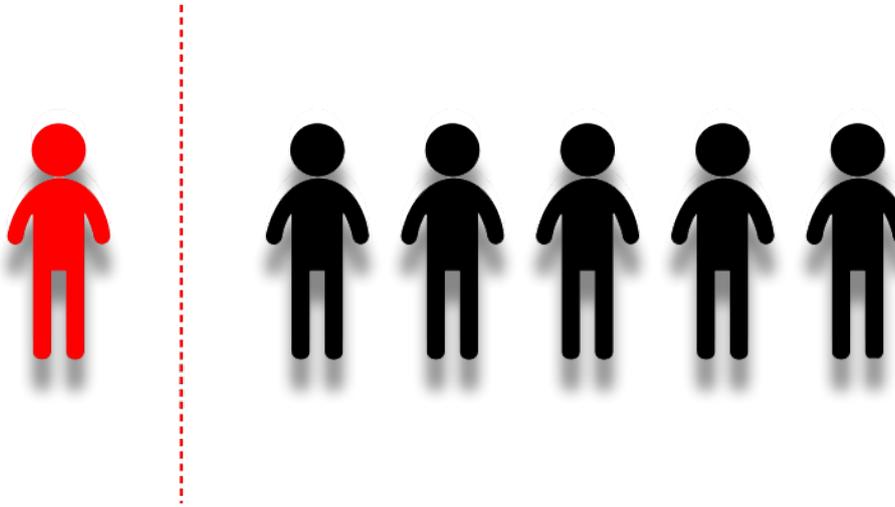
La OMS (2005) explicitó la necesidad de facilitar el acceso y la permanencia a los servicios de salud para las personas consumidoras de drogas, y hacer de mayor calidad servicios sanitarios mediante acciones como la visibilización del estigma e inclusión de políticas contra el estigma que garantice servicios de calidad. El estigma juega un papel relevante en el ámbito de la prevención (campañas que pueden reproducir ciertos estereotipos, el sentirse alejado/a del perfil de “consumidor/a”), en la búsqueda de ayuda específica representando una barrera en el acceso y la permanencia en los tratamientos (reducción de daño, tratamientos de abstinencia, etc.), y en la reinserción (búsqueda de trabajo, acceso a vivienda digna, etc.).

Tal como recoge la Federació Catalana de Drogodependències (FCD, 2018), Ortiz y Silva (2005) y Chacón (2017), los profesionales sanitarios no están libres de estigmatizar a las personas drogodependientes. El estigma se reproduce en diferentes servicios y áreas de salud y servicios sociales. Estos estigmas no se hacen explícitos, pero se encuentran presentes en contextos sanitarios (ASP, 2018; OMS, 2005).

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 el/la usuario/a para para ser 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; la decisión por parte del/ de la profesional sin dar opción a decidir a la propia persona (medicación, opciones de recuperación, etc.); juzgar a el/la usuario/a o la imposición del criterio del profesional por encima de la realidad del paciente (Fernández, 2017).

Sin embargo, el estigma genera en las personas usuarias desconfianza hacia los profesionales. Puede derivar en una atención y vínculo de peor calidad, más dificultad para establecer una adecuada relación con los profesionales y, además, conlleva un empeoramiento y el abandono del tratamiento.

El efecto Pigmalión es uno de los peligros de etiquetar a las personas usuarias, ya que de esa forma reproducen conductas en relación a lo que su alrededor sentencia sobre ellos (FCD, 2018). Esto se relaciona con lo expresado por Romaní en ASP (2018) relativo a que reproducir un discurso no veraz relacionado con las drogas, comporta una construcción de una realidad estigmatizada en la misma línea. Romaní destaca la importancia de cambiar el discurso y empoderar a las personas drogodependientes para poder desestigmatizar. Algunos estigmas de las personas que consumen drogas se vinculan con aspectos como el VIH, la inmigración, la baja clase social, la salud mental, la criminalidad, el género y la ausencia de un techo.



El estigma en relación al consumo de drogas en los medios de comunicación

El consumo de drogas es un aspecto que preocupa a la ciudadanía, por lo cual, el análisis de la imagen mediática sobre este tema es de relevancia. La televisión, internet, radio, prensa, cine e incluso los videojuegos difunden mucha información e influyen en la sociedad y en el imaginario colectivo. Con el objetivo de analizar el proceso de estigmatización de los/las consumidores/as de drogas, debemos conocer qué trato recibe este tema por parte de los medios de comunicación y si la información proporcionada es veraz y libre de estigmas.

La importancia de los medios de comunicación es muy grande cuando nos referimos a la percepción que tiene la sociedad hacia las personas que consumen drogas. Estos no se limitan a explicar unos acontecimientos, sino que construyen una realidad a partir de la descontextualización o integrando los hechos en una perspectiva sobre el problema que describen, utilizando unos adjetivos en concreto e insinuando ciertos atributos que no necesariamente estén en el hecho. Por ello, la forma en la que se lleva a cabo el discurso no es imparcial y cada medio lo formula en función de los valores periodísticos, del público al que va dirigido y los propios intereses. En definitiva, los medios de comunicación tienen la capacidad de generar y difundir estereotipos (Martín, 2010) contribuyendo con la construcción y/o la permanencia del estigma.

Como expresa Martín (2010), los medios llevan a cabo lo que denominan producción de sentido, que genera, en primer lugar, un efecto cognitivo entre los ciudadanos: aquello a lo que los medios no dan eco es un tema que queda fuera de la opinión e interés público. En segundo lugar, el efecto actitudinal, referido a la medida en la que los medios establecen un posicionamiento del problema. Por último, generan un efecto conductual forjando en la sociedad un conjunto de comportamientos y que va en consonancia con la teoría de la cultivación de Gebner.

Los profesionales que trabajan en este campo deben tener en cuenta la relevancia social que tiene su trabajo. Tal como expresa Arctander en Prieto (2019) y Martín (2010), el lenguaje de los medios de comunicación es clave para evitar la estigmatización de las personas que sufren un trastorno adictivo. Una medida que propone Martín (2010) consiste en formar en materia de educación en salud, y sobre los riesgos del uso de drogas, a los/las periodistas con la función de prevenir el consumo problemático, pero sin generar procesos de estigmatización o exclusión. Además, Martín (2010) expresa la importancia de que las ONG y administraciones cuenten con especialistas en adicciones y comunicación, con el objetivo de analizar la información en materia de drogas e intervenir para modificar lo que sea necesario.

En la misma línea, Arctander en Prieto (2019) expresa la necesidad de que los medios desvinculen el uso de drogas con la violencia y el tráfico de drogas, así como la pobreza o los crímenes, y describir la adicción sin juzgar como una forma de contribuir a eliminar los estigmas.

Martín (2010) subraya la relación del uso de drogas con distintos temas en función del medio. En la prensa, las drogas se relacionan con narcotráfico y el consumo en colectivos juveniles. En el cine aparece una cierta normalización de las drogas con la marginalidad, violencia, delincuencia que reproduce estereotipos, y produce que se invisibilicen otros patrones de consumo. Pese que son contenidos de ficción, influyen en la sociedad y en los atributos negativos que se asocian a las personas consumidoras.



Los medios de comunicación siguen teniendo un trato confuso con ciertas drogas, sin contribuir a información de relevancia y sin respaldar a las organizaciones en los programas de tipo preventivo. Se demonizan ciertas sustancias por su condición de ilegalidad, pero se potencia la doble moral en cuanto al consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco. Cabe destacar también, que en los medios de comunicación se pone un acento muy dispar en cuanto a las adicciones producidas por sustancias (sobre todo aquellas ilegales), de las adicciones sin

sustancias como es el caso de las apuestas, las compras y las nuevas tecnologías entre otras. Sin duda, la imagen de ciertas drogas, de ciertas adicciones y de las personas consumidoras que acercan los medios a la población está frecuentemente distorsionada y resulta en un producto estigmatizante (Martín, 2010).

Se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental y consumo de sustancias a través de los medios- y parece ser, a tenor de los resultados de varios estudios, que actúan como refuerzo de esta visión negativa en la sociedad. En general, los problemas de salud mental interesan poco a los medios: en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid (Muñoz et al. 2009), se constató que sólo 1 de cada 1.800 noticias estaba relacionada con trastornos de salud mental graves. Además, el tratamiento que hacen sobre los problemas de salud mental no es adecuado: el 51% de las veces que se habla de salud mental es para relacionarla con violencia. Muchos tienden a hacer énfasis al informar sobre acontecimientos poco comunes, pero trágicos y sensacionales involucrando a personas con problemas de salud mental. Las personas que llevaron a cabo el estudio indican que “el uso de términos relacionados con la salud mental es abusivo, incorrecto y éticamente inaceptable. El tipo de términos utilizados y la forma en que se utilizan para calificar personas, situaciones y cosas, fomenta los estereotipos negativos de peligrosidad, imprevisibilidad e irresponsabilidad”.

El trabajo en la sensibilización de los medios de comunicación, por lo tanto, es visto como una prioridad en la lucha antiestigma. Su papel tiene una doble vertiente. Por un lado, pueden contribuir a perpetuar el estigma, pero, por la otra, pueden contribuir a eliminarlo, informando cuidadosamente, denunciando las situaciones de injusticia que viven las personas con problemas de consumo y ayudando a cambiar la percepción de la población sobre los mismos.

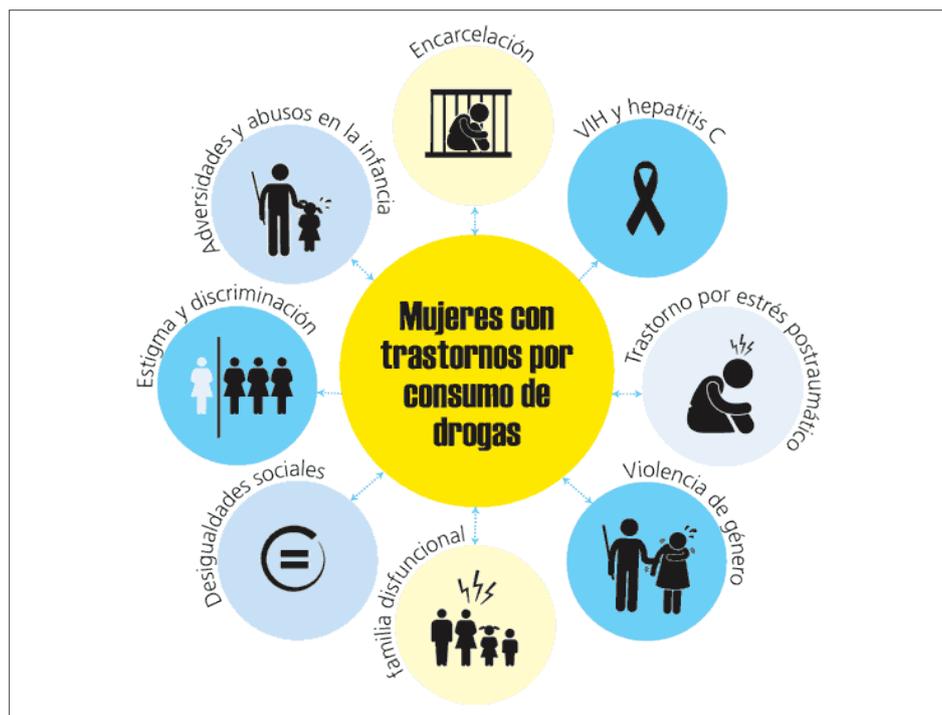


Figura 2: Imagen extraída de UNODC, 2018.

El estigma y el género

El género, al igual que lo hace en otros ámbitos de la vida de las personas, es un condicionante para la salud. Es una categoría compleja que hace referencia a un sistema de organización social que establece lo femenino y masculino en base a la dicotomía hombre-mujer, lo cual se relaciona en un sistema de poder. La variable género se ha tenido en cuenta de manera escasa en investigaciones epidemiológicas y clínicas, como en las acciones que se llevan a cabo en el ámbito de la salud, lo que ha dado lugar a interpretaciones reduccionistas de los resultados y de las observaciones de campo, lo que en ocasiones han ayudado a perpetuar ideas y estereotipos de género.

Por otra parte, 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. En la atención a mujeres que consumen drogas es necesario tener en cuenta ejes fundamentales tales como: 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 o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres representan en si una barrera enorme de acceso a los servicios muy difícil de sortear.

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. Estudios realizados como el de la Federación Catalana de Drogodependencias en 2018 demuestran 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 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 (no suele ocurrir a la inversa con la misma frecuencia), las largas listas de espera para el acceso a los servicios debidos al menor número de plazas para mujeres o 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.

Se suele afirmar que el número de varones drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los consumos problemáticos por parte de la población femenina, permanecen invisibilizados (alcohol en soledad; psicofármacos, etc.) lo cual se queda sin detección o se les atiende en la red de atención primaria con el riesgo de sobreprescripción de psicofármacos.

También es habitual encontrar que existen pocos recursos específicos para mujeres, o que el número de plazas para mujeres en centros mixtos aparece limitado y no va en función de la posible demanda, hay que buscar estrategias para agilizar el ingreso en tratamiento de aquellas que lo soliciten.

Anteriormente hemos comentado 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. 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.

El auto estigma

La percepción del estigma relacionado con el uso de drogas conlleva una interiorización de ese estigma, como se ha comentado anteriormente. Esto conlleva la internalización de una serie de características, prejuicios y que redundan en la exclusión social de aquellos/as que son etiquetados/as (Ariel, Gallo, Soledad y Ruth, 2016).

El estigma internalizado o autoestigma, según Mota, Noto y Santos (2014), conlleva un seguido de consecuencias negativas para la persona consumidora que se dividen en sociales, de salud y psicológicas.

- En primer lugar, las consecuencias sociales se centran en problemas familiares, exclusión social, desempleo, y desigualdad.
- Las consecuencias a nivel de salud son el empeoramiento de la condición, la negación a buscar ayuda y la baja adhesión al tratamiento. Además, tal como apuntan Ariel, Gallo, Soledad y Ruth, (2016), las condiciones de salud comúnmente de las personas consumidoras se relacionan de forma estigmatizada con problemas de salud mental o enfermedades de transmisión sexual.
- Por último, las consecuencias psicológicas son numerosas, entre ellas los sentimientos de culpabilidad, vergüenza, ansiedad, rabia, autoreproche, disminución de autoestima y autoeficacia.

Tal como expresan Mota, Noto y Santos (2014), el autoestigma es la experiencia de alienación a favor de la aprobación de ciertos estereotipos relacionados con el uso de sustancias. Se caracteriza, además, por la evitación social y en qué medida la persona se resiste al estigma.

Ariel, Gallo, Soledad y Ruth, (2016) hallan que el autoestigma es un problema frecuente en las personas consumidoras, más elevado en aquellas que únicamente consumen alcohol. Esto es explicado por la atribución de la responsabilidad de la adicción a la propia persona consumidora.

Una propuesta de Mota, Noto y Santos (2014) para la reducción del estigma internalizado o autoestigma es la creación de una mayor autonomía en los/las usuarios/as de drogas, generando mayor autoeficacia e implicándolos activamente en el proceso de tratamiento. Una segunda medida es la creación de grupos de apoyo con el que construir una motivación para llevar a cabo el tratamiento y compartir experiencias.

El estigma en España y América Latina

Para observar de qué información dispone la población española y latinoamericana sobre el uso de drogas y si existen estereotipos respecto a las personas drogodependientes se debe estudiar su percepción (Peluso y Blay, 2004). La percepción de la población respecto a los trastornos relacionados con el uso de sustancias influirá en la formación de estereotipos y en la eficacia de la búsqueda de ayuda, adhesión al tratamiento e integración en la sociedad de aquellas personas consumidoras.

Tal como expresan Peluso y Blay (2004), las actitudes de la comunidad latinoamericana hacia las personas consumidoras son positivas y se enfocan en la línea de ofrecer un tratamiento para aquellas personas con un trastorno mental. Según el estudio estas actitudes correlacionan con el nivel educativo y socioeconómico indistintamente. Podemos interpretar que a mayor formación menor reproducción del estigma, pero esto no es del todo correcto e incluso tiene una lectura clasista. Damos una lectura alternativa a estos datos y consideramos que en niveles socioeducativos más altos las maneras de reproducir estigmas son diferentes, actitudes y conductas quizás más indirectas y sutiles debido a la consciencia de la “corrección” pero no

menos nocivas para quien recibe estas conductas. En su estudio, Peluso y Blay (2004) identifican que la comunidad latinoamericana identifica los problemas relacionados con el uso de sustancias como un trastorno en una proporción menor a otros trastornos como la esquizofrenia o la depresión. Peluso y Blay (2004) concluyen que no existe diferencia en la percepción y creencias de los trastornos mentales de los países de latinoamericanos y europeos.

Según Peluso y Blay (2004), las causas que atribuye la comunidad latinoamericana a los trastornos mentales son los factores biológicos, sociales y psicológicos. Esto es algo que comparte con la comunidad española, que atribuye las mismas causas según Mota, Regina y Santos (2017). El tipo de ayuda que se brinda para los consumidores es médica, psicológica y psiquiátrica, además de espiritual, tanto en los países occidentales como en América Latina (Peluso y Blay, 2004).

Asimismo, los autores Peluso y Blay (2004) junto a Chacón (2017) expresan la necesidad de más evidencia sobre este fenómeno para explorar en profundidad el estigma hacia las personas consumidoras.

Si prestamos atención a la “Droga” como problema para la ciudadanía española se puede observar que hay tres etapas bien diferenciadas. La primera que va desde el año desde los años 80 a los 90, la etapa de la “Gran Preocupación”. Esta etapa coincide con la que Oriol Romaní (1999) denominó como la de “El reinado de la Heroína” (1982-1992), y que según él es la etapa del alarmismo social en torno al tema de la droga: “Un gran aumento de la alarma social sobre el tema, de la que, a su vez, podemos destacar tres aspectos: uno social, el aumento de hechos delictivos relacionados de alguna manera con las drogas; otro cultural, la imagen de que ‘la droga’ es la causa de lo que se crea entonces como un concepto en España, la inseguridad ciudadana; y un último político, la gran polémica sobre la seguridad ciudadana del bienio 1983-1984...” (Romaní, 1999: 106). Esta etapa se asocia también de la aparición del SIDA y su asociación con los consumidores de drogas por vía intravenosa, que contribuyó sin duda a ese estado de alarma social. A partir de los años 90, la segunda etapa, hay una respuesta asociativa muy importante al problema de la heroína e irrumpe el boom de la cocaína, asociada a clases sociales más altas y a una percepción de éxito, y las drogas de diseño hasta el año 2000. Se identifica una tercera fase en donde la correlación entre la preocupación por las drogas y la seguridad ciudadana disminuye, ya no van de la mano. Una posible explicación del desajuste, a partir del año 2002, entre las curvas de la droga y la inseguridad puede ser debido a la aparición de un nuevo fenómeno social como es el de la inmigración, que en un primer momento para una parte de la sociedad supuso una alarma vinculada a que produciría un aumento de la delincuencia. La marca que ha dejado la primera etapa en el imaginario colectivo hace que se asocie una imagen de persona consumidora asociada a las drogas ilegales, de consumo por vía parenteral, asociado a la delincuencia y la marginalidad. Este estereotipo tiene que ver con el recuerdo más emocional relacionado con la alarma social, y provoca que los nuevos perfiles que han ido evolucionando a lo largo de las décadas, no se sientan identificados/as con el concepto

de consumidores e incluso drogodependientes. El no sentirse representados/as con el concepto social, y reproduciendo un estigma amplificado tiene un impacto directo en la identificación de conductas problemáticas, así como la búsqueda de ayuda adecuada.

El estigma desde una mirada interseccional

Salud mental

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 et al. (2011) entrevistaron a 1,254 miembros de la comunidad de Argentina e informaron que el 69.9% de los individuos encuestados creían que las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia muestran un comportamiento extraño o inadecuado. De manera similar, Peluso y Blay (2004) determinaron que atribuir "razones biológicas" como la causa de los trastornos mentales se asociaba con una mayor percepción de peligro en una muestra de 500 encuestados de la población general. Finalmente, en México, Robles-García et al. (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 comportan de manera agresiva eventualmente, sobre todo a nivel verbal.

Por otro lado, las actitudes negativas de los/las profesionales de la salud mental se identificaron en la mayoría de las personas participantes en los estudios, pero no en todos. En un estudio con una muestra de 1,414 psiquiatras, Loch et al. (2011) informaron que las personas encuestadas respaldaron actitudes negativas y la distancia social hacia personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, los/las psiquiatras que trabajaron en un hospital psiquiátrico universitario refieren menos distancia social que las demás personas que no trabajaron en un centro de esas características, lo que indica que el contacto con las personas en esa situación ayuda a romper estereotipos. En un estudio posterior, los mismos autores compararon las respuestas de los/las psiquiatras y las respuestas de 1,015 individuos de la población general, encontrando que los/las psiquiatras informaron puntuaciones de distancia social más bajas en comparación con los miembros de la población general, volviendo de nuevo a aportar información sobre la imagen negativa instaurada en el imaginario colectivo de la población general en cuanto a las personas con problemas de salud mental.

Finalmente, en un estudio cualitativo realizado en Jamaica, Hickling et al. (2011) identificaron que los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, familiares y miembros de la comunidad tenían actitudes más positivas hacia las enfermedades mentales cuando los servicios comunitarios de salud mental se integraban en la red de atención primaria. De manera similar, Martin et al., (2011) en un estudio etnográfico que describía las condiciones de vida y la

sociabilidad de las personas con trastornos mentales graves que viven en barrios marginales en Brasil, informaron de un funcionamiento social deficiente, característico de las personas con trastornos psicóticos que se agravaba en este entorno vulnerable. Sin embargo, la mayoría de los miembros de la comunidad expresaron tolerancia, compasión, apoyo y solidaridad hacia los residentes con problemas de salud mental.

En relación con el auto estigma y la discriminación, Mora-Ríos et al. (2013) aplicó la Escala de Percepción de Consecuencias del Padecimiento, (EPCP) a 59 consumidores y consumidoras en la Ciudad de México. Más del 90% de las personas que fueron encuestadas habían experimentado rechazo al menos una vez en sus vidas. La familia fue identificada como la principal fuente de discriminación, y los comportamientos como la existencia frecuente de menosprecio de las habilidades de la persona con el diagnóstico o las actitudes hostiles por parte de los familiares cercanos y extensos.

La relación que existe entre el estigma de la salud mental y el de las drogas y adicciones es demoledora. 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 redonda en una situación mayor de desprotección y de mayores barreras para la recuperación.

Sinhogarismo

El fenómeno del sinhogarismo es una realidad amplia que incluye una gran variedad de situaciones, desde aquellas personas que viven en la calle hasta las que viven en “infra viviendas”. En la mayoría de las publicaciones que abordan esta problemática, se utiliza la definición propuesta por FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Población Sin Hogar) que establece que las personas sin hogar (PSH) son aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma. Esta definición recoge diferentes realidades las cuales se establecen cuatro categorías: vivir a la intemperie (sintecho), no disponer de alojamiento (sin casa), vivir en una casa insegura y vivir en una casa inadecuada. Las personas sin hogar son más vulnerables que el resto de la población a determinadas enfermedades físicas y psíquicas debido a sus condiciones de vida, a sus hábitos y conductas. Por otra parte, suelen infravalorar/percibir o negar los problemas de salud que padecen lo que, añadido a las barreras de acceso al sistema sanitario que perciben, dificulta la resolución de los mismos. De acuerdo con la literatura, en el colectivo de personas sin hogar aparece una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y trastornos relacionados con sustancias. Es muy difícil determinar si el consumo de sustancias es

causa o consecuencia de la situación de exclusión social. En muchas situaciones, el consumo actúa como un factor que, añadido a otros, puede precipitar la situación de vulnerabilidad social, mientras que, en otros casos, será la situación de sin hogar la que acabe derivando en el consumo.

La conjunción de los problemas adictivos y el no poder acceder/conservar una vivienda digna constituye una situación complicada que entorpece el acceso de las personas a recursos adecuados y a su recuperación/integración social. Ni todas las personas adictas llegan al sinhogarismo, ni todas las personas sin hogar presentan adicciones, pero cuando ambas confluyen el sufrimiento vital se multiplica. A no tener un espacio privado, seguro ni adecuado, no cubrir necesidades básicas, estar expuesta a agresiones, carecer de derechos de ciudadanía (por falta de empadronamiento), se une el deterioro de la salud física y mental. A menudo los propios sistemas de protección sociosanitarios son expulsivos para estas personas: exigencia de padrón, complejos sistemas de obtención de citas, informatización de procedimientos, exigencia de la abstinencia para acceder a determinados recursos y prestaciones. Es posible mejorar las condiciones de vida sin alcanzar la abstinencia si se aplica una mirada comprensiva desde la salud pública poniendo sobre la mesa la reducción de daños. Para acompañar a las personas adictas más excluidas para que puedan ejercer sus derechos de ciudadanía en igualdad de condiciones, es necesario respetar sus tiempos, necesidades, limitaciones y decisiones, como también generar confianza y vínculo.

Edad

La esperanza de vida ha aumentado a lo largo de la historia en los países desarrollados, como también aumenta de manera progresiva e importante el número de personas en este segmento poblacional. La edad sociológica de la jubilación considera como ancianos al grupo de población de más de 65 años, lo que cambiará en un futuro ya que esta edad es arbitraria y depende de factores político-económicos. Uno de los problemas más frecuente 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. Por el contrario, el uso de drogas ilegales no es tan frecuente en la población geriátrica, el consumo, medido como tasa de prevalencia, disminuye con la edad para el cannabis para edades entre 65-69 años, reduciéndose aún más en personas de entre los 70-74 años. En el caso de los opiáceos la prevalencia es poco frecuente en personas mayores de 60 años y es raro si no hay historia de consumo en la juventud o de problemas previos con el alcohol o benzodiazepinas. 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. La detección y evaluación del consumo es muy importante cuando estas personas entran en contacto con los dispositivos asistenciales, si no se evalúan adecuadamente la sintomatología y las alarmas asociados a esta población en específico, pueden no relacionarse con el consumo y no tratarse, invisibilizando el problema y cronificando la situación. Por ello es necesaria una buena exploración clínica, para realizar un adecuado diagnóstico y un buen tratamiento, evitando tratar sólo los trastornos psicopatológicos y obviando el uso de una sustancia como posible factor determinante.

El acompañamiento familiar a esta edad, o una adecuada red social resulta clave para mitigar la sensación de soledad que puede agravar la situación de la persona anciana. La edad avanzada y la idea cercana del final de la vida puede desmotivar el abandono o reducción del consumo. Existen distintos grupos de personas ancianas adictas, los/las consumidores de sustancias que han desarrollado una dependencia y que, debido a los avances y cuidados médicos, llegan a la ancianidad, personas que consumen esporádicamente y que debido a las situaciones vitales de pérdidas, soledad y cambios consumen alcohol, otras drogas o fármacos de prescripción descontrolada y ancianos/as con poli patología médica que pueden llegar a desarrollar una dependencia de fármacos analgésicos opiáceos, benzodiacepinas, etc. 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. Es necesario un ejercicio de reflexión que redunde en una definición adecuada de lo que es intervenir con personas de la tercera edad consumidoras. Debemos repensar las intervenciones y los servicios adecuándolos a las necesidades específicas de este sector poblacional. 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.

El estigma en las familias de las personas que usan drogas

De acuerdo con el estudio de ADFAM *“Families, drugs and alcohol, challenging stigma”* (2012) cuando se les preguntó a las personas participantes acerca de vivir al lado de una persona con un diagnóstico psiquiátrico, solo el 9% de las personas dijo que no querría hacerlo. Esta cifra aumentaba a 43% cuando se ponía el ejemplo de una persona con problemas de consumo. Otros datos significativos del estudio se describen a continuación:

- El 93% de las personas participantes piensan que las personas con un problema de salud mental merecen la mejor atención posible, pero solo el 68% piensa lo mismo acerca de las personas con una adicción.
- El 58% de las personas piensan que una de las principales causas de la dependencia de las drogas es la falta de autodisciplina y fuerza de voluntad.

- Solo el 5% de las personas piensan que las personas con un problema de salud mental no merecen ayuda, pero esta cifra sube al 22% si se habla de personas con adicción/es.

La misma investigación estudió las actitudes sobre el estigma hacia los familiares de personas con dependencia de drogas y encontró que:

- 23% de las personas encuestadas creen que la mayoría de las personas no se volverían dependientes de las drogas si tuvieran buenos padres/madres.
- Una de cada tres encuestados/as estuvo de acuerdo en que los padres serían irresponsables si dejaran que sus hijos/as jugaran con los hijos de una persona con antecedentes de problemas de adicción.

La literatura y la práctica diaria sugieren que las personas estigmatizan no solo a las personas con antecedentes de dependencia de las drogas, sino también, por asociación, a los miembros de su familia. Sin duda, las familias se ven afectadas negativamente por el uso de sustancias de sus familiares. El impacto del uso de drogas de una persona puede tener un impacto negativo en la vida social del miembro de la familia, lo que lleva a un aumento del aislamiento, que puede ser exacerbado por los sentimientos de culpa y vergüenza que las familias a menudo sienten.

Cuando alguien en el seno familiar consume drogas o tiene una adicción sin sustancias, los familiares pueden experimentar ira, traición, culpa, miedo, aislamiento y pérdida de control. Los miembros de la familia pueden ser abandonados por sus relaciones más cercanas, a veces como resultado de su continuo apoyo a la persona consumidora, y se encuentran aislados del apoyo que necesitan ellos/as mismos/as.

Los miembros de la familia, como los padres y madres, pueden culparse a sí mismos por no prevenir la conducta adictiva de sus familiares y sentir vergüenza, fracaso y culpabilidad. Posteriormente, pueden evitar a otras personas y ocultar la situación de su familiar por temor a reacciones negativas y estigmatización.

Las familias sienten que, una vez que se ha establecido la etiqueta del estigma, es muy difícil eliminarla independientemente de su propio comportamiento o el de la persona consumidora. Pero ya sea que las familias se desentiendan del uso de drogas que hacen las personas consumidoras o hagan todo lo posible por apoyarlas, y sin importar si la persona usuaria se está recuperando o no, el estigma todavía es ineludible según sus percepciones.

El estigma y la discriminación impiden que las familias accedan al apoyo, ya sea para ellas mismas o para la persona consumidora. Es necesaria la mejora de los servicios dedicados al apoyo para familiares y cuidadores/as para atender sus necesidades además de las personas consumidoras, así como para ayudarles a desempeñar un papel positivo en la recuperación en caso de que elijan tomarla o trabajar la desculpabilización en el caso que no quieran tomar



parte activa del proceso terapéutico de su familiar. El papel de las familias en el tratamiento tiene el objetivo de hacerles alcanzar su potencial máximo, las familias también deben tener acceso a apoyo para atender sus propias necesidades.

Con la ayuda de servicios especializados y grupos de apoyo, las familias pueden comenzar a comprender lo que realmente significa ser una persona que sufre un trastorno adictivo y aprender por qué la recuperación es difícil. Esto les da a las familias la fuerza para ayudar a sus seres queridos a recuperarse, y la determinación, la capacidad de recuperación y la estructura de apoyo para hacerles frente si hay episodios de recaída. Si las familias no reciben apoyo, son menos capaces de enfrentarse a los efectos cotidianos del uso de sustancias de un ser querido y es menos probable que desempeñen un papel productivo en la recuperación o peor aún, pueden entorpecerlo también generando un proceso de *Burn out* que impactará negativamente en su propia salud física y mental. Es necesario prestar especial atención a los hijos e hijas pequeños/as o jóvenes de la persona consumidora. El abordaje familiar siempre ha tenido una tendencia adultocentrista y de manera ascendente en la intervención, por lo cual un análisis de quién tiene la responsabilidad de atender a estos infantes y jóvenes, y desde qué mirada debe hacerse, es urgente y necesario.

La recuperación sostenida depende de la red de personas de apoyo de una persona; los miembros de la familia suelen ser la columna vertebral de esta red, mientras que los servicios de apoyo y otros profesionales también desempeñan un papel central en el trazado de la ruta de recuperación. Sin embargo, para todos los individuos en esa red, es un proceso largo y, a menudo, difícil que presenta innumerables obstáculos y desafíos, entre otros, el estigma de estar asociado con la adicción.

Es necesario trabajar en disminuir el estigma asociado a las drogas y adicciones para que las familias se sientan cómodas saliendo a la luz y buscando el apoyo que necesitan y merecen. Además de mejorar su propia calidad de vida, este apoyo les brinda las herramientas que necesitan para apoyar la recuperación del/de la familiar o conocer el derecho de no querer implicarse en el proceso terapéutico.

El estigma puede manifestarse de varias maneras, ya sea indirectamente en sus relaciones diarias con un miembro de la familia que experimenta desconfianza y prejuicios, o directamente cuando las personas insinúan que la familia de un consumidor de drogas o alcohol debe ser la culpable o la responsable de su comportamiento.

Hay miembros de la familia que son sometidos a diferentes situaciones estigmatizantes: desde ser rechazados/as hasta el abuso verbal directo. Otros se han aislado socialmente en un intento por evitar que el problema del uso de drogas por parte de sus familiares sea conocido.

Los programas y servicios del área de drogodependencias y otros profesionales de atención primaria se encuentran en una posición clave para ayudar a las familias a apoyar a sus familiares en la recuperación sin comprometer su salud mental en el camino.

Adicciones sin sustancia y estigma

Pese a ser estudiadas y tratadas por muchos estudios como “adicciones” desde hace más de 30 años, los trastornos conductuales carecen de consenso científico suficiente, a día de hoy. Ciertas adicciones sin sustancias, como por ejemplo el juego patológico y la adicción al sexo tienen una carga especialmente negativa en el imaginario social.

Existe un riesgo de banalización de las adicciones conductuales, pues un uso desmedido del concepto puede llevar a convertir en adicción cualquier conducta excesiva, abusiva u obsesiva. De otro lado el riesgo de estigmatizar -incluso discriminar- conductas y elecciones personales diferentes del prescrito o “recomendado” por el estándar moral predominante. Aunque el DSM 5 (APA, 2018) sí incluye la nomenclatura “adicciones no relacionadas a sustancias”, primando el término adicción al de dependencia, parece quedarse en “etiqueta” porque sólo nomina el juego patológico (Gambling Disorder, F.63.0). Si bien en esta categoría diagnóstico-psiquiátrica entrarían las adicciones a “juegos de apuestas online”, se advierte de que quedan fuera las “adicciones a internet” en general, así como el uso excesivo de videojuegos, pese a la presión científica y profesional para que integrara el “*Internet Gaming Disorder*” o “trastorno por juego en internet”. En los últimos años se observa una prevalencia creciente de las adicciones sin sustancia, sobre todo el repunte de **la ludopatía** debido a la expansión de las casas de apuestas y el juego on-line, y la adicción a las pantallas.

La **adicción a las pantallas** no está exenta del estigma asociado a las adicciones en general y estaría basada en la fuerte prevalencia de tales trastornos en niños y adolescentes, sobre todo allí donde la transformación digital es más acusada. Se observa una tendencia cada vez más marcada en la percepción negativa de las personas con una adicción a las pantallas y de manera reduccionista se suele asociar a falta de límites en la crianza y una ausencia de motivaciones a nivel personal, recayendo en la familia (padres y madres, sobre todo) una culpabilización palpable sobre la problemática del/ de la familiar. Es necesario potenciar campañas de sensibilización que proporcionen información a las familias y provean de estrategias de identificación temprana. Por otra parte, el establecimiento de protocolos válidos y eficaces para identificar e intervenir en casos de alto riesgo debe ser una prioridad en las agendas de las administraciones, potenciando el trabajo en red de los espacios en donde el infante o el/la joven desarrolle su actividad diaria y estableciendo mecanismos de comunicación eficaces para dar respuesta rápida al problema y no reaccionar solo cuando la conducta sea disruptiva y se haya instaurado.

En cuanto a **la ludopatía**, se observan tendencias diferentes en cuanto a la evolución de la ludopatía dependiendo de si la actividad se desarrolla en medio “físico” o en internet. Según los

datos el comportamiento que apunta a una adicción se consolida mucho más rápido en el medio on-line, debido a la falta de regulación y la situación de alegalidad, como de falta de mecanismos de autoregulación como el registro general de interdicciones de acceso al juego.

En el estado Español, las encuestas EDADES y ESTUDES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017; 2018), a partir de 2014 confirman que el juego con dinero y el uso de internet son actividades ampliamente extendidas en nuestra sociedad. En 2017, un 60,2 % de la población de 15 a 64 años ha jugado juegos con dinero (presencial, online o ambos) mientras que, en 2016, un 99,8% de los estudiantes de 14 a 18 años ha utilizado internet en el año previo. En cuanto al juego online, en 2017 el 3,5% de la población de 15 a 64 años ha jugado dinero online durante el último año (2,7% en 2015), porcentaje que es mayor en los hombres (5,8%) que en las mujeres (1,2%). Además, este tipo de juego es más frecuente entre los más jóvenes, descendiendo su prevalencia a medida que aumenta la edad. En la población de estudiantes de 14 a 18 años la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet en 2016 es 7 veces mayor (21%), presentando una tendencia ascendente desde 2014 (cuando la prevalencia era de 16,4%), en todas las edades y mayor entre las mujeres, lo cual sería necesario analizar en clave de género. También se registra mayor comorbilidad de consumo de alcohol y cannabis son superiores entre los individuos que realizan un posible uso compulsivo de internet. En los últimos años se han disparado los porcentajes de personas que acuden a los servicios con problemas de ludopatía, según datos de APAL (Asociación para la prevención y ayuda al ludópata) el 30% de las personas adultas con ludopatía que reciben atención desarrollaron el problema siendo menores de edad.

En la actualidad se está generando una situación de ambivalencia profunda y alienante, por una parte, se anima al consumo de manera repetitiva (de compras, internet, alcohol, etc.) y se regula poco o nada en cuanto a la publicidad y los inputs constantes para acceder a las sustancias o la conducta, pero por otro lado se castiga socialmente de manera muy dura a la persona que desarrolla una conducta adictiva a raíz de este proceso.

En el caso de la ludopatía y la proliferación de apuesta por internet y casas de apuestas físicas, es necesaria una regulación firme que proteja a los/las menores y jóvenes de estar expuestos a publicidad y facilidades de acceso a tales factores de riesgo. Por otro lado, es de carácter urgente la inversión en prevención y detección temprana. Tal y como señalan desde APAL en cuanto a las implicaciones a corto y largo plazo en la importancia de la prevención sobre las nuevas tecnologías:

- Es un fenómeno relativamente nuevo, es demasiado pronto para saber con certeza el número y características de las personas que pueden tener ese problema (las consultas por adicción a nuevas tecnologías aún son escasas).
- Internet es una gran herramienta de comunicación, cada vez más útil y necesaria, pero que requiere ciertas precauciones, especialmente en menores
- Es preferible detectar los factores de riesgo y tomar medidas antes de que surjan problemas

Los grupos de ayuda mutua

Un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es un espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. Surgen de la idea de que toda persona, con sus habilidades y su experiencia personal, tiene una valiosa capacidad para ayudar a los demás y, por extensión, ayudarse a sí misma; las personas que participan en los GAM lo hacen de forma voluntaria y en ausencia de un profesional dentro del grupo, aunque puede dar apoyo puntual siempre que el grupo lo solicite, de manera que son los miembros del grupo los que constituyen el espacio y es el propio grupo quien toma las decisiones por mayoría democrática (FAAUSM, 2014).

Los GAM son un movimiento que se caracteriza por la existencia de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros, para ello es necesario que éstos se vean a sí mismos como equivalentes; en principio, el problema de salud común establece una equivalencia que permite dejar en segundo plano la diversidad individual y social de los componentes del grupo (Wituk, Shepherd, Slavich, Warren, Meissen, 2000). La adicción a diferentes sustancias es un área pionera en la creación de grupos de autoayuda o GAM.

El objetivo de los GAM es dar apoyo a los integrantes, y llevar la situación lo mejor posible mediante (FAAUSM, 2014):

- Conocer el trastorno mental que sufren y ofrecer un espacio para hablar sobre los problemas que comporta o las decisiones que se deben tomar.
- Resolver los problemas e incrementar la autoestima con el objetivo de tener control sobre la vida.
- Compartir experiencias
- Comprender mejor la experiencia vivida y aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Descubrir recursos personales
- Escuchar a los/las demás participantes del grupo. Ayudar a otros, dar apoyo.
- Contar con un espacio de confidencialidad y confianza para expresarse con libertad sin ser juzgado/a.
- Relacionarse con otras personas que tienen las mismas dificultades. No sentirse solo/a.

Las principales funciones de los Grupos de Ayuda Mutua son (FAAUSM, 2014):

1. Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes
2. El grupo proporciona apoyo emocional
3. Se intercambia información, consejo y educación
4. En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva. Se amplía el rango de percepciones alternativas a los problemas y acciones para manejarlos

5. El grupo cumple funciones de socialización y de participación en la comunidad.
6. Las acciones se realizan conjuntamente. Todos los miembros son participantes activos.
7. El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

Los GAM en el campo de las adicciones son de relevancia dado el estigma y autoestigma que comporta sufrir un trastorno relacionado con el uso de sustancias. Como se ha comentado anteriormente, estas personas deben hacer frente a un estigma que es más elevado que el de una persona que tiene otro tipo de trastorno mental. Por ello, los GAM en el campo de las adicciones pueden ser de mucho apoyo. No únicamente pueden contribuir a aumentar la autoestima y autoeficacia de cada uno de los participantes, aspectos que son mermados con la interiorización de los estigmas entorno a las personas consumidoras, sino que además pueden potenciar el tejer relaciones sociales de calidad, crear espacios de confianza y seguridad y conformar en sí un escenario para la recuperación.

El estigma estructural: El papel de las administraciones

El Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, CEDD realizó un estudio que evalúa las respuestas estatales a las drogas de uso ilegal en ocho países de América Latina: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay.

El estudio encontró que el enfoque de los gobiernos latinoamericanos en el uso de drogas sigue siendo predominantemente a través del sistema de justicia penal, no de las instituciones de salud. Incluso en países donde el consumo no es un delito, la criminalización persistente de las personas usuarias de drogas es común. En todos los países estudiados, el CEDD encontró que los/las usuarios/as de drogas son perseguidos penalmente, incluso en países donde el consumo no es un delito.

El estudio también resalta que la respuesta penal contribuye a un clima de estigmatización y discriminación contra quien consume sustancias, lo que afecta negativamente su capacidad para ser considerado/a de manera imparcial por la policía y el sistema judicial. Esta discriminación también impide que los/las consumidores/as de drogas que necesitan atención médica busquen asistencia, que la soliciten más tarde, o que acudan a dispositivos no específicos para evitar visibilizar el problema real del consumo, debido a las consecuencias sociales, económicas y judiciales que esto pueda tener.

Cabe destacar, que esta forma de abordar el problema a través del sistema de justicia penal viola varios derechos fundamentales de las personas usuarias, como el derecho a la salud, la información, la autonomía personal y la autodeterminación, entre otros. Todas estas transgresiones violan varias normas nacionales e internacionales de derechos humanos que los estados declaran que están obligadas a proteger.

La mayoría de las políticas públicas adoptadas por los países estudiados relacionadas con el consumo de drogas parten de un enfoque represivo y prohibicionista que no distingue entre los diferentes tipos de uso y/o entre sustancias o usuarios/as; por lo tanto, resultan inadecuados para atender los daños causados por el uso problemático de drogas.

El estudio de la CEDD arroja luz a la situación de las personas consumidoras, y como la postura que adopta el estado contribuye a generar estigma y por tanto discriminación. En todos los países estudiados, existe una fuerte discriminación y estigmatización de las personas que usan drogas ilícitas. Aun en países donde el consumo de dichas sustancias no es criminalizado encontramos que con frecuencia las personas que consumen son tratadas como criminales, lo cual los deja fuera del circuito de los sistemas de salud. La respuesta penal pone a los/las usuarios/as de drogas en situaciones de vulnerabilidad frente a las autoridades.

El informe también pone de manifiesto que los gobiernos estudiados ponen el foco en la oferta de drogas ilícitas por encima del consumo (demanda). Lo cual repercute negativamente en la capacidad de dar respuestas sociales y de salud adecuadas ante el consumo, repercutiendo en la vulneración de las personas que consumen drogas. Al priorizarse este sistema penal por encima del sistema de salud, los Estados dejan en manos del sector privado la provisión de servicios y recursos para las personas que deben/quieren iniciar un tratamiento. En este contexto, el sector privado frecuentemente no está sometido a un control en el cual se evalúen el cumplimiento de que los tratamientos respondan a metodologías basadas en evidencias y que se respeten los estándares mínimos de calidad, prevaleciendo los modelos de programas “*drug free*” y habiendo un vacío en el abordaje desde la óptica de reducción de daños, lo cual está íntimamente ligado con una concepción estigmatizante del uso de drogas. También existen situaciones donde las personas usuarias de drogas pueden ser ingresadas involuntariamente en estos tratamientos como alternativa al encarcelamiento. Esto significa que los pocos recursos dedicados a programas de rehabilitación son utilizados, en ocasiones, por personas que no necesitan/quieren ponerse en tratamiento. Es preocupante el hecho de que esta propuesta sea percibida como una respuesta sanitaria, cuando sus componentes siguen siendo de naturaleza penal y puede reproducir todos los problemas del sistema penal frente al consumo, aumentando el estigma y las dificultades de reinserción y recuperación.

La judicialización del consumo: El estigma en las leyes

En España, el consumo o la tenencia mínima personal en espacios públicos se considera una infracción grave, sancionable por vía administrativa con multa. En el caso de las personas menores de edad, se prevé la suspensión de la sanción si aquellos acceden a someterse a tratamiento, rehabilitación o actividades reeducativas.

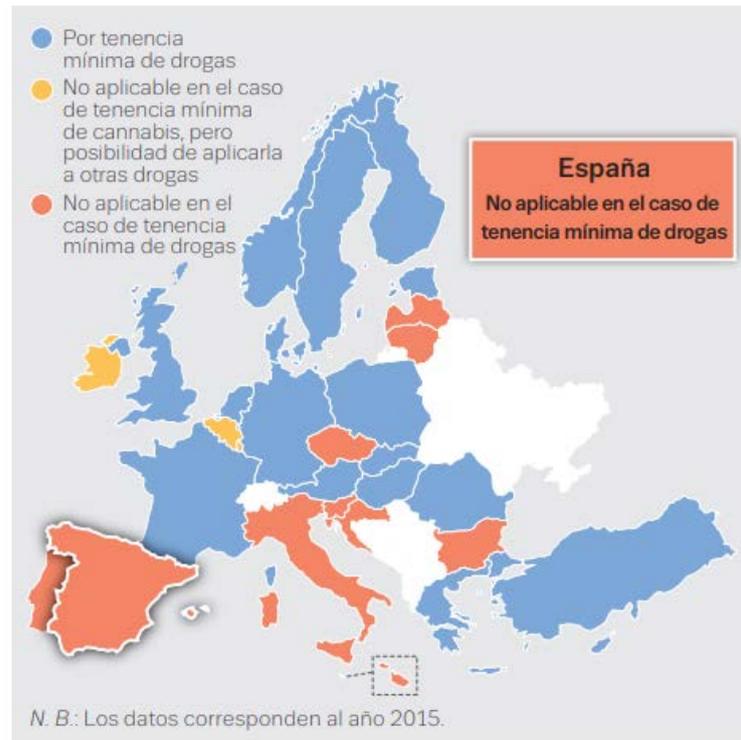


Figura 3: Sanciones legales Ingreso en prisión por tenencia de drogas para consumo propio. EMCDDA 2017.

Los delitos de tráfico de drogas y las sanciones están tipificados en los artículos del Código Penal. La pena dependerá de la gravedad del daño a la salud que se asocie a cada droga, así como de las circunstancias agravantes y atenuantes que puedan concurrir, tales como la venta a menores o de grandes cantidades. Las penas de hasta cinco años podrán rebajarse si la persona, siendo drogodependiente en el momento de la comisión de los hechos, acredita suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabitación.

El consumo de drogas de uso ilícito es frecuentemente asociado con conductas riesgosas (enfermedades de transmisión sexual) y, más recientemente, con la inseguridad ciudadana, la violencia y el crimen. Gracias al informe realizado por la CEDD y los estudios por países, se evidencia que en la región Latinoamericana es frecuente que las personas usuarias sean percibidas y tratados como delincuentes y/o enfermos/as. Esto se refleja en las leyes de algunos de los países estudiados quienes mantienen discursos estigmatizantes:

- Argentina: La justificación de la ley de drogas de 1974 identificaba al usuario como una persona que al entregarse a su “vicio no solo se destruye a sí misma, sino que (...) causa

- perjuicios a quienes lo rodean.” Además, sostenía que “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes”
- Ecuador: el Código Civil vigente mantiene normas arbitrariamente discriminatorias para quienes usan drogas. Así, por ejemplo, consagra como causal de divorcio el hecho de ser “*toxicómano*” y somete a cualquier usuario de drogas a una tutela para la administración de sus bienes despojándoles de autonomía e infantilizando a la persona.
 - Uruguay: Aun teniendo las políticas de drogas más progresistas de todos los casos analizados, las prácticas discursivas de los jueces en sus decisiones jurídicas contribuyen a la estigmatización de los consumidores, refiriendo a menudo a los/las consumidores/as como enfermos/as.
 - Perú: donde el consumo o el porte o tenencia de pequeñas cantidades no es un delito presenta un caso interesante. Debido a prejuicios sobre el consumo, cualquier tipo de consumo es visto por la mayoría de la población como una actividad ilícita.
 - Colombia: Aunque la legislación penal no criminaliza el consumo de drogas sí que hay sanciones por el porte de sustancias. Los agentes policiales suelen asociar el uso de sustancias con una amenaza a la seguridad. Según encuestas y otros documentos citados en el estudio colombiano, gran parte de las denuncias ciudadanas identifican el uso de drogas como un problema de seguridad en los barrios. De acuerdo con esta investigación se acentúa el estigma por parte de los cuerpos policiales sobre aquellos consumidores que cumplen ciertos perfiles raciales y de clase socioeconómica.

Esto muestra que incluso en los países donde el consumo no es delito los usuarios de sustancias ilegales no son vistos como sujetos de plenos derechos y que el consumo de ciertas sustancias genera mayor estigmatización y criminalización que otras. Este es el caso de los consumidores de cocaína por vía fumada, particularmente evidente en Uruguay (altas tasas de enjuiciamiento) y en Brasil, como respuesta a la visibilidad mediática sobre usuarios de cocaína fumada en las calles. En Brasil la prensa calificaba como “*zombis*” o “*non-personas*”, despojando de humanidad, a las personas consumidoras y validando el discurso punitivo y discriminatorio. El gobierno adoptó políticas represivas, donde se violan derechos fundamentales (como la internación obligatoria sin tener en cuenta la voluntariedad de la persona consumidora).

Es necesario recordar que existen varios tratados internacionales en materia de derechos humanos relevantes para las personas que usan drogas controladas. Estos incluyen la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, entre otros.

Buenas prácticas

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 de cómo perciben

a las personas usuarias de drogas. Las percepciones estigmatizantes y estereotipadas pueden en afectar la motivación del profesional para lidiar con las personas usuarias.

En España, La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Acción 2013-2016 recogían la calidad como uno de los principios básicos y estableciendo objetivos para su promoción. Este último documento prevé, además, actuaciones relacionadas directamente con este aspecto. La acción número 30 se centraba en poner en marcha un portal de buenas prácticas, mientras que la 31 abordaba los criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda. Las demás acciones comparten el objetivo transversal de formular criterios de calidad en cada terreno de actuación (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías 2017).

En el ámbito de la acción número 30, se respaldó la creación de un portal dedicado a los programas de prevención con base empírica aportada por la organización [Socidrogalcohol](#) y, en este momento, se está construyendo otro portal de buenas prácticas dedicado a la reducción de la demanda. Por su parte, en el ámbito de la acción número 31 del plan, se aprobaron una serie de criterios mínimos de calidad en relación con los programas de reducción de la demanda.

Un ejemplo de una buena práctica en esta materia es la campaña llevada a cabo por **Socidrogalcohol**. Socidrogalcohol es una sociedad científica que emprendió el Plan de Sensibilización para combatir el estigma de la persona con trastorno adictivo con el eslogan **#RompeElEstigma**. Su objetivo general se centra en la reducción del estigma dentro de la sociedad de aquellas personas con un problema relacionado con la adicción y la visibilización de la necesidad de realizar una intervención libre de estigmatización (Fernández, 2017).



Mediante el abordaje integral, público y gratuito, el reclamo de estructuras asistenciales acordes con las necesidades de los/las usuarios/as, la normalización de los servicios y recursos

asistenciales, la dotación de los equipos de un abordaje multidisciplinar bio-psico-social, la reivindicación de un buen trato para las personas usuarias y el respaldo por parte de la administración, el aumento del conocimiento social sobre drogas y de la necesidad de reinserción, así como que el estigma solo contribuye negativamente. El programa se ha diseñado para impactar en la propia persona consumidora, los familiares y los/las profesionales sociosanitarios/as (Guardia, 2015).

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 relacionado con el uso de drogas o adicciones comportamentales.



Recalcan que este tipo de trastorno adictivo no es una elección que haga la persona consumidora, sino de la importancia de tratarlo como un problema de salud pública más.

El objetivo de **Dianova** es cambiar las actitudes de la comunidad y educar sobre lo que realmente son las adicciones: un problema originado por diversos factores bio, psico, sociales 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**, esta campaña de Dianova pretenden mostrar a la sociedad que las drogas no tienen por qué relacionarse con violencia, tráfico, pobreza... Además, contribuyen a visibilizar que políticas basadas en la prohibición conllevan la estigmatización y marginalización de los consumidores, que a su vez comporta una reducción de la búsqueda de ayuda. Dianova centra su objetivo sobre los profesionales de la salud, las personas tomadoras de decisiones, empresas y medios de comunicación, ya que estos son los que tienen una gran influencia en impactar sobre el ideario alrededor de las personas que consumen (Dianova, 2019; 2018).



INADI, tal como describen Touzé y Marcela (2011) es el Instituto nacional contra la discriminación, xenofobia y racismo del gobierno de Argentina. Este plan puso en 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 como de sus familiares.

Organizaciones como **Bokatas**, trabajan de manera directa con las personas sin hogar, para dignificar la situación de las personas sin techo. Repartiendo bocadillos a las personas sin techo, se acercan a aquella parte de las personas que además de no tener techo tienen algún problema con el uso de sustancias, y poder acompañarlas en la medida de lo posible.

La **EFPSA** (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 con la población general. Su proyecto se centró en la creación de talleres sobre el estigma en la sociedad. Inicialmente, los talleres se centran en la introducción de la temática para poder generar un debate de cada una de las percepciones de los estudiantes. Tras ello, se ponen ejemplos y se enseña el modelo multifactorial del desarrollo de un trastorno mental. Con ello, pretenden hacer a la población con la que trabajan, conscientes de que la propia persona no es responsable ni tiene culpa de sus problemas sobre salud mental. Además, dan información sobre cómo tratar con las personas que tienen un trastorno o donde deben buscar ayuda (CEP-PIE, 2018).

La **Fundació Campus Arnau d'Escala** (2018) realiza el proyecto "**La Consulta**". 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 con especialistas 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 sobre una afección no relacionada con el trastorno mental. Con este material pretenden visibilizar que algunos/as profesionales pueden dar un trato diferencial o que esté 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: Combatir el estigma, la discriminación y la vulneración de derechos que sufren las personas con enfermedad mental y Favorecer la recuperación de las personas con enfermedad mental y sus familias.

Abiertamente: En diciembre de 2010 nace la primera entidad en Cataluña que tiene como objetivo único la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental, creada por los principales agentes sociales del sector en Cataluña: ADEMM (asociación de personas afectadas), Salud Mental Cataluña (federación de familiares) y Foro Salud Mental, La Unión Catalana de Hospitales y el Consorcio de salud y Social de Cataluña (entidades proveedoras de servicios).



Abiertamente aprovecha de la experiencia y conocimientos acumulados por campañas antiestigma desarrolladas durante la pasada década al 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. Abiertamente 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. Esta red de activistas se articula a través de diferentes equipos:

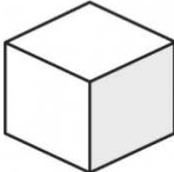
- **Equipo Alerta Estigma:** encargado de dar una respuesta educativa a los mensajes estigmatizadores y prácticas discriminatorias,
- **Equipo de Portavoces en Primera Persona:** encargado de explicar su propia experiencia a los medios de comunicación para hacer caer prejuicios y falsos mitos, y
- **Equipo de sensibilización y Formación:** encargado de dar herramientas a profesionales de la salud y el ámbito social, a familias, a jóvenes, a estudiantes universitarios, periodistas y a otros activistas, para erradicar la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental.

En la página web del proyecto hay disponibles múltiples materiales para utilizar en diferentes ámbitos y colaborar en la lucha contra el estigma.

KITS DE SENSIBILIZACIÓN EN SALUD MENTAL

¡Únete a la lucha contra el estigma! Te proponemos herramientas, metodología y recursos para que puedas organizar acciones en tu territorio. En esta página encontrarás los **Kits metodológicos** y otros **Materiales complementarios** que te pueden resultar de utilidad para realizar acciones de lucha contra el estigma desde tu entidad.

Para cualquier duda o cuestión, puedes escribir a kits@obertament.org (de momento, todos los materiales están disponibles solamente en catalán).



Descarrega'l



Obre'l



Fes-ne ús

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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 y en la generación de nuevos materiales gráficos:

- La construcción social e institucional del estigma.
- El estigma generado por los equipos profesionales de los diferentes ámbitos: social, de salud, judicial, policial, etc.
- Estigma generado desde los medios de comunicación.
- Estigma generado por las familias.
- Autoestigma.



A lo largo del año 2018 se realizó un trabajo conjunto con personas usuarias de los servicios de programas de la FCD i personas de los equipos profesionales con metodología participativa y teatro de las personas oprimidas. En estas sesiones se habló sobre cuáles son los estigmas que suelen soportar las personas usuarias por parte de los servicios profesionales y cuáles son los estigmas que reproducen los y las profesionales del sector.

El fruto de este trabajo conjunto se plasma en un material gráfico cuyo objetivo es poder trabajar el estigma en los diferentes servicios y entidades de la FCD, porque además de la atención técnica, la manera en la que se generan las relaciones usuario/a-profesional se convierte en un factor esencial para una ayuda adecuada.

5 PERILLOSOS ESTIGMAS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS QUE SE SOLEN SENTIR PEL CARRER...

				
La persona que fa servir drogues és drogoaddicta. Si és dona és una perduda i una mala mare, esposa o filla; i si és homosexual i/o transsexual és una persona perversa.	És molt fàcil saber per la seva aparença quan una persona té una dependència de drogues.	Les persones amb problemes de consum no tenen autocontrol i són violentes. Podrien aturar el consum si volguessin.	Els tractaments per a persones amb dependència de drogues no funcionen.	Una recollida significa un fracàs.

Es necesario resaltar la metodología innovadora con la cual se han desarrollado los contenidos, dado que las voces de las personas implicadas en primera persona han tenido un peso especial en el desarrollo de las actividades y los materiales gráficos, dándoles el espacio y el altavoz necesario para empoderar y contribuir a su propia causa sin reducir el producto solo al punto de vista de los/las profesionales en cuanto al tema del estigma en el uso de drogas y adicciones.

La difusión de los materiales mediante las redes sociales busca generar reflexión en torno a esta temática en los medios de comunicación y en la opinión pública. En su página web se pueden encontrar los diferentes materiales como diferentes gráficos que abordan temas como: “Guía básica para romper con el estigma”, “Hablemos del estigma”, “Estigma y derechos humanos”, y “Estigma como combatirlo”.

También destacar que en base a estas imágenes se crea una guía de uso que tiene como objetivo presentar conceptos útiles para profesionales del servicio de atención a personas que usan drogas y promover actividades conjuntas con los/las usuarias, sus familias y las personas



profesionales con la finalidad de reducir el estigma. Por ello, se facilitan dinámicas para trabajar diferentes conceptos en el entorno de la intervención grupal.

Recomendaciones

Según la estrategia de lucha contra el estigma de “la taula del tercer sector” (2013) las diferentes estrategias que pueden llevarse a cabo se clasifican dentro de uno de estos tres grupos principales:

- La información y la educación, que intentan modificar los actuales significados erróneos por concepciones más detalladas.
- La protesta, que busca producir cambios penalizando las conductas estigmatizantes.
- El contacto, que apunta a cambiar las actitudes públicas promoviendo interacciones directas entre personas consumidoras y no consumidoras.

Además de las estrategias con las que se pretende generar cambios en la sociedad, hace falta que el “cómo”, el método, también sea esencialmente transformador y coherente con el discurso de normalización del colectivo.

La evidencia apunta que existen actitudes y comportamientos muy negativos hacia las personas que consumen drogas, lo que hace que tengan un alto riesgo de exclusión social. Todas las iniciativas, ya sean proyectos locales dirigidos a colectivos específicos, como campañas a nivel nacional, tienen un papel vital en la lucha contra las injusticias y la estigmatización. La lucha contra el estigma, la discriminación, y la exclusión social de las personas afectadas y quienes los rodean a ellos/ellas es a la vez un desafío y un imperativo si queremos conseguir sociedades socialmente justas que valoren, protejan y promuevan los derechos de toda la ciudadanía.

Administraciones/ Tomadores/as de decisiones

- Las políticas de drogas no deben estar basadas en prejuicios ni estereotipos, sino en información científica y mediante análisis de interseccionalidad.
- Las personas consumidoras de sustancias legales e ilícitas deben ser reconocidas como sujetos de derechos, incluyendo el derecho a la salud, derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la no discriminación.
- El consumo es un tema social y de salud que requiere políticas públicas no represivas. El derecho penal no debería ser empleado en casos de consumo y posesión simple o como excusa para proteger la salud.
- Los Estados deben reorientar las prioridades de sus políticas de drogas, poniendo mucho más énfasis en la demanda, y haciéndolo a través de campañas de prevención basada en la no estigmatización, en servicios de salud de buena calidad y en programas de educación comunitario.

- Los Estados deben establecer e implementar políticas públicas sociales y de salud inclusivas, basadas en evidencia científica y respetando los derechos humanos, a través del aumento presupuestario, ofrecimiento de servicios públicos accesibles y de buena calidad, capacidad de monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento de las políticas y de sus resultados.
- Los Estados debe brindar información a los usuarios sobre las posibles consecuencias del consumo de drogas legales e ilegales, medidas para mitigar los riesgos de su uso, y sobre los tratamientos disponibles en el caso de requerirlos.
- Las políticas de drogas, incluyendo programas de educación y prevención, deben distinguir entre distintas formas de consumo -consumo no frecuente no problemático, consumo frecuente problemático, consumo frecuente no problemático y consumo no frecuente y problemático – y las diferencias en las sustancias mismas. Además, deben reconocer que no todo uso de drogas es problemática ni justifica la intervención del Estado.
- Los Estados deben elaborar e implementar programas de tratamiento y rehabilitación basados en evidencia científica y con enfoques en reducción de daños para mitigar las consecuencias negativas y riesgos que puedan ser derivados del consumo de drogas. También garantizar la calidad del tratamiento en el sector privado. Los tratamientos deben ser voluntarios y deseados por las personas que los realizan, se debe abandonar la obligatoriedad de los ingresos por intervención del Estado.
- En América Latina, en vez de replicar el modelo de Cortes de Drogas de los Estados Unidos (respuesta judicial y no sanitaria), los países de la región deben explorar otras alternativas a la privación de libertad y la descriminalización.
- Los usuarios o consumidores de sustancias de uso ilícito deben ser reconocidos como sujetos de derechos. Estos incluyen, entre otros, el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, derecho a la no discriminación, derecho a la salud, y derecho al debido proceso.

Medios de comunicación

Algunas recomendaciones orientadas hacia los medios de comunicación que ofrecemos se centran en un uso responsable del lenguaje en materia de trastornos relacionados con el uso de sustancias o trastornos adictivos. Como hemos comentado anteriormente, los medios tienen una gran influencia sobre la población y bajo un uso responsable del lenguaje es posible reducir la marginalización de este colectivo.

Para ello es relevante que tanto periodistas como otros/as profesionales implicados/as en los medios de comunicación se especialicen, mediante una formación adecuada, en educación de la salud. La coordinación de los medios de comunicación con instituciones expertas en materia de adicciones y drogas es clave para realizar este proceso. El objetivo es sensibilizar a los/las profesionales de los medios sobre las adicciones, cómo sería el transmitir un mensaje sin estigmatizar al colectivo y a su misma vez divulgar la idea del complejo entramado de variables

multifactoriales que conforman el problema de drogodependencia. De esta forma, los mensajes que se lanzan desde los medios de comunicación ayudarían a la visibilización de los trastornos por uso de sustancias sin caer en ideas estigmatizantes y criminalizadoras; y en general, en materia de salud mental, convirtiéndose en mediadores sociales.

- Contribuir a reducir el estigma asociado a las drogas y adicciones desde el propio lugar. Reproducir buenas prácticas que hayan funcionado previamente para paliarlo.
- Colaborar en la reducción del estigma social mediante el uso de lenguaje no estigmatizante/peyorativo de las personas usuarias de drogas o con adicciones en campañas específicas o en la transmisión de noticias.
- Informar con responsabilidad, no primar el sensacionalismo por encima del derecho de las personas. Seguir manuales de código ético para informar sobre temas sensibles.
- Colaborar con entidades del tercer sector que proporcionen información objetiva.
- Crear el espacio y potenciar la participación de personas que usan o han usado drogas para dar voz a quienes no la tienen y ayudar a romper estereotipos.

Sistemas de atención sanitaria y social

Las personas usuarias de sustancias legales o ilegales deben ser reconocidas e informadas/atendidas de manera adecuada en los sistemas sanitarios que estén a disposición. Recalcar y recordar en la propia actividad profesional el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de las personas usuarias.

- Desde las direcciones de los servicios incentivar la actitud abierta de los equipos de trabajo y de las personas voluntarias en cuanto a hablar sobre estigma. 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. Promover los espacios de revisión adecuados para que esto suceda.
- Realizar formaciones vivenciales para los equipos, por tal de internalizar la perspectiva de DDHH 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.).
- En cuanto a la intervención terapéutica, potenciar y propiciar grupos terapéuticos dentro del programa/servicio que aborden la temática del estigma y todas sus implicaciones.
- Garantizar 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. Subrayamos 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.
- Potenciar reuniones de supervisión de equipos y hablar de cuestiones relacionadas con los ejes de vulnerabilidad y discriminación de las personas que están teniendo una afectación directa en su salud.
- Potenciar la participación propia y del equipo sanitario en grupos de trabajo, redes y plataformas que abogan por la incidencia política en pro de la perspectiva de DDHH en el ámbito de drogas y adicciones. Incidir en el trabajo conjunto con la atención primaria para mejorar los mecanismos de detección y realizar derivaciones más eficaces.
- Trabajar en red con otros dispositivos y coordinarse para dar mejor respuesta terapéutica a las personas que están en el programa/servicio.
- Reflexionar sobre el concepto de interseccionalidad y tenerlo en cuenta como marco analítico en el actuar profesional.
- Tener en cuenta las barreras de acceso y permanencia, así como el doble o triple estigma por género, raza o clase social como otras orientaciones sexuales no heteronormativas.
- Importar y reproducir buenas prácticas que hayan funcionado previamente para paliar el estigma asociado a las drogas y adicciones desde el propio lugar.
- 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.

Entidades del tercer sector social: Las ONG que trabajan en prevención e intervención

- Potenciar la perspectiva de derechos humanos en el campo de drogas y adicciones en el ADN de la entidad. Difundir estas ideas a todos los servicios y programas de las entidades, así como a las personas profesionales que participan.
- Participar en campañas de concienciación sobre los efectos del estigma en las personas consumidoras. Promover un discurso inclusivo, integrador y que tenga en cuenta a la persona usuaria como agente clave de su recuperación acompañada de los recursos disponibles.

- 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.
- Destinar un presupuesto anual para realizar formaciones sobre estigma y uso de drogas, sobre todo de aquellos/as de intervención directa.
- Volvemos a subrayar la importancia de que las formaciones sean vivenciales, que permitan la revisión propia de ideas y estereotipos, así como que sea impartida por una persona experta en la materia.
- Participar en plataformas que realizan incidencia política en el diseño de leyes para que se tenga en cuenta la perspectiva de derechos humanos en su diseño, así como la información basada en evidencia y no en estereotipos que pertenecen al imaginario social.
- Revisión de 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.
- Utilización del lenguaje inclusivo en todos los medios y materiales de comunicación que posea la entidad, así como en el actuar profesional de todos sus agentes.
- Promover el contacto de la comunidad con usuarios/as de sustancias puede ayudar a disminuir opiniones negativas acerca de ellos/as, a partir del intercambio de experiencias, así como la posibilidad de cuestionar creencias erróneas.

Personas usuarias

- Participar en el diseño y el desarrollo de actividades dirigidas a paliar el estigma. Hacer oír la voz de las personas a quienes van dirigidas las actuaciones, permitiendo construir nociones de identidad, autoestima, habilidades de enfrentamiento e integración social
- Participar en grupos terapéuticos que ayuden a mejorar la autoestima y el empoderamiento personas reduciendo los efectos del estigma interiorizado.
- Participar y potenciar grupos terapéuticos de ayuda mutua ya que favorece la motivación para adherirse al tratamiento y se crea un sentimiento de pertenencia y de derecho al acceso a los servicios y recursos. Estos grupos permiten a los miembros compartir sus experiencias generando un flujo de información directo.
- Interiorizar y hacer propia la perspectiva de derechos humanos en cuanto al uso de sustancias.
- Revisar la propia concepción en cuanto a las personas consumidoras, identificar estigma y auto estigma, así como el propio lenguaje y discurso estigmatizante.
- Participar en el contacto de la comunidad a partir del intercambio de experiencias, así como la posibilidad de cuestionar creencias erróneas. Participar en charlas educativas, mesas redondas, actividades informales, etc.
- Participar del tejido asociativo de la propia comunidad, visibilizando la situación de las personas usuarias.

La experiencia de actividades comunitarias y la implicación en primera persona otorga legitimidad y credibilidad: No puede existir estrategia de lucha contra el estigma y la discriminación sin la implicación de personas del colectivo. La experiencia en primera persona es más efectiva en el cambio positivo de actitudes y comportamientos. Debido al efecto de empoderamiento las personas participan defendiendo sus propios derechos y de este modo se sienten más seguras para poder hablar y hacer frente a la estigmatización y la discriminación. Gracias al efecto “movimiento”: el hecho de crear una red de equipos antiestigma, nos puede ayudar a crear de un auténtico movimiento social, al cual pueda ser más atractivo sumarse.

Conclusiones y líneas estratégicas futuras de RIOD

Priorizando la salud, la inclusión y el análisis interseccional

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 hacia las personas concebidas como diferentes (la disidencia).

Para avanzar en torno a estas estrategias resulta necesaria la formación y la sensibilización de las personas del sector, así aseguraremos nuestra capacidad para atender a todas las personas y validar las diferencias. Es necesario considerar la perspectiva de justicia social en cada una de las acciones que se llevan a cabo, desde las interacciones con las personas usuarias, el diseño de los programas, hasta la formación de los equipos profesionales.

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.

Hay cierto consenso a nivel internacional de que el consumo no es un asunto de índole penal, sino uno social y de salud (OEA 2013).

- 1- El informe de 2013 de la OEA, donde se analiza el problema de drogas en las Américas afirma, por ejemplo, que diversos líderes mundiales, académicos y representantes de la sociedad civil, coinciden en la necesidad de entender *“el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, de reducir el consumo con campañas de prevención basadas en la evidencia y de alentar la experimentación con modelos de regulación legal de ciertas drogas”*.

- 2- A pesar de ello, las respuestas de los Estados latinoamericanos frente al consumo de sustancias de uso ilícito siguen siendo predominantemente punitivas y represivas, de tal forma que es a través de las instituciones de los sistemas penales, y no de las de salud, como los Estados abordan el fenómeno del consumo de drogas de uso ilícito y cómo se acercan a los usuarios en nuestros países.

La evidencia apunta que existen actitudes y comportamientos muy negativos hacia las personas con problemas de salud mental que hacen que tengan un alto riesgo de exclusión social. Todas las iniciativas, ya sean proyectos locales dirigidos a colectivos específicos, como campañas a nivel nacional, tienen un papel vital en la lucha contra las injusticias que muchas personas con un problema de uso de sustancias tienen que sufrir. La lucha contra el estigma, la discriminación, y la exclusión social de las personas afectadas y quienes los rodean a ellos es a la vez un desafío y un imperativo si queremos conseguir sociedades socialmente justas que valoren, protejan y promuevan los derechos de toda la ciudadanía.

Esta naturaleza social y a su vez personal, interiorizada y compartida socialmente, supone la necesidad de un abordaje estratégico múltiple y diverso en la lucha para erradicar el estigma y los prejuicios. Este abordaje estratégico se basa en una doble premisa:

- Es necesario modificar el imaginario social, las ideas que fundamentan los mitos y prejuicios que generan estigma sobre las personas que consumen drogas.
- Hay que generar oportunidades para que las actitudes y comportamientos hacia las personas que consumen cambien y no se basen en relaciones discriminatorias.

En resumen, es la criminalización, la estigmatización y la construcción social en las que se confía para reprimir y marginar a las personas que usan drogas, para que se conviertan en infractoras de los mandatos esperados, lo que impulsa y exacerba gran parte del daño asociado con el uso de drogas. En resumen, la criminalización y la estigmatización provocan daños, lo que a su vez sirve para legitimar y justificar la criminalización y el estigma; creando sistemas de bucles de retroalimentación positiva.

Con el fin de reducir los daños que rodean el uso de drogas, la política debe ser pragmática y evaluada sobre resultados reales (Tammi y Hurme 2006). Un movimiento hacia la reducción de daños, hacia el pragmatismo, hacia políticas y leyes basadas en evidencia empírica y en una perspectiva de derechos humanos y salud, no punitiva y moralista, es seguramente la única opción.

En el contexto de desempoderamiento de la construcción social, el deterioro social y el supuesto, sirve sistemáticamente para socavar la propia identidad y silenciar las voces de las personas que usan drogas, la toma de decisiones, la política, la investigación y la legislación deben ser informados por aquellos a quienes pertenecen (Byrne y Albers 2010). De hecho, el



eslogan "nada sobre nosotros sin nosotros", adoptado por primera vez por el movimiento de derechos de personas con diversidad funcional, ha sido adoptado por organizaciones de derechos de los usuarios/as de drogas (Jürgens 2008; Jürgens, Csete, Amon, Baral y Beyrer, 2010), enfatizando la importancia de su contribución e inclusión.

Líneas futuras:

La necesidad de incidir en los medios

Las campañas de comunicación se encontrarían en el primer nivel: el de la información y educación. Este tipo de estrategias tienen la potencialidad de hacer que los mensajes lleguen a un gran número de personas y ofrecen la posibilidad de producir cambios masivos a nivel de conocimientos.

Hay varias formas de **influir en la opinión pública**, aportando conocimientos, por ejemplo:

- Utilizando principios y técnicas del marketing social para promover cambios en las actitudes o bien para difundir conocimientos y comprensión sobre las personas usuarias de drogas.
- Facilitando a los medios de comunicación información y datos fiables sobre el uso de drogas.
- Desarrollando guías de estilo por los medios de comunicación.
- Tener portavoces en primera persona: personas que consumen/han consumido drogas entrenadas para hablar con los medios.

Mediante las campañas de comunicación se pretende poner la problemática del estigma en la agenda pública y hacer que la población general reconozca su existencia. La información que se difunde mediante la distribución masiva de mensajes, en varios medios o canales de comunicación, busca reemplazar los mitos y las concepciones erróneas que existen alrededor del uso de drogas por otras concepciones objetivas y cuidadosas. Es necesario enfatizar la necesidad de una reflexión en torno a los mensajes que se transmiten en las campañas de prevención, en ellas no deberían utilizarse imágenes de personas consumidoras en alto estado de deterioro ya que esto genera una distancia en la identificación de los problemas de consumo y hace que las campañas no sean efectivas. Es recomendable repensar la imagen con la cual los grupos en los que desea hacer prevención se identifican, dar información clave a la ciudadanía como identificar conductas que pueden ser potencialmente problemáticas en cuanto al consumo y herramientas concretas.

Colaborar en **el desarrollo de una red de detección de mensajes discriminatorios** en los medios de comunicación y en otro tipo de plataformas, donde puede participar cualquier ciudadano/a interesado/a. Por la otra se pone en marcha un sistema de análisis y difusión de estas



detecciones, de y de respuesta educativa. Esta es una práctica proveniente del mundo anglosajón “Stigma Watch”, y que ponen en práctica iniciativas como la explicada anteriormente “Abiertamente”.

Potenciar la sensibilización de los diferentes agentes implicados: de los/las profesionales del ámbito social y sanitario sobre todo a los equipos de atención primaria de salud, atención hospitalaria y servicios sociales. También implicar a familiares, fuerzas del estado, profesorado y estudiantado. Tal y como explican en Dosieres del tercer sector, el hecho de seleccionar unos grupos o colectivos específicos permite personalizar el mensaje, acercarnos a la manera de entender del grupo y adecuar el lenguaje, los recursos y medios utilizados, y así poder establecer un contacto más directo y efectivo.

Propiciar **el contacto social** entre personas con y sin problemas de uso de sustancias. La evidencia indica que lo que hace caer más rápidamente los prejuicios y estereotipos es que personas con y sin problemas concretos participen en proyectos compartidos, con objetivos comunes y en igualdad de estatutos.

El contacto y la interacción permiten vivir experiencias compartidas, en primera persona, con miembros del grupo estigmatizado. Ofrecen un conocimiento directo, no mediatizado por ningún medio, de cómo son y cómo actúan las personas con ese problema concreto. El contacto cambia las actitudes mediante el que se denomina como “modelo de generalización de procesos”:

Generar líneas de investigación que aporten datos fiables y contrastados en cuanto a la necesidad de paliar el estigma. Necesitamos más evidencias de acciones diseñadas a nivel comunitario y en población consumidora que arrojen luz de aquellas acciones costo-efectivas que deberían ser replicadas.

Repensar las entidades, las ONGs y los discursos. Esto implica hacer una autorevisión de los discursos que expresamos desde las entidades de drogas, la nomenclatura utilizada, si existe una perspectiva de derechos humanos en el ADN organizacional y si esto es palpable en los equipos de atención directa. Por otra parte es necesario revisar y repensar el diseño de los programas y servicios, respetando la individualidad de las personas usuarias, la toma de decisiones y no cayendo en discursos infantilizadores o en relaciones de poder en el binomio profesional-usuario/a que reproducen el estigma.

Potenciar la Incidencia política para el replanteamiento, la revisión y la creación de nuevas leyes desde la óptica de los derechos humanos, la salud pública y la justicia social. Las organizaciones deben asumir 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 desarrollan sus actividades.



El posicionamiento de RIOD

Desde 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.) como también puede implicar en si 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 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 el derecho al acceso a la salud pública.

Desde la RIOD se proponen diferentes niveles a tener en cuenta para paliar el estigma asociado al uso de drogas y conductas adictivas.

En referencia al estigma que se produce entre **los/las profesionales sanitarios/as** que intervienen con las personas usuarias de drogas, se observa que 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 y en el ADN de las entidades.

En cuanto al **nivel 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.

A **nivel gubernamental**, es necesario cambiar las actitudes de los agentes que toman decisiones a nivel político y que juegan un papel relevante en la formación del estigma. Es necesario evitar la precarización de las políticas de drogas con visiones reduccionistas y castigadoras, pues se condena a los/las usuarios/as de drogas a una situación de doble exclusión al obligarlos a recibir atención en condiciones donde no se cumplen los mínimos estándares de calidad y no se respetan los derechos humanos.

También destacar la influencia que pueden realizar **empresas y los medios de comunicación** en la creación o en la erradicación del estigma, la manera en la que se informa y el lenguaje que se utiliza para transmitir 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.

A tener en cuenta de manera transversal, es el **uso del lenguaje**. Debemos preocuparnos y ocuparnos de usar un lenguaje adecuado para referirnos a las personas que consumen sustancias. El lenguaje no debe contener desvalorización, prejuicios o etiquetas. Evitando de este modo que se condene a la persona y se le cuelgue una etiqueta negativa, y que su identidad se vea copada íntegramente con el consumo de sustancias asociado al vicio, la transgresión de los roles esperados o la delincuencia y la criminalidad.

Se ha de promover activamente en la intervención terapéutica el trabajo con el auto estigma. Potenciar a que las personas que participan en programas de tratamiento no se auto etiqueten o asuman como ciertos los prejuicios, cosa que entorpece la recuperación y el empoderamiento. Se tiene que eliminar tanto en la comunidad como en los mismos usuarios y 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.

Desde la RIOD se recomiendan tener en cuenta las siguientes iniciativas para contribuir a paliar el estigma asociado a las drogas y adicciones:

Destacamos que hay iniciativas que comportan una evidencia de éxito, como por ejemplo aquellas que implican el encuentro entre poblaciones estigmatizadas y otros 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.

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.

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.

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. Esta evidencia ayudará a eliminar barreras y normativas legales que resulten en discriminación o generación de prejuicios de las personas que usan sustancias.



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 el ámbito. De no hacerse así, se mantiene el estigma y la discriminación de las personas que consumen drogas. 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 auto estigma, y creando campañas dirigidas a las personas consumidoras animándoles para solicitar ayuda rompiendo el estigma.

Dado el conocimiento actual sobre la relación en el estigma asociado al uso de sustancias y el impacto que este tiene en la vida de las personas, particularmente en su recuperación e inclusión social, las organizaciones que conformamos RIO D entendemos que tenemos 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.

Las organizaciones vinculadas a RIO D asumimos 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. Entendemos que como RIO D, si bien tenemos un rol relevante en la transformación social respecto del estigma en la población para la que trabajamos, es una tarea que debemos acometer con otros agentes. Por lo que haremos esfuerzos activos por generar alianzas con otras agencias tanto de la sociedad civil como del estado, locales y globales, y aunar esfuerzos en este cometido.

Glosario

Adicción a sustancias psicoactivas: Uso repetido de una o varias drogas que conlleva en la persona consumidora la aparición de una intoxicación periódica o crónica, el desarrollo probable de tolerancia y el consumo compulsivo, que cuando se intenta interrumpir generalmente deriva en la aparición del síndrome de abstinencia, y, cuando falta la sustancia, en el inicio de una búsqueda compulsiva para obtenerla.

Género: Es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres». Entonces, al hablar de género se está remitiendo a una categoría relacional y no a una simple clasificación de los sujetos en grupos identitarios. Según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a «los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres».

Interseccionalidad: es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas. Es el estudio de las identidades sociales solapadas o intersectadas y sus respectivos sistemas de opresión, dominación o discriminación. La teoría sugiere y examina cómo varias categorías biológicas, sociales y culturales como el género, la etnia, la clase, la especie, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad, la nacionalidad y otros ejes de identidad interaccionan en múltiples y a menudo simultáneos niveles.

Factores de protección: Son las características de carácter individual, ambiental o social que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que este consumo llegue a causar problemas importantes, a ella o a otras personas. Los factores de protección presentes atenúan el impacto de los factores de riesgo, pero no son la parte opuesta de un mismo continuo.

Factores de riesgo: Son las características de carácter individual, familiar, ambiental o social que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que este consumo llegue a causar problemas importantes, bien de carácter conductual (conductas desadaptativas o problemas relacionales, entre otros), sanitario (morbilidad o mortalidad evitables) o social (violencia y disturbios, entre otros).

Grupo de ayuda mutua: Grupo en el que los participantes se ayudan mutuamente a recuperarse o a mantener la recuperación de la dependencia del alcohol u otra droga, de los problemas relacionados o de los efectos de la dependencia de otra persona. Los grupos más destacados son Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Al-Anon (dirigido a familiares de personas alcohólicas).

Población en situación de riesgo: Grupo de población que, por distintas circunstancias, se encuentra más expuesto a uno o más factores de riesgo para desarrollar problemas relacionados con las drogas que cualquier persona de la población general. A menudo, se utiliza de manera inadecuada la expresión población de riesgo, que no es apropiada porque la mayor parte de factores de riesgo no son intrínsecos sino circunstanciales. El concepto de riesgo solo implica la existencia de una probabilidad relativa, nunca una certeza, con respecto a un determinado resultado. Por lo tanto, la identificación de una persona como “de riesgo” es inadecuada y peligrosa ya que puede llevar a estigmatizaciones sociales. No hay personas ni poblaciones “de riesgo”, sino personas o poblaciones que están “en situación de riesgo”.

Política preventiva: Conjunto de estrategias, planes, programas y actividades impulsados por un gobierno, a través de la Administración pública, para conseguir los objetivos preventivos previamente establecidos y definidos en estrategias y planes de actuación.

Reducción de daños: Se trata de un enfoque que sustenta las políticas y los programas que tienen como finalidad disminuir significativamente las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, tanto para las personas de forma individual como para la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia.

Reducción de la demanda: Son las políticas o programas dirigidos a reducir la demanda de drogas psicoactivas entre los/las consumidores/as. Fundamentalmente se aplica a las drogas ilegales, sobre todo en referencia a las estrategias de educación, tratamiento y rehabilitación, en oposición a las estrategias basadas en el cumplimiento de la ley con el objetivo de prohibir la producción y la distribución de drogas (reducción de la oferta).

Reducción de la oferta: Hace referencia a las políticas o los programas dirigidos a prohibir la producción y la distribución de drogas, especialmente, las estrategias para hacer cumplir las leyes reduciendo el suministro de drogas ilegales.

Reducción de riesgos: Acciones individuales y colectivas, tanto médicas como sociales, orientadas a minimizar los efectos negativos del consumo de drogas. Los objetivos se focalizan en los problemas asociados al consumo y no al hecho de consumir.

Rehabilitación: Proceso con el que una persona con problemas de consumo de drogas alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.

Sinhogarismo: Una persona sin hogar es aquella que no puede acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas y otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.



Uso de drogas: Término que en algunas ocasiones se utiliza como sinónimo de consumo no perjudicial de drogas, como en el caso del consumo de medicamentos bajo prescripción facultativa. También puede incluir el consumo de alcohol en dosis bajas por parte de personas que por su edad y estado de salud no se prevea ningún efecto nocivo. En otros casos, se utiliza como sinónimo de abuso de drogas.

Uso controlado de drogas: Mantenimiento de un uso regular, no compulsivo, de sustancias psicoactivas, que no interfiere con el funcionamiento cotidiano de la vida de una persona. Puede ser el resultado de la utilización de un método de reducción de riesgos que minimiza los efectos adversos de la droga consumida.

Uso recreativo: Consumo de una droga, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas.

Vulnerabilidad. Característica psicológica de un individuo con dos significados diferentes. Por una parte, describe la susceptibilidad objetiva de un individuo frente a las exigencias físicas, sociales y psicológicas. Por otra parte, representa una característica estable de una persona. Es una disposición vulnerable que una persona desarrolla a lo largo de su vida.

Bibliografía

- ADFAM (2012). *Challenging Stigma. Tackling the prejudice experienced by the families of drug and alcohol users*. Recuperado de [mayo de 2019]: https://adfam.org.uk/files/docs/adfam_challenging_stigma.pdf
- American Psychiatric Association (APA). (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Ariel, R., Gallo, V., Soledad, M. y Ruth, A. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de investigación Psicológica*, 6, 2404 -2411.
- Agència de Salut Pública, ASP (2018). Sesión científica: Estigma i dones. Recuperado el 23 de abril de 2019 de <https://www.aspb.cat/noticies/sessio-cientifica-estigma-i-drogues/>
- Bayar, M., Poyraz, B., Aksoy-Poyraz, C. y Arıkan, M. (2009). Reducing Mental Illness Stigma in Mental Health Professionals Using a Web-based Approach. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 46, 3, p. 226–230.
- 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 (CEP-PIE) (2018) Mind the Mind. Recuperado de: <http://www.cep-pie.org/mind-the-mind/>
- Dianova (2019). Dianova abordó el estigma en la CND. Recuperado de; <https://www.dianova.org/es/noticias/dianova-abordo-el-estigma-en-la-cnd/>
- Dianova (2018). Acabar con el estigma. Recuperado de; <https://www.dianova.org/es/prensa/comunicados/acabar-con-el-estigma/>
- 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
- Chacón, S. (2017) *Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas en equipos de tratamiento en Santiago de Chile*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores: Madrid.
- Fundació Campus Arnau d'Escala (2018) La Consulta. Recuperado de: <http://campusarnau.org/laconsulta/>
- Fernández, J.J. (2017) *Estigma en usuarios y usuarias de drogas. Estrategias para combatirlo*. Socidroalcohol. Ponencia XIX Seminario RIOD. San José de Costa Rica

- Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (FAAUSM) (2014). *Recuperación y Ayuda Mutua: Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Disponible en: <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/Sessi%C3%B3-Professionals.pdf>
- Guardia, J. (coord.) (2015) *Medios de comunicación y adicciones. Guía para periodistas. Socidrogalcohol*.
- 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.
- Hickling, F.W., Robertson-Hickling, H. y Paisley, V.(2011). Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica, 29*:169-76.
- 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.
- 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. (2008) *“Nothing about us without us” – Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative, International edition*. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute.
- 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.
- 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., 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.
- Link, B.G., Yang, L., Phelan, J.C. y Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511-541.

- Loch, A.A., Hengartner, M.P., Guarniero, F.B., Lawson, F.L., Wang, Y., Gattaz, W.F., et al. (2011). Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiquiatr Clin.*, 38, 173-177.
- 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
- Martin, D., Andreoli, S.B., Pinto, R.M. y Barreira, T.M. (2011). Living conditions of people with psychotic disorders living in slums in Santos, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*, 45:693-9.
- Michaels, P., López, M., Rüsçh, N. y Corrigan, P. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, and Education*, 4, p.183-194.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G. y Bautista-Aguilar, N. (2013). Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*, 59:147-58
- 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. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial complutense.
- Peluso, É. T. P., y Blay, S. L. (2004). Community Perception of Mental Disorders: A Systematic Review of Latin American and Caribbean Studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(12), 955-961
- Prieto, M. (2019) Experto de Dianova pide la colaboración de los medios para evitar la estigmatización de las adicciones. EuropaPress.
- 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.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2017) *Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Organización de los Estados Americanos (2013). Informe Anual del secretario general.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud [OPS – OMS] (2005). La Estigmatización y el Acceso a la Atención de Salud en América Latina: amenazas y perspectivas.
- Ortiz, N. y Silva, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13, 903-911.
- Parker, R., y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 193-24.
- 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.
- 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.
- Romaní, O. (1999) *Las drogas: Sueños y razones*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Taula d'entitats del tercer sector social de Catalunya (2013). Dossiers del tercer sector. *Salut mental: Estratègies de lluita contra l'estigma*. Bracelona.
- Tammi, T. y Hurme, T. (2006). How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy* 18(2), 84 – 87.
- Touzé, G. y Marcela, P. (2011). *América Latina debate sobre drogas. I y II conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas*. Intercambios Asociación Civil: Argentina. 1ed.
- UNODC (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 el 23 de abril de 2019. Pp 15-18.
- 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, p.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, p. 295-303.

Wituk, S., Shepherd, M., Slavich, S., Warren, M.L. y Meissen, G. (2000). A topography of Self-Help Groups: An Empirical Analysis. *Social Work, 45(2)*, 157-165.