

# DOSIS DE ESTIGMA

Trabajo Final de Grado



Autora:

**Anna Marco Mascarell**

Tutor: Oriol Segovia Minguet

GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

Curso: 2019 - 2020

*Fecha de entrega: 21 de mayo del 2020*



UNIVERSIDAD  
**RAMON  
LLULL**

Facultad de Educación y Trabajo Social Pere Tarrés

*A todas las víctimas de las drogas heroicas*

## ***Dosis de estigma.***

### **Resumen:**

La fiscalización de las drogas apoyado por el modelo hegemónico prohibicionista, ha criminalizado y, en consecuencia, estigmatizado a sus consumidores. *Dosis de estigma* es un trabajo de investigación que tiene por finalidad mostrar al lector los elementos implicados en la construcción del estigma social que padecen las personas que consumen drogas en nuestra sociedad. Asimismo, plantear alternativas para terminar con el tan funesto estigma que padece este colectivo social. La investigación, se apoya en el modelo de la normalización de los consumos de drogas como posible alternativa para terminar con la mirada delictiva hacia la droga y sus consumidores, aunque se encuentra con diferencias, puesto que, el discurso de la normalización de los consumos de drogas presenta un consenso inequívoco excluyente hacia ciertos tipos de consumo. Por lo tanto, permeable a un nuevo paradigma, *Dosis de estigma*, trata de buscar soluciones a todo lo que engloba *el problema de la droga* desde una mirada sociocultural.

Palabras clave: fiscalización de las drogas, modelo prohibicionista, estigma social, modelo de la normalización, problema de la droga.

## ***Dosi d'estigma***

### **Resum:**

La fiscalització de les drogues secundat pel model hegemònic prohibicionista, ha criminalitzat i, en conseqüència, estigmatitzat als seus consumidors. Dosi d'estigma és un treball de recerca que té per finalitat mostrar al lector els elements implicats en la construcció de l'estigma social que pateixen les persones que consumeixen drogues en la nostra societat. Així mateix, plantejar alternatives per a acabar amb el tan funest estigma que pateix aquest col·lectiu social. La recerca, es recolza en el model de la normalització dels consums de drogues com a possible alternativa per a acabar amb la mirada delictiva cap a la droga i els seus consumidors, encara que es troba amb diferències, ja que, el discurs de la normalització dels consums de drogues presenta un consens inequívoc exclouent cap a certs tipus de consum. Per tant, permeable a un nou paradigma, Dosi

d'estigma, tracta de buscar solucions a tot el que engloba el problema de la droga des d'una mirada sociocultural.

Paraules clau: fiscalització de les drogues, model prohibicionista, estigma social, model de la normalització, problema de la droga

### *Stigma dose*

#### **Abstract:**

Drug control supported by the prohibitionist hegemonic model, has criminalized and consequently stigmatized their consumers. *Stigma dose* is a research project whose purpose is to show the reader the elements involved in the construction of the social stigma of those who use drugs in our society. Also, to propose alternatives to end with fatal stigma that this social group suffers. The research is based on the model of standardization of drug consumption as a possible alternative to end the criminal gaze on drugs and their users, although it encounters differences, since, the discourse of the normalization of consumption presents a clear exclusionary consensus towards certain types of consumption. Therefore, permeable to a new paradigm, *Stigma dose*, tries to find solutions to all everything encompasses the drug problema from a socio-cultural perspective.

Keywords: drug control, prohibitionist model, social stigma, standardization model, drug problem.

Agradecimientos:

En primer lugar, a los chicos del Piso Terapéutico. Gracias por permitirme entrar en vuestras vidas. Gracias por compartir conmigo vuestros miedos y temores, así como, vuestros anhelos de cambio. Sin duda sois ejemplo de valentía y superación. Gracias por todo el conocimiento que me habéis aportado.

En segundo lugar, a Eduardo, un viejo amigo, gracias por tu ayuda en la edición de esta maravillosa portada. Infinitas gracias.

En tercer lugar, a David Pere Martínez Oró. Gracias por inspirarme a través de tus libros. *Sin pasarse de la raya* ha sido, sin duda, mi gran amigo en este pequeño gran camino. Gracias.

También, al resto de autores que forman parte de la fundamentación teórica de esta investigación: Juan Carlos Usó, Jordi Cebrián, Oriol Romaní, etcétera. Gracias por el conocimiento aprendido, sois unos genios.

Por último, a Oriol Segovia, gracias por este camino tan bonito que me has presentado. Gracias por invitarme a reflexionar sobre el problema de la droga y animarme a mirar más allá de la “cultura del no”. Gracias por tus sabias aportaciones, tus recomendaciones bibliográficas, tu paciencia y confianza en estos momentos de incertidumbre planetaria. Gracias por las conversaciones tan enriquecedoras e inspiradoras que juntos hemos compartido en esas tutorías interminables. Gracias por permitirnos crear conocimiento juntos. Eternamente agradecida.

## ÍNDICE

1.Introducción y justificación. ....	1
2. Marco Teórico.....	3
2.1 CAPITULO I. ADICCIÓN A LAS DROGAS.....	3
2.1.1 ¿Somos adictos? .....	4
2.1.2 ¿Qué es la droga? .....	8
2.1.2.1 Perspectiva clínica del concepto de droga.....	8
2.1.2.2 Perspectiva socioliberal del concepto de droga.....	9
2.2 CAPITULO II. NORMALIZACIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS .....	11
2.2.1 Modelo de la normalización: tipos de consumo .....	12
2.2.2 ¿La droga es mala? .....	21
2.3 CAPÍTULO III. EL ESTIGMA DE LA PERSONA DROGADICTA .....	26
2.3.1 ¿Rayas de estigma? .....	26
2.3.2 Una mirada desde la Educación Social .....	30
3. Marco metodológico. ....	34
3.1 CAPITULO I: METODOLOGÍA .....	34
3.1.1 Objetivos y pregunta inicial. ....	34
3.1.2 Diseño de la investigación.....	35
3.1.3 Fases de la investigación .....	37
3.1.4 Selección de la muestra. ....	39
3.1.5 Aspectos éticos .....	39
3.1.5.1 Confidencialidad y consentimiento informado. ....	39
3.1.6 Resultados. ....	41
4. Discusión de resultados.....	48
5. Conclusiones .....	55
6. Bibliografía .....	58

## **1.Introducción y justificación.**

*Dosis de estigma* es un trabajo de investigación enmarcado en la asignatura de Trabajo Final de Grado, cursada en el cuarto año del grado universitario de Educación Social. El trabajo tiene como finalidad romper con el imaginario social que se tiene acerca de las personas que consumen drogas.

El interés por esta temática nace, principalmente, por el contacto directo con la realidad social, la observación y reflexión de la misma, además, de las prácticas universitarias cursadas en el Piso Terapéutico, este curso académico. Asimismo, como apunta Martínez Oró (2015), la multidimensionalidad de los consumos de drogas es una de las características que convierte a este en fenómeno de estudio para la gran parte de las disciplinas de las Ciencias Sociales y Experimentales (Martínez Oró, 2015). Así pues, el fenómeno de las drogodependencias ha sido objeto de estudio en estas disciplinas, puesto que, constituye uno de los problemas sociales, personales y sanitarios que más preocupan a nuestra sociedad (Martín Solbes, 2009). Sobre todo, el interés de estudio en este fenómeno surge de la *alarma social*, resultado de los estragos que produjo el consumo de heroína en los años ochenta.

Asimismo, el presente trabajo analiza los diferentes elementos sociales que crean el estereotipo de la droga y de la persona drogadicta. Y, en consecuencia, cronifican su estigma social. La sociedad ve a la persona drogodependiente como un enfermo, delincuente, marginal... Esta mirada potencialmente estigmatizante y criminalizadora no facilita, de ningún modo, la posible integración social de este colectivo. *Dosis de estigma*, presenta al lector *el problema de la droga* y de sus consumidores desde el prisma de dos modelos antagónicos: el modelo hegemónico del prohibicionismo y el modelo de la normalización de los consumos de drogas. Por consiguiente, la investigación persigue diferentes objetivos: analizar la relación existente entre estigma social y adicción a las drogas, averiguar la función de la educación social en el proceso de estigmatización y, por último, pero no menos importante, analizar el modelo de la normalización como alternativa al modelo prohibicionista de los consumos de drogas.

La intervención social aplica el concepto de normalización al colectivo drogodependiente, para conceptualizar el proceso necesario para desvincularlos de la marginación y la exclusión social. El objetivo último es convertirlos en personas integradas socialmente (Wolfensberger, 1972 citado en Martínez Oró, 2015, p.35-36).

Para finalizar, la metodología de la investigación es de tipo cualitativo, siendo la entrevista el instrumento elegido para llevar a cabo la recogida de datos. Asimismo, el presente trabajo está dividido en cuatro apartados. En primer lugar, el marco teórico, dividido en tres capítulos, siendo estos el eje vertebrador de todo el trabajo. Luego, el marco metodológico recogido en un solo capítulo. En tercer lugar, la discusión de los resultados y, en último lugar, las conclusiones.



## **2. Marco Teórico.**

### **2.1 CAPITULO I. ADICCIÓN A LAS DROGAS.**

Cuando yo la conocí tenía 16 años. Fuimos presentados en una fiesta por un chico que se decía mi amigo. Fue un amor a primera vista. Ella me enloquecía. Nuestro amor llegó a un punto que ya no conseguía vivir sin ella. Pero era un amor prohibido, mis padres no la aceptaron, fui reprendido en la escuela y pasamos a encontrarnos a escondidas. Pero ahí no aguanté más: quedé loco. Yo la quería, pero no la tenía. Ya no podía permitir que me apartaran de ella. Yo la amaba. Choqué con el coche, rompí todos los muebles de casa y casi maté a mi hermana. Estaba loco. Precisaba de ella. Hoy tengo 39 años. Estoy internado en un hospital. Soy inútil y voy a morir... abandonado por mis padres, por mis amigos y por ella. Su nombre: cocaína. A ella le debo mi amor, mi vida, mi destrucción y mi muerte. *Freddy Mercury* (citado en Waisman y Benabarre, 2017, p.39).

*En el presente capítulo, presentamos al lector el concepto de adicción y droga desde el modelo médico. Asimismo, el lector podrá conocer la definición de la droga desde el modelo de la normalización de los consumos apuntado en la perspectiva socioliberal que se encontrará a lo largo de este capítulo.*

### **2.1.1 ¿Somos adictos?**

Durante décadas, los clínicos que tratan las adicciones han librado una dura batalla para lograr que la opinión pública, sus pacientes e incluso sus colegas médicos las reconociesen como una enfermedad médica, en lugar de verlas como un fracaso moral. Se ha recorrido un largo camino para ayudar a la gente a entender que se trata de una enfermedad que implica cambios en el cerebro de un individuo. Sin embargo, aún queda un largo camino para reducir el estigma de la adicción, y educar a la gente sobre la complejidad de esta enfermedad cerebral, depende en parte de los investigadores y clínicos que trabajan en este campo: un individuo con un trastorno por consumo de sustancias no solo libra la batalla de resistir a la tentación de una sustancia placentera o de vencer el ansia de la “euforia” (Koob y Volkow, 2010 citado en Levounis, Zerbo y Aggarwal, 2017, p.3).

La objetividad de que algo se haga o no se haga a diario no aporta la suficiente información para diagnosticar a una persona como adicta. La mayoría de las personas adictas no consumen a diario, pero sí hacen abusos esporádicos. Alternando periodos de consumo, periodos de consumo controlado y hasta incluso periodos de abstinencia (Washton y Boundy, 2018).

Es importante comprender esto, porque partiendo de ese criterio erróneo, muchas personas que son adictas suelen persuadirse, y convencer a otros, de que no tienen ningún problema. “Yo no bebo todos los días, así que ¿Cómo habría de tener un problema?” o “Solo consumo cocaína los fines de semana. Si fuera adicto lo haría todos los días”. Con algunas drogas y actividades, hasta es teóricamente posible (si bien improbable) que una persona incurra en ellas a diario y no sea adicta.

[...]

En el caso de muchas sustancias, sin embargo (nicotina, cafeína, azúcar, cocaína y alcohol, entre ellas), el consumo diario a menudo conduce a la adicción. Con una droga altamente adictiva como la cocaína, por ejemplo, sería muy insólito que alguien la consumiera a diario durante, digamos, seis meses y no se convirtiera en adicto, teniendo en cuenta los profundos efectos bioquímicos que tiene esta droga en el cerebro (Washton y Boundy, 2018, p.36-37).

Washton y Boundy (2018) enfatizan en que no es la cantidad empleada (inhalaciones, gastos, tragos, apuestas) sino la manera que tiene el sujeto de relacionarse con la sustancia, persona, objeto, etcétera. Y, en consecuencia, cómo le afecta la droga a la persona, en el mismo momento que ejecuta la acción y, cuál es el efecto global que esta tiene en su vida. Por lo tanto, incurrir en la sustancia o en la actividad (apuestas, compras, máquinas tragaperras...) caracteriza a la persona adicta si esto le conlleva problemas en su vida.

En palabras de Washton y Boundy (2018): “La adicción a cualquier cosa es diagnosticable. Sus síntomas pueden ser reconocidos y descritos. Hay un punto en el que la enfermedad todavía no existe y un punto en el que sí existe” (p.38). En relación a dicha afirmación, subrayamos que la adicción no se desarrolla en un individuo después de un primer consumo, sino que, debe haber varias repeticiones de consumo. Por lo general, empiezan en consumos sociales y, de manera progresiva, el individuo pasa a una segunda etapa donde empieza a perder el control sobre la droga o, la conducta adictiva (Corominas, Roncero y Casas, 2015). Aunque, para que el individuo desarrolle dicha patología debe tener, además, cierta predisposición genética, así

como, ambiental, y al operar conjuntamente, facilitarán el desarrollo de la adicción (Corominas et al., 2015). Asimismo, apuntamos la definición de adicción definida por la American Society of Addiction Medicine: “la adicción es una enfermedad primaria, crónica, que afecta el circuito de recompensa del cerebro, la motivación, la memoria y los circuitos relacionados” (American Society of Addiction Medicine (ASAM) citado en Waisman y Benabarre, 2017, p.4).

Investigadores afirman que existe una relación directa entre el uso o abuso de sustancias psicoactivas y el funcionamiento cognitivo. Los cambios cognitivos que sufre el organismo por el consumo de sustancias psicoactivas afectan a la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, es decir, afectan a funciones como: recordar lo leído, pensar con claridad, comunicarse de manera concisa, llevar a cabo tareas cotidianas, resolver problemas, entre otras (Waisman y Benabarre, 2017). Por el contrario, en otras adicciones no químicas como: las compras compulsivas, el juego patológico, la adicción al sexo o al trabajo, la sustancia no genera ese deterioro cognitivo, puesto que, no hay sustancia que pueda alterar los mecanismos de plasticidad sináptica en el individuo (Corominas et al., 2015). Aunque, en este tipo de adicciones, sin sustancia, el control de la conducta del individuo es el motor principal en la activación de los mecanismos neurobiológicos propios del aprendizaje motivacional y de los hábitos que cualquier adicción genera en el individuo (Corominas et al., 2015). Por ello, los mecanismos que constituyen el sustrato neurobiológico de aprendizaje y, que forman los hábitos de conducta en el individuo, son los mismos en todos los tipos de adicciones (Corominas et al., 2015).

Para terminar, consideramos importante subrayar la diferencia entre dependencia y adicción, puesto que, como apunta Lüscher (2015), en el lenguaje coloquial se confunden dichos términos, pero desde el punto de vista neurobiológico deben diferenciarse. Por lo tanto, definimos que la dependencia se define como el síndrome de abstinencia que aparece cuando la persona deja de consumir la sustancia psicoactiva. En los opiáceos –como la heroína– el síndrome de abstinencia aparece repentinamente, un par de horas después de la última dosis. Por lo tanto, la dependencia fisiológica a la sustancia puede tratarse mediante un programa de desintoxicación y la persona técnicamente dejaría de ser adicta (Lüscher, 2015).

Por una parte, la adicción refiere a un estado persistente, en el que pese a las consecuencias negativas que puedan conllevarle, la persona no puede parar de consumir. Por lo tanto, esto significa que, la persona tras un tratamiento de desintoxicación deje de ser dependiente – físicamente–, pero –psicológicamente– siga siendo adicta y, en cuanto vuelva a probar la droga,

volverá a perder el control sobre sí misma (Lüscher, 2015). Por otra parte, los opiáceos crean una dependencia potencialmente alta, pero no todos los consumidores dependientes son adictos, es más, como apunta Lüscher (2015), la adicción en los consumidores de opiáceos se da en un porcentaje bastante bajo. Y, con la droga más adictiva, la cocaína, solamente una quinta parte cumple con los criterios diagnósticos de adicción. De igual manera sucede con comportamientos y acciones como los juegos de azar, es decir, la gran mayoría de personas podrían acudir al casino y abandonarlo sin haber desarrollado ludopatía (Lüscher, 2015).

## 2.1.2 ¿Qué es la droga?

Cuando los hombres definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias, aunque la definición sea disparatada. [...] Es necesario analizar también la sociedad que genera el estereotipo de “droga”, que rotula con ese estereotipo a unos sujetos sí y a otros no, que crea así una percepción de amenaza y que, por último, trata de lidiar con ella definiéndola bien como un problema moral, bien como una cuestión legal o como una enfermedad. Pues la “droga” –siempre entre comillas– es un miedo colectivo que tiene efectos, en parte reales y en parte, en una gran parte, imaginarios (Lamo de Espinosa, 1993, p.93 citado en Cebrián, 2011, p.30)

### 2.1.2.1 *Perspectiva clínica del concepto de droga.*

Como apunta la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término droga, acuñado en el año 1969, es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (citado en Waisman y Benabarre, 2017, p.3). Este concepto definido por la OMS, hace referencia a la droga definida como fármaco o psicofármaco. Y, en 1982 la OMS, modifica la definición de droga entendida como fármaco o psicofármaco, haciendo distinción entre el término droga (fármaco) del concepto droga de abuso (sustancia psicoactiva). Definiendo esta como: “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos, o sea, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, y susceptible de ser autoadministrada” (Waisman y Benabarre, 2017, p.3). Por consiguiente, la diferencia entre sustancia psicoactiva y fármaco o psicofármaco es que, los fármacos, presentan un estudio y evaluación y se utilizan para tratar patologías, es decir, un profesional sanitario solo decide su utilización ante la presencia de una enfermedad, siempre con un criterio de riesgo–beneficio (Waisman y Benabarre, 2017). Y, las sustancias psicoactivas son aquellas sustancias con impacto en el funcionamiento cerebral que poseen acción reforzadora positiva, que pueden generar dependencia y ocasionar deterioro psicoorgánico y social” (Waisman y Benabarre, 2017, p.4). Asimismo, las sustancias psicoactivas actúan sobre el sistema nervioso central provocando modificaciones en el estado psíquico del individuo modificando su control voluntario. Se utilizan por su efecto

potencialmente placentero, de este modo, modifican el estado mental mejorando el estado anímico, evitando el malestar y la tensión (Waisman Campos, 2012 citado en Waisman y Benabarre, 2017).

### 2.1.2.2 *Perspectiva socioliberal del concepto de droga.*

Kramer y Cameron (1975, p.13 citado en Martínez Oró, 2015, p.24). Definen el término droga como:

Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este. Es un concepto intencionalmente amplio, ya que abarca no solo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos, sino también otras sustancias activas del punto de vista farmacológico.

Desde el punto de vista fisiológico y farmacológico, la definición de Kramer y Cameron englobaría todo tipo de drogas, tanto las *drogas médicas* como las drogas de abuso. Por consiguiente, para ambos el concepto droga engloba tanto las drogas legales como las drogas fiscalizadas. Asimismo, destacamos la propuesta de Comas (1998) en palabras de Gamella (2005, p.68 como se cita en Martínez Oró, 2015, p.24):

El mismo concepto de “drogas” (o de la droga, en español) es más una categoría moral y simbólica que química o farmacológica. La verdad es que “la droga” no existe como sustancia o conducta, sí como leyenda o mito más poderoso y amenazante como menos definido esté. En realidad, hay muchas sustancias psicoactivas de diferente naturaleza y la peligrosidad es casi siempre inseparable de cómo se utilicen, para qué, para quién y en qué contexto cultural.

La definición de Comas (2002) citado en Martínez Oró (2015), hace referencia al atributo de droga desde una perspectiva sociocultural, ya que la sociedad normaliza muchas sustancias psicoactivas legales como: cafeína, teína, alcohol, azúcar, benzodiazepinas, nicotina..., y criminaliza el consumo de otras sustancias psicoactivas de la misma naturaleza química por el simple hecho de no ser legales. En definitiva, las drogas fiscalizadas son una

alarma social para gran parte de la población que no conoce o, que no quiere conocer, el modelo de la normalización del consumo de sustancias psicoactivas (Martínez Oró, 2015).

Por consiguiente, Cebrián (2011) apunta tres categorías distintas que conceptualizan a “la droga” o a lo que “la droga” refiere en nuestra sociedad. Estas tres categorías son: el problema sanitario, el problema de orden público y el problema ético/moral. 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”. Figura totalmente criminalizada por las miradas prohibicionistas. Desde esta percepción de problema sanitario, 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).

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, como apunta Cebrián (2011):

El drogadicto (en nuestro imaginario colectivo, no se puede ser usuario de las drogas sino solo drogadicto, toxicómano o drogodependiente) es peligroso antes de consumir (porque lleva el mono y hace cualquier cosa por una dosis), mientras consume (porque la Droga le hace perder el control de sí mismo) y después de hacerlo (porque la Droga ya le ha vuelto loco y su cerebro es como un huevo frito). (p.33)

Por último, la percepción de la droga como problema ético y social, en la antigüedad, residía en la iglesia, pero en la actualidad, debido a la pérdida de poder de la iglesia, el problema ético reside en la nueva religión, la medicina, y su iglesia, el Estado. Situación que antes era una lid entre diferentes sistemas éticos, ahora pertenece a un conflicto médico. Aunque, los argumentos morales más tradicionales siguen existiendo en la moral social. La mayoría de la sociedad sigue relacionando la droga con la pérdida de la voluntad, la razón, la cordura, la libertad y la ética. Además, de la pérdida del respeto a los padres, educadores, autoridades, etcétera. Así como, la búsqueda constante del placer, vuelve al hombre improductivo para vivir en sociedad (Cebrián, 2011).



## 2.2 CAPITULO II. NORMALIZACIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS

Aprendí paulatinamente a respetar estas drogas, a emplearlas con moderación. Durante la adolescencia o en plena juventud se puede ser indiscriminado, ya que uno tiene poca noción de la propia mortalidad. Por supuesto, eso no quiere decir necesariamente que uno vaya a sobrevivir a esta etapa. Pero cuando andas por la treintena la cosa cambia. De pronto, sabes que en algún momento vas a morir, y en las resacas y los bajones se percibe en qué medida las drogas contribuyen a este proceso; agotando los recursos espirituales, mentales y físicos, alimentando la apatía con la misma frecuencia con que alimentan la emoción. Se convirtió en un problema matemático en el que uno jugaba con las variables: unidades de droga consumidas, edad, constitución y ganas de quedar hecho polvo. Unos pocos continúan sin parar hasta el fin del camino. Yo decidí seguir con el mismo tipo de vida, saliendo, desparramando, pero bajo control. *Mark Renton a Porno* (Welsh, 2005, p.116 citado en Martínez Oró, 2015, p.21).

*En el presente capítulo, presentamos al lector el modelo de la normalización de los consumos de drogas como proceso sociocultural histórico que ha llevado a la sociedad a la normalización de ciertos tipos de consumo (nivel macrosocial). Asimismo, el lector podrá conocer el discurso de la regulación de los consumos de drogas que utilizan los consumidores para mantenerse normalizados (nivel microsicial) (Duff, 2004 citado en Martínez Oró, 2015). El lector también podrá conocer el problema de la droga desde la perspectiva sociocultural normalizadora.*

### **2.2.1 Modelo de la normalización: tipos de consumo.**

El concepto de la normalización se utiliza, en ciertos matices, en diferentes disciplinas y ámbitos, para expresar el proceso mediante el cual, las drogas y los consumidores, abandonan la excepcionalidad para formar parte de lo aceptado en una sociedad determinada, es decir, normal. En las últimas dos décadas, la normalización ha cristalizado como vocablo de uso habitual en el campo de las drogas, como así lo asevera, la literatura y los discursos profesionales [ ...] bajo el concepto de normalización, se esconden diferentes procesos sociales, reivindicaciones profesionales y sobre todo diferentes ideologías y posiciones morales (Martínez Oró, 2015, p.35).

Como apunta Martínez Oró (2015), 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 por Reino Unido y toda Europa occidental. El *éxtasis* y otras drogas empezaron a expandirse en todos los contextos festivos de la península ibérica. 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 de 1993, 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 adultez. Por consiguiente, estos pudieron desinhibirse de dicha

situación social y disfrutar de los placeres que les ofrecían las fiestas nocturnas, dado que las drogas estaban al alcance de todos los jóvenes (Martínez Oró, 2015).

El *éxtasis* se convirtió en la gran droga de la evitación de la vida para una generación que no tenía muchas expectativas puestas. Los padres les habían dejado una vida cómoda, pero sin ideales ni inspiración. Los estudios y el trabajo eran, cada día más, áreas de control, pero no de realización. Por eso resultaba tan atractivo el descontrol en el área de la diversión, que aparecía como el antídoto a la obligación cada día mayor que el sistema les exigía. Vivían una nueva transición, hacia la consolidación de un sistema social más reglado, más establecido, más duro. Pero, al mismo tiempo, sin que nadie les diera garantías reales que el futuro sería consistente más allá de 1992 (Oleaque, 2004, p.67 citado en Martínez Oró, 2015, p.106).

La sociedad de consumo ofrecía a los consumidores un escenario idóneo normalizado para disfrutar de los innumerables placeres que ofrecían las sustancias psicoactivas. De este modo, evitar los problemas que podían asociarse a los consumos del mundo marginal. Asimismo, la normalización da visibilidad a todo 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 80 (Martínez Oró, 2015).

Las drogas, en este sentido, ya no se asocian tanto a la marginalidad, como ocurría en el modelo del discurso “tremendista” sobre las “drogas”, que llegó a ser hegemónico en la España de los años ochenta (Pallarés, 1996; Gamella y Álvarez, 1997); sino que están inmersas en contextos sociales categorizados como “normales”, y así son percibidas tanto por la mayoría de sus consumidores como por muchos componentes de sus núcleos primarios de relación social, incluidos algunos adultos (Romaní, 2005a, p.113 citado en Martínez Oró, 2015, p.115).

La normalización ayuda a terminar con la criminalización que padecen los consumidores. Asimismo, investigadores afirman que la criminalización ha limitado a gran parte de la población en el uso de sustancias psicoactivas, aunque agrava potencialmente los problemas de aquellas personas consumidoras y adictas. En consecuencia, la criminalización favorece al

mercado negro con drogas de baja calidad, adulteraciones, procesos de elaboración deficientes, bajos niveles de pureza, etcétera (Waisman y Benabarre, 2017).

Como defiende Martínez Oró (2015), “el proceso de normalización modula la aceptabilidad o el rechazo, de las diferentes expresiones de los consumos para cada una de las drogas” (p.132). Por lo tanto, como apunta Martínez Oró (2015), destacamos que la cocaína es una de las drogas fiscalizadas más consumidas y normalizadas en la sociedad, al igual que el cánnabis y, en menor medida el *éxtasis*, ya que su consumo depende del formato de presentación en el que se muestre. Asimismo, los cambios en el discurso de la normalización que sufrió el LSD, alucinógeno descubierto por Albert Hoffman en 1943, empezó a verse como una sustancia potencialmente nociva. Sin embargo, la heroína y la cocaína base (cocaína fumada, crack) aunque hayan sufrido cambios en la mirada normalizadora siguen siendo rechazados por los jóvenes normalizados. La heroína al igual que la cocaína base se siguen relacionando con el mundo de la exclusión social, de la marginalidad, del cuelgue, del yonqui, de la enfermedad, hasta incluso de la muerte. Por consiguiente, se rechaza todo tipo de drogas y vías de administración que tengan que ver con el estereotipo de yonqui de los años 80, además de repelar también la estética típica del yonqui (chándal sucio, imagen desaliñada, estigma físico, barrio periférico, vagabundo, etcétera). En consecuencia, el estereotipo de *yonqui* consumidor de heroína les sirve de chivo expiatorio a todos los consumidores recreativos para así normalizar sus consumos y de este modo darse a sí mismos una mirada poco problemática. En la actualidad, el discurso de la normalización acepta los consumos de LSD de manera excepcional, dado que, los consumidores normalizados rechazan el consumo de esta sustancia psicoactiva por los potenciales efectos alucinógenos que produce. Por lo tanto, dicha droga es de consumo prácticamente exclusivo para realizar *viajes psiconáuticos* (droga que se ingieren con la finalidad de experimentar con la psique, y así poder explorar la mente humana con estados potencialmente alterados de conciencia. A esta experiencia se le llama viaje psiconáutico. Como se ha mencionado anteriormente, la cocaína ha sufrido una exponencial transición normalizadora, pasó de representar a los yuppies de los 80 a transformarse en la droga de los trabajadores, concretamente de los trabajadores de la construcción y profesionales relacionados con la burbuja inmobiliaria de principios del año 2000, hasta convertirse en una de las drogas fiscalizadas más consumidas en ambientes recreativos y festivos. El caso del *éxtasis*, como se ha mencionado anteriormente, su consumo depende del formato de presentación en el que se muestre (Martínez Oró, 2015).

Como apunta Measham (2004, p. 314-315 citado en Martínez Oró, 2015, p.138-139):

Los primeros años del s. XXI se sustituyó el *éxtasis* en pastilla por la presentación en polvo o cristal, porque en la clasista sociedad inglesa, las pastillas representaban el mal gusto propio de la clase baja protagonista de actos vandálicos.

Y, como defienden Smith, Moore y Measham (2009, p. 14-15 citado en Martínez Oró, 2015) “el *éxtasis* en polvo se entendió como una sustancia con más estatus, más controlable y relacionada con la gente *indie* de clase media con alto nivel cultural” (p.139).

El *éxtasis* en polvo o MDMA fue una de las drogas con mayor aceptación y populismo a finales de los años 70 y en la década de los 80-90 en Estados Unidos y Europa Occidental (Sáiz Martínez, García-Portilla González, Paredes Ojanguren y Bobes García, 2003). “El periodo comprendido entre los años 1977 y 1985 puede considerarse como la edad de oro de *Adam*” (Sáiz Martínez et al., 2003, p.38). *Adam* fue el nombre que utilizó el psicólogo Leo Zoff durante los últimos años de su vida para llamar al MDMA, aunque el nombre de la sustancia *Adam* se relacionaba exclusivamente con consumos terapéuticos y experimentales (Beck y Rosenbaum, 1994 citado en Sáiz Martínez et al.,2003). Más tarde el MDMA pasaría a llamarse *éxtasis* y, se relacionaría en consumos recreativos y festivos. Este nombre se lo puso un productor clandestino de San Francisco que fabricaban MDMA en un laboratorio situado en California. Al principio dicho autor quería llamarla *empathy* por los efectos que esta sustancia desarrolla en el cerebro y, en consecuencia, la fluidez en las relaciones sociales, pero consideró que el nombre de *éxtasis* era más comercial, por lo tanto, funcionaría mejor (Bagozzi, 1996 citado en Sáiz Martínez et al.,2003). El fenómeno del *éxtasis* en nuestras fronteras se fecha a principios de los años 80, concretamente en Ibiza y Valencia, después viajaría hasta Reino Unido, Londres y Manchester. En Londres el consumo normalizado de MDMA se realizaba en locales gay como el Shoom, el Pyramid, el Jungles y, en España, específicamente en Ibiza, se normalizan los consumos de MDMA en discotecas como Pachá o Amnesia (Bagozzi, 1996 citado en Sáiz Martínez et al., 2003). A finales de los 80 se expande la sustancia por el resto de islas Baleares, Madrid y Cataluña. A principios de los 90 el consumo de *éxtasis* se expande y se normaliza en amplios sectores de la población juvenil más allá de ambientes bohemios o contraculturales (Gamella y Álvarez, 1999 citado en Sáiz Martínez et al.,2003). A

mediados de los 90 la popularización y la normalización de esta droga hace que baje su precio exponencialmente y, poco a poco va extendiéndose por toda la geografía española, incluso llegando a las zonas más rurales (Gamella y Álvarez, 1999 citado en Sáiz Martínez et al., 2003).

La popularización y la normalización del MDMA empieza a cambiar a principios del año 2000, a causa de la crisis de suministros. La mafia china era la principal proveedora de precursores en la producción del MDMA (Blickman, 2004, pp.25-28 citado en Martínez Oró, 2015). El aumento del control policial chino hacia los laboratorios clandestinos de la MDMA donde se producía el aceite safrol (materia prima en la producción de MDMA) hace que estos tengan que ser destruidos y, desaparecen. Este acontecimiento unido al mayor control policial en los puertos chinos debido a la celebración de los Juegos Olímpicos de Pekín 2008, cumpliendo con el Convenio de 1988 sobre la fiscalización de sustancias psicoactivas, hizo que Europa se quedase sin éxtasis. Por consiguiente, este acontecimiento provocó el aumento de la adulteración de la MDMA en polvo (Martínez Oró, 2015). El mercado inestable y la adulteración de la droga en la que se encontraba la MDMA conllevó a que el discurso de la normalización de los consumidores de *éxtasis* en polvo viese potencialmente nocivo dicho consumo. Por ello, tuvieron que empezar a normalizar los consumos en distinto formato, *éxtasis* en pastillas, ya que eran imposibles de adulterar. Con el tiempo se restableció el suministro de MDMA en polvo de calidad y, los consumos de éxtasis en formato pastilla o en formato polvo se vieron aceptados y normalizados por los consumidores (Martínez Oró, 2015).

Asimismo, destacaremos la normalización del éxtasis en pastilla, como apuntan Fernández-Calderón, Lozano-Rojas, Bilbao-Acedos, Rojas-Tejada, Vidal-Giné, Vergara-Moragues y González-Saiz (2011) en su investigación específica a consumidores de éxtasis en pastilla, *speed*, en fiestas *rave*. Subrayamos: “las *raves* son fiestas celebradas en lugares apartados [...] donde se escucha música electrónica [...] el patrón de consumo normativo en estas fiestas es el policonsumo, siendo especialmente prevalente el consumo de drogas de síntesis de tipo alucinógeno/estimulante” (Fernández-Calderón et al., 2011, p.168). El consumo de *speed* está potencialmente normalizado en estas fiestas *underground* en ambos géneros, aunque las estadísticas muestran un mayor porcentaje de mujeres consumidoras. Dato significativo, puesto que el consumo de mujeres en nuestra sociedad sigue permaneciendo más oculto que el de los hombres. Asimismo, consideramos que tiene sentido que los datos de consumo de *speed* según esta investigación sean los mismos en mujeres y hombres o, incluso, más elevados en mujeres, debido a la propia cultura de las fiestas *rave* caracterizada por ser andrógina (Fernández-Calderón et al., 2011).

En relación a las drogas legales, destacamos el consumo de alcohol, “dicha sustancia es la más aceptada, normalizada y consumida entre los jóvenes europeos y la más accesible” (Martínez Oró, 2015, p.142). Consideramos importante destacar el binomio adolescentes-alcohol. La relación sociocultural entre el alcohol y los adolescentes siempre ha sido muy cercana, pero en los últimos años dicha relación ha ido ganando peso y, se ha convertido en una práctica caracterizada por consumos potencialmente intensivos de alcohol. Esta práctica popular conocida, coloquialmente, como *botellón*, se ha convertido en un problema importante en nuestra sociedad. Dentro de la práctica del *botellón*, destacamos el consumo en atracón o, el término anglosajón, *binge drinking*. Dicho consumo, según el Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT] (2019), se caracteriza porque el adolescente ha ingerido 5 cubalibres, cañas o copas de bebidas alcohólicas en intervalos aproximados de 2 horas. Por ello, la moda del botellón se caracteriza por un inicio precoz en la ingesta abusiva de alcohol. Según los datos de (OEDT, 2019), destacamos que el alcohol es la sustancia más consumida por los adolescentes de 14 a 18 años. La media de adolescentes que han tomado alguna vez alcohol se sitúa en 14,0 años, y el consumo semanal de dicha sustancia inicia su media en 15,2 años. Los adolescentes incrementan su consumo conforme va aumentando su edad, siendo más habituales los consumos en atracón o *binge drinking*.

“Los adolescentes y jóvenes entienden beber alcohol como totalmente aceptable, y en ocasiones, necesario para disfrutar intensamente de la fiesta. Apuntan que todo el mundo bebe y que abstenerse es extraño, aunque respetan la decisión de hacerlo” (Pallarés y Martínez Oró, 2013, p.82 citado en Martínez Oró, p. 142). El alcohol es reconocido en los contextos festivos como una sustancia imprescindible para alcanzar estados positivos, desinhibición, facilitar las relaciones sociales, desconectar de las responsabilidades y preocupaciones, en definitiva, vivir momentos placenteros con el grupo de amigos. Por ello, el discurso de la normalización enfatiza como totalmente normal la ingesta de alcohol. Asimismo, dentro del concepto de la normalización las borracheras y los consumos poco controlados están muy presentes (Martínez Oró, 2015). Como se apunta en Pallarés y Martínez Oró (2013, pp. 23-32 citado en Martínez Oró, 2015), “describen tres posiciones en función de la relación mantenida con el alcohol: la intensiva (consumo regular e intensivo), la moderada (consumo esporádico y moderado) y la “porreta” (fumadores de porros con consumos poco frecuentes de alcohol)” (p.143). Todas las miradas entienden como problemático beber en solitario, emborracharse en situaciones que no corresponden, protagonizar episodios agresivos y otros problemas relacionados con el abuso de alcohol. Por consiguiente, la aceptabilidad de esas miradas depende, en cierto modo, del

discurso normalizador que se tenga en relación a las tres posiciones citadas anteriormente (Martínez Oró, 2015).

En todas las posiciones, emborracharse esporádicamente se normaliza, especialmente si coincide con celebraciones del calendario anual y vital (San Juan, Nochevieja, fiestas patronales, cumpleaños, bodas, etc.). La posición moderada presenta un discurso de la normalización, que delimita más estrictamente los consumos normalizadores, porque considera problemático emborracharse cada fin de semana, sobre todo si siempre se obtienen consecuencias negativas (resacas, tanto físicas como morales, pérdida de memoria, vómitos, malestares, actos desafortunados, etc.), pero si las borracheras se producen puntualmente, tampoco deben implicar complicaciones vitales. El discurso de la posición intensiva, acepta y normaliza emborracharse en todas las salidas nocturnas para obtener la desinhibición, aunque censura desbarrar y “perder los papeles”. El discurso de la posición “porreta” señala que el alcohol conlleva más inconvenientes que el cannabis, aunque normalizan las borracheras de los iguales, ellos prefieren fumar cannabis que beber (Martínez Oró, 2015, p.143).

En relación a la droga fiscalizada más normalizada y aceptada por la sociedad, destacamos el cannabis. El cannabis es la principal droga fiscalizada que no se relaciona de manera exclusiva con los consumos nocturnos o festivos, es decir, muchos consumidores la consumen días laborales. Dicha sustancia está normalizada por el discurso normalizador siempre y cuando las interferencias en la vida del consumidor sean mínimas, es decir, para que el cannabis esté normalizado debe interferir lo mínimo posible en la vida diaria de un consumidor (Martínez Oró, 2015).

Asimismo, consideramos necesario destacar una pequeña pincelada de la cultura del cannabis en la España de los años 60-90. Como apunta Romaní (2005) *en la cultura del cannabis treinta años después... Unas reflexiones personales*, refiere a la cultura del cannabis como la “subcultura contracultural” y, esta se constituyó en relación a tres corrientes diferentes: los *grifotas*, los *rockers* y los *estudiantes*. Los *grifotas* eran hombres que vivían en el Barrio Chino de Barcelona (actualmente, barrio del Raval) pertenecientes a esferas o estatus muy bajos que habían formado parte del ejército de la legión española en el Norte de África y, de



allí habían traído a nuestras fronteras la cultura de la grifa, que es una forma de presentación de la marihuana. La grifa pasó a ser un modo de vida más allá del simple consumo. Asimismo, los *rockers* eran jóvenes que pertenecían a esferas medias de la sociedad. Este movimiento se caracterizaba por la rebeldía canalizada a través de la ropa, de la música, del corte de pelo, en definitiva, de la estética. Los *rockers* adoptaban esta posición ante la vida para mostrar su descontento hacia la sociedad, hacia el Estado..., este era su vehículo para teñir al mundo con colores más cálidos que el gris que les envolvía. Para ellos la vida era una cuestión de actitud y el rock y la cultura de esta les ayudaba a sentirse libres. Muchos *rockers* incluían la grifa como parte de su propia cultura. La grifa les ayudaba a definir más su propio estilo. Y, para finalizar, la corriente cultural de los *estudiantes*, se caracterizó por las numerosas movilizaciones estudiantiles que se iniciaron para reivindicar más derechos y más libertades en la España de la dictadura franquista. Este movimiento contracultural fue acompañado de los consumos de grifa por gran parte de los estudiantes reivindicativos, es decir, aquellos que sí creían en un cambio posible a favor de la libertad. A finales de los 60, llega una nueva contracultura denominada “cultura del hachís”. Esta nueva subcultura la descubren los catalanes *jipis* en Holanda y Oriente y, la traen a su Barcelona natal. En esta etapa el hachís cobra mayor protagonismo que la grifa (marihuana) ya que su manejo es más discreto que la hierba. Por ello, el hachís protagoniza toda una generación de jóvenes con anhelos de libertad, de solidaridad, de vivir la vida intensamente e, intentar romper con el modelo hegemónico político social que caracterizaba esa etapa. Esta subcultura *jipi* y *jipi-frik* se caracterizaba también por el consumo de otras drogas, la droga en sí misma era un elemento distintivo de toda una generación. La droga les permitía ser libres, experimentar y soñar. A este movimiento también se unían intelectuales jóvenes como profesores universitarios, cineastas o arquitectos (Romaní, 2005).

Por consiguiente, el cannabis sufre una pequeña recesión a mediados de los 80 coincidiendo con los problemas relacionados con el consumo de heroína. A mediados de los 90 el cannabis vuelve a alcanzar su punto álgido en nuestra sociedad y en el resto del mundo (Romaní, 2005).

Por otro lado, refiriéndonos a los datos obtenidos por la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (OEDT, 2019), el cannabis es la sustancia psicoactiva fiscalizada con mayor prevalencia entre los estudiantes de 14 a 18 años. Destacamos que un 33% de alumnos han consumido cannabis alguna vez en la vida, aunque esta prevalencia sigue aumentando desde la predisposición iniciada, entre los adolescentes, en 2016. La media de

inicio en los consumos de esta sustancia fiscalizada se encuentra antes de cumplir los 15 años de edad, dato que destacamos ya que, no se aprecia ninguna variación significativa en relación a la serie histórica de inicios a esta sustancia. El consumo de cannabis se encuentra prácticamente igual de normalizado entre los chicos que entre las chicas. Analizando los datos obtenidos por (OEDT, 2019) en relación a su población diana de estudiantes varones de 14 años, destacamos que un 15% de estos han consumido alguna vez cannabis, proporción que aumenta progresivamente con la edad, de manera que a los 18 años el consumo aumenta en un 51,2%. En relación a la población diana femenina, destacamos que un 14,2% admite haber consumido dicha sustancia alguna vez y al igual que la población varonil, la proporción de consumo aumenta con la edad de manera que el consumo alcanza el 47,2% en los 18 años (OEDT, 2019).

Para finalizar, como apuntan los datos del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA, 2019), el cannabis es la sustancia psicoactiva que más se consume en grupos de edades diferentes. El tipo de consumo de dicha sustancia fluctúa entre el consumo ocasional, el consumo regular y, el consumo dependiente. Los datos de las estimaciones de consumo del Observatorio Europeo apuntan que en la Unión Europea el 91,2 millones de adultos entre 15 y 64 años, o el 27,4% de este grupo de edad, han probado el cannabis en alguna etapa de su vida. De estos, 24,7 millones, o un 7,4% de este grupo ha consumido cannabis el último año. Y, del grupo de adultos jóvenes de 15 a 34 años 17,5 millones, o un 14,4% de este grupo, han consumido dicha sustancia en el último año.

Finalmente, como muestran los datos estadísticos del Informe sobre Drogas en España 2018, aunque los datos estadísticos corresponden al año 2015, destacamos que en España el 26,6% de la población ha consumido cannabis alguna vez en su vida. Asimismo, en el último año han consumido un 17,1% de la población adultos jóvenes y un 9,5% de adultos.

### 2.2.2 ¿La droga es mala?

No hay droga, sino drogas. “La Droga” no existe. Hablar de ella en singular y con mayúsculas es una falsedad peligrosa. Cuando oímos, pues, frases del tipo “apartar a los jóvenes de la Droga” o “la Droga mata a nuestros jóvenes”, estamos dando por sentado la existencia de algo que no es sino una abstracción, un concepto, un mito. Bajo esa simplificación existe un conjunto de sustancias que, usadas de una u otra manera, ya sea por vía oral, anal, endovenosa o inhalada, y en determinada dosificación, pueden alterar nuestra conciencia, nuestro ánimo y nuestras percepciones. Estas sustancias, distintas entre sí por sus efectos, sus orígenes, su composición y su peligrosidad, tienen como denominador común el hecho de que el Estado ha decretado su “ilegalidad” o bien ha restringido su uso al terapéutico mediante prescripción facultativa. La “ilegalidad” es, de hecho, lo que define en la práctica su horrible estatus y lo que dota a la palabra de su connotación obscena. Vemos así que, cuando el café estaba prohibido en Rusia, con horribles penas para quien traficara con él, su maldad era evidente. ¿Sería concebible que algún reputado científico actual se refiriera a la cocaína, ahora que es “ilegal”, como un “*estimulante mucho más vigoroso y mucho menos dañino que el alcohol*”? Estas palabras las escribió Sigmund Freud a finales del siglo pasado (Cebrián, 2011, p.40).

Como apunta Amigó Borrás (2017), 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 del abuso, dado que existen otros factores potencialmente determinantes en la posible adicción. Por ello, el abuso de la sustancia está influido, 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 personales son potencialmente claves en el proceso psicológico de la adicción. Existen ciertos rasgos de la personalidad del individuo que están asociados al consumo y abuso de drogas y, por ello, tienen más predisposición a volverse

adictos. Por consiguiente, “las drogas, como tal, no son el problema. Desde la misma planta, procesadas o sintetizadas, masticadas, fumadas o esnifadas, las drogas van a seguir siendo consumidas [...] Así ha sido a lo largo de la historia de la humanidad y así seguirá siendo” (Amigó Borrás, 2017, p.25). Asimismo, algunas drogas legales como el tabaco y el alcohol se siguen consumiendo, aunque el consumo de tabaco está más restringido por conciencia social de los efectos perjudiciales que esta sustancia produce en el organismo. El alcohol, por otra parte, es una sustancia con un potencial social muy elevado, ampliamente aceptada. Existe toda una *cultura* del vino, de la cerveza y, por consiguiente, esta *cultura* tan intrínsecamente aceptada impide que desaparezca de la sociedad (Amigó Borrás, 2017).

Nunca desaparecerá el alcohol y aunque el abuso del mismo acarrea auténticos dramas personales y daña muy seriamente la salud, su uso moderado es posible y deseable. Y lo mismo podríamos decir de otras drogas, ya sean legales o no. Son cada vez más y más los estudios que demuestran que drogas como el cannabis o el éxtasis tienen importantes aplicaciones médicas, como son paliar efectos secundarios de la quimioterapia, glaucoma, pérdida de apetito en determinadas enfermedades, tratamiento del estrés postraumático, etc (Amigó Borrás, 2017, p.26).

Como apunta Cebrián (2011), 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 noble deporte de la escalada. Por ello, 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. Pero, sin embargo, la sociedad criminaliza al hombre si desafía a su propia mente o psique sin una coartada deportiva de por medio. La asunción del riesgo depende, mayoritariamente, de la familiarización o habituación que el individuo tenga. Por ello, ir en coche supone un grave peligro cuantificable, dado que, semanalmente mueren centenares de personas en las carreteras y, no por ello, dejamos de conducir. Deducimos que, con precaución y algo de suerte a nosotros no nos tocará, del mismo modo, asumimos los riesgos que provocan el consumo de alcohol, tabaco o café. Siendo la

sociedad consciente de que estas sustancias producen más muertes que los accidentes de tráfico (Cebrián, 2011).

Por consiguiente, Cebrián (2011) subraya que 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. Nuestro cerebro establece una relación entre riesgo-beneficio. Volviendo al ejemplo de los accidentes de tráfico, los riesgos que los individuos asumen a la hora de circular por cualquier vía se ven recompensados por las potenciales ventajas que les proporcionan. Si no asumen el riesgo muchos vivirían aislados de la sociedad, en situaciones de inferioridad social y laboral. Del mismo modo, sucede con el deporte, debido a la potencial aceptación y normalización que nuestra sociedad tiene, impide ver la peligrosidad asociada a este: funestas víctimas en carreras de motociclismo, ciclistas atropellados, accidentes de alpinismo... La sociedad acepta el riesgo que estas actividades pueden conllevar y, sin embargo, en ningún momento se cuestiona la continuidad de estas. Por ello, la sociedad debería ser consciente de que muchas personas tienen la necesidad impetuosa de disponer de estímulos extra que les permitan olvidar, reír, curiosar, experimentar... Y, para cierta parte de la sociedad estas necesidades son igual de importantes que, para otras, la televisión, las salidas a la playa en verano, el *footing*... (Cebrián, 2011).

Así pues, en la escala de valores social, los nombres que se le dan a las cosas son esenciales en la toma de decisiones de los riesgos que se quieren asumir. Asimismo, en palabras de Cebrián (2011), destacamos:

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? El cava, vino espumoso, es un producto alimenticio, publicitado, conocido, con connotaciones de celebración y de alegría. Las imágenes asociadas son de burbujitas bailarinas deseándonos un feliz año nuevo al son de una alegre musiquilla. La droga, sobra repetirlo, nos trae imágenes de degradación, delincuencia y muerte. La elección está pues viciada por el lenguaje. Nadie puede dudar de que, en todos los sentidos, el cava es una droga, pero, al darle otro nombre, le libramos de la pesada carga mítica de temores e imágenes negativas asociadas.

El usuario de tranquilizantes recetados por un médico es un “paciente”; pero si no ha habido prescripción médica, es un “drogadicto” que “abusa de fármacos”. La heroína es una “droga”, pero la metadona, suministrada por médicos, es un “tratamiento”. En realidad, la metadona es un opiáceo como la heroína, generadora de dependencia y con un terrible síndrome de abstinencia, pero, de nuevo, el nombre la libera de tan pesadas cargas (Cebrián, 2011, p.56-57).

Por lo tanto, como apunta Usó (2019), a finales del siglo XIX y principios del siglo XX numerosas drogas que, en la actualidad, tenemos 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, entre otros. En nuestro país, se consumían al año, en los hospitales, entre 10 kg y 20 kg de clorhidrato de morfina y cocaína, respectivamente. Estos fármacos pertenecían a la categoría de drogas heroicas y, se caracterizaban por ser sustancias potencialmente tóxicas y perjudiciales para la salud. De modo que, se prescindía de su uso a excepción de casos extremos. Aunque, estas drogas eran también común en medicina doméstica, dado que, su compra era de fácil acceso. Se podían encontrar en: droguerías, boticas, herboristerías, farmacias, etcétera (Usó, 2019).

Las drogas heroicas se utilizaban para tratar diferentes síntomas o enfermedades: la morfina se utilizaba como analgésico, de modo que, calmaba el dolor de quién la consumiese; la heroína se utilizaba como antidepresivo y antitusígeno, así pues, estabilizaba a los pacientes depresivos y, calmaba la tos de aquellos que lo necesitasen; por último, el uso de la cocaína era muy común como anestésico local (Usó, 2019). Asimismo, como apunta Cebrián (2011), la heroína se utilizó durante algunos años como deshabitador de morfinómanos.

Art. 20. Aún con receta, no despacharán los Farmacéuticos medicamento alguno heroico en dosis extraordinaria sin consultar antes con el facultativo que suscriba la receta y exigir la ratificación de esta. Las recetas ratificadas se quedarán en poder del Farmacéutico, y de las demás llevará este un libro copiador o registro diario, que exhibirá siempre que sea requerido por la Autoridad competente (*Gaceta de Madrid*, 24 de abril de 1860, p.1-2 citado en Usó, 2019, p.15).

Art. 21. Se prohíbe a los Farmacéuticos únicos autorizados para la venta de remedios y medicamentos, el anunciar estos en periódico alguno que no sea especial de Medicina, Farmacia o Veterinaria (*Gaceta de Madrid*, 24 de abril de 1860, p.1-2 citado en Usó, 2019, p.15).

En consecuencia, como apunta Usó (2019), a partir de 1870 el Código Penal respetaba al máximo los artículos mencionados de 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 heroicos 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” (*Gaceta de Madrid*, 24 de junio de 1870, p.1, citado en Usó, 2019, p. 17). Es decir, como apunta Usó (2019), no existía ninguna diferencia técnica entre el daño que podía causar cualquier sustancia psicoactiva y el que podía causar otra sustancia química, como, por ejemplo, el ácido sulfúrico.

## 2.3 CAPÍTULO III. EL ESTIGMA DE LA PERSONA DROGADICTA

Nos utilizábamos el uno al otro en un sentido social, esa es la única forma de describirlo, para proyectar cierto barniz de normalidad. Es un gran camuflaje para su frigidez y mi impotencia inducida por el jaco. A mi madre y mi padre se les caía la baba con Hazel, viéndola como nuera en potencia. Si ellos supieran. *Mark Renton* a *Trainspotting* (Welsh, 1999, p.27 citado en Martínez Oró, 2015, p.29).

### 2.3.1 ¿Rayas de estigma?

El término *stigma* 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* totalmente 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, debía evitarse a toda costa en lugares públicos (Goffman, 2015).

Como apunta Goffman (2015), posteriormente, la corriente religiosa del cristianismo adoptó el término introduciendo dos significados metafóricos: “el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física” (p.13). Por otra parte, estudiosos no se han molestado en investigar una definición del concepto en sí, aunque como apunta Goffman (2015), “el término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (p.15). Asimismo, la sociedad establece los medios para categorizar mediante atributos a las personas y, de este modo, se crea la *identidad social* de un individuo.



Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil–. De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla, desventaja (Goffman, 2015, p.14-15).

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 cronifican el estigma social de cada grupo o individuo. Como apunta Rubio (2001), esto implica no ser reconocido como un ciudadano más con sus derechos y sus deberes y sí como un “marginado”. Asimismo, Erving Goffman apunta tres tipos de estigma en los que se pueden clasificar los individuos o los grupos sociales dependiendo de su naturaleza:

En primer lugar, las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas–. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión [...] (Goffman, 2015, p.16).

Por consiguiente, según la clasificación de tipos de estigma apuntada por Erving Goffman (2015), este capítulo se centrará en los defectos del carácter del individuo, puesto que, irá focalizado hacia el estigma que padecen las personas drogodependientes.

Como apunta Rubio (2001), el proceso de estigmatización social convierte a la persona drogodependiente en un ser desposeído, su definición social se establece por comparación con

los no consumidores y esta comparación sirve para consolidar su posición social como alguien que es diferente e inferior a los demás. Asimismo, existe una mirada social potencialmente negativa con un sinnúmero de atributos peyorativos hacia el colectivo drogodependiente. Estos atributos existen en el imaginario social y, en consecuencia, legitiman su exclusión social (Rubio, 2001). El consumo de sustancias psicoactivas hace que la persona tenga conductas no adecuadas al constructo social y, por consiguiente, pueda padecer trastornos psíquicos que le alejan del contexto de normalidad. Asimismo, ocasionalmente, las personas toxicómanas presentan actuaciones delictivas u otras. Por lo tanto, la sociedad les califica de viciosos, delincuentes y un sinnúmero de atributos, sin tener en cuenta su condición de persona que ha perdido el control sobre sí mismo y sus actos (Panadero, Vázquez y Martín, 2017 citado en Pascual y Pascual Pastor, 2017). Por consiguiente, apuntamos que una falta de conciencia social hacia la adicción, es decir, hacia la complejidad de esta enfermedad, conlleva a la marginación y, en consecuencia, a la exclusión social

Por otra parte, destacamos que otra de las características que cronifican 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 (Cunningham, Sobell y Chow, 1993; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997 citados en RIOD, 2019). Asimismo, el consumo de sustancias está intrínsecamente relacionado con otros estereotipos que se asocian al propio estigma, como son: las enfermedades relacionadas con el VIH –la epidemia del VIH se relacionó con las prácticas endovenosas de drogas–, problemas de salud mental y, delincuencia –mencionada anteriormente– (RIOD, 2019).

Se entiende que una carga pesada de simbolismo rodea el uso de sustancias psicoactivas. Las sustancias psicoactivas pueden ser productos de prestigio, pero uno u otro aspecto de su uso parece atraer el estigma y la marginación casi universales. Estableciendo incluso una relación del consumo de sustancias y el crimen (Esbec y Echeburúa, 2016 citado en Pascual y Pascual Pastor, 2017, p.224).

Por consiguiente, consideramos necesario apuntar el binomio droga-delito, puesto que gran parte de la sociedad los etiqueta con este atributo. Estudiosos han centrado su estudio en investigar si la droga es un potencial factor de riesgo generador de actos delictivos o bien es el propio acto delictivo el que genera situaciones de consumo. Por ello, existen diferentes

modelos que se han encargado de dar respuesta a esta problemática (Schulman, 2014). Así pues, destacamos el modelo biopsicosocial y el modelo de la competencia social. Ambos modelos se caracterizan por proyectar una mirada multidimensional hacia el sujeto consumidor, buscando así la causalidad en dicho consumo (Schulman, 2014). La relación entre droga y delito es existente 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.

El consumo de drogas, sumado a otros factores de riesgo, puede conducir en algunos casos hacia la criminalidad, y será esta la vía para la obtención del dinero para procurarse su adicción. Como así también el estar bajo los efectos de las drogas puede conducir en algunos casos hacia la comisión de delitos (Schulman, 2014, p.10).

Por último, apuntamos que, aunque exista esta correlación entre ambas problemáticas no necesariamente una persona que consuma tóxicos debe estar intrínsecamente relacionado con actuaciones delictivas. Si bien, existe este binomio droga-delito como lo hemos ejemplificado, también por el paradigma jurídico que engloba el modelo prohibicionista de los consumos de drogas.

### 2.3.2 Una mirada desde la Educación Social.

March (1998) nos habla de la pedagogía de la drogadicción para referirse al lugar que nos permite abordar el conflicto entre el individuo y el entorno que da origen a la drogadicción en sus diferentes manifestaciones. En este contexto descubrimos que ese lugar le corresponde a la educación social, cuya misión es intervenir a fin de modificar determinadas situaciones sociales a través de estrategias estrictamente educativas, convirtiéndose en un agente de cambio social, en un factor dinamizador de la comunidad a través de la acción educativa. Es función de la educación social diseñar y ser protagonista de la intervención socioeducativa que conduce a mejorar las relaciones entre los individuos, así como incidir en aquellas situaciones sociales que pueden optimizarse a través de una acción reeducativa (Solbes, 2009, p.93).

Por una parte, en relación a la definición del profesional de la educación social, Juanico y Ventura (2017) apuntan que, el educador social trabaja con personas que necesitan medidas socioeducativas singulares, en consecuencia a circunstancias personales o de ambiente. Asimismo, Moran (2007, p.2) refiere a la figura del educador social como “un técnico de la intervención socioeducativa preparado para desarrollar su actividad laboral con un colectivo que presenta unas necesidades específicas, formado en las técnicas de animación, gestión y planificación de programas, y con una sólida formación para la adaptación a nuevos ámbitos y formas de intervención” (citado en Ruíz y Santibáñez, 2014, p.131).

Juanico y Ventura (2017), subrayan algunas competencias características que configuran al profesional de la educación social en la acción socioeducativa: la relación educativa entre el usuario y el profesional se debe construir mediante el vínculo y, siempre de manera bidireccional; la importancia de la espontaneidad adquirida, puesto que, permite gestionar de manera educativa cualquier obstáculo presente en la cotidianidad de la vida;

además de que, el profesional de la educación social debe poseer habilidades sociales, tales como: en primer lugar, los componentes verbales, caracterizados por el habla, la conversación, pues es la herramienta fundamental que utilizamos los seres humanos para comunicarnos con los demás; en segundo lugar, los componentes no verbales, caracterizados por ser el lenguaje no verbal, es decir, la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, etcétera y, por último, los componentes paralingüísticos, caracterizados por acompañar al mensaje que emitimos al interlocutor, es decir, el tono o volumen de voz, la fluidez y la velocidad del habla (Juanico y Ventura, 2017).

Así pues, “las habilidades sociales son un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que la persona mantenga relaciones sociales positivas con los demás y que afronte, de manera afectiva y adaptativa, las demandas de su entorno (...)” (Juanico y Ventura, 2017, p.82).

Por otra parte, en relación al estigma que padecen las personas drogodependientes, destacamos que, como se apunta en RIOD (2019), el estigma que padecen la personas que consumen drogas y desarrollan conductas adictivas afecta de manera transversal a la vida de estas. Generando un impacto potencial en la salud física y mental, la capacidad de encontrar trabajo y mantenerlo, así como mantener una vivienda, una red social y su autoconcepto (RIOD, 2019). Asimismo, las personas drogodependientes sufren rechazo social, pues, la propia sociedad los aparta y los estigmatiza. 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).

Todavía hoy en día, hay algunas zonas del mundo, donde cientos de miles de personas son criminalizadas y judicializadas, e incluso castigadas con la pena de muerte por haber consumido drogas catalogadas como ilegales. También existen áreas geográficas en las cuales se condenan a estas personas a un registro de antecedentes penales que les niega el acceso a determinados puestos de trabajo (RIOD, 2019, p.4).

Así pues, en RIOD (2019) se apunta que, es necesario incidir en la necesidad urgente de poner fin a las políticas basadas en la represión, dado que, contribuyen a la estigmatización y marginación de las personas drogodependientes, además de dificultar el acceso y la continuidad en los tratamiento o servicios sociosanitarios (RIOD, 2019).

En primer lugar, destacamos que 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 (RIOD, 2019). Por consiguiente, la intervención de la educación social juega aquí un papel muy importante, pues como apunta Solbes (2009), es mediante la intervención como los profesionales podrán solucionar o reducir los problemas de las personas drogodependientes.

En segundo lugar, el estigma extrínseco, es decir la percepción social hacia la persona drogodependiente, implica desigualdad, discriminación y exclusión social (Romaní, 2018; Vásquez y Stolkiner, 2009 citado en RIOD, 2019). Por ello, investigadores apuntan que existen dos tipos de estigma relacionados con la mirada extrínseca. Para empezar, destacamos el estigma público: “es aquel que tiene lugar cuando la población aprueba los estereotipos y conlleva una discriminación directa. Se derivan conductas como la negación de los derechos de la persona estigmatizada” (Fernández, 2017 citado en RIOD, 2019, p.9). Luego, destacamos el estigma estructural: “se relaciona con la exclusión de un colectivo concreto debido a la posición que ocupa en la sociedad, siendo esta un posible atributo de relevancia para llevar a cabo una mayor exclusión y marginalización” (Fernández, 2017 citado en RIOD, 2019). Asimismo, destacamos el autoestigma o estigma intrínseco, caracterizado por ser el autoconcepto que la propia persona drogodependiente tiene sobre sí misma:

Las personas consumidoras interiorizan los estereotipos y existe una discriminación hacia sí misma. La etiqueta estigmatizante se convierte en la definición íntegra de la persona, pasando a interiorizar el estigma en su identidad e invisibilizando a la persona y el resto de esferas que conforman su identidad. Se internalizan las creencias estereotipadas y, por ende, la persona actúa autoexcluyéndose de ciertos ámbitos (RIOD, 2019, p.9-10).

Por lo tanto, para terminar, Fernández (2017) enfatiza en que, los profesionales de la educación social u otros profesionales sociales, deben identificar que en el propio tratamiento terapéutico o sociosanitario, existen ciertos estigmas hacia las personas drogodependientes. Para empezar, la diferenciación entre el equipo educativo o profesional y los usuarios en tratamiento. En segundo lugar, 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,

como por ejemplo: el abandono o descuido hacia sus hijos por ser consumidores; el trato infantilizado y relativo a una baja capacidad cognitiva hacia el usuario; la toma de decisiones por parte 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 citado en RIOD, 2019).

El estigma genera en las personas usuarias desconfianza hacia los profesionales. Puede derivar en una atención y vínculo de peor calidad, más dificultad para establecer una adecuada relación con los profesionales y, además, conlleva un empeoramiento y el abandono del tratamiento (RIOD, 2019, p.11)

Así pues, finalmente, “el efecto Pigmalión es uno de los peligros de etiquetar a las personas usuarias, ya que de esa forma reproducen conductas en relación a lo que su alrededor sentencia sobre ellos” (Federación Catalana de Drogodependencias, 2018 citado en RIOD, 2019, p.11). Por consiguiente, como apunta Solbes (2009) los profesionales de la educación social deben “por un lado, romper con la cultura de méritos que discrimina; por otro, fomentar la ruptura de las barreras de todo tipo que la sociedad genera (...) con el fin de poder así combatir las desde un cambio de paradigma social” (p.34-35).

### **3. Marco metodológico.**

#### **3.1 CAPITULO I: METODOLOGÍA**

Gran parte de las distorsiones de nuestras miradas sobre la realidad social surgen de nuestra incapacidad de reconocer que la mirada es singular concreta y creadora [...] El concepto de visión como mirada social supone, de entrada, la apertura al sujeto y a los actores en un proceso reflexivo de producción mutua (Alonso, 1998, p.17-19 citado en Martínez Oró, 2015, p.46).

##### **3.1.1 Objetivos y pregunta inicial.**

###### *Pregunta inicial*

- Desde la educación social, ¿qué alternativas existen para cambiar la percepción del estigma que padecen las personas que consumen drogas?

###### *Objetivo general*

- Analizar el impacto del proceso de estigmatización social que padecen las personas que consumen drogas y que residen en pisos de reinserción en Barcelona.

###### *Objetivos específicos*

- Analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes.
- 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.
- Definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas.



### 3.1.2 Diseño de la investigación.

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental. Como apunta Kerlinger (1985) citado en Guijarro y Ballesteros (2008), las investigaciones no experimentales se caracterizan por “una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables” (p.164). Asimismo, la investigación muestra un carácter descriptivo, puesto que, como apuntan Hernández, Fernández y Baptista (2014), “la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos [...] Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p.92). El instrumento cualitativo utilizado en la investigación como recogida de datos es: la entrevista. Como apuntan Guijarro y Ballesteros (2008), la entrevista se caracteriza por ser un modelo de comunicación bidireccional y establecer una relación asimétrica entre el entrevistador y el entrevistado. Asimismo, se caracteriza “en función de las respuestas recogidas, se reformulan nuevas preguntas, se matizan otras, se busca información complementaria...; se tiene en cuenta cómo se muestra la persona entrevistada, su disponibilidad horaria, etc.” (Guijarro y Ballesteros, 2008, p.322). Por consiguiente, el tipo de entrevista utilizada en esta investigación es la entrevista individual semiestructurada. Como apunta Valles (2002) citado en Martínez Oró (2015, p.51):

La entrevista individual semiestructurada consiste en una charla “cara a cara” entre el entrevistado y el entrevistador. El equipo de investigación establece de antemano todos los temas que se abordarán, pero el orden de presentación y la manera de introducirlos se deja a criterio del entrevistador. El entrevistado expresa su opinión sin consensuar las respuestas con nadie, y puede extenderse en sus experiencias personales, en consecuencia, el discurso resultante es biográfico y reflexivo.

Para finalizar, elaboramos un guion que aborde todos los aspectos necesarios de estudio para la ejecución de las entrevistas. El guion de la entrevista está dividido en dos partes – adjuntado en el anexo I–. En la primera parte, realizamos 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, realizamos tres preguntas relacionadas con el estigma intrínseco, para medir la percepción que el usuario en tratamiento activo de drogas tiene hacia sí mismo.

### 3.1.3 Fases de la investigación.

#### ***Fase I:***

- Objetivo:

Analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes.

- Muestra:

Cinco usuarios que se encuentran en piso terapéutico de reinserción social –dos mujeres y tres hombres–. Edad mínima: 30 años; edad máxima 51 años; edad media: 38 años.

- Instrumentos:

Revisión bibliográfica y recogida de datos cualitativos –entrevista semiestructurada–.

#### ***Fase II:***

- 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.

- Muestra:

Cinco usuarios que se encuentran en piso terapéutico de reinserción social –dos mujeres y tres hombres–. Edad mínima: 30 años; edad máxima 51 años; edad media: 38 años.

- Instrumentos:

Revisión bibliográfica y recogida de datos cualitativos –entrevista semiestructurada–.

#### ***Fase III:***

- Objetivo:

Definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas.

- Muestra:

Cinco usuarios que se encuentran en piso terapéutico de reinserción social –dos mujeres y tres hombres–. Edad mínima: 30 años; edad máxima 51 años; edad media: 38 años.

- Instrumentos:

Revisión bibliográfica y recogida de datos cualitativos –entrevista semiestructurada–.

### **3.1.4 Selección de la muestra.**

La selección de los participantes está configurada en relación a las posibilidades o limitaciones que tiene la investigación. La población de estudio seleccionada son usuarios que se encuentran en tratamiento activo de drogas en el Piso Terapéutico de Reinserción Social Teodoro Llorente dentro de la ciudad de Barcelona, puesto que, la naturaleza del propio estudio así lo requiere. Los participantes son seleccionados –dentro del piso terapéutico– de manera aleatoria. Configurando así la población diana de esta investigación en dos mujeres y tres hombres. La media de edad de los participantes es de treinta y ocho años.

### **3.1.5 Aspectos éticos.**

Si un nuevo método de investigación lesiona o corre el riesgo de lesionar los derechos fundamentales del hombre y de modo especial su derecho a la vida, no debe considerarse lícito por el solo hecho de que aumente nuestros conocimientos. *Juan Pablo II* (citado en Guijarro y Ballesteros, 2008, p.70).

#### *3.1.5.1 Confidencialidad y consentimiento informado.*

Como se apunta en la Declaración de Helsinki (1964) toda investigación científica donde el objeto de estudio es un ser humano, se debe tomar ciertas medidas para preservar la intimidad de la persona que participa en la investigación, así como, la confidencialidad de su información personal. Por lo tanto, la confidencialidad de las personas que participan en esta investigación se establece en base a la ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Esta ley tiene como objetivo garantizar la protección de sus datos personales, asimismo, a la libre circulación de estos.

Las personas físicas partícipes de esta investigación firman un consentimiento informado donde aceptan ser conocedores de los objetivos del presente trabajo de investigación; se comprometen a colaborar de manera responsable en la investigación; y ceden a la investigación los derechos de propiedad intelectual que les corresponden por su participación en la misma. “Toda investigación debe ser realizada y aplicada teniendo en cuenta todas las cautelas necesarias para garantizar, en la medida de lo posible, la salvaguardia de la vida, juntamente

con los bienes fundamentales de la persona” (Juan Pablo II citado en Guijarro y Ballesteros, 2008, p.70). Para finalizar, apuntamos que esta investigación ha seguido, asimismo, las directrices deontológicas apuntadas en el documento, *Documentos Profesionalizadores*, de nuestra profesión. 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, posterior a la Declaración de Helsinki.

### 3.1.6 Resultados.

Los resultados de la presente investigación son producto del análisis del estudio cualitativo realizado a usuarios del Piso Terapéutico Teodor Llorente –situado en la ciudad de Barcelona– que se encuentran en tratamiento activo de drogas y de la revisión de la literatura científica. La investigación se centra en qué alternativas existen para cambiar la percepción del estigma intrínseco que padecen las personas toxicómanas, además de la mirada que estos tienen hacia el colectivo drogodependiente. Para ello, se realizaron cinco entrevistas individuales a cada uno de ellos. Las entrevistas tuvieron un promedio entre treinta y cinco y, sesenta minutos de duración. La media de edad de los participantes es de treinta y ocho años –como se ha apuntado con anterioridad–. Las cinco entrevistas se realizaron en función a la disponibilidad horaria de sus participantes. El método que se utilizó para la recogida de datos de la entrevista fue la grabación de voz mediante un dispositivo electrónico y, a posteriori, se realizaron las transcripciones de estas.

A continuación, se apuntarán los resultados obtenidos en el análisis de la transcripción de las entrevistas en relación a los objetivos del presente trabajo. –Nos referiremos a los cinco entrevistados con E(x), siendo E el sujeto entrevistado y, x(1,2,3,4, y 5) el número asignado a cada uno de ellos para preservar el anonimato de los participantes–.

*Objetivo específico I: Analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes.*

En relación al objetivo específico, **analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes**, apuntamos que el análisis de datos de nuestras entrevistas muestra una relación potencialmente directa, entre el individuo consumidor de drogas y el estigma. Es decir, si un individuo manifiesta cierta vulnerabilidad y dependencia – física o psicológica– hacia una sustancia psicoactiva–en particular– o varias –en general–, de inmediato, la sociedad lo estigmatizará con la etiqueta de *drogadicto, yonqui, drogata, colgado*, etcétera y, en consecuencia, lo excluirán. Por lo tanto, se verifica nuestra hipótesis inicial al formular este objetivo específico. Los cinco entrevistados, E1, E2, E3, E4 y E5, coinciden en la relación existente entre adicción a las drogas y predisposición a sufrir estigma social. Por consiguiente, subrayamos las siguientes frases que nos han llevado a esta observación:

**E1** apunta: “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”.

**E2** apunta: “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 drogas”.

**E3** apunta: “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 mire mal”; “La gente que tiene un problema con la adicción pues da mala imagen hacia la sociedad”.

**E4** apunta: “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 es su fase más adicta me causaba rechazo y decía: joder, como esta gente puede estar así”.

**E5** apunta: “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”.



*Objetivo específico II: 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 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**. En primer lugar, apuntamos el estigma extrínseco que los entrevistados (E1, E2, E3, E4 y E5) tienen hacia las personas que consumen drogas –concretamente, hacia los consumidores de heroína– y, en segunda lugar, subrayamos el estigma intrínseco que padecen o han padecido E1, E2, E3 y E5:

Estigma extrínseco:

**E1** apunta:

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.

**E2** apunta:

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.

“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”.

**E3** apunta: “(...) 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”.

**E4** apunta: “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”.

**E5** apunta:

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.

Estigma Intrínseco:

**E1** apunta: “Mi madre me estigmatizaba mucho. Me llamaba *yonqui*, parásito, ojalá no hubieses nacido. Y, más cosas que te puedes imaginar. Cosas muy desagradables”.

**E2** apunta: “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 mi 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”.

**E3** apunta: “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 mi”; “Nunca me he escondido. Yo solo quería consumir. A mi 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”.

**E5** apunta: “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”.

*Objetivo específico III: Definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas.*

Para finalizar, el tercer objetivo específico del estudio, **definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas**, los resultados del análisis de las entrevistas no responden con exactitud a dicho objetivo, al menos, de manera explícita. Aunque el análisis de los datos obtenidos, sí nos dan una visión de la figura del educador social en el proceso de rehabilitación de las personas que se encuentran en tratamiento de adicciones. Por consiguiente, subrayamos algunas frases que nos han llevado al análisis de esta observación:

**E1** apunta: “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”.

**E2** apunta: “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”.

E3 apunta: “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”.

E4 apunta: “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”.

E5 apunta: “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”.

*Pregunta inicial: Desde la educación social, ¿qué alternativas existen para cambiar la percepción del estigma que padecen las personas que consumen drogas?*

Finalmente, en relación a la hipótesis o pregunta inicial de esta investigación científica, **desde la educación social, ¿qué alternativas existen para cambiar la percepción del estigma que padecen las personas que consumen drogas?**, apuntamos del análisis de datos de las entrevistas, algunas frases de los entrevistados dónde reflejan –de manera implícita E3 y E5; y de manera explícita E2– que el modelo hegemónico social del *problema de la droga* no está funcionando.

**E2** apunta:

[...] En los colegios se imparten charlas sobre las drogas, pero desde una mirada excluyente, o sea el mensaje es: la droga es mala, y al final ese mensaje lleva a que, de manera inconsciente, cuando veamos 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”.

**E3** apunta: “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”.

**E5** apunta: “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”.

#### 4. Discusión de resultados.

A continuación, discutiremos los datos obtenidos en los hallazgos de la investigación:

En primer lugar, en relación al objetivo específico I, **analizar la relación entre estigma y adicción a las drogas en personas drogodependientes**, apuntamos:

Por una parte, los datos obtenidos en el análisis de las entrevistas realizadas a E1, E2, E3, E4 y E5 coinciden con las aportaciones de Rubio (2010), Panadero, Vázquez y Martín (2017) citado en Pascual y Pascual Pastor (2017), Cunningham, Sobell y Chow (1993); Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock (1997) citados en RIOD (2019). Ambos resultados muestran que existe una relación real entre la adicción a las drogas y el estigma social. Los resultados coinciden en que existe rechazo hacia las personas drogodependientes y, en consecuencia, esto conlleva a la exclusión social de este colectivo. Los análisis de los entrevistados E1, E2, E3, E4 y E5, coinciden con los autores apuntados en que, posiblemente, ese rechazo existe por falta de conciencia social hacia la adicción, es decir, hacia la enfermedad. La gran mayoría de la sociedad desconoce que las personas drogodependientes padecen una enfermedad crónica y, en consecuencia, tienden a estigmatizarlos. Asimismo, E2 y E5 coinciden en que, si se conociese que la adicción es una enfermedad, se terminaría con el estigma social. Sin embargo, parte del documento de RIOD (2019) apuntado en la fundamentación teórica, muestra que el consumo de sustancias psicoactivas está intrínsecamente relacionado con otros estereotipos que se asocian al propio estigma. Como son: enfermedades relacionadas con el VIH y problemas de salud mental. Por lo tanto, el fin de este estigma no dependerá, exclusivamente, de su condición de enfermedad.

Por otra parte, los autores Cunningham, Sobell y Chow, (1993); Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock (1997) citados en RIOD (2019) apuntados en la fundamentación teórica, coinciden con E2 en la afirmación de que otras de las características que cronifica 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.

Por último, rescatamos de la fundamentación teórica, la definición de Comas (2002) citado en Martínez Oró (2015), puesto que, hace referencia al atributo de droga desde una perspectiva sociocultural. La sociedad normaliza muchas sustancias psicoactivas legales como:

cafeína, teína, alcohol, azúcar, benzodiazepinas, nicotina..., y criminaliza el consumo de otras sustancias psicoactivas de la misma naturaleza química por el simple hecho de no ser legales. En definitiva, las drogas fiscalizadas son una alarma social para gran parte de la población (Martínez Oró, 2015). Por consiguiente, la sociedad no estigmatiza a las personas que son adictas al café, al té, al alcohol, a la nicotina e, incluso, a los benzodiazepinas. La sociedad, únicamente, estigmatiza aquellas sustancias prohibidas, es decir, fiscalizadas. La criminalización, producto de la prohibición, conduce al individuo a ser estigmatizado. Por lo tanto, el proceso de estigmatización hacia las personas drogodependientes forma parte de un paradigma, totalmente, sociocultural y, en consecuencia, prohibicionista.

En segundo lugar, en relación al objetivo específico II, **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:

E1, E2, E3, E4 y E5 coinciden con Martínez Oró (2015) en la mirada estigmatizante que los propios consumidores tienen hacia los consumidores de heroína. Pues, por un lado, rescatamos de la fundamentación teórica los apuntes de Martínez Oró (2015): la heroína y la cocaína base (cocaína fumada, crack) aunque hayan sufrido cambios en la mirada normalizadora siguen siendo rechazados por los jóvenes normalizados. La heroína al igual que la cocaína base se siguen relacionando con el mundo de la exclusión social, de la marginalidad, del cuelgue, del yonqui, de la enfermedad, hasta incluso de la muerte. Por consiguiente, se rechaza todo tipo de drogas y vías de administración que tengan que ver con el estereotipo de yonqui de los años 80, además de repelar también la estética típica del yonqui (chándal sucio, imagen desaliñada, estigma físico, barrio periférico, vagabundo, etcétera). Por ello, el estereotipo de *yonqui* consumidor de heroína les sirve de chivo expiatorio a todos los consumidores recreativos para así normalizar sus consumos y de este modo darse a sí mismos una mirada poco problemática (Martínez Oró, 2015). Por otro lado, apuntamos el análisis de E1, E2, E3, E4 y E5 rescatado de los resultados:

E1 apunta:

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.

E2:

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.

E3 apunta: “(...) 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”.

E4 subraya: (...) 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”.

E5:

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.

Asimismo, rescatamos de la fundamentación teórica las aportaciones de RIOD (2019): las personas drogodependientes sufren rechazo social antes de empezar el tratamiento, durante el tratamiento y después de terminar el tratamiento. En consecuencia, padecen estigma social. E3 afirma que la echaron a la calle cuando se enteraron en su trabajo que era drogadicta.



También apunta que, sufrió estigma por parte de un tío suyo. En la misma línea, en palabras de E5, enfatiza: si le cuentas a alguien que eres drogadicto pues te rechaza y en un trabajo ya ni te cuento. E2 apunta que, ha llegado a estigmatizar a las personas drogodependientes, aunque él lo fuese. Y, enfatiza en que el estigma social le ha ido muy bien para no avanzar más rápido en los consumos. Finalmente, E3 subraya que cree que inconscientemente todas las personas tienen estigma hacia las personas drogodependientes.

En tercer lugar, en relación al objetivo específico III, **definir el rol de la educación social en el proceso de estigmatización que padecen las personas que consumen drogas**, apuntamos:

Por una parte, los datos obtenidos del análisis de las entrevistas no responden con exactitud a este objetivo, aunque, sí muestran una visión del rol de la educación social en el proceso terapéutico de rehabilitación. Sin embargo, la mirada que tienen E1, E2, E3, E4 y E5 hacia la figura del educador social está muy alejada de los apuntes de Fernández (2017) citado en (RIOD, 2019), puesto que, dicho autor enfatiza en la importancia de que los profesionales que trabajen en este colectivo deben romper “fronteras” y tratar de no estigmatizar a los usuarios en tratamiento. Asimismo, Fernández (2017), considera que la estigmatización por parte de los profesionales genera desconfianza con el usuario, dificultad para establecer un vínculo sano y, el resultado de todo este proceso es el fracaso en el tratamiento.

Por otra parte, E1, E2, E3, E4 y E5 apuntan que, el vínculo con los educadores sociales en su tratamiento terapéutico ha sido excelente. Coinciden en que la figura del educador social es la más importante en este tratamiento, pues, los cinco entrevistados apuntan que no harían un tratamiento de rehabilitación sin un educador social que los acompañase en este difícil proceso. Aunque, E1 coincide con Fernández (2017) en que, sino existe un vínculo con tu educador social, poco a poco, el usuario se irá desmotivando del tratamiento y, en consecuencia, abandonará el programa.

Por lo tanto, es muy importante que los profesionales de la educación social no tengamos estigmas hacia este colectivo, sino, como bien se ha discutido, difícilmente, podremos ayudarles y contribuir a que su tratamiento termine con éxito. Asimismo, es importante que, como apunta Fernández (2017), tratemos de no marcar diferencias explícitas, puesto que, es muy complicado ayudar a alguien en un tratamiento educativo –además de terapéutico– desde las diferencias. Los educadores sociales debemos adaptarnos a la realidad

del usuario para tratar de ayudarlo, así como, tener en cuenta su criterio a la hora de tomar ciertas decisiones (Fernández, 2017 citado en RIOD, 2019)

Para terminar, en relación al objetivo general de la investigación, **analizar el impacto del proceso de estigmatización social que padecen las personas que consumen drogas y residen en pisos de reinserción en Barcelona.**

Por una parte, rescatamos de la fundamentación teórica los apuntes de Cebrián (2011) en relación al *problema de la droga* y, en consecuencia, a la estigmatización del consumidor. 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”. Figura totalmente criminalizada por las miradas prohibicionistas. Desde esta percepción de problema sanitario, 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 consumo 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. Martínez Oro (2015) coincide con la observación de Cebrián (2011), así pues, –como hemos discutido anteriormente– el discurso de la normalización de sus consumidores sigue teniendo esta influencia hacia los consumidores de heroína.

Por otra parte, los usuarios entrevistados comparten esta misma mirada social. Los resultados obtenidos y analizados, apuntan que E1, E2, E3, E4 y E5 –consumidores problemáticos en el imaginario social del discurso de la normalización– la sociedad no ve igual 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 E1, E2, E3, E4 y E5 han sufrido. 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 apuntada por Martínez Oró (2015) en la fundamentación teórica y discutida anteriormente.

Asimismo, seguimos apuntando el impacto que el estigma ha tenido sobre sus consumidores, E1, E3 y E5 apuntan que han padecido estigma. E1 ha sufrido estigma familiar: “Mi madre me estigmatizaba mucho, me llamaba *yonqui*, parásito, ojalá no hubiese nacido”. La entrevistada E3 apunta que también ha sufrido estigma familiar por parte de su tío además de profesional. Cuando se enteraron que consumía drogas la echaron del trabajo. La entrevistada E5 sufrió maltrato por parte de un conocido por ir consumida. Por consiguiente, analizamos que la discusión de ambos resultados apunta que 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.

Finalmente, en relación a nuestra hipótesis o pregunta inicial: **Desde la educación social, ¿qué alternativas existen para cambiar la percepción del estigma que padecen las personas que consumen drogas?**, apuntamos que “la ontología de la presente investigación se sitúa en el relativismo, por tanto, entendemos la realidad social como producto de factores históricos y socioculturales” (Martínez Oró, 2015, p.45). Por consiguiente, el resultado de estos factores estigmatiza a las personas consumidoras de sustancias fiscalizadas. De la misma manera, dicho resultado estigmatiza, asimismo, a los consumidores de drogas legales potencialmente problemáticos. Por este motivo, los objetivos de la investigación se diseñaron para dar visibilidad al binomio droga-estigma. Apuntamos que los elementos implicados en los procesos de estigmatización hacia el colectivo drogodependiente, están intrínsecamente relacionados con el modelo hegemónico del prohibicionismo. Por ello, la fiscalización de las drogas ha criminalizado y, en consecuencia, estigmatizado a los consumidores. En este mismo proceso de estigmatización social hacia las personas drogodependientes, la adicción y la dependencia hacia las sustancias psicoactivas cronifican y perpetúan su estigma social.

En relación a la discusión de resultados, nuestros entrevistados sugieren un cambio de modelo, puesto que, el actual sigue criminalizando a sus consumidores y, en consecuencia, marginalizándolos. Por otra parte, los autores apuntados en nuestra fundamentación teórica reivindican un cambio de paradigma, el modelo hegemónico prohibicionista ha fracasado y, en consecuencia, debe llegar a su fin natural. La educación social debe dar visibilidad de ello y

tratar de reivindicar políticas donde el eje vertebrador sea la inclusión social del colectivo drogodependiente.

Por una parte, los resultados de 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 veamos a alguien drogándose terminemos excluyéndole”. “Las charlas en los colegios deberían ser más inclusivas”.

Por otra parte, Waisman y Benabarre (2017) coinciden, en algunos aspectos, con los resultados de E2, E3 y E5, puesto que, todos tienen un denominador común: el modelo hegemónico no está funcionando. Ambos autores apuntan que, la normalización ayuda 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, como apunta Martínez Oró (2015) en la fundamentación teórica, rescatamos: 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*. En consecuencia, el estereotipo de *yonqui* consumidor de heroína les sirve de chivo expiatorio a todos los consumidores recreativos para así normalizar sus consumos y de este modo darse a sí mismos una mirada poco problemática.

## 5. Conclusiones

En primer lugar, destacamos la intrínseca relación que existe entre el abuso de sustancias psicoactivas y el estigma social. En el imaginario social, la persona drogodependiente es sinónimo de *yonqui, cuelgue, enfermo, delincuente* y un sinfín de atributos peyorativos más. Por lo tanto, la respuesta a ¿cuáles son los elementos sociales que crean el estereotipo de la droga y de la persona drogadicta? –planteada en la introducción del presente trabajo–, es únicamente, 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 o abuso 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 incurrir en ella varias veces, debe tener cierta predisposición genética a desarrollar adicción. Esto es importante, puesto que, la dependencia fisiológica la crea la propia naturaleza química de la sustancia, siempre que, sea una sustancia potencialmente adictiva como puede ser la cocaína o la nicotina. Y, la dependencia psicológica o adicción se crea, siempre que, el individuo tenga cierta predisposición genética a poder desarrollarla.

En segundo lugar, destacamos que el modelo prohibicionista de los consumos de drogas ha fracasado, por consiguiente, se deben buscar soluciones reales al *problema de la droga*. El modelo de la normalización de los consumos de drogas es la única alternativa tangible a dar respuesta 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 estamos cometiendo el mismo error que comete el 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 debemos promover políticas de cambio destinadas a erradicar el estigma social que sufre este colectivo. 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 los consumidores y, de ningún modo, rechazar y apartar a sus consumidores 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 el.

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.

Para finalizar, consideramos importante destacar las limitaciones que ha tenido esta investigación debido a la pandemia mundial producida por el COVID-19. Por ello, la muestra que estudiamos es muy pequeña para poder dar resultados generalizados y, en consecuencia, presenta una visión sesgada de la realidad. La veracidad o el rigor científico del estudio requería una amplitud mayor en la muestra de la población. Debido a la excepcional situación en la que se encuentra el planeta, no pudimos completar con éxito el trabajo de campo pautado. Por lo tanto, no se pudieron realizar las entrevistas a profesionales ni pasar encuestas a otros grupos de la población, para medir así la percepción del estigma social hacia el colectivo drogodependiente. Por consiguiente, las conclusiones presentes son resultado de las investigaciones que los autores protagonistas de la fundamentación teórica de esta investigación, han realizado. Así como, nuestra pequeña muestra realizada a usuarios que se encuentran en tratamiento activo de drogas en piso de reinserción social.

Finalmente, apuntamos que esta investigación ha sido una pequeña pincelada a toda la complejidad que engloba *el problema de la droga*. En líneas futuras a esta investigación, seguiremos estudiando *el problema de la droga*, tratando 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 o qué no quieren precisar en sus vidas.

## 6. Bibliografía.

- Amigó Borrás, S. (2017). *Guía del uso racional de las drogas*. Madrid, España: ACCI.
- Cebrián, J. (2011). *Sobre drogas y prohibiciones*. Barcelona, España: Cáñamo.
- Corominas, M., Roncero, C., y Casas, M. (2015). El sistema dopaminérgico en las adicciones. *Cuadernos mente y cerebro: adicciones*, (10), 4-11.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008) Punto 32.
- Documentos Profesionalizadores (2007). *Código deontológico del educador y de la educadora social*. Recuperado en <http://www.eduso.net/archivo/docdow.php?id=143>
- España. Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, del 5 de diciembre. Boletín oficial del Estado, 6 de diciembre 2018, núm 294.
- 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. Recuperado en <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-X1575097311984118>
- Goffman, E. (2015). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- 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.
- Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. *Revista Medica Herediana*, 4(3). <https://doi.org/10.20453/rmh.v4i3.424>
- Juanico, J., y Ventura, D. (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, (66), 70-85. Recuperado en <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/326343>
- Levounis, M.D., Zerbo, M.D., y Aggarwal, M.D. (Ed.). (2017). *Guía para la evaluación y el tratamiento de las adicciones*. Barcelona, España: Elseiver.



- Lüscher, C. (2015). La trampa de la adicción. *Cuadernos mente y cerebro: adicciones*, (10), 18-23.
- Martín Solbes, V.M. (2009). *Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga, España: Aljibe.
- Martínez Oró, D.P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona, España: Bellaterra.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, (2019), *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) (2018-19)*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2019), *Informe (2019)*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid.
- Pascual Mollá, M., y Pascual Pastor, F. (2017). El estigma de la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6160862>
- RIOD (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones*. Recuperado en <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>
- Romani, O. (2005). La cultura del cannabis treinta años después... unas reflexiones personales. *Revista española de drogodependencias*, 30(3 y 4), 263-282. Recuperado en [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v30n3-4\\_3.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v30n3-4_3.pdf)
- Romani, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En Martínez Oró, D.P., y Pallarés Gómez, J. (Eds.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. (p.103-115). Lleida, España: Milenio.
- Rubio Arribas, 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. Recuperado en <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/278607/368839>
- Sáiz Martínez, P.A., García-Portilla González, P., Paredes Ojanguren, B., y Bobes García, J. (2003). Evolución Histórica del uso y abuso de MDMA. *Adicciones*, 15(2), 35-49. Recuperado en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/452/448>

- Schulman, D. (2014). Drogas y criminalidad. *Archivos de criminología, seguridad privada y criminalista*, 3, 1-11. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5030250>
- Usó, J.C. (2019). *Drogas neutralidad y presión mediática*. Cantabria, España: El desvelo.
- Waisman Campos, M., y Benabarre Hernández, A. (2017). *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas clínicas de la enfermedad adictiva*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Washton, A.M., y Boundy, D. (2018). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona, España: Paidós.