

El estereotipo de “heroinómano” como chivo expiatorio del consumo de drogas normalizado: estigma y personas con drogodependencias

The “heroin addict” stereotype as a scapegoat for the normalized drug use: stigma and people with a drug dependency

424

Anna Marco, *FETS Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull*

Oriol Segovia-Minguet, *FETS Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull*

Fran Calvo, *Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona*

Xavier Carbonell, *FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull*

Resumen

La fiscalización de las drogas, apoyada por el modelo hegemónico prohibicionista, ha criminalizado y, en consecuencia, estigmatizado a sus consumidores. La finalidad de esta investigación es mostrar al lector los elementos implicados en la construcción del estigma social que padecen las personas que consumen drogas incluyendo el análisis de la percepción de consumidores de drogas en tratamiento residencial de drogodependencias. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo a partir del análisis de transcripciones de entrevistas semiestructuradas, en el que participaron cinco pacientes. Los principales resultados indican que los participantes perciben el estigma que pesa sobre ellos por parte de la sociedad (extrínseco) y también detectan los elementos generadores de estigma hacia ellos mismos (intrínseco). En conclusión, el estigma hacia la persona con drogodependencias tiene su origen en el modelo prohibicionista y discrimina ciertos consumos de drogas de determinados sujetos de forma arbitraria, especialmente de aquellas situaciones propias de la marginalidad y la pobreza. Es necesario incluir el trabajo con el prejuicio, estereotipo, y el estigma que pesa sobre la persona que usa drogas para poder mejorar la práctica profesional, especialmente desde la educación social.

Palabras clave: droga, trastorno por consumo de sustancias, estigma social, educación social, exclusión social.

Abstract:

Drug control supported by the hegemonic prohibitionist model, has criminalized and, consequently, stigmatized its users. The purpose of this research is to show the reader the elements involved in the construction of the social stigma suffered by people who use drugs, including the analysis of the perception of drug users in residential drug treatment. For this, a descriptive qualitative study was



carried out based on the analysis of transcripts of semi-structured interviews, in which five patients participated. The main results indicate that the participants perceive the stigma that weighs on them from society (extrinsic) and also detect the elements that generate stigma towards themselves (intrinsic). In conclusion, the stigma towards people who use drug (PWUD) has its origin in the prohibitionist model and arbitrarily discriminates against certain drug use by certain individuals, especially in situations of marginality and poverty. It is necessary to include work with prejudice, stereotype, and stigma that weighs on PWUD in order to improve professional practice, especially from social education.

Keywords: drug, drug addiction, social stigma, social education, social exclusion.

Fecha de recepción: 23/01/2021

Fecha de aceptación: 17/02/2021

425

Introducción

La multidimensionalidad de los consumos de drogas es una de las características que convierte a este fenómeno en objeto de estudio de múltiples disciplinas puesto que, constituye uno de los problemas sociales, personales y sanitarios que más preocupan a nuestra sociedad (Martín, 2009; Martínez Oró, 2015). Uno de los aspectos más relevantes son los diferentes elementos sociales que crean el estereotipo de la *droga* y del *drogadicto* y, en consecuencia, mantienen su estigma social dificultando la integración social de este colectivo. En esta investigación se presenta el modelo de normalización de los consumos de drogas y se analiza la percepción de las personas que consumen drogas sobre el estigma que padecen.

¿Chutes de estigma?

El término *estigma* acuñado por los griegos, refiere a señales corporales con una connotación potencialmente negativa. Estos signos corporales que presentaban algunos individuos simbolizaban ante la sociedad algo infame y se relacionaba directamente con individuos pertenecientes a un *status* social inferior a lo que la superioridad moral exigía. Aquellos signos en su rostro y cuerpo informaban a la sociedad de que esos individuos eran esclavos, criminales o traidores. Personas que, en definitiva, debían evitarse a toda costa en lugares públicos (Goffman, 2015).

El proceso de construcción de un estigma es siempre arbitrario y cultural; surge de la necesidad de apartar o rechazar a aquellas personas o grupos sociales que se desvían de aquello socialmente “normal” y aceptable (Rubio, 2001). Los discursos sociales excluyentes generan, transmiten, mantienen y amplifican el estigma social de cada grupo o individuo lo que implica no ser reconocido como un ciudadano de pleno derecho y sí como un desviado social, inadaptado o marginado (Amorós y Ayerbe, 2000).

El proceso de estigmatización social, derivado de la guerra contra las drogas convierte a la persona consumidora de drogas en un ser desposeído que incluso le despoja de su derecho a la salud (Ahern, Stuber y Galea, 2007), dificultando el acceso a los servicios de tratamiento o servicios de reducción de daños (Rolles, Murkin, Powell, Kushlick y Slater, 2012). Su definición social se establece por comparación con los no consumidores y este binomio sirve para consolidar el lugar del *otro*, cuya posición social es la del diferente e inferior a los demás. La mirada social hacia el colectivo de personas con drogodependencias, es potencialmente negativa y está caracterizada por un sinfín de atributos peyorativos que coexisten en el imaginario social y, en consecuencia, legitiman dicha exclusión social (Rubio, 2001). El efecto del consumo de algunas sustancias psicoactivas hace que la persona tenga conductas no adecuadas al constructo social que le alejan del contexto de normalidad. Ello incluye el sufrimiento mental padecido por algunas personas consumidoras.

En otro orden de cosas existe una relación entre determinadas tipologías de drogodependencia y actividad delictiva. En base a ello, la sociedad les califica de viciosos, delincuentes e infinidad de atributos, sin tener en cuenta su condición de persona que ha perdido el control sobre sí misma y sus actos (Panadero, Vázquez y Martín, 2017). Existe pues una falta de conciencia social hacia la complejidad de este trastorno, que conduce en muchos casos a la marginación y, en consecuencia, a la exclusión social.

Cuando se ha estudiado si la droga es un potencial factor de riesgo generador de actos delictivos o si es el propio acto delictivo el que genera situaciones de consumo, los dos modelos se han encargado de dar respuesta a esta problemática: el modelo biopsicosocial y el modelo de la competencia social (Schulman, 2014). Ambos modelos se caracterizan por proyectar una mirada multidimensional hacia la persona consumidora buscando así la causalidad en dicho consumo (Schulman, 2014). Sin embargo, la relación entre droga y delito existe porque algunos factores de riesgo que pueden impulsar a un individuo a consumir sustancias psicoactivas son los mismos que pueden llevar a un individuo a cometer actos

delictivos. También es necesario apuntar que ni el consumo de drogas ni la adicción a las mismas están intrínsecamente relacionados con cometer actividades delictivas. Si existe este binomio droga-delito en parte es debido al paradigma jurídico que engloba el modelo prohibicionista de los consumos de drogas y sus efectos comunitarios (Szasz, 1993).

Así pues, la cultura y la sociedad clasifican determinados consumos de drogas como propios de personas excluidas. En España son la cocaína y la heroína fumadas en base o inyectadas las que han mantenido ese estatus de droga marginal, especialmente la heroína. El imaginario del consumidor de heroína partió de consumidores delincuentes como el Vaquilla que nacieron en barrios obreros periféricos a las grandes ciudades apartados de este tipo de comportamientos (Gamella, 1990). No hay que olvidar el pasado inmediato del consumo intravenoso de heroína cuyas consecuencias comunitarias fueron tan graves (nos estamos refiriendo a la epidemia de SIDA y muertes por sobredosis de finales de los años ochenta en España) (Brugal, Domingo-Salvany, Bravo, Neira-León, y Barrio, 2006). En consecuencia, el consumo de sustancias se relaciona intrínsecamente con otros estereotipos que se asocian al propio estigma, como son las enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis), la delincuencia y los problemas de salud mental (Romaní, 1999).

Otra de las características que mantienen el estigma del *drogadicto* es la carencia motivacional en la búsqueda de ayuda por miedo al qué dirán o el miedo a tener problemas policiales (RIOD, 2019). Es destacable en este sentido el proceso de acceso a la terapia de adicciones de las mujeres, cuya estigmatización se acentúa y tiene un impacto directo en el proceso de rehabilitación (Calvo-García, Costa y Valero-Piquer, 2016).

Por último, destacamos que el estigma afecta de manera transversal a su vida generando un impacto potencial en la salud física y mental, que dificulta la capacidad de encontrar trabajo y mantenerlo, así como mantener una vivienda, una red social y su autoconcepto (RIOD, 2019). Esta situación agrava su dependencia y es un factor determinante, ya que, retrasa la búsqueda de un tratamiento adecuado y, a veces, es una barrera que impide su permanencia y duración (RIOD, 2019).

El modelo de normalización del consumo de drogas

El origen del cambio de modelo en los consumos de drogas nace a mediados de 1987 y en los años posteriores el éxtasis y las llamadas *drogas de diseño* empiezan a difundirse en contextos festivos de Reino Unido, Europa occidental y la península ibérica (Martínez Oró, 2015). Los

nuevos consumos en la sociedad de principios de los 90 se alejaron de los problemas relacionados con las personas consumidoras de heroína, hacia la apertura de consumos más aceptados y menos problemáticos. Después de la crisis iniciada en 1992, la implementación del *modelo glocal* (relación entre la globalización económica y el localismo social y político de los Estados) y la sociedad de consumo, además de problemas político-económicos, conllevaron a los jóvenes a mayores dificultades para alcanzar la autonomía propia de la adultez. Por consiguiente, estos pudieron desinhibirse de dicha situación social y disfrutar de los placeres que les ofrecían las fiestas nocturnas, dado que en la sociedad de consumo las drogas estaban al alcance de todos los jóvenes (Martínez Oró, 2015). De este modo, la sociedad de consumo ofrecía a los consumidores un escenario idóneo normalizado para evitar los problemas que podían asociarse a los consumos del mundo marginal. La normalización dio visibilidad a un proceso sociocultural de mayor tolerancia social hacia los consumos tratando de romper con el estigma que comportó la alarma social derivada de los consumos de heroína de los años ochenta (Martínez Oró, 2015). Las drogas ya no se asociaban a la marginalidad y se contemplaban en contextos categorizados como festivos y, por lo tanto, “normales”.

Por otra parte, la criminalización ha conseguido que gran parte de la población no acceda a sustancias psicoactivas aunque, en contrapartida, agrava potencialmente los problemas de aquellas personas consumidoras y adictas. No hay que olvidar que la criminalización favorece el mercado negro con drogas de baja calidad, diluciones, adulteraciones, procesos de elaboración deficientes, etcétera mientras que la normalización ayuda a terminar con la criminalización que padecen los consumidores y a garantizar un proceso de producción menos dañino (Waisman y Benabarre, 2017).

Siendo la cocaína una de las drogas fiscalizadas más consumidas y normalizadas en la sociedad, al igual que el cannabis y, en menor medida, el éxtasis: “*El proceso de normalización modula la aceptabilidad o el rechazo, de las diferentes expresiones de los consumos para cada una de las drogas*” (Martínez Oró, 2015, p.132).

Asimismo, los cambios en el discurso de la normalización que sufrió el LSD, motivaron que empezara a considerarse una sustancia potencialmente nociva. Sin embargo, la heroína y la cocaína base (cocaína fumada, crack) aunque habían sufrido cambios en la mirada normalizadora seguían siendo rechazados por los jóvenes normalizados. La heroína, al igual

que la cocaína base, se sigue relacionando con el mundo de la exclusión social, de la marginalidad, del 'cuelgue', del *yonqui*, de la enfermedad y de la muerte (Martínez Oró, 2015). Se debe admitir que ello es comprensible, debido también a que aún hoy se están padeciendo los efectos de este tipo de consumo, siendo la sobredosis letal de opiáceos y psicoestimulantes inyectados una de las principales causas de mortalidad de la población joven (Calvo, Carbonell, Giralt, Lloveras y Turró, 2017), aunque también se debe admitir que esa misma lectura de las consecuencias dañinas para el individuo y la sociedad respecto a otras sustancias, por ejemplo el alcohol o el tabaco, no se hace desde la misma lectura estigmatizadora (EMCDDA, 2017).

Por consiguiente, se rechaza especialmente todo tipo de drogas y vías de administración que tengan que ver con el estereotipo de *yonqui* de los años ochenta, sin repeler el tipo de droga en sí misma, recayendo sobre la estética del imaginario del *yonqui* (chándal sucio, imagen desaliñada, estigma físico, barrio periférico, vagabundo, etcétera). A modo de ejemplo se puede apuntar como el peso del estigma del consumo de alcohol en una persona sin hogar que viva en la calle, desaliñada y sucia tendrá más peso que el consumo de cocaína de un ejecutivo. Ello se demuestra en parte desde la óptica de la clínica especializada en adicciones cuando personas con graves síntomas de un trastorno por dependencia a una droga insisten y persisten en su intención de no ser calificados como *yonqui* (*yo no soy un yonqui*).

Droga, drogas, fármacos y sustancias: la importancia de la carga semántica

Es necesario subrayar que la *droga* no existe y que existen diferentes tipos de *drogas* con diferentes efectos y consecuencias. La *droga* es una abstracción, un mito y muchas drogas sólo tienen en común el hecho de que el Estado haya decretado su ilegalidad (Fernández-Calderón, 2011).

La droga como sustancia química puede contribuir al individuo al abuso y a la dependencia, aunque la sustancia en sí misma no es el único factor responsable, dado que existen otros factores potencialmente determinantes en la posible adicción (Amigó, 2017). El consumo y la adicción de la sustancia están influidos, mayoritariamente, por factores sociales (el grupo de iguales, la familia, el estatus social, la propia política de drogas de los gobiernos, etcétera) aunque, los factores individuales también son potencialmente claves. Por consiguiente, las drogas, como tales, no son el problema. Asimismo, algunas drogas legales como el tabaco y el

alcohol se siguen consumiendo, aunque estamos asistiendo a un cambio en la percepción de sus efectos perjudiciales. El alcohol, es una sustancia con un potencial adictivo muy elevado, ampliamente aceptada culturalmente, pero ha sido y sigue siendo la droga cuyos efectos perjudiciales sobre el individuo y la comunidad son significativamente superiores al resto de drogas (EMCDDA, 2017). Por lo tanto, el juicio que se hace de los efectos perjudiciales no se corresponde con la realidad de sus consecuencias. Dicho de otro modo, la sociedad es más tolerante con los efectos del consumo de alcohol, probablemente porque lo conoce mejor (García, Calvo, Carbonell y Giralt, 2017; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña, y Rial, 2017).

En nuestra vida diaria estamos constantemente decidiendo qué riesgos asumimos y en base a qué o cuáles beneficios. Por este motivo, cuando alguien decide asumir cierto riesgo voluntario como escalar el Everest, está intrínsecamente aceptando que la expedición pueda terminar mal y, no por esto, se desvirtúa el deporte de la escalada. Así, legitimamos que el hombre sea capaz de desafiar las leyes de la naturaleza, es más, la sociedad normaliza ciertas presiones físicas y psicológicas infligidas a deportistas de élite, menores de edad, con el fin de que consigan una medalla olímpica, aunque eso conlleve daños colaterales en su salud física y mental. Pero, sin embargo, la sociedad criminaliza al hombre si desafía a su propia mente sin, por ejemplo, una coartada deportiva de por medio. La asunción del riesgo depende, mayoritariamente, de la familiarización o habituación que el individuo tenga. Por ejemplo, ir en coche supone un grave peligro dado que semanalmente mueren centenares de personas en las carreteras y no por ello dejamos de conducir. Creemos que, con precaución, eso no nos tocará. Del mismo modo, asumimos los riesgos del consumo de esas drogas aceptadas culturalmente (alcohol, tabaco, café) pese a que la sociedad es consciente de que estas sustancias producen más muertes que los accidentes de tráfico, por poner un ejemplo (Cebrián, 2011).

La escala de valores es un factor determinante en los riesgos que asumimos, es decir, nos permite ver por qué cosas vale la pena arriesgarse. Por ello, los nombres que se le dan a las cosas son esenciales en la toma de decisiones sobre los riesgos que se quieren asumir. Así pues, en palabras de Cebrián (2011): *“Las denominaciones de los hechos y la carga semántica de connotaciones que estas tienen, modifican nuestras decisiones. Así, por ejemplo, pensemos en las palabras champagne y droga. ¿Qué carga semántica contienen y cómo condicionan nuestras elecciones?”* (p.56). La publicidad del cava ha conseguido que tenga connotaciones de celebración, de alegría y de fiestas. La *droga* se asocia a imágenes de

degradación, delincuencia y muerte. La elección está pues condicionada por el lenguaje. Algo parecido ocurre con los tranquilizantes, considerados un fármaco si son recetados por un médico pero si no, es un *drogadicto* que *abusa de fármacos* y con la heroína y la metadona (Cebrián, 2011, p.56-57). En este sentido, para cambiar las percepciones entorno a las personas que usan drogas, es necesario cambiar la forma en que hablamos “y sacrificar la eficiencia a favor de la precisión y el potencial de minimizar las posibilidades de un mayor estigma y sesgo negativo” (Kelly, Saitz y Wakeman 2016 citado en Global Commission on Drug Policy, 2017, p.32)

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX numerosas drogas que consideradas en la actualidad como drogas potencialmente peligrosas, tenían la misma utilidad que cualquier otro fármaco actual. Su empleo estaba generalizado para muchos usos, bien para tratamientos terapéuticos, o bien, para curar diferentes síntomas y enfermedades (Usó, 2019). Así pues, la morfina fue el fármaco mundial del siglo XIX, dado que fue utilizada en potencia por su capacidad de anular el dolor durante la guerra civil americana y en la franco-prusiana de 1870 (Escohotado, 2018). En nuestro país, se consumían al año, en los hospitales, entre 10 y 20 kg de clorhidrato de morfina y cocaína, respectivamente, y su uso era también común en medicina doméstica pese a que ya se sabía que eran sustancias perjudiciales para la salud. Estas drogas se utilizaban para tratar diferentes síntomas o enfermedades: la morfina se utilizaba como analgésico, la heroína como antidepresivo y antitusígeno y la cocaína como anestésico local (Usó, 2019). La fábrica Bayer se convirtió en un gigante mundial gracias a la comercialización de la diacetilmorfina –heroína–, pues esta se vendía como una droga mucho más activa que la morfina y los efectos que producían en el organismo eran más convincentes. En el prospecto del fármaco podíamos encontrar que la diacetilmorfina producía un incremento de la actividad a diferencia de la morfina, así como el bloqueo de sentimientos de temor. Y, además, en pequeñas dosis hacía desaparecer cualquier problema respiratorio como podría ser un resfriado común. Aunque, a la fábrica Bayer se le olvidó mencionar el potencial adictivo que tenía –tiene– la heroína (Escohotado, 2018).

El Código Penal de 1870 respetaba los artículos mencionados en las Ordenanzas de Farmacia. Solamente castigaba con penas de arresto y multa a aquellas personas que, de manera clandestina e ilícita elaboraban y vendían fármacos. Por ello, un traficante de drogas recibía el mismo castigo penal que un vendedor de fármacos sin licencia. Asimismo, el Código Penal se refería a las drogas como “sustancias nocivas a la salud o productos químicos que pueden

causar grandes estragos” es decir, no existía ninguna diferencia técnica entre el daño que podía causar una sustancia psicoactiva y el que podía causar otra sustancia química como, por ejemplo, el ácido sulfúrico (Usó, 2019).

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la presente investigación es analizar el impacto del proceso de estigmatización social que padecen las personas que consumen drogas. Los objetivos específicos son tres: 1) analizar la relación entre estigma percibido y adicción a las drogas en personas drogodependientes; 2) analizar el estigma extrínseco e intrínseco de la percepción que el usuario en tratamiento activo de drogas tiene hacia el colectivo drogodependiente y hacia sí mismo; y 3) definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas.

432

Material y método

Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es de carácter fenomenológico (Hernández Fernández y Baptista, 2014, p.493) no experimental (Guijarro y Ballesteros, 2008), transeccional/transversal y de carácter descriptivo (Hernández et al., 2014, p.92). Los datos fueron recogidos en febrero de 2020. Posteriormente, fueron codificados en categorías para comparar, a continuación, las categorías entre sí y agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones (Hernández et al., 2014, p.426). Finalmente, se recuperaron los segmentos de las diferentes unidades para la codificación axial y establecer las relaciones entre categorías.

Muestra o participantes

Se entrevistó a cinco personas usuarias ingresadas en un piso terapéutico de reinserción social para personas drogodependientes de la ciudad de Barcelona: dos mujeres y tres hombres, con edades comprendidas entre los 30 y los 51 años.

Instrumentos

Se utilizó una entrevista individual semiestructurada diseñada *ad hoc*. El guion de la entrevista estaba dividido en dos partes. En la primera parte, se realizaron cuatro preguntas relacionadas con el estigma extrínseco, para analizar la percepción que el usuario en

tratamiento activo de drogas tiene hacia el colectivo drogodependiente. Y, en la segunda parte del guion, se realizaron tres preguntas relacionadas con el estigma intrínseco, para medir la percepción que el usuario en tratamiento activo de drogas tiene hacia sí mismo. Las entrevistas duraron entre treinta y cinco y sesenta minutos y se registraron en audio mediante un dispositivo electrónico y se transcribieron.

Aspectos éticos

Esta investigación respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964 (Asociación Médica Mundial, 2008) y fue coherente con el derecho a la confidencialidad de los participantes en base a la ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Los participantes firmaron un consentimiento informado donde aceptaron ser conocedores de los objetivos del presente trabajo de investigación; se comprometieron a colaborar de manera responsable en la investigación y cedieron a la investigación los derechos de propiedad intelectual que les corresponden por su participación en la misma. Para finalizar, esta investigación ha seguido las directrices deontológicas apuntadas en el documento, *Documentos Profesionalizadores* (ASEDES, 2007). Así como, los cuatro principios éticos básicos (respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia) que fundamentan toda investigación científica y quedan recogidos en el Informe Belmont (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978).

Resultados

A continuación, se resume el análisis de las variables observadas (estigma percibido, adicción a drogas, estigma intrínseco y extrínseco) y la transcripción de las entrevistas en relación a los objetivos del presente trabajo. En cuanto al objetivo específico analizar la relación entre estigma percibido y adicción a drogas en personas drogodependientes, el análisis de las entrevistas muestra una relación potencialmente directa entre el individuo consumidor de drogas y el estigma. Es decir, si un individuo manifestó cierta vulnerabilidad y dependencia – física o psicológica– hacia una sustancia psicoactiva de inmediato, la sociedad lo estigmatizó con la etiqueta de *drogadicto, yonqui, drogata, colgado*, etcétera y, en consecuencia, lo excluyeron. Por lo tanto, se verificó nuestra hipótesis inicial al formular este objetivo específico. Los cinco entrevistados coincidieron en la relación existente entre adicción a las drogas y predisposición a sufrir estigma social:

“Empecé a ver como mis amigos ya no contaban conmigo para según qué actividades [...]. Me estigmatizaban porque yo era el yonqui que consumía diariamente. Dejaron de contar conmigo para salir. La gente aísla a las personas drogadictas. Ves a una persona viviendo en la calle y ya la relacionas de manera inconsciente con las drogas”. (E1, hombre, 33 años)

“Creo que hay un rechazo muy grande. La gente cuando piensa en un drogadicto se imagina a alguien que vive en la calle y que lo ha perdido todo. Una vez te ponen la etiqueta de yonqui es muy difícil cambiarla. Aunque, quizá con más información de esta enfermedad se podría cambiar esto e ir quitando estigmas. Si se terminase con esa mirada tan estigmatizante hacia el drogadicto, se atreverían más a pedir ayuda. Desde que estoy en tratamiento de drogas tengo más conciencia de lo que significa esta enfermedad y trato de no estigmatizar a las personas que consumen droga”. (E2, hombre, 30 años)

“Creo que hay mucha discriminación y rechazo hacia las personas drogodependientes. Pienso que ese rechazo viene dado porque la sociedad no sabe que es una enfermedad y hay muchos prejuicios. Si se diese a conocer lo que es esta enfermedad, tal vez, hubiese menos estigma hacia nosotros. La gente que consume puntualmente no se les nota tanto, como a los adictos que tenemos una continuidad de consumo. No se nos entiende y damos mala imagen. Por eso, creo que es importante dar a conocer esta enfermedad para que nos comprendan y se nos entienda más por todo lo que pasamos, porque no es fácil ser adicto. Creo que la continuidad de consumo nos lleva a que nos miren mal. La gente que tiene un problema con la adicción pues da mala imagen hacia la sociedad”. (E3, mujer, 39 años)

“Creo que la sociedad discrimina a las personas drogodependientes por falta de conocimiento hacia la enfermedad. La gente desconoce que las personas drogodependientes son enfermos y padecen adicción. Cuando veía a un drogodependiente en su fase más adicta me causaba rechazo y decía: joder, como esta gente puede estar así”. (E4, hombre, 38 años)

“Los drogodependientes estamos muy mal vistos. Creo que no hay conocimiento de lo que es una dependencia y, por tanto, no tienen en cuenta que es una enfermedad y, se piensan que esto se hace porque uno quiere. No hay conciencia de adicción y esto se tendría que explicar más. Debería haber mucha más información de esta enfermedad. Tal vez, si se conociese más y se comprendiese estaría más aceptada”. (E5, mujer, 51 años)

En relación al segundo objetivo específico de la investigación, analizar el estigma extrínseco e intrínseco de la percepción que el usuario en tratamiento activo de drogas tiene hacia el colectivo drogodependiente y hacia sí mismo, el análisis de las entrevistas muestra el estigma extrínseco que los entrevistados tienen hacia las personas que consumen drogas – concretamente, hacia los consumidores de heroína– y, en segunda lugar, se subraya el estigma intrínseco que padecen o han padecido.

En cuanto al estigma extrínseco,

“La sociedad no ve igual a una persona que se inyecta heroína en plan yonqui de barrio, gente pobre y de clase muy baja, que a uno que está consumiendo cocaína. Igual porque siempre se ha dicho que la cocaína la consumen los ricos”. (E1, hombre, 33 años)

“Pienso que para una persona consumidora de heroína el estigma que sufre debe ser mucho más duro que el que puede sufrir otra persona consumidora de otra sustancia. Por ejemplo, el consumo de alcohol y de THC está muy normalizado, la gente lo conoce mucho. La cocaína para ciertas personas puede resultarles muy familiar, aunque es un peldaño más. Y, la heroína ya es el peldaño máximo. La heroína es algo mucho más oscuro”. (E2, hombre, 30 años)

“La heroína es una droga que te absorbe más y mucho más rápido, te atrapa. Y, creo que, cuesta mucho más salir de la heroína que de otra droga. La heroína está peor vista por la sociedad que la cocaína, digamos que si consumes cocaína no has caído en el fondo del todo”. (E2, hombre, 30 años)

“[...] Entiendo que la sociedad tenga más estigmatizados a los heroinómanos por la imagen que dan, están muy demacrados. La imagen que tiene la sociedad de los heroinómanos es muy mala. La gente cuando se imagina a un heroinómano se lo imagina tirado en el suelo con una jeringuilla en el brazo”. (E3, mujer, 39 años)

“Cuando era jovencito los rechazaba. También es verdad que es lo que la sociedad nos ha enseñado, es decir, cuando dices drogodependiente te viene la imagen del típico drogadicto heroinómano. Creo que hay varios tipos de drogadicto. El típico heroinómano, yonqui, de finales de los 80 tirado en la calle, es un caso súper extremo, no todos los drogadictos son así. Hoy en día, los drogadictos consumen otras drogas. Yo consumía cocaína y los cocainómanos no estamos físicamente tan deteriorados como los heroinómanos. La gente tiene la imagen del drogadicto como una persona acabada y tirada en el suelo, con aspecto demacrado”. (E4, hombre, 38 años)

“A nivel social, no es lo mismo fumar heroína que inhalar cocaína. La heroína se relaciona mucho con la gente marginal. La heroína te deja relajado [...] al igual que el alcohol no se pueden ocultar, creo que por eso el estigma y el rechazo. Personalmente, no creo que la heroína sea más mala que la cocaína o el THC, pero la sociedad acepta más unas sustancias que otras”. (E5, mujer, 51 años)

En cuanto al estigma intrínseco,

“Mi madre me estigmatizaba mucho. Me llamaba yonqui, parásito, ojalá no hubieses nacido. Y, más cosas que te puedes imaginar. Cosas muy desagradables”. (E1, hombre, 33 años)

“Sí, aunque poco, porque yo intentaba llevar mi consumo lo más escondido posible. Dentro del mismo mundo de los consumos, mi problema era el sexo. Y muchas veces me he visto rechazado por buscar sexo y sustancia, aunque yo también he rechazado y estigmatizado. He rechazado a parejas por consumir metanfetamina inyectada. Yo no lo hacía y sentía rechazo hacia quién lo hacía, estigmaticé. He llegado a estigmatizar a las personas drogadictas, aunque yo lo fuese. Quizá no al compañero que se drogaba conmigo, pero sí a alguien que viese en la calle drogándose. El estigma social a mí me ha ido bien para no avanzar tanto en los consumos. Tengo un tío que es drogadicto y yo tenía una mirada muy estigmatizante hacia él. Ahora lo miro con otros ojos”. (E2, hombre, 30 años)

“En el último trabajo que tuve en un supermercado me echaron a la calle cuando se enteraron que era drogadicta. Me he sentido estigmatizada por un tío que tengo, sé que ha dicho comentarios de mí. Nunca me he escondido. Yo solo quería consumir. A mí me daba

igual todo. Creo que inconscientemente todos tenemos estigma hacia los drogadictos, a veces veo gente y digo: mira esta como va. Y yo sé lo que es y cómo se pasa y todo, pero sí tengo estigma inconscientemente”. (E3, mujer, 39 años)

“Los drogadictos estamos muy mal vistos, como si fuésemos golfos. Hay rechazo. Si le cuentas a alguien que eres drogadicto pues te rechaza y en un trabajo ya ni te cuento. Esto no se puede decir libremente como el que dice que tiene una depresión o cualquier otra enfermedad (...) Un día, esta persona, me vio muy consumida y me pegó una paliza. Tuve una ex pareja que también consumía y me hacía sentir como una mierda por consumir y ser drogadicta”. (E5, mujer, 51 años)

En relación al tercer objetivo específico, definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas, el análisis de las entrevistas alcanza a ofrecer una visión de la figura del educador social en el proceso de rehabilitación de las personas que se encuentran en tratamiento de adicciones.

“El educador tiene un papel súper importante en este tratamiento, es la persona que más te conoce porque es tu día a día. El educador es tu referente. Creo que el vínculo con el educador es lo más importante, es la base de todo. Si no tienes vínculo con el educador poco a poco te irás desmotivando del tratamiento y no harás un trabajo real. Creo que por eso la comunicación entre el usuario y el educador tiene que ser vital”. (E1, hombre, 33 años)

“Mi vínculo con mi educadora es muy bueno, la veo como una persona muy accesible, que se preocupa y que me ha ayudado mucho a entender y comprender esta enfermedad. La educadora me abrió los ojos a conductas que tenía muy adictivas y que no pensaba que tenía tan incorporadas en mi vida. No me plantearía hacer un tratamiento de drogas sin un educador social acompañándome en este proceso. La importancia del vínculo con la educadora porque es a ella a quién le cuentas todo, tus miedos, tus traumas, tus problemas familiares”. (E2, hombre, 30 años)

“La figura del educador es súper importante, es nuestro guía y nuestro apoyo. Sin ellos o ellas hay muchas cosas que no podría hacer. El trabajo personal sin un educador al lado sería imposible hacerlo. Creo que es muy importante el vínculo con el educador para que este proceso sea posible. El papel que tenéis los educadores es muy importante, es lo más importante en este tratamiento. Sin vosotros esto no sería posible”. (E3, mujer, 39 años)

“El educador aquí en el piso es tu guía, sobre todo al principio, luego ya te vas dando cuenta tú. El educador te ayuda a gestionar tu día a día, a realizar una buena planificación de la semana y del fin de semana. Destaco mucho el vínculo. Necesitas crear ese vínculo para poder tener confianza y contarle las cosas para que así pueda ayudarte y guiarte. Un educador no puede ser una persona alejada, obviamente tiene que poner límites, pero ser cercano”. (E4, hombre, 38 años)

“Al principio, es todo complicado porque no entiendes exactamente cuál es el papel del educador social en tu proceso, pero cuando entiendes el papel del educador en tu proceso, entonces entiendes que es imprescindible. Creo que cuando ves la entrega real de los educadores te da mucha fuerza para poder seguir. La figura del educador es imprescindible aquí en el piso, porque ya estás en la calle y es muy importante tener al educador muy cerca

para que te ayude y te guíe. Es importante hacer la reinserción de la mano de los educadores para luego ya poder hacerla sola". (E5, mujer, 51 años)

Finalmente, al explorar las posibles alternativas para cambiar la percepción del estigma que padecen las personas que consumen drogas desde la educación social, los consumidores sugirieron que el modelo hegemónico social del *problema de la droga* no está funcionando.

"[...] En los colegios se imparten charlas sobre las drogas, pero es de una mirada excluyente, o sea el mensaje es: la droga es mala, y al final ese mensaje lleva a que, de manera inconsciente, cuando vemos a alguien drogándose terminemos excluyéndolo, así que, las charlas en los colegios deberían ser más inclusivas. Si la persona quiere cambiar y la sociedad le tiende la mano esta situación puede ser reversible, pero si empezamos a estigmatizar a las personas (...), haremos que sean un desecho social". (E2, hombre, 30 años)

"La sanidad debería involucrarse más de cara a la sociedad porque no dan a entender lo que es la adicción. La sociedad desconoce esto y debería darse a conocer, a través de charlas en colegios, por ejemplo. También, creo que por la televisión podrían hacer cosas interesantes de la adicción, concienciar a la gente de esta enfermedad igual que hacen con la sexualidad". (E3, mujer, 39 años)

"Esto debería cambiarse dando charlas en los colegios desde bien jovencitos, porque esto es algo que le puede pasar a cualquier persona en cualquier momento de su vida". (E5, mujer, 51 años)

Discusión

Esta investigación ha presentado una visión contrastada sobre la contraposición modelo prohibicionista y modelo normalizador de los consumos de drogas, con el objetivo de analizar el impacto de ellos en la generación y mantenimiento del estigma que pesa sobre algunos consumos de drogas y vías de administración (heroína y cocaína fumadas o inyectadas). Para ello, se incluyeron los resultados de cinco entrevistas semiestructuradas a cinco pacientes de servicios residenciales. Los principales hallazgos indican que los participantes perciben el estigma intrínseco y extrínseco que pesa sobre ellos y sugieren algunos aspectos que podría ayudar a reducirlo.

Al analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes destaca, en primer lugar, que los datos obtenidos en el análisis de las entrevistas coinciden con las aportaciones de Rubio (2001), Panadero et al. 2017 y RIOD (2019). Los resultados mostraron la relación entre la adicción a las drogas y el estigma social. Específicamente coincidieron en que existe rechazo hacia las personas drogodependientes y, en consecuencia, esto conlleva a la exclusión social de este colectivo posiblemente debido a

una falta de conciencia social hacia la adicción, es decir, hacia el trastorno. La gran mayoría de la sociedad desconoce que las personas drogodependientes padecen un trastorno crónico y, en consecuencia, tienden a estigmatizarlos. Asimismo, E2 y E5 coinciden en que, si se conociese que la adicción es un trastorno mental, se terminaría con el estigma social. Sin embargo, el consumo de sustancias psicoactivas está intrínsecamente relacionado con otros estereotipos que se asocian al propio estigma como son la delincuencia, la irresponsabilidad y las enfermedades víricas. Por lo tanto, el fin de este estigma no dependerá, exclusivamente, de su condición de trastorno mental (RIOD, 2019).

En segundo lugar, otra de las características que mantiene el estigma de la persona consumidora es la falta de motivación para pedir ayuda por el miedo a ser juzgados y criminalizados. Así pues, la invisibilidad de este colectivo por miedo al rechazo perpetúa el estigma social (RIOD, 2019). Esto puede ejemplificarse con los argumentos que algunas personas drogodependientes esgrimen para abandonar de forma temprana los tratamientos de drogodependencias: que no se identifican con el estereotipo social del drogodependiente, precisamente a causa del estigma que provoca y, por otro lado, por una sensación de control de sus síntomas y automejora percibida que lo aleja (deliberada o inconscientemente) de la cronicidad asociada al propio trastorno (Calvo et al., 2018).

La sociedad normaliza muchos tipos de consumo de drogas. Mayoritariamente tolera o comprende mejor aquellos consumos de drogas legales como: cafeína, alcohol, benzodiacepinas, nicotina, y criminaliza el consumo de otras sustancias psicoactivas como la cocaína, la heroína. Ello se debe en parte al conocimiento y uso generalizado de las primeras y, por lo tanto, al desconocimiento de las segundas, influido este a su vez por la fiscalización a las que están sometidas. Esta fiscalización provoca unas consecuencias particulares relacionadas con la justicia, que a su vez amplifican la vulnerabilidad social de personas excluidas socialmente en un círculo vicioso que se retroalimenta. Estas generan más alarma social y, por consiguiente, la sociedad no estigmatiza normalmente a las personas que son adictas a sustancias legales y sí tiende a estigmatizar a aquellas personas que consumen sustancias fiscalizadas. Pero, también, acaba criminalizando a aquellas personas que hacen un uso de sustancias legales cuyas consecuencias se encuentran en el margen de lo permitido socialmente, incluyéndolas en el estereotipo de *drogadicto*.

En relación al segundo objetivo, analizar el estigma extrínseco e intrínseco de la percepción que el usuario en tratamiento activo de drogas tiene hacia el colectivo drogodependiente y

hacia sí mismo, apuntamos la mirada estigmatizante que los pacientes tienen hacia los consumidores de heroína. La heroína y la cocaína base (cocaína fumada, *crack*) o inyectada, aunque hayan sufrido cambios en la mirada normalizadora de los servicios de salud y servicios sociales, siguen siendo rechazados por la sociedad, especialmente por los jóvenes y se siguen relacionando con personas que se encuentran en los límites de la sociedad (Martínez Oró, 2015).

En relación al tercer objetivo específico, definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas, destaca que la mirada de los entrevistados hacia la figura del educador social está muy alejada del requerimiento no estigmatizante que se le reclama (Fernández, 2017). Así, las personas usuarias se sienten estigmatizadas también por los profesionales de la educación social. Tienen una visión de ellos como de generadora de desconfianza con el usuario, de dificultad para establecer un vínculo sano. Ello provoca en gran medida que el resultado de todo este proceso sea el fracaso en el tratamiento por la falta de un vínculo de trabajo estable y sano, que es la base de la intervención socioeducativa.

Por otra parte, todos los entrevistados apuntan que, el vínculo con los educadores sociales en su tratamiento terapéutico ha sido excelente. Coinciden en que la figura profesional de la educación social es muy importante en este tratamiento porque no habrían seguido un tratamiento de rehabilitación sin su acompañamiento en este difícil proceso. Los resultados coinciden con Fernández (2017) en que, si no existe vínculo con el educador social, el usuario perderá motivación y, en consecuencia, abandonará el programa.

Destacamos que la intervención de la educación social juega aquí un papel muy importante porque el proceso de estigmatización es permanente, es decir, la persona drogodependiente padece estigma antes de empezar el tratamiento, durante el tratamiento y después de terminar el tratamiento (Martín, 2009; RIOD, 2019). Se reconocen dos tipos de estigma, el extrínseco y el intrínseco. El estigma extrínseco, es decir la percepción social hacia la persona drogodependiente, implica desigualdad, discriminación y exclusión social (RIOD, 2019; Romaní, 2018). A su vez, existen dos tipos de estigma relacionados con la mirada extrínseca, el estigma público y el estructural. El estigma público que *“tiene lugar cuando la población aprueba los estereotipos y conlleva una discriminación directa y del que se derivan conductas como la negación de los derechos de la persona estigmatizada”* (Fernández, 2017, p. 86). El estigma estructural *“se relaciona con la exclusión de un colectivo concreto debido*

a la posición que ocupa en la sociedad, siendo ésta un posible atributo de relevancia para llevar a cabo una mayor exclusión y marginalización” (Fernández, 2017, citado por RIOD, 2019, p. 9). En cuanto al autoestigma o estigma intrínseco, caracterizado por ser el autoconcepto que la propia persona drogodependiente tiene sobre sí misma, las personas adictas interiorizan los estereotipos y se discriminan a sí mismas, internalizando las creencias estereotipadas y, por ende, autoexcluyéndose de ciertos ámbitos.

Por lo tanto, los profesionales de la educación social deben identificar que en el propio tratamiento terapéutico o sociosanitario, existe un estigma hacia las personas drogodependientes cuya importancia puede incluso condicionar el resultado del proceso terapéutico (Fernández, 2017). Es, por lo tanto, de vital importancia tomar conciencia de ello y realizar cambios internos para cambiar esta visión prejuiciosa y estereotipante, empezando por uno mismo, el equipo de trabajo, la dirección, la institución e incluso la comunidad general.

La falta de confianza hacia el usuario en la resolución de conflictos, la desconfianza como denominador común en el análisis de sus acciones y la toma de decisiones (por ejemplo: el abandono o descuido hacia sus hijos por ser consumidores). Otros estigmas son el trato infantilizado y relativo a una baja capacidad cognitiva hacia el usuario, la toma de decisiones del profesional sin tener en cuenta el criterio del usuario, la imposición del criterio del profesional sin tener en cuenta la realidad del usuario, etcétera (Fernández, 2017).

En relación al objetivo general de la investigación, analizar el impacto del proceso de estigmatización social que padecen las personas que consumen drogas, apuntamos que la droga desde la percepción de problema sanitario, es concebida por la mayor parte de la sociedad como sinónimo de enfermedad y de muerte. En palabras de Cebrián (2011), los drogadictos son toxicómanos, maniáticos de lo tóxico, de lo que mata. Por lo tanto, un vendedor de droga es un “traficante de muerte”. Desde esta percepción, quién empieza a consumir drogas no puede dejar de hacerlo y, en consecuencia, es capaz de cometer cualquier locura con tal de consumirla. La droga es dañina y perjudicial para la salud, produce dependencia en quien la consume y termina quitándole la vida (Cebrián, 2011).

Así pues, como apunta Cebrián (2011), la percepción de la droga como problema de orden público, tiene su origen en los estragos que produjo el consumo de heroína en los años ochenta. La droga llevaba a los consumidores a la ruina económica, a la delincuencia,

en definitiva, al caos. Así pues, el discurso de la normalización de sus consumidores sigue teniendo esta influencia hacia los consumidores de heroína (Cebrián, 2011; Martínez Oro, 2015).

Por otra parte, los usuarios entrevistados comparten esta misma mirada social. Los entrevistados –consumidores problemáticos en el imaginario social del discurso de la normalización– perciben que la sociedad no ve igual, por ejemplo, a un consumidor de heroína que a un consumidor de cocaína. Enfatizan en que la heroína es una droga que te absorbe mucho más rápido, te atrapa. En el imaginario social, un heroinómano es aquella persona tirada en el suelo con una jeringuilla en el brazo.

Para finalizar, el análisis de los resultados muestra el fuerte impacto que han sufrido los entrevistados. E2 apunta que intentaba llevar su consumo escondido por el miedo a ser juzgado y criminalizado. Asimismo, él también juzgaba ciertos tipos de consumo, destacamos: *“he rechazado a parejas por consumir metanfetamina inyectada, yo no lo hacía y sentía rechazo hacia quien lo hacía, estigmaticé”*. Afirmación que coincide con el discurso de la normalización de sus consumidores (Martínez Oro, 2015).

Asimismo, seguimos apuntando el impacto que el estigma ha tenido en los consumidores. La criminalización y la exclusión social hacia las personas consumidoras de sustancias psicoactivas radica en el origen del modelo punitivo de los consumos de drogas, presentado a la sociedad por los medios de comunicación y apoyado por el modelo judicial que configura este paradigma. Nuestros entrevistados sugieren un cambio de modelo, puesto que el actual sigue criminalizando a sus consumidores y, en consecuencia, marginalizándolos.

Por una parte, E2, E3 y E5 coinciden en que el modelo hegemónico prohibicionista de los consumos de drogas no está funcionando. No obstante, las miradas son distintas. Así pues, E3 y E5 comparten una perspectiva más clínica e, incluso, con cierto tinte prohibicionista, puesto que, consideran que deberían impartirse charlas educativas en los centros escolares para concienciar a los jóvenes y adolescentes de la complejidad que tiene la enfermedad de la adicción. Enfatizan en que, el Estado no hace nada para dar visibilidad a esta enfermedad. Sin embargo, los resultados del análisis de datos de la entrevista realizada a E2, muestran el fracaso rotundo que el modelo prohibicionista ha tenido. E2 enfatiza en que, las charlas que se ofrecen en los institutos tienen una mirada, totalmente, excluyente. El mensaje es claro y conciso: *“la droga es mala”, “y al final esto lleva a que, de manera inconsciente, cuando vemos a alguien drogándose terminemos excluyéndole”*. *“Las charlas en los colegios deberían ser más inclusivas”*.

Por otra parte, E2, E3 y E5 coinciden con Waisman y Benabarre (2017) en un denominador común: el modelo hegemónico no está funcionando y la normalización debería ayudar a terminar con la criminalización que padecen los consumidores. Asimismo, la fiscalización de las drogas agrava potencialmente los problemas de aquellas personas consumidoras, ya que la ilegalización favorece al mercado negro y, en consecuencia, las drogas son de baja calidad, sufren adulteraciones en los niveles de pureza y los procesos de elaboración son potencialmente deficientes. No obstante, como apunta Martínez Oró (2015), el discurso de la normalización de los consumos de drogas también excluye ciertos tipos de consumo. Los consumidores simpatizantes de este modelo, criminalizan a ciertos grupos sociales por el tipo de consumo, es decir, la normalización de los consumos de drogas clasifica los consumos en categorías: tolerables, normales y problemáticos. Así pues, al igual que rechazan ciertos tipos de drogas o vías de administración, también rechazan ciertos tipos de consumidores. Por consiguiente, la heroína se sigue relacionando con el mundo de la exclusión social, de la marginalidad, del cuelgue, del *yonqui*. En consecuencia, el estereotipo de *yonqui* consumidor de heroína sirve de chivo expiatorio a los consumidores recreativos para normalizar sus consumos y, de este modo, darse a sí mismos una mirada poco problemática (Martínez Oró, 2015).

Conclusiones

En primer lugar, destacamos, en opinión de las personas que han consumido drogas y se encuentran en tratamiento residencial, la intrínseca relación que existe entre la adicción a sustancias psicoactivas y el estigma social. En el imaginario social, la persona drogodependiente es sinónimo de *yonqui*, *enfermo*, *delincuente*... Por lo tanto, la respuesta a ¿cuáles son los elementos sociales que crean el estereotipo de la droga y de la persona drogadicta? Consideramos que es el modelo hegemónico prohibicionista. Como apunta Martínez Oró (2015), este discurso prohibicionista nace en EE. UU por intereses políticos de una minoría puritana. Este discurso cristalizó a escala mundial mediante el ejercicio de la diplomacia internacional y es el discurso existente en el sistema de valores actual de nuestra sociedad. El prohibicionismo opera en nuestro imaginario social y crea el estereotipo de la droga como algo negativo, fruto de las políticas prohibicionistas de drogas. El estereotipo de droga como sinónimo de muerte forma parte de un sistema de valores social potencialmente punitivo. La droga como sustancia química no es ni buena ni mala, es decir, todo dependerá del uso que se haga de la sustancia y de la toxicidad que dicha sustancia posea. Por consiguiente, para que el individuo desarrolle dependencia física y psicológica

hacia la droga, además de la propia naturaleza de la sustancia deben tenerse en cuenta los condicionantes individuales y contextuales de cada persona (Rovireta, 2000).

En segundo lugar, los consumidores subrayan el fracaso del modelo prohibicionista de los consumos de drogas y que, por consiguiente, se deben buscar soluciones reales al *problema de la droga*. El modelo de la normalización de los consumos de drogas parece ser la única alternativa tangible a esta problemática. Dicho discurso emerge de la propia evolución social que lleva a la aceptación de los consumos de drogas, aunque, el discurso de la normalización tropieza con algunos límites que alteran nuestro principal objeto de estudio, el estigma. El discurso de la normalización de los consumos de drogas sigue utilizando como chivo expiatorio a ciertos tipos de consumos o consumidores. El paradigma de la heroína como sinónimo de muerte y destrucción sirve a muchos consumidores de otras sustancias para mantenerse normalizados. Apuntamos que, el discurso de la normalización debería aceptar y no criminalizar ningún tipo de consumo, puesto que, sino, en cierta manera, seguimos adscritos al registro del discurso prohibicionista. La minoría puritana por intereses políticos-morales y los normalizadores por intereses individuales. El resultado es el mismo, excluir más allá de los márgenes sociales a los más desfavorecidos, tanto a nivel social como a nivel económico. No obstante, el estatus social y el económico están directamente relacionados.

En tercer lugar, consideramos necesario destacar que desde la educación social se deben promover estrategias de cambio destinadas a erradicar el estigma social que sufre este colectivo, empezando por la disciplina de la educación social misma. Dando visibilidad a las drogas y a los consumos como parte de la propia sociedad consumista y hedonista en la que vivimos. Existen los consumos como parte de una sociedad que invita al placer. Por lo tanto, la sociedad no debería estigmatizar a las personas que consumen drogas y, de ningún modo, rechazar y apartar a éstas más allá de los márgenes de la sociedad. Parece contradictorio, la sociedad invita al placer y al mismo tiempo criminaliza y rechaza al que queda flotando en él.

Por lo tanto, debemos promover políticas inclusivas donde cada uno elija ser del color que quiera ser y, no por eso, tenga que sufrir el tan funesto estigma social. Y, en consecuencia, la sociedad en vez de excluirlo trate de comprenderlo y acompañarlo. Finalmente, apuntamos que esta investigación ha sido una primera aproximación a toda la complejidad que engloba *el problema de la droga*. En líneas futuras de investigación, se debe tratar de dar respuestas para terminar con el imaginario social que se tiene acerca de este concepto. Apoyando políticas de

reducción y prevención de riesgos, para que así, la sociedad pueda conocer de manera objetiva qué son las sustancias psicoactivas y qué riesgos o daños asume quién las consume, así como, qué beneficios o placeres puede obtener. De este modo, con libertad de valores individuales, los ciudadanos, puedan decidir, sin intermediarios, qué precisan en sus vidas.

Referencias

- Ahern, J., Stuber, J. y Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 8 (2-3), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Amigó, S. (2017). *Guía del uso racional de las drogas*. Madrid, España: ACCI.
- Amorós, P. y Ayerbe, P. (2000). *Intervención educativa en inadaptación social*. Madrid: Síntesis.
- ASEDES (2007). Documentos profesionalizadores. *Código deontológico del educador y la educadora social*. Barcelona: Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES). Recuperado de: <http://www.eduso.net/archivo/index.php?c=27>
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2008). Declaración de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones con seres humanos*. 59a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008. Recuperado en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Calvo, F., Carbonell, X., Giralt, C., Lloveras, À. y Turró, O. (2017). Reducción de daños asociados al consumo inyectado de drogas en población sin-hogar: Propuesta para una intervención grupal a través de WhatsApp. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, 6(2), 3-3.
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J. y Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(1), 41-55.
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C. y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485.
- Cebrián, J. (2011). *Sobre drogas y prohibiciones*. Barcelona, España: Cádiz.
- Corominas, M., Roncero, C. y Casas, M. (2015). El sistema dopaminérgico en las adicciones. *Cuadernos mente y cerebro: adicciones*, (10), 4-11.
- De la Fuente, L.; Brugal, M.T.; Domingo-Salvany, A.; Bravo, M.J.; Neira-León, M.; Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500009&lng=es&tlng=es.



- España. Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, del 5 de diciembre. Boletín oficial del Estado, 6 de diciembre 2018, núm 294.
- EMCDDA (2017). *European drug report. Drug related harms and responses*. Disponible en https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017/html/harms-responses/developing-response-skills_en
- Escohotado, A. (2018). *Historia elemental de las drogas*. Madrid: La Emboscadura
- Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, O.M., Bilbao-Acedos, I., Rojas, A.J., Vidal Giné, C., Vergara-Moragues, E. y González-Saiz, F. (2011). Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave. *Trastornos adictivos*, 13(4), 167-174.
- Fernández, J.J. (2017) Estigma en usuarios y usuarias de drogas. Estrategias para combatirlo. Socidrogalcohol. Ponencia XIX Seminario RIOD. San José de Costa Rica
- Gamella, J.F. (1990). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X. y Giralt, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 63-71.
- Global Commission on Drug Policy. (2017). El problema mundial de la PERCEPCIÓN de las drogas. Contrarrestando prejuicios sobre las personas que usan drogas. Recuperado en http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/03/GCDP-Report-2017_Perceptions-SPANISH.pdf
- Goffman, E. (2015). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T. y Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- Guijarro, E. y Ballesteros, B. (2008). *Métodos de investigación en educación social*. Madrid, España: UNED.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Santa Fe. México: McGraw-Hill
- Juanico, J. y Ventura, D. (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, (66), 70-85.
- Martín, V.M. (2009). *Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga: Aljibe.
- Martínez Oró, D.P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Bellaterra.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Recuperado de: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, (2019), *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) (2018-19)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2019), *Informe (2019)*, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Panadero, S., Vázquez, J.J. y Martín, R.M. (2017). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33-36.
- RIOD (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., & Slater, J. (2012). Counting the Costs of the War on Drugs – The alternative world drug report. Recuperado en www.countthecosts.org/es
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona. Ariel.
- (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En Martínez Oro, D.P., y Pallarés Gómez, J. (Eds.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. (p.103-115). Lleida: Milenio.
- Rovireta, G. B. (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Rubio, J. (2001). Proceso de la construcción social de un enigma: La exclusión social del drogodependiente. *Nómadas*, 4. Recuperado en <https://www.redalyc.org/pdf/181/18100414.pdf>
- Ruiz, M. y Santibáñez, R. (2014). Prisión, drogas y educación social. *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, (57), 118-134.
- Schulman, D. (2014). Drogas y criminalidad. *Archivos de criminología, seguridad privada y criminalista*, 3, 1-11.
- Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Usó, J.C. (2019). *Drogas neutralidad y presión mediática*. Santander: El desvelo.
- Waisman, M., y Benabarre, A. (2017). *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas clínicas de la enfermedad adictiva*. Buenos Aires: Panamericana.

Para contactar:

Anna Marco. Correo electrónico: annmarmas@gmail.com

Oriol Segovia-Minguet. Correo electrónico: osegovia@peretarres.url.edu

Fran Calvo. Correo electrónico: fran.calvo@udg.edu

Xavier Carbonell. Correo electrónico: xaviercs@blanquerna.url.edu

