

GUÍA SOBRE EL ESTIGMA EN EL CONSUMO DE DROGAS

Asistencia técnica:



Financiado por:





Licencia de Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

GUÍA SOBRE EL ESTIGMA EN EL CONSUMO DE DROGAS

Cómo citar este documento:

Rovira, Roig y Ojeda (2024). *Guía sobre el estigma en el consumo de drogas*. UNAD.

Coordinación técnica y edición:

UNAD, la Red de Atención a las Adicciones

Autoría:

Josep Rovira, Director del Área de drogas y salud de ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo

Aura Roig, Directora Fundadora de Metzineres

Silvie Ojeda, Directora de Comunicación de Metzineres

Maquetación:

Ana Capdepón Martínez

Año de publicación: 2024

Financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Índice de contenidos

Carta de presentación del Presidente de UNAD	4
01 Introducción	5
02 Estigma en torno al consumo de drogas	6
02.01. ¿Qué es el estigma de drogas?	6
02.02. Ciclo del estigma y la exclusión social	8
02.03. Origen y conformación del estigma en el consumo de drogas	10
Concepto y atribuciones asignada a las sustancias	
Normas sociales, culturales y estereotipos negativos	
Criminalización y poder	
Percepción Social y Marginalización	
Estigmatización Interna y Autoestigmatización	
02.04. Manifestaciones del estigma en el consumo de drogas	12
Estigma Institucional	
Estigma Social o Público	
Estigma Personal	
03 Autopercepción: el estigma internalizado	16
03.01. ¿Qué es el estigma internalizado?	16
03.02. ¿Cómo se genera el estigma internalizado?	16
03.03. Implicaciones del autoestigma	18
04 Eje de discriminación e interseccionalidad vinculados con el estigma sobre drogas	19
04.01. Definición de los Ejes de Discriminación y Desigualdad	19
04.02. Interseccionalidad y estigma en drogas	20
Estigma en mujeres por uso o drogodependencia a drogas	
05 Desarrollo de una profesionalidad consciente y crítica	23
05.01. ¿Son las drogas o la política sobre drogas?	24
No son las drogas, es la prohibición	
05.02. ¿Cómo impacta el estigma a las redes de atención y sus equipos profesionales?	26
Ni enfermas, ni delincuentes	
Nada sobre nosotras, sin nosotras	
Ni una vecina menos	
06 Estrategias y modelos para combatir el estigma	29
06.01. Estamos en el mismo mar, pero unas van en yate y otras en flotador	29
06.02. “Yo se mucho de lo mío, tú sabes mucho de lo tuyo... pero juntas sabemos un montón”	31
06.03. ¿Quién cuida a las cuidadoras?	33
06.04. Fem barri	34
06.05. Ahora que nos hemos visto entre nosotras, que nos vean	35
07 Conclusiones y retos futuros	36
08 Recursos y referencias bibliográficas	38

Carta de Presentación del Presidente de UNAD



Como presidente de la Red de Atención a las Adicciones, es un honor presentarles nuestra nueva **Guía para Combatir el Estigma en el Consumo de Drogas**, una herramienta diseñada con el propósito de sensibilizar tanto a los equipos profesionales y personas voluntarias de nuestra red como a la sociedad en general. Este esfuerzo nace de nuestra convicción de que el estigma asociado al consumo de drogas no solo perjudica a las personas directamente afectadas, sino que también limita el acceso a servicios de atención y acompaña una narrativa de exclusión que debemos superar.

La guía tiene como **objetivo principal** desmitificar el estigma que, muchas veces sin darnos cuenta, se manifiesta en nuestras prácticas, discursos y actitudes. Para lograrlo, hemos definido dos metas específicas:

Ayudar a los equipos profesionales y personas voluntarias a identificar y combatir el estigma que perpetúa estereotipos y exclusión hacia las personas que consumen drogas. Esto no solo mejorará la calidad de la atención, sino que también promoverá una relación más empática y efectiva con quienes acuden a nuestra red.

Fomentar un debate en la red UNAD con el fin de consensuar un uso de lenguaje menos estigmatizante. Las palabras tienen un poder transformador; al adoptar un lenguaje que respete la dignidad de las personas, contribuimos a construir una sociedad más justa, igualitaria e inclusiva.

Estoy convencido de que esta guía será una herramienta clave en nuestro camino hacia un cambio profundo. Les invitamos a leer, reflexionar y aplicar los contenidos de esta guía en sus respectivos ámbitos de acción. **Solo trabajando de manera conjunta podemos erradicar el estigma y garantizar un entorno de atención y acompañamiento verdaderamente accesible y libre de prejuicios.**

Reitero mi agradecimiento por su labor diaria y por su esfuerzo en hacer de esta red un espacio donde la dignidad y el respeto sean la base del trabajo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Poyato Roca', written in a cursive style.

LUCIANO POYATO ROCA

Introducción

01

El estigma asociado al consumo de drogas es un fenómeno social que tiene graves repercusiones en la vida de las personas que realizan un uso de estas sustancias. Generalmente vinculado a ideas negativas sobre la moralidad y la responsabilidad personal, la consolidación de este estigma contribuye a generar una sociedad que perpetúa dinámicas de discriminación, marginalización y exclusión social.

Desde la red UNAD señalamos que el estigma no solo afecta su salud mental y emocional de las personas con problemas relacionados con drogas, sino que también dificulta el ejercicio de sus derechos. Por ello, entender cómo se configura este estigma es esencial para desarrollar estrategias que promuevan una atención más respetuosa y equitativa, que facilite la inclusión social y el tratamiento efectivo.

Con el fin de comprender las manifestaciones e impactos del estigma en profundidad y poder contrarrestarlo de manera efectiva, resulta crucial poner esta cuestión en el centro y trabajar en la sensibilización y generación de una conciencia crítica. No solo a nivel profesional, sino también a nivel personal y social.

Siendo así, la presente guía se ha elaborado con el objetivo de sensibilizar a los equipos profesionales de la red UNAD y a la sociedad en general sobre los efectos nocivos del estigma y cómo este afecta el acceso y la mejora a las redes de atención y acompañamiento. Este objetivo viene asociado a dos metas específicas. En primer lugar, la de ayudar a los equipos profesionales a combatir el estigma que contribuye a la perpetuación de estereotipos y exclusión hacia las personas que consumen drogas. En segundo lugar, el producir un debate en la red UNAD y consensuar un uso de lenguaje menos estigmatizante.

A través de este enfoque, se busca fomentar una profesionalidad consciente y transformadora que promueva una intervención respetuosa, empática y libre de prejuicios. Se espera que, al adquirir herramientas concretas para reducir el estigma en sus prácticas diarias, los equipos contribuyan a superar las barreras de acceso y ofrezcan una atención de calidad respetando la dignidad de las personas que usan drogas.

La guía ha sido elaborada con la colaboración de expertos en estigma, salud pública y problemas relacionados con las drogas, y se presenta como un recurso de consulta permanente y herramienta para la capacitación continua de profesionales. En un primer apartado, se contextualiza sobre el estigma en el consumo de drogas, incidiendo en las distintas manifestaciones de dicho estigma. En segundo lugar, se profundiza en los aspectos principales de un tipo de estigma relevante: el estigma internalizado. En tercer lugar, se describen los ejes de discriminación e interseccionalidad vinculados al estigma sobre las drogas. En un cuarto apartado, se trabaja sobre el desarrollo de una profesionalidad consciente y crítica. Por último, se presentan estrategias y modelos para combatir el estigma y se reflexiona sobre retos futuros.

Estigma en torno al consumo de drogas

02

02.01. ¿Qué es el estigma en las drogas?

El estigma es un fenómeno social que implica la atribución de características negativas, desvalorativas o discriminatorias a una persona o grupo de personas debido a una condición, identidad, comportamiento o característica específica que es percibida como desviada o inaceptable por la sociedad. Este proceso de etiquetado negativo resulta en la marginación, exclusión o deshumanización de aquellos que son estigmatizados, afectando profundamente su dignidad, autoestima y acceso a oportunidades y recursos.

“ *El estigma es una clase especial de relación entre un atributo que desacredita y un estereotipo que hace que quien lo posee sea «menos deseable» para la interacción social.*

– Erving Hoffman, 1963

En el caso del consumo de drogas, las personas que realizan uso de estas sustancias pueden ser etiquetadas negativamente y tratadas de manera despectiva o discriminatoria debido a su condición de consumo. Este estigma se basa en la percepción generalizada de que el consumo de drogas es un comportamiento moralmente incorrecto, peligroso o irresponsable, y que puede llevar a la marginalización y exclusión de las personas afectadas. Sin embargo, es importante señalar que el estigma se manifiesta de manera diferente según la condición legal de la droga

en cuestión. Las drogas ilegales, al estar asociadas con la criminalidad y la ilegalidad, generan un estigma más profundo, que incluye no solo la percepción de peligro o inmoralidad, sino también la consideración del usuario como un delincuente. En contraste, el consumo de drogas legales, como el alcohol o el tabaco, tiende a ser más aceptado socialmente, aunque puede ser estigmatizado en situaciones de abuso o dependencia. Esta diferencia en la intensidad y naturaleza del estigma refleja las construcciones sociales y legales en torno a las distintas sustancias.

Para una mejor comprensión del estigma referido al uso de drogas, es necesario detenernos primero en otros conceptos relacionados que, de alguna manera, configuran su desarrollo: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Estereotipos

Forma de pensamiento simplificado y superficial comúnmente aceptado. Aunque no siempre es negativo, tiende a etiquetar a las personas de manera despectiva.

Ejemplo:

Las personas que toman drogas ocultan y niegan siempre su condición de consumo. Usan el engaño para perpetuar su consumo.



⊗ Prejuicios

Actitud negativa que se añade a un estereotipo. El prejuicio incluye pensamientos, emociones negativas y conductas discriminatorias hacia un grupo o persona.

Ejemplo:

Las personas que toman drogas son mentirosas, y en consecuencia no puedes fiarte de su palabra.

⊗ Discriminación

Componente conductual del prejuicio, que comporta la privación o menoscabo en el acceso a derechos y a la perpetuación de la desigualdad social.

Ejemplo:

Desconfía de las personas que consumen. Siempre van a querer darte la vuelta. Mejor no tratar con ellas.

El estigma hacia las personas que consumen drogas se construye a través de una relación estrecha entre estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos, que son creencias generalizadas sobre este grupo, simplifican la realidad y asocian a las personas consumidoras con características negativas como peligrosidad o irresponsabilidad. Estos estereotipos

generan prejuicios, es decir, emociones y evaluaciones negativas hacia estas personas. A su vez, estos prejuicios se traducen en discriminación, que se manifiesta en el trato desigual y marginalización de quienes consumen drogas. Así, el estigma se refuerza y perpetúa a través de este ciclo, afectando gravemente a quienes lo sufren.

02.02. Ciclo del estigma y la exclusión social

El ciclo del estigma y la exclusión social, según Link, B.; Phelan, J. (2001), aplicado al contexto del consumo de drogas es un proceso complejo en el que diferentes elementos se refuerzan mutuamente, agravando y perpetuando la exclusión social de las personas que consumen drogas.



Este ciclo vicioso es extremadamente perjudicial tanto para las personas que consumen drogas como para la sociedad en su conjunto. Cada etapa del ciclo refuerza la siguiente, creando un sistema cerrado de estigmatización y exclusión que es difícil de romper.

A continuación, exponemos cómo se desarrolla este ciclo a partir de los cinco puntos mencionados:

- Ideas negativas sobre el uso de drogas**

El ciclo comienza con la presencia de ideas negativas y estereotipos sobre el consumo de drogas, que se asocian comúnmente con comportamientos inmorales, irresponsables o peligrosos. Estas percepciones se arraigan en la sociedad y son alimentadas por medios de comunicación, discursos políticos y, en algunos casos, incluso por la educación formal. Estas ideas crean una imagen distorsionada de las personas que consumen drogas, reduciéndolas a simples portadoras de un problema social, sin considerar las circunstancias individuales ni las causas subyacentes de su consumo.
- Culpabilización del consumo y de la problemática que comporta**

Como consecuencia de estas ideas negativas, las personas que consumen drogas son culpabilizadas por su consumo y por los problemas que este genera. En lugar de ser vistas como individuos que necesitan apoyo y tratamiento, son percibidas como responsables directas de su situación. Este enfoque punitivo ignora factores como la pobreza, el trauma, la falta de acceso a servicios de salud mental y otras condiciones que pueden contribuir al consumo de drogas. La culpabilización refuerza la idea de que estas personas merecen el sufrimiento y las dificultades que experimentan, lo que justifica el siguiente paso del ciclo.

“Cuanto más se juzga que una persona es responsable de su situación más se la desvaloriza” (Comby y Devos 1996: 234).

Reacciones emocionales negativas que experimenta la persona

Esta culpabilización provoca reacciones emocionales negativas en la persona que consume drogas. Al ser constantemente juzgada y rechazada, la persona puede internalizar estos estigmas, desarrollando sentimientos de vergüenza, culpa, baja autoestima y desesperanza. Estas emociones negativas pueden llevar a un mayor aislamiento social y, en muchos casos, a un incremento del consumo de drogas como una forma de escape o autodestrucción, agravando aún más la situación.

Asimismo, esta situación puede provocar en la persona un estigma anticipado: el miedo que tiene la persona estigmatizada y se anticipa a algo que no sabe si va a ocurrir. Por ejemplo, a recibir un trato negativo.

Trato diferente y de menosprecio

Las reacciones emocionales y la culpabilización se traducen en un trato diferente y de menosprecio hacia las personas consumidoras. La sociedad, incluyendo instituciones y servicios, comienza a tratarlas con desdén, exclusión y discriminación. Este trato desigual puede manifestarse en la negación de oportunidades de empleo, el acceso limitado a servicios de salud o la falta de apoyo en redes sociales y familiares. El menosprecio refuerza la percepción de que estas personas son “menos valiosas” o “peligrosas”, justificando aún más su exclusión y discriminación.

Distancia social

Finalmente, este trato de menosprecio lleva a la distancia social, donde las personas consumidoras de drogas son apartadas o evitadas por la sociedad en general. La distancia social se manifiesta en la marginación física, como la expulsión a guetos o barrios marginales, y en la exclusión simbólica, donde las personas son relegadas a las periferias del tejido social. Esta distancia refuerza las ideas negativas originales y perpetúa el ciclo, creando un entorno en el que es extremadamente difícil para las personas afectadas romper con la estigmatización y la exclusión.



02.03. Origen y Conformación del Estigma en el Consumo de Drogas

Estos estereotipos se refuerzan a través de los medios de comunicación, las políticas públicas y, en algunos casos, por profesionales de la salud. Esta visión negativa y simplificada de las personas consumidoras contribuye a su marginación y al refuerzo de un ciclo de exclusión social.



Criminalización y Poder

La criminalización del consumo de drogas refuerza significativamente el estigma, ya que trata a los consumidores no solo como personas con un problema de salud, sino también como infractores de la ley o delincuentes. Esto ocurre tanto a través de la ley, en el caso de las drogas ilícitas, como mediante sanciones sociales, lo que perpetúa un modelo de discriminación estructural. Esta criminalización no solo refuerza la percepción negativa, sino que también exacerba las barreras para acceder a tratamientos y apoyo, aumentando los riesgos para la salud y el bienestar de las personas consumidoras.

Este proceso está estrechamente vinculado a las estructuras de poder y desigualdad en la sociedad. Las personas de comunidades marginadas, con menos acceso a recursos, suelen ser estigmatizadas de manera más severa, perpetuando un ciclo de exclusión que dificulta su acceso a servicios esenciales como la salud y la educación.

Percepción Social y Marginalización

Las personas que consumen drogas son frecuentemente vistas como un riesgo para la sociedad. Se les considera un mal ejemplo, amistades peligrosas, y se asume que están involucradas en el mercado ilegal, lo que las convierte en una posible vía de acceso a las drogas para aquellos que no consumen. Esta percepción negativa se traduce en sanción social y/o criminalización de su conducta y, en muchos casos, en su exclusión social.

Por ello, las personas consumidoras viven atrapadas en una lógica de visibilidad y ocultación, que se manifiesta desde la elección de la sustancia que consumen hasta el desarrollo de un problema de adicción. Por ejemplo, una persona que consume drogas puede verse obligada a ocultar su consumo para evitar un juicio moral, lo que a su vez complica el acceso a ayuda o tratamiento.

La marginalización es especialmente evidente en el trato hacia las personas con conductas adictivas asociadas a la exclusión social. Son personas vistas como peligrosas, incómodas y molestas, lo que lleva a que los profesionales a menudo se desentienden de ellas, negándoles la atención necesaria. La sociedad, por su parte, opta por alejarlas, recurriendo a peticionar la intervención policial, patrullas vecinales o expulsándolas a las periferias urbanas, creando contextos de gueto.

Estigmatización Interna y Autoestigmatización

El estigma no solo es externo, sino que también puede ser interiorizado por las personas consumidoras. Este autoestigma las lleva a asumir los estereotipos y prejuicios sociales como propios, lo que se manifiesta en forma de culpa, baja autoestima y falta de expectativas. La idea de que la adicción es un defecto de carácter o una debilidad incurable refuerza este autoestigma, perpetuando la creencia de que una persona con conducta adictiva lo será de por vida. Esto limita sus posibilidades de cambio y recuperación, y dificulta significativamente su acceso a la atención necesaria.

En conclusión, el estigma y la discriminación no solo contribuyen al problema del consumo de drogas, sino que también complican significativamente la recuperación de una adicción. La teoría del etiquetado, desarrollada por Scheff (1996), destaca cómo las etiquetas sociales y el estigma pueden cronificar los trastornos, sugiriendo que el contexto social es tan determinante como los síntomas mismos del trastorno. En el caso del consumo de drogas, el estigma está presente incluso antes de que se desarrolle un problema de adicción, y en muchos casos, agrava la situación al dificultar el acceso a servicios de salud, bienestar y empleo, y al complicar la construcción de una autoestima adecuada.

La cronificación de la adicción está profundamente relacionada con las reacciones sociales, incluido el estigma, y que el etiquetado depende tanto de las características de la persona etiquetada como del contexto social en el que ocurre. Estos factores sociales juegan un papel crucial en la trayectoria de la adicción, y la relación entre el estigma y la causa o agravamiento de la adicción sigue siendo un tema de debate. Una vez establecida una etiqueta, se generan barreras que

dificultan el acceso a la atención necesaria y a oportunidades vitales, aumentando la probabilidad de que las personas etiquetadas como “enfermedad mental”, y más cuando a esta se asigna propiedades siempre crónicas y recidivantes, prolonguen su condición o experimenten recaídas.



02.04. Manifestaciones del Estigma en el Consumo de Drogas

El estigma relacionado con el uso de drogas se manifiesta de diversas maneras, afectando tanto a nivel individual como colectivo. Estas manifestaciones se pueden clasificar en tres grandes categorías: estigma institucional, estigma social o público, y estigma personal. Cada una de ellas influye negativamente en la vida de las personas que consumen drogas, perpetuando la exclusión, la discriminación y las barreras para la recuperación.

NIVELES ESTIGMA



Estigma Institucional

Reglas, leyes y procedimientos políticos de las entidades públicas y privadas en posiciones de poder que restringen los derechos y oportunidades de las personas estigmatizadas.



Estigma Social o Público

El estigma de la población general, o de grandes grupos sociales que apoyan y actúan en función de los estereotipos imperantes frente a las personas usan drogas y/o que tienen problemas relacionados con el consumo.



Estigma Personal

El estigma que experimenta la propia persona en un proceso de distintos subtipos: Percibido, experimentado y, por último, internalizado.

“AUTOESTIGMA”



Estigma Institucional

El estigma institucional se refiere a las políticas, normas y prácticas que perpetúan la discriminación hacia las personas que consumen drogas desde dentro de las instituciones formales, como el sistema de salud, el ámbito laboral, la educación o el sistema de justicia. Este tipo de estigma se manifiesta en decisiones y estructuras que restringen el acceso a servicios, derechos o recursos.

Por ejemplo, en el sistema de salud, una persona que consume drogas puede ser tratada con indiferencia o falta de empatía por parte de los profesionales, o se le puede negar el acceso a ciertos tratamientos por ser vista como "irresponsable" o "poco comprometida" con su bienestar. En el ámbito legal, la criminalización del consumo de drogas a menudo resulta en sanciones desproporcionadas o en la negación de oportunidades de reintegración social, como la dificultad para encontrar empleo tras una condena por delitos relacionados con drogas. Este tipo de estigma institucional refuerza la marginalización y dificulta que las personas puedan romper con el ciclo de la adicción.

Estigma Social o Público

El estigma social o público es la manifestación del estigma que se origina en las actitudes, creencias y comportamientos de la sociedad hacia las personas que consumen drogas. Este estigma se basa en estereotipos negativos y prejuicios que etiquetan a las personas consumidoras como peligrosas, inmorales, irresponsables o fracasadas.

Un ejemplo de estigma social es el rechazo o la exclusión de una persona consumidora de drogas en círculos sociales, familiares o laborales, donde es vista como una mala influencia o un riesgo. Este tipo de estigma no solo aísla a las personas, sino que también puede reforzar su sentido de desesperanza, llevándolas a continuar en el consumo como un mecanismo de escape. El estigma social dificulta que las personas se sientan seguras para buscar ayuda, por miedo a ser juzgadas o tratadas de manera discriminatoria.

A menudo, estos estereotipos son amplificadas por los medios de comunicación y la cultura popular, que perpetúan la idea de que las personas consumidoras son una amenaza para la comunidad.






Del cajero al híper de la droga: así usan los yonquis los 430 euros del paro de larga duración

Los días 10 de cada mes los drogadictos de Cádiz sacan la ayuda social que les ingresa el Estado para financiar la compra de 'rebujito', una mezcla de heroína y cocaína, en Sanlúcar de Barrameda. Realizan el trayecto en autobús. Les sale más barato que subirse a una cunda. En los narcopisos encuentran la dosis de droga a seis euros. Luego ellos la revenden a diez en la capital. Han encontrado la forma de financiar su propio consumo.

14 abril, 2018 - 01:32 

Fuente: El Español (14 de abril de 2018). Disponible [aquí](#)



EL RENACER DE LA SENDA DE LA DROGA DE VILLAVERDE: PLAGA DE CHINCHES Y 200 YONKIS AL DÍA

Las narcoviviendas de San Dalmacio vuelven a estar al cien por cien tras la macrooperación policial de 2021. Las prostitutas 'conviven' con los toxicómanos y las bandas latinas esa zona, Marconi y el polígono El Gato

Fuente: ABC (13 de noviembre de 2023). Disponible [aquí](#)





[España](#)
[Cotizalia](#)
[Opinión](#)
[Salud](#)
[Internacional](#)
[Cultura](#)

España ■ Madrid

CAMBIO RADICAL EN 30 AÑOS

Méndez Álvaro, de barrio de yonquis y prostitutas, a ser la nueva City de Madrid

Ni siquiera los responsables municipales esperaban un lavado de cara tan rápido

Fuente: Fuente: El Confidencial (15 de septiembre de 2022). Disponible [aquí](#)

Para evitar asociar el consumo de drogas con la marginalidad, exclusión, delincuencia; se recomienda evitar el uso de términos peyorativos y estigmatizantes (como zombie, yonki, etc.), así como el empleo de titulares sensacionalistas que buscan llamar la atención y el clickbait en vez de un titular menos llamativo pero más respetuoso. Por ello, se recomienda el uso de otros términos como:

- Personas con adicciones
- Personas drogodependientes
- Personas con conductas adictivas
- Barrios vulnerables
- etc¹

¹ Para más información, consultar la guía "Cómo mejorar la información sobre las adicciones" de Proyecto Hombre (2022), enfocada para periodistas. Disponible aquí: <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2021/11/Gu%C3%ADa-de-Proyecto-Hombre-para-periodistas-versi%C3%B3n-digital.pdf>

Estigma Personal

El estigma personal, también conocido como autoestigma o estigma internalizado, ocurre cuando las personas que consumen drogas asimilan los estereotipos y prejuicios sociales y los aplican a sí mismas. Esto puede llevar a una disminución de la autoestima, autocrítica severa y sentimientos de culpa. Las personas comienzan a verse a sí mismas a través del lente del estigma, creyendo que son responsables de su situación debido a una "debilidad" o "falta de valor". Este autoestigma es devastador, ya que erosiona la motivación para buscar ayuda y puede perpetuar el ciclo de la adicción.

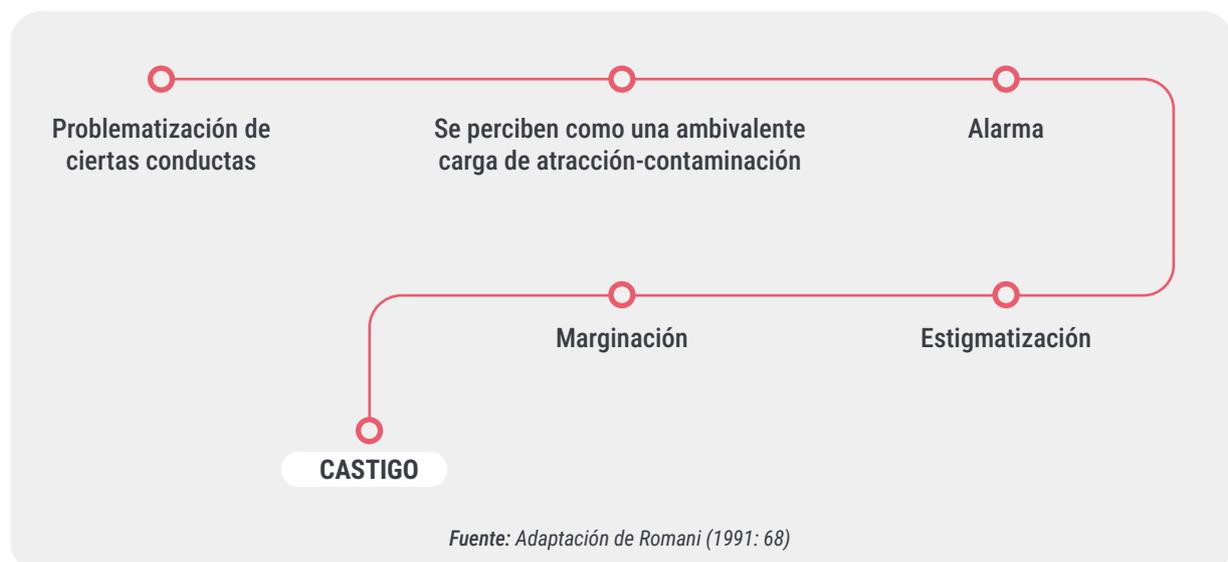
Por ejemplo, una persona que ha sido rechazada repetidamente por su consumo de drogas puede comenzar a verse como alguien "incapaz" de cambiar o mejorar, lo que reduce su disposición para acceder a programas de tratamiento o apoyo. Este autoestigma es uno de los mayores obstáculos para la recuperación, ya que convierte el proceso de cambio en una tarea aún más ardua y solitaria.

El estigma relacionado con el consumo de drogas tiene un impacto profundo y negativo en la vida de las personas afectadas, manifestándose en múltiples formas: institucional, social y personal. Estas manifestaciones del estigma refuerzan la marginalización

y exclusión de las personas que consumen drogas, atrapándolas en un ciclo en el que su consumo se perpetúa junto con su invisibilidad social. El estigma crea barreras significativas que dificultan el acceso a servicios esenciales como la salud, el tratamiento y el apoyo, al tiempo que limita las oportunidades de integración social y laboral. Esta dinámica no solo afecta a nivel individual, sino que también refuerza la discriminación sistémica hacia todo el colectivo, perpetuando las desigualdades y la injusticia social.

Uno de los efectos más perjudiciales del estigma es la exclusión social. Las personas que consumen drogas son a menudo rechazadas por sus comunidades, familias y amigos, lo que aumenta su aislamiento. Este aislamiento puede agravar el problema del consumo, ya que la persona se ve privada del apoyo necesario para romper el ciclo de la adicción, lo que a su vez dificulta la recuperación y la reintegración en la sociedad.

El estigma también alimenta y refuerza políticas punitivas, en lugar de enfoques centrados en la salud pública. En lugar de recibir el apoyo y tratamiento que necesitan, las personas que consumen drogas son castigadas, perpetuando un ciclo de criminalización y exclusión. Estas políticas punitivas no abordan las causas subyacentes del consumo de drogas y contribuyen a mantener a estas personas en situaciones de vulnerabilidad, sin las herramientas necesarias para recuperarse e insertarse de manera efectiva en la sociedad.



Autopercepción: El estigma internalizado

03

03.01. ¿Qué es el estigma internalizado?

El estigma internalizado, también conocido como autoestigma, se refiere a la creencia negativa y desvalorizante que una persona tiene sobre sí misma debido a su condición de consumidora de drogas. Es decir, las personas internalizan los prejuicios y estereotipos sociales relacionados con el consumo de sustancias y los aplican a su propia identidad. Esto puede llevar a una disminución de la autoestima, la autoeficacia y la esperanza.

03.02. ¿Cómo se genera el estigma internalizado?

El estigma internalizado o autoestigma en las personas usuarias de drogas se genera a través de un proceso de interacción constante con el estigma público e institucional, que incluye los estereotipos y prejuicios sociales ampliamente arraigados en la sociedad. La percepción negativa hacia quienes consumen drogas se basa en etiquetas que los presentan como peligrosos, inmorales, irresponsables o incluso como fracasados y débiles. Estas ideas son alimentadas por los medios de comunicación, la cultura popular y las actitudes generales, lo que deshumaniza a las personas afectadas y refuerza una visión simplificada y negativa del consumo de drogas.

Cuando una persona usuaria de drogas se enfrenta a este estigma público e institucional, se ve expuesta a estas percepciones negativas que, con el tiempo, pueden generar una dolorosa conciencia de cómo es vista por la sociedad. A medida que estas interacciones se repiten, la persona puede comenzar a aceptar estas percepciones como ciertas, creyendo que los estereotipos y prejuicios que se proyectan sobre ella son reales. Este proceso de internalización marca el inicio del autoestigma, donde la persona empieza a ver su situación a través del prisma de la estigmatización social.

La internalización del estigma ocurre cuando la persona comienza a incorporar estas percepciones negativas en su propia identidad. En lugar de entender su consumo de drogas como una consecuencia de factores complejos y multifactoriales, empieza a verlo como un reflejo de su propio carácter, moralidad o valor personal. Esto puede llevarla a considerarse “mala”, “débil” o “fracasada”, erosionando gravemente su autoestima. Las experiencias directas de discriminación y rechazo, tanto en interacciones cotidianas como en entornos de atención médica, laborales o sociales, refuerzan la creencia de que estos estereotipos son merecidos, lo que hace que la persona los acepte como parte de su identidad.

El proceso de internalización del estigma culmina en una intensa autocrítica y sentimientos de culpa. La persona comienza a culparse a sí misma por su adicción, viéndola no como un problema de salud influenciado por múltiples factores, sino como un fallo personal ineludible. Este autoestigma se convierte en un obstáculo significativo para la recuperación, ya que refuerza la idea de que no merece ayuda o mejora. A medida que la autocrítica se profundiza y los estereotipos se arraigan como verdades personales, la autoestima de la persona se deteriora, reduciendo su motivación para buscar tratamiento o apoyo.



Este ciclo de autoestigmatización puede perpetuar el consumo de drogas como un mecanismo de escape del dolor emocional, lo que a su vez refuerza el estigma y cierra aún más el círculo vicioso de la adicción. Para los profesionales de la salud, es crucial reconocer el impacto devastador del autoestigma en las personas que consumen drogas. Comprender cómo se desarrolla este proceso es fundamental para ofrecer un tratamiento que no solo aborde el aspecto clínico de la adicción, sino que también desafíe y desmantele el estigma internalizado. Un enfoque empático y no punitivo, que reafirme la dignidad y el valor de la persona más allá de su adicción, puede ser clave para romper el ciclo del autoestigma y facilitar un camino más efectivo hacia la recuperación.



03.03. Implicaciones del autoestigma

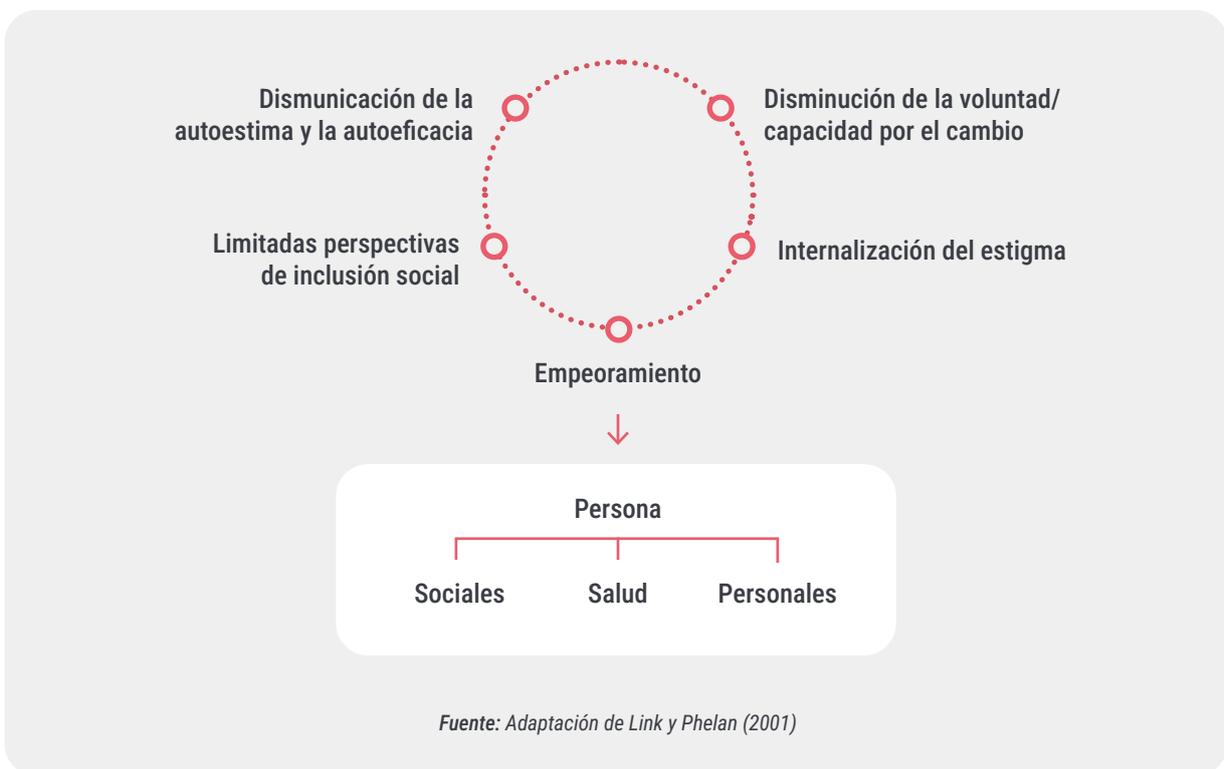
El ciclo de autoestigmatización tiene un impacto muy perjudicial en la vida de las personas que consumen drogas, afectando su salud, sus relaciones sociales y su bienestar personal.

En términos de salud, el autoestigma puede llevar a la negativa o dificultad para buscar ayuda. Las personas que sienten vergüenza o se culpan a sí mismas por su consumo de drogas suelen evitar el tratamiento o abandonarlo prematuramente, lo que agrava su problemática de salud. La baja autoestima y la falta de esperanza también aumentan el riesgo de recaída, ya que la persona no cree que merezca mejorar o que tenga la capacidad de hacerlo. Este deterioro en la salud se convierte en una trampa de la que es difícil escapar sin un apoyo adecuado.

Socialmente, el autoestigma conduce al aislamiento y la exclusión social. El miedo al rechazo social lleva a la

persona a evitar las relaciones, lo que reduce sus interacciones sociales y provoca una mayor desconexión de su entorno. Este aislamiento puede generar problemas familiares más graves, además de limitar las oportunidades de empleo y reforzar las desigualdades sociales. A nivel estructural, el autoestigma se refleja en políticas y sistemas que dificultan el acceso a servicios de salud y apoyo social, perpetuando así la discriminación y las barreras para la recuperación.

En el ámbito personal, el autoestigma incrementa los sentimientos de culpa, rabia y angustia. La persona se ve atrapada en un ciclo de autoreprobación que debilita aún más su autoestima y su sentido de autoeficacia, llevándola a creer que no tiene control sobre su vida ni perspectivas de futuro. Esto genera un profundo deterioro emocional que agrava su situación y limita su capacidad para salir del ciclo de consumo.



Para romper este ciclo destructivo, es crucial abordar el autoestigma de manera consciente, ofreciendo un entorno de apoyo que desafíe las creencias negativas internalizadas. Los profesionales de la salud y las redes de apoyo deben enfocarse en construir la autoestima y la autoeficacia de la persona, ayudándola a ver que es digna de recibir tratamiento y de llevar una vida plena, libre de estigmas. Limitar el impacto del estigma internalizado es fundamental para que las personas puedan iniciar un proceso de recuperación genuina y sostenible.

Ejes de discriminación e interseccionalidad vinculados con el estigma sobre drogas

04

La discriminación y la desigualdad social son fenómenos complejos que afectan profundamente la vida de muchas personas, especialmente aquellas que pertenecen a grupos marginados. En esta sección, exploraremos en detalle los diferentes ejes de discriminación y desigualdad existente, así como su interseccionalidad y vinculación con el estigma por consumo de drogas, para proporcionar una comprensión clara y completa del tema.

04.01. Definición de los Ejes de Discriminación y Desigualdad

Los ejes de discriminación y desigualdad representan las distintas dimensiones en las que se manifiestan estas injusticias. Algunos de los ejes principales incluyen:

Género

La discriminación de género se refiere a las desigualdades que experimentan las personas en función de su género. Tradicionalmente, las mujeres han sido las más afectadas por esta discriminación, sufriendo desigualdades en ámbitos como el laboral, educativo y en su representación política. También abarca la discriminación contra personas no binarias y transgénero, que a menudo enfrentan una combinación de sexismo y transfobia.

Clase Social

La discriminación por clase social se refiere a las desigualdades económicas y sociales basadas en el estatus socioeconómico de las personas. Las personas de clases trabajadoras o en situación de pobreza a menudo enfrentan barreras significativas para acceder a la educación, la salud y otros servicios esenciales, así como a oportunidades laborales.

Edad

La discriminación por edad, o edadismo, afecta tanto a personas jóvenes como mayores. Las personas mayores pueden verse marginadas en el lugar de trabajo o en el acceso a servicios de salud, mientras que los jóvenes pueden ser subestimados por su falta de experiencia.

Raza y Etnia

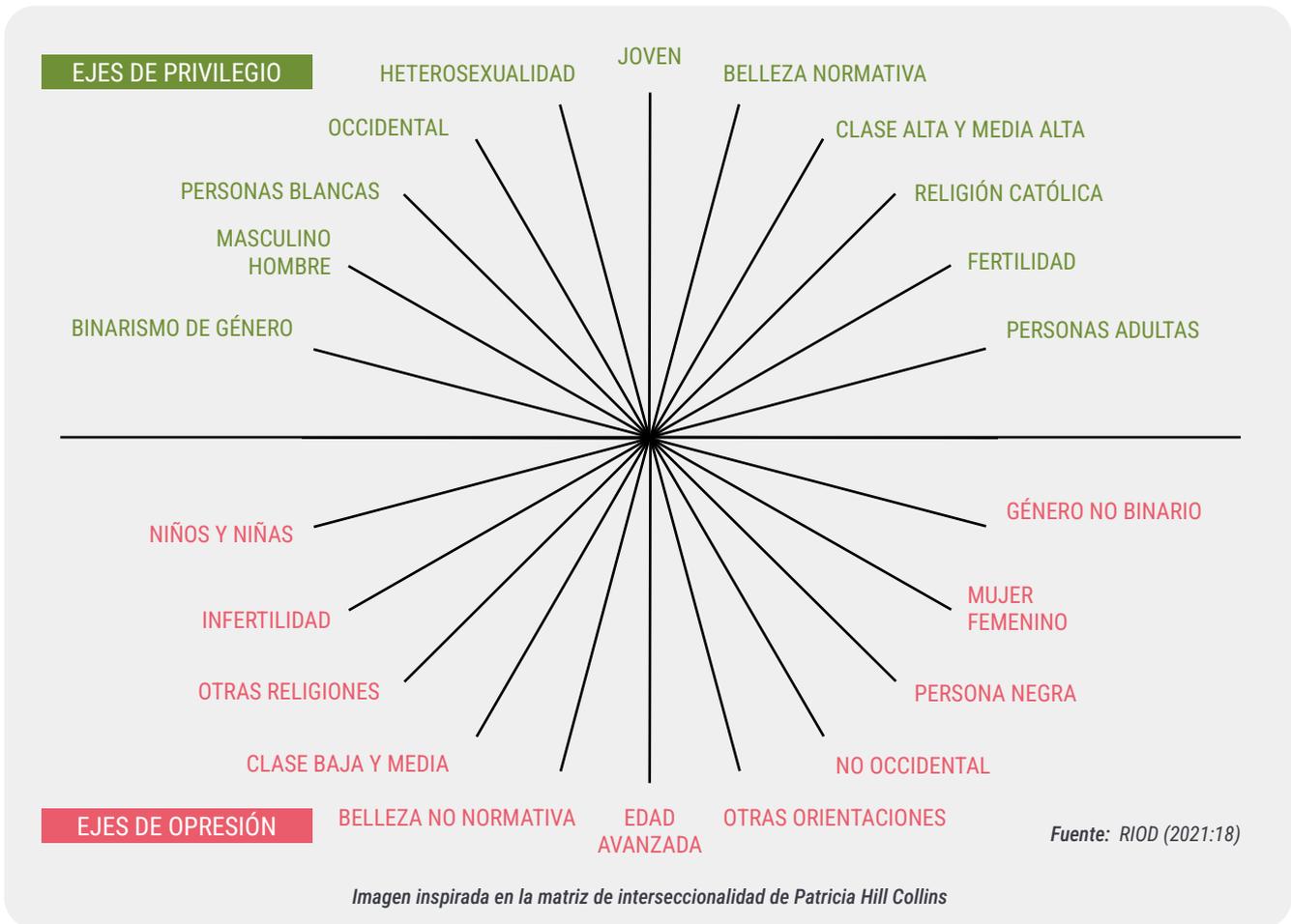
El racismo y la discriminación étnica se manifiestan a través de prejuicios y estereotipos negativos hacia personas de determinados orígenes raciales o étnicos. Esto puede incluir desde microagresiones hasta formas más sistémicas de opresión, como políticas de inmigración restrictivas o la brutalidad policial contra minorías raciales.

Orientación Sexual

Las personas lesbianas, gais, bisexuales y de otras orientaciones sexuales no heterosexuales a menudo enfrentan discriminación y opresión debido a su orientación sexual. Esto puede manifestarse desde la discriminación en el lugar de trabajo hasta la violencia física y emocional.

Discapacidad

Las personas con discapacidades suelen enfrentar una discriminación sistemática que limita sus oportunidades de participación plena en la sociedad. Esta discriminación puede manifestarse en la falta de accesibilidad en edificios, transportes públicos y en los ámbitos educativo y laboral.



04.02. | Interseccionalidad y estigma en drogas

La interseccionalidad es un concepto clave para entender cómo las múltiples formas de desigualdad y opresión se cruzan e interactúan en la vida de las personas. Introducido por Kimberlé Crenshaw en los años 80, este término describe que las discriminaciones no operan de manera aislada (racismo, sexismo, clasismo), sino que se combinan y refuerzan mutuamente, generando experiencias únicas de opresión.

Más allá de los estudios de género, la interseccionalidad se aplica a distintos campos que exploran las identidades y desigualdades sociales. Esta perspectiva revela que cada persona experimenta una combinación particular de opresiones —racismo, sexismo, LGTBI-fobia, capacitismo— en función de su contexto histórico, social y político. Estas exclusiones no solo son contemporáneas, sino que muchas veces se arraigan en trayectorias históricas de violencia y desigualdad transmitidas de generación en generación.

Por ejemplo, una persona que es a la vez mujer, negra y pobre no enfrenta simplemente sexismo o racismo de manera separada; estas opresiones se entrelazan, creando una forma específica de marginalización que supera la suma de sus partes. La intersección de identidades como género, raza, clase social u orientación sexual amplifica las barreras que estas personas encuentran al intentar acceder a derechos, recursos y oportunidades.

La interseccionalidad rechaza un análisis lineal de las opresiones, proponiendo una comprensión multidimensional. Las desigualdades deben entenderse como redes complejas que interactúan, a veces potenciándose entre sí, y multiplicando su impacto. Esta mirada es esencial para formular políticas inclusivas que aborden las desigualdades de forma global y transformadora.

El estigma asociado al consumo de drogas se amplifica cuando se entrelaza con otras formas de discriminación como el racismo, el sexismo o el clasismo, en una lógica interseccional. Este enfoque permite comprender que las personas consumidoras, en especial aquellas en situación de pobreza o pertenecientes a minorías, no solo enfrentan el rechazo por su adicción, sino que son doblemente castigadas por su género, etnia o condición socioeconómica.

Algunos ejemplos son:

Mujer, pobre que usa drogas:

Una mujer en situación de pobreza que consume drogas enfrenta estigmas relacionados con su género, cómo ser considerada “mala madre” o “irresponsable”. Su situación económica empeora el estigma, ya que se le percibe como alguien sin futuro ni capacidad de mejorar su vida.

Persona negra y usuaria de drogas:

Una persona negra que consume drogas puede ser objeto tanto del racismo como del estigma por su consumo. Se le asocia con estereotipos negativos, como la criminalización, enfrentando mayor vigilancia policial y castigos más severos en comparación con personas blancas en la misma situación.

Mujer transgénero que usa drogas:

Una mujer trans que consume drogas puede sufrir el estigma relacionado con su identidad de género, sumado al rechazo por su adicción. La transfobia amplifica la discriminación, dificultando su acceso a servicios de salud o programas de rehabilitación, debido a prejuicios sobre su estilo de vida.

Migrante en situación irregular y consumidor de drogas:

Una persona migrante en situación irregular que consume drogas puede enfrentar xenofobia, además del estigma por el consumo. Se le percibe como una “carga” para la sociedad y puede ser excluida de servicios de apoyo por su estatus migratorio, lo que agrava su situación.

Persona con discapacidad y uso de drogas:

Una persona con discapacidad que también consume drogas puede sufrir capacitismo, ya que su capacidad para tomar decisiones se pone en duda. Además, puede enfrentar barreras adicionales para acceder a tratamientos por prejuicios que consideran su consumo como “una falta de control”.

Hombre gay y consumidor de drogas:

Un hombre gay que consume drogas puede sufrir tanto homofobia como estigma por el consumo, con estereotipos que asocian el uso de ciertas drogas con comportamientos promiscuos o “inmorales”. Esto puede agravar su aislamiento social y dificultar su acceso a redes de apoyo y servicios de salud.

Por último, tener presente que el uso problemático de drogas, lejos de ser una causa aislada, puede ser el resultado de condiciones de vida duras como la pobreza, la exclusión o la violencia. Sin embargo, el estigma centrado en el consumo oculta las desigualdades estructurales que lo originan, perpetuando la marginación y negando a estas personas el acceso a los recursos que podrían ayudarles a superar su situación.

Estigma en mujeres por uso o drogodependencia a drogas

El estigma asociado al uso de drogas tiene efectos devastadores, especialmente cuando se entrecruza con otros factores, como el género. En la sociedad, las mujeres con problemas de salud mental o de adicciones no solo son vistas como desviadas de la norma, sino que su comportamiento se asocia con la ruptura de los roles tradicionales de género, lo que agrava la discriminación que enfrentan. En muchos casos, estas mujeres son etiquetadas como irresponsables, incapaces o “malas madres”, una percepción que invisibiliza sus circunstancias y contribuye a su exclusión social.

El estigma no se limita solo al juicio social, sino que también se extiende a las políticas públicas y los servicios de salud. La criminalización del consumo de drogas impone barreras adicionales, y las mujeres suelen experimentar violencia institucional o rechazo en los sistemas de atención. Esta situación es particularmente grave para aquellas que también viven en pobreza, son parte de minorías o pertenecen a la comunidad trans, agravando su vulnerabilidad.

Además, muchas mujeres se ven obligadas a ocultar su adicción debido al juicio moral que recae sobre ellas, lo que retrasa su búsqueda de ayuda. La culpa y la vergüenza, reforzadas por el entorno, crean una autoimagen negativa que puede dificultar su recuperación. Incluso en los servicios de atención, la desconfianza hacia ellas por parte de profesionales es común, lo que incrementa su aislamiento y perpetúa el ciclo de exclusión.

Impactos en la salud y el acceso a servicios

El estigma genera una cadena de efectos negativos, desde la pérdida de vínculos familiares hasta el empeoramiento de la salud física y mental. Las mujeres, en su intento de ajustarse a los roles que se esperan de ellas, pueden llegar a experimentar sentimientos profundos de culpabilidad, especialmente si pierden la custodia de sus hijos. Al mismo tiempo, sufren una mayor sobremedicación y patologización de sus malestares debido a estereotipos de género.

Desigualdad de acceso y permanencia en servicios

El enfoque androcéntrico en los tratamientos para la drogodependencia y la salud mental crea una brecha en el acceso de las mujeres a estos servicios. Esta invisibilización bajo la lógica de tratar al hombre como “sujeto neutro” impide el desarrollo de intervenciones adaptadas a las necesidades de las mujeres, reforzando la idea de que no encajan en el modelo de atención tradicional.

Desarrollo de una profesionalidad consciente y crítica

05

Luego de analizar las múltiples dimensiones del estigma y algunos de sus impactos, buscamos identificar cómo estos se reproducen en nuestra práctica profesional. En este sentido, se ha priorizado dar voz a trabajos liderados por personas que usan drogas, como los de INPUD², Transform³, WHRIN⁴, CATNPUD⁵ y REMA⁶. Estos aportan, de manera rigurosa y desde la experiencia vivida, conocimiento sobre el impacto de las redes de atención y sus profesionales en las personas más afectadas. Uno de los documentos que vale la pena destacar es la **Declaración de Barcelona**⁷, que surgió de un encuentro de más de 50 mujeres y personas de género expansivo de Europa, incluyendo Europa del Este y Asia Central, y que cuenta con el respaldo de más de 100 organizaciones. Desde su perspectiva, visibilizan opresiones globales y sistémicas que vulneran sus derechos:

Ser mujeres, trans y personas de género no conformista que usamos drogas nos sitúa en múltiples e interconectadas posiciones de vulnerabilidad que conllevan numerosos daños:

Como mujeres que nos inyectamos drogas, tenemos una mayor prevalencia de VIH y Hepatitis que los hombres. A pesar de esto, no aparecemos en los datos y padecemos exclusión y discriminación por parte de los servicios sociales y de salud. Los pocos recursos que existen tienden a estar masculinizados y ser inaccesibles además de no abordar nuestras necesidades, intereses y expectativas.

Recibimos el impacto de la violencia estructural y el control social por parte del Estado: acoso policial, acceso limitado a defensa adecuada, extorsión, largas condenas en prisión, violaciones, asesinatos extrajudiciales y pena de muerte.

² <https://inpud.net/>

³ <https://transformdrugs.org/search?q=count%20the%20cost>

⁴ <https://whrin.site/>

⁵ <https://catnpud.org/>

La mayoría de mujeres encarceladas lo están por delitos no violentos relacionados con drogas. Mujeres racializadas, minorías étnicas, personas no binarias o trans, y que viven en situación de sinhogar están sobrerrepresentadas.

En numerosos países, padecemos detenciones forzadas en centros de "tratamiento" no regulados, a menudo por períodos indefinidos con ningún o muy limitado acceso a procesos judiciales. El aislamiento de la cárcel crea un contexto propicio para el aumento de las vulneraciones de derechos humanos, como son violaciones y extorsión.

A menudo experimentamos violencia endémica y exclusión en nuestras propias comunidades y familias. No sólo somos más propensas a ser atacadas por nuestros compañeros, además solemos tener menos acceso a recurrir a la justicia y sistemas de protección.

Sufrimos intrusión en nuestros cuerpos e integridad física, maternidad, vida familiar y espacio doméstico. Encaramos cotidianamente violaciones de nuestros derechos sexuales y reproductivos, tanto por parte de la comunidad como por parte del estado como son la esterilización coercionada y la interrupción del embarazo.

El estigma que asume que las mujeres que usan drogas no pueden cuidar de sus hijas e hijos y la desinformación sobre los efectos del uso de drogas alimenta fuertes presiones para acabar con el embarazo. Cuando decidimos no hacerlo, existen muchas posibilidades de que perdamos la custodia.

Aquellas de nosotras que somos trabajadoras sexuales, especialmente mujeres trans, estamos expuestas a un intenso e inaceptable entramado de estigma, discriminación y exclusión.

⁶ https://www.instagram.com/org_rema/profilecard/?igsh=djM3OHd0cjJxZjM5

⁷ <https://old.harmreductioneurasia.org/narcofeminism/the-barcelona-declaration/>

05.01. ¿Son las drogas o las políticas sobre drogas?

Una de las primeras consecuencias del estigma es que naturaliza situaciones de desigualdad e injusticia social. Esto se ha visto claramente en el caso de las drogas, cuyos problemas asociados se relacionan más con las políticas que las regulan que con las sustancias mismas. El Informe Mundial sobre Drogas de 2008 de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito ya reconocía las “consecuencias imprevistas” del sistema de fiscalización de drogas y su implementación. Una de estas consecuencias es el estigma que recae sobre las personas que usan drogas:

“**La manera en que percibimos y tratamos a los consumidores de drogas ilícitas. Parece haberse creado un sistema en el cual quienes caen en la red de adicción se encuentran excluidos y marginalizados de la sociedad, contaminados por un estigma moral, y a menudo incapaces de encontrar tratamiento incluso si están motivados a buscarlo.**

– UNODC (2008) Informe Mundial sobre Drogas

Pero el informe Count the Cost (Transform Drug Policy Foundation, 2013) nos recuerda que ya en la Convención Única de Estupefacientes de 1961 se señala a las personas consumidoras de drogas como una amenaza para la sociedad, que la comunidad internacional tiene el deber de combatir por los riesgos sociales y económicos para la humanidad. Pero ¿a quienes se señalaba concretamente?

Parte de la explicación puede corresponder al clima social xenófobo imperante en los EE.UU. durante el siglo XIX e inicios del XX. La aparición de leyes que criminalizaban ciertas drogas fue asociada de manera significativa con poblaciones de inmigrantes percibidos como los usuarios más prolíficos de drogas

– chinos consumidores de opio, afro-estadounidenses consumidores de cocaína, e hispanos consumidores de “marihuana”. La asociación cultural y legal de estas drogas con la “otredad” y la desviación de la norma, en tanto son sustancias distintas al alcohol y tabaco, continúa hasta hoy. (2013: 2-3)

Desde una perspectiva feminista e interseccional, se hace visible que esta guerra contra las drogas, y la criminalización y estigmatización de las personas que las consumen comenzó mucho antes en el caso de las mujeres. En el pasado, el conocimiento de las mujeres sobre plantas y su uso para el bienestar comunitario –incluyendo aspectos como el placer y el dolor– no solo fue desvalorizado, sino prohibido y severamente castigado. Al monopolizar este conocimiento en manos del ámbito médico y farmacológico, dominado históricamente por hombres blancos de clase alta, se reorientó el concepto de salud hacia una perspectiva individual que excluye el placer, enfocándose únicamente en la ausencia de dolor y enfermedad.

El origen racista de la guerra contra las drogas y su uso como herramienta de control de fronteras, mercancías y personas ha sido ampliamente documentado (Romaní, 1999; Hari, 2015; Hart, 2021). El estigma hacia las personas que usan drogas varía según la sustancia y la población consumidora. Esta diferencia responde, no tanto al efecto de las sustancias (pues el alcohol y el tabaco son de las que presentan más problemas asociados), sino a la discriminación racista predominante de la época.

No son las drogas, es la prohibición⁸

Esta mirada prohibicionista y patriarcal sigue estando en la base del desarrollo de políticas, leyes y prácticas que siguen robusteciendo el estigma y discriminación hacia las personas que usan drogas y sus comunidades. En este sentido, organizaciones que luchan por los derechos de las personas que usan drogas, hace años que denuncian que los daños asociados a las drogas, y que justifican la prohibición, son en realidad, en su mayoría, creados y/o agravados por la prohibición:

Sin embargo, los daños asociados al consumo de drogas son, en su mayor parte, creados e impulsados por la propia prohibición. La criminalización de las drogas crea un mercado ilegal y alimenta el crimen organizado, impulsando la violencia en la sociedad civil, a menudo perpetuada por la policía y el Estado. Además, la prohibición provoca la imposibilidad de saber si las drogas compradas, vendidas y consumidas contienen contaminantes peligrosos, lo que precipita aún más los daños. La criminalización produce muchos de los daños asociados a las drogas; la prohibición se sirve cínicamente de estos daños, haciendo uso de la lógica circular para justificarse. [...] No solo la prohibición crea y agrava muchos de los daños asociados al consumo de drogas, sino que la criminalización generalizada de las drogas actualmente ilegales y controladas se basa en errores científicos, mala farmacología, mala sociología, mala economía y desinformación. [...] Por lo tanto, la clasificación y criminalización de drogas es, en esencia, discriminatoria, no científica y arbitraria.

– (INPUD, 2015)⁹

Aun así, no fue hasta la CND de 2023 cuando el consenso internacional en torno a la criminalización y la prohibición comenzó a fracturarse. Un número significativo de países y organizaciones de la sociedad civil enfatizó la necesidad de enfoques centrados en la salud pública y la justicia social. Países como Colombia, México y varios países europeos, junto con organiza-

ciones defensoras de los derechos humanos, abogan por un cambio de paradigma. Sostienen que la guerra contra las drogas ha resultado en violencia, corrupción y violaciones de derechos humanos, y que lejos de acabar con las drogas o su consumo, ha agravado sus problemas. Por ello, estos actores abogan por la regularización y despenalización de las drogas. La inclusión del concepto de Reducción de Daños en la agenda internacional fue un elemento clave en este cambio de perspectiva.



⁸ Lema que ha sido utilizado por las redes de personas que usan drogas de Cataluña, en varias de sus manifestaciones.

⁹ Traducción propia.

05.02. ¿Cómo impacta el estigma a las redes de atención y sus equipos profesionales?

Si tanto la investigación sobre drogas como las políticas y prácticas que las rodean han sido tan fuertemente atravesadas por el prohibicionismo, resulta imperante analizar cuál es su alcance (Hari, 2015; Hart, 2014) y cómo ha moldeado tanto las redes de atención, como nuestras prácticas profesionales.

Ni enfermas, ni delincuentes¹⁰

Los abordajes tradicionales han oscilado en ver el consumo de drogas o sus actividades relacionadas desde la óptica del delito o desde el de salud, dejando sus reminiscencias en los modelos actuales que abogan por perspectivas más holísticas y en clave de derechos. A pesar de que la mayoría de investigaciones y datos que conocemos sobre las drogas y personas que usan drogas se han centrado en profundizar en sus aspectos problemáticos, tanto los informes de la Organización Mundial de la Salud como los de la Oficina Contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas indican que el 87% de las personas que usan drogas lo hacen sin tener que lamentar consecuencias indeseadas. El 13% restante se refiere a aquellas personas cuyo consumo de drogas afecta a su salud física, mental o su vida social y profesional. Puede variar según el tipo de sustancia, el contexto, y las condiciones sociales. (UNODC, 2024).

Continúa existiendo una parte relevante de la sociedad que ve el estigma como un mecanismo que muestra la desaprobación de la sociedad a una actividad potencialmente peligrosa, estableciendo una norma social que aleja a determinadas personas a consumir drogas. Así se denuncia desde WHRIN (2022):

Las investigaciones han demostrado que las personas que trabajan en el ámbito de la salud pueden sentirse motivados a proporcionar información engañosa e incorrecta a mujeres que consumen drogas y a otras personas, con el fin de disuadir prácticas que consideran “no saludables” o ilegales. También se ha observado que, en los planes de estudios de estudiantes de medicina y de otras profesiones relacionadas con la salud, las circunstancias no médicas de

las personas que consumen drogas suelen abordarse de forma insuficiente, si es que se abordan.

Desde principios de siglo, la OMS (2005) mencionó la importancia del estigma sanitario, señalando que si bien no se hacen explícitos, se encuentran presentes en los contextos sanitarios. Por ello, la organización abogó por acciones como la visibilización del estigma y la inclusión de políticas contra el estigma que garanticen servicios de calidad.

La implementación de las estrategias de reducción de daños fueron un gran avance en lo que se refiere a romper con estos posicionamientos y mitigar las consecuencias negativas del consumo sin juzgar o imponer moralidades: información libre de prejuicios, programas de acceso a parafernalia para el consumo higiénicas, espacios de consumo acompañado, son solo algunos ejemplos. Aun así, la popularización e institucionalización de la reducción de daños, también ha implicado que a menudo se entienda, como un paso previo a lograr la abstinencia y no tanto como una estrategia que implementamos, de manera más o menos exitosa, a lo largo del ciclo vital.

Más allá de esto, la drogofobia es evidente en nuestro lenguaje cotidiano, lleno de términos despectivos y deshumanizantes que se usan para denigrar e insultar a quienes consumen drogas. Existen, además, formas más sutiles de estigmatización. Expresiones como “estar limpio” para describir la abstinencia implica que, al consumir, la persona estaba “sucio”. La idea de “recaída” también sugiere que la trayectoria de las personas que consumen drogas es lineal, y que cualquier consumo es un retroceso completo, perpetuando una narrativa simplista que no refleja la complejidad de sus experiencias.

¹⁰ Lema que surgió como parte de los movimientos de personas que usan drogas que aboga por un enfoque de derechos humanos y salud pública en lugar de la criminalización y la patologización del consumo de sustancias. Se originó como una respuesta a las dos principales formas de estigmatización que enfrentan las personas que usan drogas: ser vistas como criminales por las leyes prohibicionistas y como enfermos bajo el modelo de que entiende la adicción como una enfermedad crónica.

Nada sobre nosotras, sin nosotras¹¹

Siguiendo las recomendaciones internacionales, en los últimos años ha habido un esfuerzo por incorporar a las personas que usan drogas en la investigación, el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de iniciativas que impactan directamente sus vidas. Aun así, las redes de atención que logran este objetivo son muy limitadas. La mayoría de los equipos profesionales no incluyen a personas que usan drogas, y cuando lo hacen, estas suelen ocultar su consumo por miedo a represalias.

Aunque existe una tradición de integrar a personas que han abandonado el consumo en espacios de tratamiento, estas deben estar en tratamiento o en abstinencia. En muchos casos, se les relega a puestos de poca proyección, vinculados a su experiencia como personas consumidoras y no a su experiencia técnica o vivencial. Son pocos los espacios de toma de decisiones que incluyen a personas que usan drogas y, cuando lo hacen, no siempre logran reducir el estigma.

La denuncia de tokenismo que enfrentan las personas que usan drogas subraya la falta de inclusión genuina. Sus historias, experiencias o incluso su presencia son utilizadas para aparentar inclusión y diversidad, sin compromiso real para abordar las desigualdades y el estigma que enfrentan. Este tokenismo puede manifestarse de varias maneras:

Participación simbólica en eventos públicos:

Aunque su presencia es visible, sus aportes suelen tratarse de manera anecdótica, sin otorgarles un espacio real para influir en políticas o discusiones significativas. Aunque las organizaciones aparentan ser inclusivas y escuchar a las personas afectadas, en la práctica no se realizan cambios sustanciales en las decisiones o políticas resultantes.

Consultas públicas superficiales:

Se recoge su experiencia, pero sus recomendaciones no se integran en la fase final, lo que da la sensación de que su participación es solo una formalidad. Esto permite a las instituciones mostrar que han “consultado” a la comunidad afectada sin tomar medidas concretas para cambiar prácticas discriminatorias.

Representación en acciones y campañas:

Las personas que usan drogas se incluyen en campañas para mostrar que sus necesidades se están abordando. Sin embargo, estas representaciones a menudo perpetúan estereotipos dañinos y no reflejan la complejidad de sus experiencias. Esto no cambia el discurso dominante de criminalización y estigmatización, sino que da una apariencia de empatía e inclusión sin realizar cambios reales.

Organizaciones lideradas por personas que no usan drogas:

Muchas organizaciones que trabajan en temas de uso de drogas o reducción de daños son dirigidas por personas sin experiencia personal en el consumo de drogas. A veces, incluyen a personas que usan drogas en roles de baja responsabilidad, pero no en posiciones de liderazgo. Esto crea una ilusión de representación, mientras que las voces más afectadas siguen ausentes en la toma de decisiones.

Historias de “superación” o “redención”:

Las personas que han dejado de usar drogas se presentan como ejemplos de éxito o superación, mientras se ignoran las voces de quienes siguen consumiendo. Esto refuerza la idea de que dejar de consumir es la única forma aceptable de mejora, en lugar de promover enfoques de reducción de daños que respeten la autonomía y decisiones de las personas consumidoras.

Aunque algunas personas que usan drogas pueden ser incluidas simbólicamente, esto no se traduce en un cambio real de actitudes. En muchos casos, perpetúa el estigma que enfrentan, reforzando estereotipos simplistas que no reflejan la diversidad de sus experiencias. Si sus aportes no se toman en serio, estas personas se sienten instrumentalizadas y menos inclinadas a participar en el futuro. Para combatir el tokenismo, es esencial crear un espacio de inclusión genuina donde las personas que usan drogas tengan voz real en las decisiones que les afectan.

¹¹ Usada por varios movimientos de personas vulnerabilizadas, esta frase subraya la importancia de incluir a estas personas en el diseño, implementación y evaluación de políticas relacionadas con el uso de sustancias.

Ni una vecina menos

En la última década, los modelos de atención centrados en la persona han ganado fuerza, pero enfrentan grandes barreras en redes de atención estandarizadas que se han ido especializando. Estas barreras de acceso a recursos y servicios de atención son aún más graves en el caso de mujeres y personas de género expansivo. Al haber sido diseñadas desde una perspectiva androcéntrica, estas redes suelen excluirlas de manera directa o indirecta, y a menudo no son lugares seguros ni adaptados a sus necesidades específicas.

En la red de atención a las drogodependencias, el enfoque tradicionalmente ha estado centrado en la abstinencia. Incluso los programas de reducción de daños se ven como un mal menor hasta que se logre abandonar el consumo. Estas estrategias aún son poco difundidas y se concentran en grandes ciudades. La red de drogodependencias, al enfocarse en el consumo de drogas, ofrece recursos limitados en áreas como vivienda, protección para mujeres y personas de género expansivo que sobreviven a violencias, salud mental, apoyo en el embarazo y crianza.

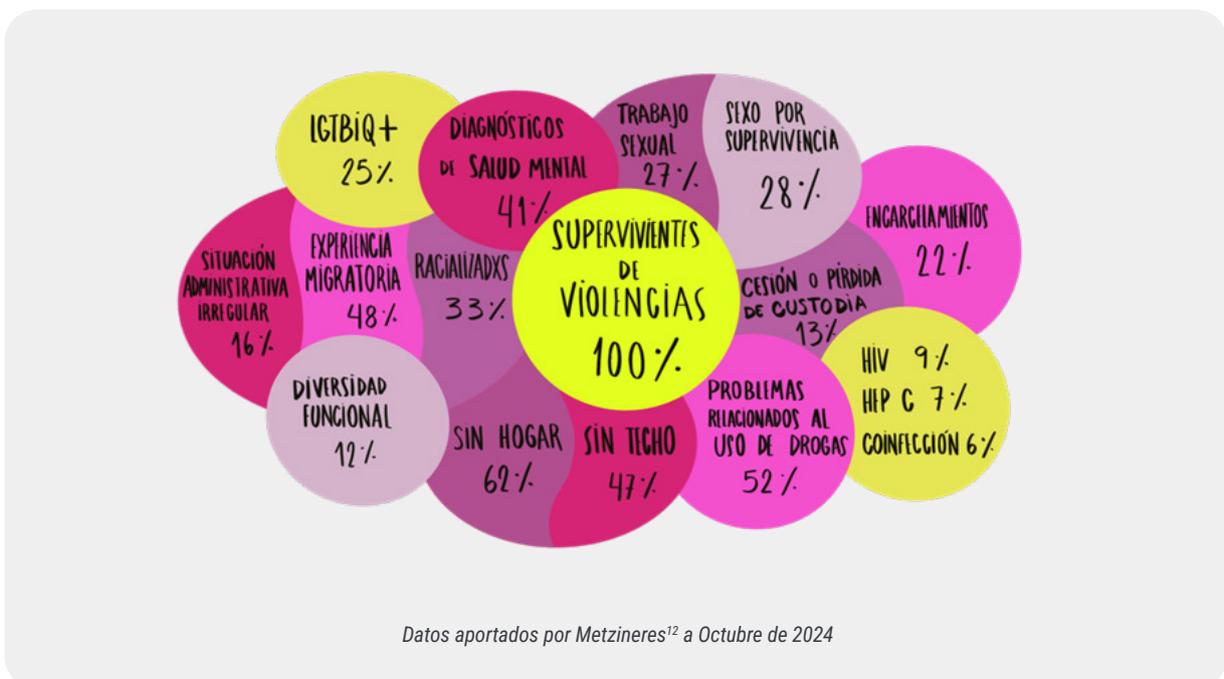
Este problema es extremadamente grave cuando consideramos que el uso de drogas es uno de los principales factores de exclusión y/o expulsión de otras redes de atención. Los recursos de vivienda, incluyendo

servicios de acogida nocturna de bajo umbral, suelen negar la entrada a personas consumidoras. De manera similar, las redes de atención a la salud mental frecuentemente excluyen a quienes usan drogas.

Los datos muestran que las personas que usan drogas son una población compleja y heterogénea. Aquellas con problemas asociados al consumo sobreviven a múltiples situaciones de violencia y vulnerabilidad, pero difícilmente encuentran respuestas integrales que incluyan sus deseos, experiencias y expectativas.

La segmentación de servicios según problemas asociados sitúa el consumo de drogas como el eje central del apoyo a las personas consumidoras. Esto deja en segundo plano temas cruciales como vivienda, violencia, racismo, discriminación, criminalización, embarazo y crianza. Dicha segmentación dificulta la articulación de respuestas complejas y centradas en la persona, considerando sus múltiples situaciones de vulnerabilidad. Así, los servicios de atención a personas que usan drogas, carentes de recursos para responder a estas múltiples necesidades, se ven saturados y enfrentan situaciones cada vez más cronificadas de exclusión.

Es necesario repensar las prácticas profesionales para abordar las causas estructurales que subyacen a los problemas relacionados con el consumo.



12 metzineres.org

Estrategias y modelos para combatir el estigma

06

Como profesionales que trabajamos con personas usuarias de drogas, debemos ser conscientes de los roles y posiciones de poder que ocupamos. Es fundamental dotarnos de herramientas no solo para detectar nuestros propios sesgos, sino también para trabajar proactivamente en minimizar el estigma hacia las poblaciones más vulnerabilizadas. Parte esencial de esta labor es la deconstrucción del autoestigma, que muchas personas acompañadas experimentan tras años de procesos de institucionalización.

06.01. Estamos en el mismo mar, pero unas van en yate y otras en flotador¹³

Adoptar una perspectiva interseccional implica reconocer las diversas posiciones sociales y situaciones de vulnerabilidad que atravesamos. También nos invita a cuestionar nuestros privilegios y las dinámicas de poder que reproducimos o amplificamos. Tal como lo sugiere la investigación feminista activista, no se trata de asumir posturas neutrales, sino de arraigar nuestra práctica profesional en el compromiso con la transformación social, enfrentando las causas estructurales de desigualdad.

"La cuestión es marcar una diferencia en el mundo, arriesgarnos por unos estilos de vida y no otros. Para ello, hay que actuar, ser finitas y sucias, y no limpias y trascendentes. La tecnología de construcción del conocimiento, incluyendo la formación de posiciones de sujetos y maneras de habitar estas posiciones, debe ser implacablemente visible y abierta a la intervención crítica." (Haraway, 2004: 55)

Llevado a la práctica, esto implica:

Valorar las diversas subjetividades afectadas por nuestras intervenciones.

Poner sobre la mesa las relaciones de poder, revisando nuestras prácticas desde la reflexividad y autocrítica.

Incorporar de forma rutinaria conocimientos y perspectivas presentes, evaluando el impacto de nuestras actuaciones.

Procurar herramientas para minimizar las relaciones de poder intrínsecas a nuestro rol y la estructura institucional.

Conscientemente, evaluar los objetivos de nuestras intervenciones y prever posibles consecuencias para quienes acompañamos.

(Biglia, 2005; Ceeiscat y Àmbit Prevenció, 2017)

¹³ Frase de una de las participantes de Metzineres, en una conversación informal

Se trata no sólo de reconocer cómo reproducimos estigmas y prejuicios hacia las drogas y sus usuarios, sino de asumir la responsabilidad de activamente combatir y eliminar tales actitudes.

Práctica basada en evidencia rigurosa y actualizada:

Las organizaciones de la sociedad civil, junto con las entidades lideradas por las comunidades a las que acompañamos, han dedicado tiempo y esfuerzo a generar evidencia, sistematizar y compartir buenas prácticas, experiencias y fracasos. Estar actualizada sobre las buenas prácticas a nivel local e internacional y receptiva a nuevos conocimientos es esencial para enriquecer nuestro trabajo diario, sin perder de vista las experiencias y conocimientos de las personas y comunidades a quienes apoyamos.

Para ello, las organizaciones deben contar con recursos formativos, económicos, de personal y de cuidado necesarios para llevar a cabo una acción profesional centrada en la persona e informada por el trauma.

Acción profesional centrada en la persona e informada del trauma:

Las intervenciones fragmentadas y desinformadas pueden ser traumáticas o retraumatizantes. El cuidado informado en el trauma enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional, creando oportunidades de control y empoderamiento personal.

Nuestra labor debe minimizar las posibilidades de retraumatización, potenciar la autonomía y mejorar el bienestar físico, emocional y psicológico, tanto individual como colectivo.

Sentimiento de pertenencia y construcción de comunidad:

Es fundamental generar espacios seguros –formales e informales– que permitan encuentros horizontales y de reconocimiento mutuo, donde puedan compartirse experiencias y conocimientos entre personas impactadas, profesionales, vecinos y tomadores de decisiones. Estas estrategias no solo reducen el estigma, sino que también fomentan una comprensión más profunda del uso de drogas y de las personas que las consumen. Promueven un ambiente de seguridad, solidaridad y apoyo mutuo.

Estas estrategias no solo ayudan a reducir el estigma, sino que también promueven una mirada más profunda y comprensiva del uso de drogas y de las personas que las usan. Rompen sentimientos de otredad, fomentando sentimientos de seguridad, solidaridad y apoyo mutuo¹⁴.

¹⁴ Ver <https://www.youtube.com/watch?v=FVN6JB-Rdlg&t=1s>

06.02. *“Yo se mucho de lo mío, tú sabes mucho de lo tuyo... pero juntas sabemos un montón”¹⁵*

Es crucial que las personas destinatarias de nuestras investigaciones y acciones participen en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de nuestras intervenciones. Las organizaciones que integran equipos transdisciplinarios con miembros de las comunidades beneficiadas son un claro ejemplo de cómo combatir el estigma.

Además, debemos valorar y retribuir justamente la experiencia de las profesionales pares, quienes aportan información clave sobre sus comunidades, necesidades, y prácticas. La inclusión de pares facilita el acercamiento y la vinculación a recursos y servicios, pues las personas usuarias son más proclives a confiar en alguien que comparte sus experiencias.

Desafíos y Apoyos para Profesionales Pares

Para las personas que entran a ejercer el rol de pares, existen muchos retos. Por eso es importante desplegar sistemas de apoyo comprensibles, con condiciones laborales flexibles que minimicen las dificultades de su labor. Entre los principales retos están:

- Limitada educación formal o experiencia laboral. Muchas llevan largos periodos de desempleo. Los lugares de trabajo a los que acceden son los más precarizados. Además desconocen los aspectos más burocráticos. Es imprescindible contar con un ambiente de apoyo, así como acceso a capacitación y formación continua en todos aquellos aspectos que puedan mejorar su labor.
- El trabajo de pares implica manejar un nivel de dificultades y retos emocionales que no son experimentados por el resto de profesionales. Esto puede ser particularmente cierto para pares con trabajo de outreach, quienes enfrentan situaciones tales como:
 - > Trabajar en ambientes de alto riesgo,

- > Manejo del estrés y consumo personal mientras se trabaja en lugares donde hay oferta y uso.
- > Pagos menores o salarios de medio tiempo
- > Manejar los límites y las presiones de personas con las que luego se tendrá que lidiar en la calle.
- > El dolor y pérdida, discriminación, violencia y criminalización que acompaña pertenecer a una comunidad múltiples veces vulnerabilizada.

Todo esto supone presiones acumuladas, angustia, impotencia, agotamiento. Es importante que puedan contar con:

- Formación y apoyo específico,
- Horarios y condiciones laborales flexibles, así como comprensión hacia asuntos sobre puntualidad o ausencias laborales.
- Asignar tiempo para el autocuidado y al seguimiento de acompañamientos sociales y/o terapéuticos: búsqueda y sostén de la vivienda, fortalecimiento de vínculos, gestiones administrativas, etc.
- Equidad salarial y en cuanto a condiciones laborales. El personal que desempeña el mismo rol debe recibir el mismo salario. El rol de las pares puede ser tan heterogéneo como heterogéneas son las personas que lo ejerzan, al igual que el resto de profesionales, debe poder evolucionar en cuanto a responsabilidades y nivel salarial.

Incorporación Activa en Diversas Esferas

Dado que aún queda mucho por hacer para que los recursos y servicios incorporen plenamente a las

¹⁵ Frase de una de las participantes de Metzineres, en una conversación informal

poblaciones impactadas, resulta relevante permitir su participación en distintos grados e intereses. En definitiva, hay múltiples maneras de abrir espacio a las personas impactadas, lo cual obliga a las organizaciones a escuchar, aprender y ceder poder. La participación de pares puede desarrollarse en relación a los siguientes roles:

- **Tomadoras de decisiones:** participan de los órganos competentes en la toma de decisiones y sus aportaciones tienen el mismo peso que las del resto.
- **Expertas:** reconocidas como un importante recurso de información, conocimiento y herramientas. Participan al mismo nivel que el resto de profesionales en el diseño, adaptación y evaluación de intervenciones.
- **Implementadoras:** con papel real e instrumental en los equipos de intervención directa, aunque no diseñan directamente las intervenciones.
- **Voceras:** en actividades que en las que se involucran de manera esporádica
- **Contribuidoras:** invitadas a participar en eventos y reuniones para compartir sus experiencias.
- **Audiencia:** son receptoras de actividades, participan con su presencia.

(International HIV/AIDS Alliance, 2015)



06.03. ¿Quién cuida a las cuidadoras?¹⁶

La formación de profesionales es un elemento fundamental para combatir el estigma. Sin embargo, resulta insuficiente y poco efectiva cuando se aplica en un sector caracterizado por una alta rotación de personal. La fuerte precariedad de los servicios sociales, junto con los bajos salarios y las malas condiciones laborales, dificulta la estabilidad en los puestos de trabajo, lo cual impacta directamente en la calidad de los servicios.

Contar con equipos estables es crucial para las personas en situaciones de vulnerabilidad. Para las participantes de estos servicios, es agotador depender de profesionales en constante cambio. Esta rotación frecuente genera apatía, desconfianza e inseguridad,

además de provocar situaciones de retraumatización, ya que se ven obligadas a repetir sus historias una y otra vez, lo que implica tener que establecer nuevos vínculos y reiniciar procesos. Esta inestabilidad también afecta a los servicios, pues dificulta la consolidación y formación de los equipos, impactando gravemente la calidad de la atención que pueden ofrecer.

Es imprescindible que los servicios y organizaciones dispongan de recursos suficientes para implementar sus acciones, cuidar de sus profesionales y adecuar sus intervenciones. Los equipos necesitan formación continua y herramientas adecuadas para mejorar su desempeño. Las personas usuarias merecen un trato digno y de calidad, libre de prejuicios y discriminación.

TEMA 5: PROFESIONALES

- Escasa investigación sobre estado de salud emocional de las profesionales de RDD.
- Identificación de indicadores de elevada presencia de burn-out.
- Instauración de la cultura "o lo hacemos nosotras o nadie lo hará".
- Desarrollan y normalizan estrategias de protección y supervivencia ante la sobreexposición de violencia.
- Necesidad de fidelizar profesionales para garantizar experticia.

BURN-OUT

- Generalizado en todas las figuras profesionales.
- Falta de reconocimiento dentro de la red de atención y acompañamiento a las adicciones.
- Cuestionamiento profesional y sobre la RDD por parte de las redes de atención de básica.
- Episodios de ser víctimas de violencia por parte de las comunidades.
- Evidencia de malas condiciones laborales y no reconocimiento de riesgos psicosociales en el entorno laboral.
- Sobreexposición a la violencia, detección de indicadores de estrés post traumático.
- Importancia de garantizar modelos de organización del trabajo y liderazgo cooperativistas dentro de los servicios de RDD.
- Desgaste y agotamiento se relacionaron con elevada rotación profesional y elevado número de bajas médicas.
- Profesionales reclaman incorporación inmediata de figuras de supervisión externa para cuidados y apoyo.

Fuente: Aranda (2023:85)

¹⁶ Lema que tiene sus raíces en el movimiento feminista y en las luchas por el reconocimiento del trabajo de cuidados, tanto en contextos domésticos como en profesiones de atención y servicio, generalmente realizado por mujeres. Señala el desgaste físico y emocional que enfrentan muchas cuidadoras y busca enfatizar la necesidad de redes de apoyo, políticas públicas y recursos para asegurar que quienes cuidan no se queden sin apoyo ni recursos para su propio bienestar.

06.04. Fem barri¹⁷

Una de las manifestaciones del estigma es lo que, por sus siglas en inglés, se conoce como fenómeno NIMBY (“Not In My Back Yard”). Este concepto ya lo analizaba el Grupo IGIA (Sepúlveda, 2008) en su libro *No en la puerta de mi casa*. Se refiere a la tendencia de apoyar la implementación de ciertos servicios o infraestructuras, siempre y cuando no se ubiquen cerca de la propia comunidad o entorno. En otras palabras, las personas con una postura NIMBY suelen estar de acuerdo con la necesidad de estos servicios, pero rechazan su cercanía por temor a que afecten el valor de sus propiedades, la seguridad del vecindario o la calidad de vida. Este fenómeno termina por obstaculizar el desarrollo de políticas públicas inclusivas.

La resistencia de las comunidades locales a aceptar estos centros en sus barrios complica la implementación de programas esenciales de salud y reducción de daños, afectando negativamente a quienes necesitan estos servicios y perpetuando su exclusión social. Esto es lo que ocurrió recientemente con el Centro Residencial La Galena¹⁸, una respuesta a una demanda histórica tanto de personas que usan drogas como de las redes de atención que las apoyan. Su apertura, aunque contó con cierto respaldo mediático¹⁹, también desató una reacción vecinal estigmatizante que dificultó aún más su implementación. Con el tiempo, esta reacción se ha mitigado gracias a la convivencia y al esfuerzo constante de los equipos profesionales, quienes han respondido de manera proactiva a las inquietudes de la comunidad, logrando finalmente un impacto positivo.

De hecho, una de las herramientas más efectivas para combatir el estigma es la convivencia. El trabajo de calle es crucial, pero resulta insuficiente para construir comunidad. Los recursos y servicios deben esforzarse por integrarse en el tejido vecinal, participando en eventos importantes como las fiestas del barrio, organizando comidas, haciendo radio; estas son herramientas muy poderosas. Al fin y al cabo, somos vecinas

del barrio. Las personas que trabajamos pasamos gran parte de nuestro tiempo allí, y quienes participan en los servicios también. Algunas incluso vivimos en el barrio, ya sea en un piso, en un cajero o en una tienda de campaña. Hacemos barrio.

Desde hace tiempo, la sociedad tiende a expulsar de las ciudades aquello que no quiere ver. En este caso, las personas más vulnerables son empujadas a los márgenes, resultado de un sistema capitalista, racista y patriarcal. Sin embargo, los servicios de atención a personas que usan drogas, los albergues y las casas de acogida no están al margen. Y si bien estos servicios pueden, en ocasiones, generar ciertos desafíos de convivencia, la gentrificación de nuestros barrios lo hace en mayor medida. Tanto las drogas como los servicios asociados a ellas suelen ser utilizados como chivo expiatorio, donde cualquier dificultad se emplea para cuestionar su labor. En este sentido, nos vemos en la obligación de ser un vecindario ejemplar, una exigencia insostenible con tantas miradas críticas encima.

Sin embargo, algo que tanto las personas que usan drogas como los servicios y recursos asociados han hecho es desarrollar herramientas creativas, de base comunitaria, que han contribuido a mejorar el bienestar tanto de las personas usuarias como de sus comunidades. Facilitar espacios liderados por las personas que usan drogas, libres de estigma y generadores de comunidad, es fundamental para avanzar hacia un mundo libre de drogofobia.²⁰

¹⁷ “Hacemos barrio” en catalán. Expresión muy usada cuando cuando se hace vida vecinal en un barrio, también se utiliza cuando se crea comunidad.

¹⁸ Para más información <https://abd.org/programas/cri-lagalena/>

¹⁹ Ver <https://www.elperiodico.com/es/barcelona/20220118/bcn-confirma-albergue-toxicomanos-hogar-13113105>

²⁰ Ver https://metzineres.org/ca/actualitat/Support_Dont_Punish_2020_Metzineres_reporteres

06.05. *Ahora que nos hemos visto entre nosotras, que nos vean*²¹

Las personas usuarias de drogas han liderado históricamente las iniciativas de reducción de daños, salvando vidas incluso en contextos hostiles, logrando cuidarse y salvarse, literalmente las vidas (sic).²² “A veces en lugares y bajo políticas muy hostiles, llegando a arriesgarse a la pena de muerte. En Cataluña, existe una tradición de movimientos activistas entre las personas que usan drogas. Junto con organizaciones de la sociedad civil, han impulsado e implementado iniciativas consideradas buenas prácticas tanto a nivel nacional como internacional.” (Parés, 2015)

Es muy preocupante, que aun así, las iniciativas de carácter más comunitario, a pesar de demostrar ser extremadamente costo-efectivas, siguen enfrentando amenazas constantes²³. Tal como se identifica en el estudio *Reducción de Daños en el siglo XXI* el estigma sigue estando muy presente. La criminalización y patologización de las personas que usan drogas, sigue siendo una constante en el ideario colectivo, y aunque más matizado, también entre las personas que trabajan en este ámbito. Se continua viendo la abstinencia como el objetivo último y la única forma de mejora de bienestar (Aranda, 2023).

Sabemos que el estigma es una de las principales causas de la vulneración de derechos. Representa una de las mayores barreras de acceso a recursos y servicios, y es uno de los principales daños que enfrentan las personas que usan drogas. Sea cual sea nuestro rol profesional en el ámbito de las drogas, tenemos la responsabilidad de combatir activamente el estigma. Esto abarca desde el uso consciente del lenguaje hasta la implementación de políticas, planes, recursos y servicios que cuestionen y desmantelen los prejuicios profundamente arraigados contra las drogas y quienes las consumen. Iniciativas como el Observatorio contra el Estigma de la Federación Catalana de Drogas²⁴ o el OVIM²⁵ son ejemplos de cómo las organizaciones de la sociedad civil pueden unirse para luchar contra el estigma.

El estigma actúa en múltiples niveles, y existen muchas acciones que podemos tomar para reducirlo. Desde intervenciones individuales hasta cambios estructurales, cada esfuerzo suma en esta ardua lucha contra la drogofobia.

²¹ Frase de una de las participantes de *Metzineres*, en una conversación informal

²² <https://inpu.net/taking-back-whats-ours-an-oral-history-of-the-movement-of-people-who-use-drugs/>

²³ <https://www.youtube.com/watch?v=KsGP0fpUS08&t=3s>

²⁴ <https://www.fcd.cat/alerta-estigma/>

²⁵ <https://ovim.org/>

Conclusiones y retos futuros

07

El estigma asociado al consumo de drogas sigue siendo una barrera significativa para el acceso a la atención y la inclusión social de las personas afectadas. A lo largo del presente documento se ha señalado cómo este fenómeno, alimentado por estereotipos, prejuicios y estructuras de poder, genera un ciclo de discriminación que afecta gravemente la salud mental, emocional y física de las personas que usan sustancias. Este estigma no sólo se manifiesta desde las actitudes, creencias y comportamientos sociales cotidianos; sino también en las políticas públicas y dentro de los propios sistemas de atención, en un sistema que prioriza la criminalización por encima del respeto a los derechos humanos.

Para avanzar en la reducción del estigma es fundamental adoptar una profesionalidad crítica y consciente que contemple la interseccionalidad de realidades que enfrentan las personas en el uso de drogas, así como propicie un entorno empático, sensibilizado y libre de discriminación. Las estrategias implementadas hasta el momento, como la reducción de daños, han sido un avance importante, pero aún queda mucho por hacer en términos de cambio cultural y estructural. Es necesario transformar tanto las actitudes individuales como las políticas institucionales, para garantizar que se elimine el autoestigma y que las personas con problemas de consumo puedan acceder a un apoyo adecuado y sin miedo a ser juzgadas.

Uno de los retos más grandes es la necesidad de fortalecer la formación continua de los profesionales, promoviendo una comprensión más profunda de las dinámicas de estigmatización y ofreciendo herramientas para que los equipos puedan abordar estos prejuicios de manera efectiva. Además, es imperativo garantizar que las personas que consumen drogas sean parte activa en el diseño, implementación y evaluación de las políticas y programas que les afectan, para asegurar que sus voces sean escuchadas y sus necesidades sean atendidas de forma apropiada.

A nivel comunitario, es esencial crear espacios inclusivos que favorezcan la convivencia y el reconocimiento mutuo, desafiando las normas sociales y culturales que perpetúan la discriminación. El trabajo de sensibilización debe extenderse a toda la sociedad, impulsando una comprensión más amplia de las sustancias y de las personas que las usan, promoviendo un enfoque orientado a la salud pública.

En definitiva, tenemos dos grandes retos. Primero, ser capaces de reflexionar y combatir la manera en que reproducimos el estigma y los prejuicios hacia las drogas y las personas usuarias de estas. Segundo, avanzar hacia una sociedad más inclusiva y respetuosa, donde las personas con problemas de consumo de drogas sean vistas con dignidad, entendidas desde una perspectiva integral y acompañadas en su proceso de recuperación sin ser sometidas a juicio moral ni discriminación. La transformación de las prácticas profesionales, las políticas y las actitudes sociales es fundamental para lograr este objetivo, y requerirá de un esfuerzo conjunto de todos los actores sociales y equipos profesionales implicados. Esperamos que esta guía haya servido para dar pasos en esta dirección.



Recursos y referencias bibliográficas

08

Aranda, E. (2023). *La Reducción de Daños en el siglo XXI*. UNAD.

Biglia, B. (2005). *Narrativas de mujeres sobre las relaciones de género en los Movimientos Sociales*. Tesis Doctoral. http://www.academia.edu/313091/Narrativas_de_mujeres_sobre_las_relaciones_de_género_en_los_movimientos_sociales

CEEICAT y Àmbit Prevenció (2017). XADUD. *Xarxa de Dones que Usen Drogues*. https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its/05_CEEISCAT/publicacions-cientifiques/informes/Informe_XADUD_.pdf

Comby, L. y Devos, T. (1996). "Atribución de responsabilidad y discriminaciones". En Basabe, N., Paéz, D., Usieto, R. y Paicheler, H. *El desafío social del SIDA* (pp. 234-240). Madrid: Fundamentos.

FCD (2020). *Estereotips i els prejudicis, punt de partida de la discriminació*. Barcelona, Espanya. Federació Catalana de Drogodependències i Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Goffman, E (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice-Hall.

Haraway, D (2004). Testigo_moderno@segundo_milenio. <http://revistes.iec.cat/index.php/lectora/article/download/43003/42954>

Hart, C (2014). *High Price: A Neuroscientist's Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. Ed. Harper Perennial.

Hari, J. (2015) *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Ed. Paidós.

INPUD (2015). "Stigmatising People who Use Drugs" en Drug User Peace Initiative. <https://inpud.net/drug-user-peace-initiative/>

International HIV/AIDS Alliance (2015). *Bringing the gaps*. <https://idpc.net/publications/2015/11/bridging-the-gaps-health-and-rights-for-key-populations>

Leite Ferreira, V., Iturriaga Goroso, M. E., y Mota Ronzani, T. (2019). Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Drugs and Addictive Behavior* (revista Descontinuada), 4(2), 225–245. <https://doi.org/10.21501/24631779.3368>

Link, B.; Phelan, J. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27, p. 363-385.

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.

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. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute

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*.

Parés, O. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud Políticas de drogas en DCCataluña, de la acción local hacia el cambio global* <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/39cdd853-bd7b-4de6-80cc-9a0aeb03aaec/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia-es-20150512.pdf>

RIOD (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicacions y recomendaciones*. Riod.org

RIOD (2021). *La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral*. Riod.org.

Romaní, O. (1999). *Las Drogas: sueños y razones*. Ed. Ariel

Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.

Sepúlveda et. al (2008). *No en la puerta de mi casa*. Ed. Grup IGIA

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: El caso de la pasta base de la cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Transform Drug Policy Foundation (2013). *La Guerra contra las Drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación*. <https://idpc.net/es/publications/2013/01/la-guerra-contra-las-drogas-promoviendo-el-estigma-y-la-discriminacion>

UNODC (2008) *Informe Mundial sobre Drogas*. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf

UNODC (2024) *World Inform Report*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

Yzerbyt, V. (y G. Shadron) (1996). "Estereotipos y juicio social", en R. Bourhis, *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupo*. Madrid, Mc Graw-Hill.

Viveros Vigoya, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

WHRIN (2022). *The intolerable impact of misinformation on women who use drugs*. <https://whrin.site/positionstatement/the-intolerable-impact-of-misinformation-on-women-who-use-drugs/>



UNAD, La red de atención a las adicciones

C/ Cardenal Solís, 5 local 2 28012 Madrid

Tel: 91 447 88 95

Email: unad@unad.org