



**TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

ESTIGMA EN SITUACIONES DE ADICCIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD.

Autora: Laura Sepúlveda Martín.

Tutora: María Elena Casado Aparicio

ÍNDICE

1	Resumen	3
2	Introducción.....	4
2.1	Justificación:.....	4
2.2	Impacto del consumo de drogas:	5
2.3	Epidemiología	5
2.4	Objetivos:	7
2.5	Marco teórico:	8
3	Metodología.....	12
4	Desarrollo	15
4.1	Fisiopatología de la adicción:	15
4.2	La construcción social del estigma en relación con el consumo de drogas... 18	
4.3	Enfoque de género en situaciones de adicción:	22
4.4	Estigma y ámbito sanitario:.....	25
5	Conclusiones	31
6	Bibliografía.....	33

1 RESUMEN

La adicción a sustancias es un problema de salud y sociocultural con un alto coste personal y social, y una prevalencia elevada, aunque estable a pesar del infradiagnóstico. A los síntomas físicos y psicológicos característicos de este trastorno se deben sumar los efectos del estigma que soportan. El objetivo de este trabajo es identificar la repercusión del estigma social en la salud de las personas adictas y su entorno, incidiendo en cómo afecta a la calidad de atención sanitaria que reciben. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han incluido artículos de revistas procedentes de bases de datos, así como informes de fuentes y organismos oficiales. De esta recopilación se ha concluido que el concepto negativo presente en el imaginario social influye en la actitud de los profesionales sanitarios y de los propios pacientes. De ello se derivan complicaciones por evitación o retraso en la búsqueda de ayuda, menor humanización y calidad de los cuidados, falta de empatía y confianza que afecta a la relación terapéutica, generando actitudes de evitación a la hora de tratar estos problemas.

El papel de enfermería resulta esencial en la reducción del estigma que permita una atención adecuada, tanto como agentes asistenciales como educadores en salud. Para ello, los profesionales deben ser formados en valores y actitudes libres de prejuicios.

Palabras clave: adicción, estigma, salud.

ABSTRACT

Substance-related disorders are a health and sociocultural problem that has a high personal and social cost, with a raised prevalence although it remains stable despite underdiagnosis. To physical and psychological symptoms characteristic of this type of disorder, it must be added the effects of the stigma people affected bear. The objective of this work is to identify the repercussion of social stigma in consumers' health and how sanitary attention quality is affected. For that purpose, a bibliographic review has been carried out, including journal articles from databases, likewise reports from official resources and organisations. From this collection, it has been concluded that negative opinion present in collective imagination affects health professionals' and patients' attitudes. Some complication stemmed from this due to avoidance or delay in seeking help, less humanisation and care quality, lack of empathy and trust that affects therapeutic relationships and avoidance attitudes when addressing those issues.

The role of nursing is essential in stigma's reduction. This allows correct clinical interactions, as assistance agents and health educators. For that purpose, professionals must be formed in values and attitudes free from stigma.

Key words: substance-related disorders, stigma, health.

2 INTRODUCCIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN:

El consumo de sustancias en la sociedad actual, en el mejor de los casos, se mantiene estable con tendencias al incremento año tras año según los datos de 2018 proporcionados por el INE. Entre las sustancias más adictivas encontramos el alcohol y el tabaco debido a que estas son legales en nuestro país. Esto favorece que su consumo esté ampliamente extendido y aceptado entre la población. En el caso de estas sustancias legales, la percepción de riesgo por parte de la sociedad es bajo y los usuarios que las consumen no suelen ser estigmatizados. Esta percepción cambia, por ejemplo, en el caso del alcohol cuando su consumo no se limita a las situaciones sociales comunes. Es en este punto donde comienza a generarse un prejuicio, una etiqueta o estigma que irá ligado a la adicción. En el caso de las drogas ilegales, el estigma está presente desde el inicio del consumo. Por tanto, el estigma vinculado a las situaciones de adicción, así como la propia problemática, viene determinado no sólo por la sustancia en sí, sino por el contexto del consumo y la persona consumidora.

La adicción es considerada una enfermedad por la OMS, apareciendo como tal en el DSM-V. Se trata de un problema con repercusiones físicas para el individuo que la padece, pero también emocionales y sociales. Estas tienen un impacto en el entorno directo de la persona en situación de consumo, pero también en el conjunto de la sociedad.

En este contexto, las personas que presentan un trastorno por consumo de sustancias se ven en numerosas ocasiones juzgadas y etiquetadas. Este estigma genera emociones negativas que se suman a los síntomas psicológicos y emocionales que la propia adicción provoca. Además, la imagen que nuestro entorno tiene de nosotros genera un impacto en nuestro autoconcepto, provocando la interiorización del rol que se presupone. Esto, en el caso de la adicción retrasa y dificulta la búsqueda de ayuda profesional y, por tanto, la recuperación.

Los prejuicios traspasan las barreras del sistema sanitario en tanto que en ocasiones los profesionales de la salud no comprenden esta enfermedad y emiten juicios de valor que pueden dificultar el establecimiento de una adecuada relación terapéutica. En ocasiones, la incompreensión de este problema puede provocar un aumento del sufrimiento, retraso en la búsqueda de ayuda, etc. En definitiva, el estigma presente en la sanidad condiciona en gran medida el trato y la recuperación de las personas en situación de consumo.

Con el presente trabajo se pretende intentar comprender el concepto de adicción, evidenciar el estigma que aparece en situaciones de consumo y cómo este, proyectado en el sistema sanitario, interfiere en la relación con los pacientes consumidores de sustancias.

2.2 IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS:

Impacto económico: Gasto público.

El Informe sobre alcohol, tabaco y drogas en España publicado en 2019, afirma que una parte de los fondos destinados por los Gobiernos a las áreas relacionadas con la lucha contra las drogas se asignan como tal en el presupuesto, es decir, tienen una partida propia. Sin embargo, el gasto ocasionado o relacionado con las drogas no está identificado explícitamente y se debe estimar a partir de modelos, Es decir, los datos no son exactos, existen partidas presupuestarias dadas por el Gobierno destinadas a la lucha contra la droga, pero por otro lado los gastos que se derivan de problemas relacionados con la droga no están claramente explicitados. (1)

Las autoridades españolas proporcionan estimaciones parciales del gasto público relacionado con las drogas. Existe un estudio que ha realizado una estimación del gasto total relacionado con las drogas en España en 2012. Durante ese año el gasto total fue de entre 1201 y 1415 millones de euros, lo que supone entre el 0,12 y el 0,14% del Producto Interior Bruto (PIB).(1)

Se estima que en 2016 se dedicó un total de 317,36 millones de euros del gasto público a este fin, lo que supone el 0,03% del PIB.(1)

Impacto social:

Como ya hemos comentado, las situaciones de adicción afectan a la persona consumidora, pero además a sus familiares y al conjunto de la sociedad. Esto es especialmente evidente en el caso de los accidentes de tráfico.

Según el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, en 2018 un 43,4% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico dio positivo en alguna sustancia psicoactiva, siendo mayoritariamente alcohol (61,2%). De entre estas defunciones, un 65,7% se correspondió con la franja de edad que abarca de 25 a 54 años, presentando así una elevada tasa de años potenciales de vida perdidos. (2)

En cuanto a los peatones fallecidos en accidentes de tráfico, un 61,5% había consumido alguna sustancia psicoactiva, siendo en este caso de mayor prevalencia en edades superiores o iguales a 65 años.(2,3)

Además de las defunciones, el alcohol y las drogas de abuso, ya sean solas o en combinación, están relacionadas con gran parte de accidentes que provocan graves daños físicos que conllevan, a su vez, en problemas psicológicos derivados de la situación de discapacidad, culpabilidad, sufrimiento propio y familiar o de allegados.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La información que nos proporciona la encuesta sobre alcohol y drogas en población de entre 15 y 64 años de 2017, muestra que las drogas más consumidas en el indicador relativo a los

últimos 12 meses son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, siendo estas legales, seguidas por cannabis y cocaína. A edades más tempranas comienza el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, mientras que el consumo de cocaína e hipnosedantes se inicia a edades más tardías.(4)

El alcohol es una sustancia psicoactiva legal que carece de consideración social de droga en nuestro entorno. Esto provoca, en cierto modo, la justificación su consumo, lo que explica que sea la primera en la lista de sustancias más consumidas. La prevalencia de consumo se mantiene en una tendencia más o menos estable pero elevada desde la década de los 90, con ligeras variaciones a la baja desde 2001. Sin embargo, existe una modalidad de consumo (el binge drinking o atracón de alcohol, comúnmente conocido como “botellón” entre los jóvenes) que presenta una tendencia creciente desde el año 2009. Según la encuesta a estudiantes de entre 14 y 18 años, se observa que la sustancia más consumida es, igualmente, el alcohol. La prevalencia consumo es mayormente femenino en cuanto a drogas legales como el ya mencionado alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. En contraste, el consumo de las sustancias ilegales es mayor entre jóvenes varones. (4,5)

La segunda sustancia más consumida, el tabaco, registra un incremento notable respecto a los datos obtenidos en 2015, mostrando el dato más alto desde 2005 en su consumo en el último mes.(4) Por otro lado, el porcentaje de personas que han consumido tabaco alguna vez en la vida ha disminuido respecto a la encuesta anterior (2015).(6)

El consumo de tabaco está relacionado con el consumo de cannabis en tanto que la forma más habitual de consumo de esta sustancia ilegal es mezclada con tabaco. Según la última edición de la encuesta ESTUDES, el inicio del consumo se produce principalmente entre los 15 y los 17 años. Se registra una tendencia ascendente en la prevalencia de consumo de cannabis. El 11% de la población entre 15 y 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en el indicador referido a los últimos 12 meses, dato que ha incrementado respecto a los resultados del estudio anterior realizado en 2015. (5,6)

En cuanto a la cocaína, según la encuesta EDADES, la prevalencia de consumo tanto para el ítem “consumo en el último año” como en “consumo en el último mes” ha aumentado ligeramente respecto al dato de 2015. Cabe señalar que el mayor inicio de consumo se da principalmente entre varones menores de 25 años. (4)

Por último, en el caso de hipnosedantes, en general la prevalencia de consumo sigue una tendencia creciente, superando el 20% de la población en cuanto a consumo en algún momento de la vida. El mayor inicio de consumo aparece principalmente entre mujeres de entre 35 y 54 años. Según la encuesta ESTUDES, se observa una tendencia creciente en el consumo de estas sustancias, tanto con receta como sin receta, por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años. El perfil de las personas usuarias de estas sustancias es principalmente femenino. (4,5)

Estos datos generales hacen referencia a todos los tipos de consumo de las sustancias más habituales en nuestra sociedad. Sin embargo, no todo consumo es problemático ni genera situaciones de adicción. Por ello, analizaremos la información disponible sobre consumo de riesgo.

Según el Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España publicado en 2017, el 5,1% de la población de 15 a 64 años, es decir, cerca de 1.600.000 personas han tenido un consumo de riesgo de alcohol. El mayor número de casos de consumo de riesgo lo encontramos relacionado con esta sustancia, seguida por el cannabis y, en menor medida, la cocaína y la heroína. Resulta significativo que en este apartado no se incluyan los hipnosedantes, anteriormente mencionados como una de las sustancias psicoactivas más consumidas hoy en día. (4)

El consumo de riesgo es más común en hombres que en mujeres y la mayor prevalencia se encuadra en el grupo de edad entre 25 y 34 años, donde es habitual el policonsumo de sustancias. La percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en mujeres y para sustancias como la heroína o la cocaína. (4)

Resulta complejo determinar fielmente las cifras de personas afectadas por situaciones de adicción, ya que las consecuencias del abuso de sustancias no las sufre sólo la persona consumidora, sino también su entorno y el conjunto de la sociedad. Por otro lado, debemos tener en cuenta que puede existir un infradiagnóstico de estas situaciones debido al estigma. En ocasiones, familiares y personas cercanas al usuario de sustancias psicoactivas encubren o niegan la existencia de un problema mayor, demorando la petición de ayuda y por tanto la recuperación. Además, la falta de formación y concienciación influenciada en gran medida por los prejuicios del personal sanitario actúa como barrera dificultando la identificación de casos. Es por esto por lo que la lucha contra el estigma resulta fundamental, para ello debemos evidenciar su existencia y presentar herramientas para evitarlo.

2.4 OBJETIVOS:

En vistas a lo anteriormente comentado en la justificación, en este trabajo se procura:

- Definir la adicción y el estigma social asociado.
- Determinar cómo el estigma social puede afectar a la salud de la persona adicta y su entorno.
- Analizar la percepción del personal sanitario sobre el problema de adicción.
- Identificar si existe estigmatización del paciente adicto por parte de los profesionales sanitarios.
- Identificar buenas y malas prácticas en la atención a situaciones de adicción por parte de enfermería.

2.5 MARCO TEÓRICO:

Concepto de adicción:

En nuestra sociedad, el consumo de sustancias psicoactivas tiene una connotación de ocio muy arraigada, sobre todo en las actividades sociales a partir de la adolescencia. Es por esto que, como hemos visto en el apartado de epidemiología, el consumo de ciertas sustancias legales, como el alcohol y el tabaco, e ilegales como la marihuana, está ampliamente extendido. Sin embargo, no toda persona que las consume desarrolla un trastorno por consumo de sustancias. La complejidad se encuentra en diferenciar lo habitual de lo patológico. La consideración de lo "normal" es inherente a las circunstancias socioculturales en las que se enmarca la definición. La propia clasificación en legal o ilegal varía según el país y cultura en la que nos encontremos. Esto marcará los parámetros de lo que se considera socialmente aceptable y lo que presenta una carácter desadaptativo o problemático.

Definir la adicción incluye comprender los mecanismos de desarrollo y producción de la misma, algo que actualmente no se ha conseguido explicar aún de forma concluyente.

El conflicto se encuadra en la dificultad para relacionar los comportamientos con los circuitos neuronales, además de contextualizarlos en las circunstancias sociales que los definen y legitimizan o estigmatizan. Esto genera cierta controversia a la hora de proponer un fundamento único del fenómeno. Existe una corriente que basa la explicación en fenómenos biológicos, genéticos y fisiológicos; mientras, por otro lado, encontramos teorías basadas en la importancia del contexto sociocultural en la formación de valores y hábitos de salud, o en el manejo adecuado de las emociones negativas. (7,8)

En este momento la dependencia de sustancias psicoactivas es considerada una enfermedad. Anteriormente se creía un problema moral, un mal hábito elegido por la persona, lo que favorecía los juicios de valor sobre la misma cuando la situación de adicción provocaba serios problemas en la vida del consumidor y de sus familiares o personas cercanas. Así aparecía e incluso se justificaba en cierto modo la estigmatización y los prejuicios hacia las personas en situación de adicción. En el siglo XX comienza a surgir la idea de adicción como problema de salud que pretende reducir el estigma y la criminalización, sin embargo, esta nueva consideración puede provocar sensación de falta de control o de imposibilidad de cambio en la persona afectada.(9,10)

En cuanto a la explicación de la enfermedad, se presentan varias corrientes. Por un lado, existe un modelo psicoanalítico que apunta que el trastorno por consumo de sustancias se trata de un síntoma. Desde esta corriente se defiende que el problema de base es el estado psicológico del usuario que necesita consumir para evitar su realidad, proporcionando la sustancia una sensación de bienestar transitoria. Por tanto, se toma la adicción como un síntoma de un trastorno mental como puede ser la pérdida de control sobre impulsos, neurosis, etc. Esta

propuesta se enlaza con los cambios neuroquímicos mediante el modelo de adicción como aprendizaje. Este propone que los cambios cerebrales que dan lugar a la adicción son producidos o desencadenados por modificaciones cognitivas en base a situaciones personales y circunstanciales a las que la persona se ve expuesta. Se trata pues de la reacción ante unas contingencias que el usuario no es capaz de enfrentar lo que impulsa el consumo de sustancias y genera cambios en la fisiología cerebral, condicionando futuras respuestas desadaptativas. (8,10)

A estas divergencias sobre el enfoque de estudio debemos añadir que existen varios de términos que tratan de aportar definiciones de las situaciones de consumo descontrolado de sustancias psicoactivas, como abuso, dependencia y adicción, lo que contribuye a la confusión sobre el término.

Abuso hace referencia a “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso”.(11)

El término “adicción” es considerado por muchos expertos como una enfermedad debilitante debida a los efectos de una sustancia, que sigue una progresión implacable. Sin embargo, esta definición no aparece en los manuales de clasificación internacional de enfermedades, por lo que en la década de los años 60 la OMS recomendó usar en su lugar el término dependencia.(11)

El DSM-III-R, define la dependencia como “grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas.” Tiene correlación con el síndrome de dependencia recogido en la CIE-10. Popularmente suele cambiarse el término por adicción, o en el caso concreto del alcohol, por alcoholismo.(11)

Más recientemente, la Academia Americana de Psiquiatría incluye en el DSM-5 la diferencia entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos inducidos por la propia sustancia o por la medicación). Además, aúna los criterios diagnósticos de abuso y dependencia, aunque sus definiciones no sean las mismas, en 11 ítems, de los que se deben presentar al menos dos en el último año para considerar un trastorno. Entre los ítems encontramos indicadores de consumo (uso preigroso, uso de mayor cantidad/más tiempo, consumo por más tiempo del que pensaba, intentos repetidos de dejarlo o controlar el consumo), indicadores de la situación social (problema sociales/interpersonales relacionados con el consumo, incumplimiento de los principales roles por su consumo) y otros indicadores físicos (síndrome de abstinencia, tolerancia, craving, problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo). Buscando así una definición y unos criterios diagnósticos que integren los aspectos psicológicos,

físicos/biológicos y sociales. Esto es relevante ya que el enfoque de la definición guía las líneas de tratamiento. Se busca comprender el origen del fenómeno para tratar de revertirlo, promoviendo una atención integral el problema y adaptada a las necesidades de cada persona y sus circunstancias. (12)

Concepto de vulnerabilidad:

Las situaciones de adicción, al tratarse de un problema que afecta a las esferas tanto fisiológica como psicológica y social, presenta numerosos factores que influyen en su desarrollo y gravedad. Uno de los más importantes y transversales a todas las dimensiones de la problemática será la vulnerabilidad, especialmente a nivel social.

Entendemos la vulnerabilidad como la posibilidad de ser heridos, de sufrir algún daño. En cierto modo, no tener absoluto control sobre nuestra situación nos hace sentir vulnerables. Está relacionado con el concepto de autonomía en tanto que ser autónomos implica capacidad de decisión, control sobre nuestras contingencias. Desde la perspectiva antropológica se trata de una característica inherente a la naturaleza finita del ser humano, la fragilidad. Esto implica que exista una posibilidad de daño, ya sea físico, psíquico o moral. Es en este punto donde se hace necesario comprender la concepción social de la vulnerabilidad, en tanto que se deriva de la pertenencia a un grupo, un medio, una cultura, un género que comparten características y les predispone a ciertas situaciones. Entre todos ellos existen espacios de vulnerabilidad en los que las condiciones son desfavorables y exponen a las personas a mayores riesgos, situaciones de falta de control o la desprotección por no poder actuar con autonomía frente a las situaciones que se presentan. Por tanto, podemos decir que en la vulnerabilidad existe un agente externo (el daño) y otro interno (la indefensión o falta de medios para el afrontamiento).(13)

En el caso de las adicciones, la posibilidad de daño aparece ante situaciones que la persona es incapaz de afrontar, lo que propicia el consumo de sustancias para escapar o evitar este daño percibido. Sin embargo, el abuso de sustancias provoca otra serie de daños tanto físicos, por el efecto de las mismas en el organismo, como laborales, familiares y sociales derivadas de la pérdida de control sobre el consumo.

Encontramos diversas variables de vulnerabilidad a nivel individual que pueden conformarse como factores de riesgo para el desarrollo de problemas de dependencia a sustancias. Podemos hablar así de la percepción de riesgo. En general, cuanto mayor sea el riesgo percibido mayor será la vulnerabilidad percibida, lo que influirá en el grado de exposición al comportamiento. Por otro lado, encontramos el afrontamiento, este condiciona los estilos y estrategias de manejo de adversidades, lo que puede llevar a conductas de evitación mediante consumo de sustancias. En tercer lugar, la resiliencia se define como la capacidad de alcanzar una óptima adaptación a circunstancias amenazadoras, lo que implica que, a mayor resiliencia, menor vulnerabilidad a las adicciones. Otro de los factores a considerar será el estrés, concretamente el estrés psicosocial, definido como la relación entre la persona y su entorno

que es considerado amenazante. Las situaciones que generen estrés o malestar en la persona serán por tanto factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad al consumo de sustancias. Enlazando con el entorno más cercano, consideramos el apego, entendido como la búsqueda de protección de los demás. Este factor tiene especial relevancia en la niñez y la juventud, pues son los padres las figuras directas de apego que, según el estilo de crianza que lleven a cabo, influirán directamente en la conformación de la personalidad de la futura persona adulta y, por tanto, su estilo de afrontamiento. Por último, encontramos la inteligencia emocional. La habilidad para percibir, reconocer, comprender y regular las emociones que nos provocan las situaciones que se nos presentan a lo largo de la vida guían el comportamiento de la persona. La incapacidad para comprender los sentimientos genera rechazo hacia los mismos y promueve conductas huidizas como el consumo de sustancias que permitan una evasión de la realidad. (14)

Podemos realizar una lectura inversa de estas variables de vulnerabilidad: si el defecto de los conceptos mencionados constituye numerosos factores de riesgo, la potenciación de los aspectos positivos serán factores protectores frente al desarrollo de trastornos por consumo de sustancias.

Del mismo modo se debe tener en cuenta y actuar sobre los aspectos generales y sociales de la vulnerabilidad, como pueden ser el grupo étnico, la cultura, los constructos de género, las posibilidades socioeconómicas, etc., ya que pueden operar como favorecedores o protectores frente al consumo de sustancias.

Comprender y ser conscientes de la vulnerabilidad de las personas nos hace reflexionar sobre nuestra propia vulnerabilidad. Así, pensamos en lo que desearíamos recibir si nos encontrásemos en la misma situación, es decir, desarrollamos la empatía. Por tanto, la sensibilización de los profesionales de la salud frente a la condición de vulnerabilidad respecto al problema de las adicciones resulta fundamental en la lucha contra el estigma.

3 METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CUIDEN, Web of Science y Dialnet. Además, se ha obtenido información explorando páginas web de organismos oficiales como Asociación Proyecto Hombre, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Justicia y Organización Mundial de la Salud, así como buscadores alternativos como Google Scholar y el catálogo de la Universidad Complutense de Madrid.

Primeramente, con ayuda de la herramienta DeCS, transformamos los términos considerados de mayor interés para el tema a tratar del lenguaje natural en descriptores para realizar posteriormente la búsqueda en bases de datos.

Lenguaje natural	Descriptores	
	Inglés	Español
Adicción	Substance-Related Disorders	Trastornos Relacionados con Sustancias
Estigma	Social stigma	Estigma Social
Enfermería	Nursing	Enfermería
Determinantes sociales	Social Determinants of Health	Determinantes Sociales de la Salud
Fisiopatología	Physiopathology	Fisiopatología

Para la realización de las búsquedas se emplearon los descriptores obtenidos en el DeCS combinados mediante operadores booleanos, específicamente [AND]. En los descriptores con más de una palabra, fue necesario incorporar la utilización de comillas para una mayor precisión en los resultados.

A continuación, se muestran las estrategias de búsqueda y los resultados obtenidos.

Base de datos	Términos de búsqueda	Filtros	Resultados obtenidos	Seleccionados para lectura	Utilizados
CUIDEN	Substance-related disorder	-	1	1	1
PubMed	Substance-related disorders AND female AND Stigma	Últimos 5 años, texto completo, inglés/español	199	11	4
	Physiopathology AND substance-related disorder	Últimos 2 años, texto completo, revisiones	102	15	4

	Substance related disorders AND Stigma AND healthcare	Últimos 5 años, texto completo	160	6	4
	Substance related disorders AND nursing	Últimos 5 años, español, revistas enfermería	6	2	2
Dialnet	Enfermedad y adicción	Texto completo, últimos 10 años.	87	9	4
	Estigma y adicción	Últimos 10 años.	15	5	4
	Género y drogas	Últimos 10 años, texto completo, artículos de revista	114	3	2
Web of Science	Nursing AND stigma AND addiction	Últimos 5 años, open access.	19	9	4
TOTAL					29

Para la selección de los artículos fue necesario establecer criterios de exclusión que permitiesen reducir el volumen de documentos a una cifra manejable. De este modo, se excluyeron aquellos estudios que no se centraban en el problema del consumo de sustancias, así como los que se veían influidos por patologías comórbidas como VIH, Hepatitis C y B. Se decide acotar el origen del estudio a Europa y Estados Unidos por presentar sociedades con valores similares, aunque no exactos.

Se trata de acotar la temporalidad de los estudios a aquellos publicados en los últimos 5 años. En algunas cuestiones como las relativas a la fisiopatología de la adicción, se considera que los datos deben ser lo más actualizados posible por lo que se reduce el margen a los últimos 2 años. Por el contrario, en las cuestiones más puramente sociológicas, se decide ampliar el criterio a los últimos 10 años para obtener una visión más global de la evolución del pensamiento social.

Además de consultar en bases de datos, se realizan búsquedas alternativas en organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad, del que se obtienen y utilizan un total de 4 informes y artículos. En el Ministerio de Justicia se selecciona un artículo. De la página oficial de la Organización Mundial de la Salud, se emplea en la redacción del trabajo un glosario de terminología en la adicción. De la asociación Proyecto Hombre, se obtienen 2 informes. Entre

todos los documentos seleccionados de estos organismos, se suma un total de 8 a los 29 obtenidos de bases de datos.

Dos artículos fueron recomendaciones de la tutora del trabajo. Otro de los documentos utilizados en la redacción fue un libro disponible en el catálogo de la biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid.

Por otro lado, se recabó información mediante el buscador específico Google Scholar que permitió el acceso a 2 artículos de la base de datos Scielo.

Por último, se empleó el método “bola de nieve”, utilizando la bibliografía citada en los artículos seleccionados de mayor interés para el tema abordado. Se obtuvieron así un total de 15 artículos, de los que se descartan 8 por repetir ideas o no aportar información relevante. Con los 6 artículos obtenidos mediante este último método, se suman un total de 49 artículos leídos y empleados en la recopilación de información en esta narración bibliográfica.

4 DESARROLLO

4.1 FISIOPATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN:

Los modelos de sociabilización en nuestro entorno sociocultural marcan en gran medida las actividades de ocio en las que comúnmente se encuadra el consumo de ciertas sustancias como el alcohol y el tabaco. El gran valor que damos a las relaciones sociales nos lleva incluso a establecer prácticas de consumo habituales, que en ocasiones pueden derivar en trastornos de adicción relacionados con procesos culturales, cognitivos y neurofisiológicos.

Los hábitos y los comportamientos dirigidos hacia objetivos determinan nuestras acciones y elecciones. Estos procesos cognitivos están involucrados en el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias.

Al igual que los hábitos, los comportamientos adictivos son fuertes, rígidos y difíciles de romper; por lo que los problemas de adicción se podrían considerar hábitos patológicos. Por otro lado, se considera el uso inicial de drogas como una elección dirigida a un objetivo: experimentar los efectos que provoca la sustancia. Estos suelen ser alivio, disminución de la sensación de estrés, sentimiento de pertenencia cuando el consumo es grupal, etc. La exposición continuada a estas sustancias en personas vulnerables a las situaciones de adicción provocará una sensación de pérdida de control en cuanto al consumo que dará lugar al problema de adicción. (15)

El consumo inicial de una sustancia se da por una razón específica, ya sea evitar dolor físico mediante opioides recetados, o sufrimiento emocional con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana. Siendo esto más común entre mujeres que buscan lidiar en cierto modo con sentimientos de ansiedad, depresión, baja autoestima, etc., mientras que los hombres buscan mayoritariamente un sentimiento de pertenencia y demostración de valor. En otras ocasiones, el simple proceso de sociabilización en situaciones de ocio nos empuja al consumo. Estas sustancias activan el sistema de recompensa cerebral, desencadenando sentimientos positivos en el consumidor. Esto se ve reforzado por las condiciones favorables en las que se da el consumo. Es decir, en el caso del alcohol y la sociabilización, la sustancia produce un efecto que resulta positivo para el consumidor, pero a su vez, la situación social refuerza este comportamiento premiando al individuo con aceptación, sentimiento de pertenencia, liderazgo y demás atributos positivos dentro del grupo social. (16,10)

Sin embargo, para algunas personas este comportamiento dejar de orientarse hacia una meta específica y se vuelven compulsivo, estableciéndose así un hábito. En este punto, ya no se persigue un fin, un objetivo, sino que el comportamiento se lleva a cabo porque no se es capaz de evitarlo. Se convierte en una necesidad que da lugar al trastorno por pérdida de control.(17)

Los trastornos por consumo de sustancias se definen como una enfermedad o defecto neurobiológico crónico caracterizado por un uso compulsivo de sustancias psicoactivas a pesar de las consecuencias negativas que esto genere en la persona consumidora y el entorno.(15)

Mediante la compulsión se intenta justificar la discordancia entre los pensamientos individuales y las acciones. Para explicar el uso compulsivo de drogas, se ha sugerido que el comportamiento adictivo podría surgir del progresivo desarrollo de un hábito de consumo. En contraste con los comportamientos dirigidos hacia objetivos (elecciones), que son llevado a cabo por un objetivo deseable, que se convierte en acciones habituales, iniciadas por la asociación de estímulos y llevadas a cabo a pesar de sus consecuencias inmediatas. Las personas no adictas mantienen un equilibrio entre los hábitos y las acciones dirigidas a ciertos objetivos, de este modo, pueden reducir o incluso eliminar el consumo de sustancias sin demasiado problema. (15)

Pero ¿qué es un hábito? El concepto hace referencia a la idea de actuar in pensar, una rutina comportamental. Se relaciona a su vez con habilidades motoras que no requieren un control cognitivo consciente. Mientras que los comportamientos dirigidos hacia un objetivo se rigen por la asociación respuesta-resultado, es decir, nosotros llevaremos a cabo una acción que producirá un efecto deseado, un objetivo. Los hábitos, por su parte, vienen determinados por la asociación estímulo-respuesta, esto es, ante la presencia de cierto estímulo generamos una acción, una respuesta automática. En el caso de las sustancias psicoactivas esto puede marcar la diferencia entre sufrir un trastorno por consumo o simplemente consumir la sustancia. De este modo, en el caso de los comportamientos dirigidos a una meta, la reducción en la causalidad entre respuesta y objetivo debería conducir a una reducción estas acciones. Sin embargo, en el caso de los hábitos estos cambios no serían relevantes, pues la simple presencia del estímulo, sin esperar nada a cambio de manera consciente, generaría una respuesta. (15)

Las teorías de procesamiento dual sugieren que la búsqueda de drogas puede estar mediada por los comportamientos dirigidos a metas (búsqueda de alivio o satisfacción) y prácticas habituales de manera paralela, no excluyente.(15)

El paso de consumo casual a trastorno por consumo de sustancias está relacionado con contingencias sociales y culturales, roles de género y sexo biológico, estados o situaciones de ansiedad, percepción de riesgo, impulsividad, además de diferentes procesos cerebrales. Uno con especial peso en el desarrollo de conductas adictivas es el denominado circuito de recompensa. (17)

Circuito de recompensa:

El circuito de recompensa tiene como misión modular la respuesta individual a las actividades que promueven y facilitan la supervivencia, para lo que produce un sentimiento placentero que refuerce estas conductas.(10)

Distintas modalidades de neuroimagen han demostrado que el circuito de recompensa es en mayor foco de anormalidad en los comportamientos que desencadenan abuso de sustancias, la intoxicación activa y el *craving* que se experimenta durante el periodo de abstinencia. (10)

Las sustancias psicoactivas son un estímulo muy potente que codifican patrones duraderos de comportamientos favorables a la búsqueda de drogas. Estas producen una gran activación del sistema de recompensa que va seguido de una disminución de su actividad y respuesta, durante el cual las recompensas naturales no son lo suficientemente fuertes como para activarlo. Al mismo tiempo, la transcripción genética alterada da como resultado la acumulación de proteínas intracelulares de vida larga que aumentan la sensibilidad del sistema de recompensa. Por lo tanto, pequeños estímulos en el entorno o el uso de sustancias químicas pueden reactivar comportamientos adictivos incluso después de extensos periodos de abstinencia. Desde esta explicación podemos comprender el concepto de cronicidad. No basta con eliminar el hábito, existe una neuromodulación, un cambio fisiopatológico que impide un consumo moderado en consumidores con trastorno por uso de sustancias. Algunos de estos cambios anteriormente mencionados se producen en el ámbito epigenético por lo que pueden ser transmitidos a la descendencia, explicando así el factor hereditario en la adicción. (10)

Cabe señalar que la mayoría de los estudios se realizan en base al modelo masculino, dejando a un lado las diferencias fisiológicas existentes entre ambos sexos. Si bien es cierto que a nivel cualitativo no existen grandes diferencias, sí que se aprecian cambios entre un sexo y otro a la en cuanto a la manifestación de los rasgos propios de este problema, como veremos más adelante.(16)

Además, debemos tener en cuenta las situaciones adversas y episodios complejos durante la infancia y adolescencia, como violencia, abusos, pobreza o todo lo contrario. Se ha observado que importantes ingresos económicos también pueden considerarse un factor de riesgo en tanto que existe una mayor facilidad en la adquisición de sustancias psicoactivas. Además, la presión en cuanto al logro de objetivos puede aumentar el estrés psicológico, siendo este un factor de riesgo y vulnerabilidad. En el caso de los niños y jóvenes, si los progenitores tienen carreras muy demandantes, pueden experimentar cierto aislamiento y falta de atención. Esto interfiere en el neurodesarrollo provocando ciertos cambios que se asocian con factores psicológicos y comportamentales que aumentan la probabilidad de adoptar comportamientos de riesgo para la salud, como pueden ser el consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias psicoactivas. (18,19)

Estas circunstancias afectan al desarrollo y manejo emocional, así como a los circuitos de recompensa y respuesta ante amenazas.

La falta de cuidados puede provocar una baja reactividad del circuito de recompensa, que precisará de estímulos más potente para obtener una respuesta placentera. De este modo, se induce la búsqueda de comportamientos que reporten recompensas intensas y de manera rápida. El consumo de drogas, como ya hemos visto anteriormente, puede proporcionar una

gran sensación de placer mediante la activación directa de los centros de recompensa. Se explica así que situaciones de desatención durante la infancia hagan más proclive el desarrollo de trastornos adictivos. En estos casos, se otorga un valor predominante a las recompensas a corto plazo frente a los beneficios a largo plazo, lo que es característico de los trastornos por consumo de sustancias. (19)

Las ofertas de ocio, los comportamientos como sociedad, las circunstancias socioeconómicas y culturales en las que nos desenvolvemos y desarrollamos constituyen, en numerosas ocasiones, factores de riesgo en cuanto a padecer situaciones de adicción en tanto que legitiman el consumo social de drogas. Ser consciente de esta realidad puede ayudarnos a comprender mejor estos fenómenos favoreciendo así la reducción del estigma. Al tratarse de una enfermedad no sólo física sino también social, todos jugamos un papel crucial en el desarrollo de la misma.

4.2 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ESTIGMA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS.

Contexto social:

Las drogas han estado presentes en las sociedades y culturas a lo largo de la historia. El alcohol, el opio y el cannabis tenían diversos usos en las civilizaciones, desde recreativo hasta terapéutico o espiritual. Con la evolución de las sociedades se han producido cambios en los usos y consideraciones de las diferentes sustancias psicoactivas, calando de distinto modo en el imaginario social.(20)

La sociedad se rige por valores compartidos por la comunidad a través de los que se filtra la realidad y se jerarquizan los problemas. Actualmente se otorga un gran valor al dinero, el poder, el disfrute y la libertad individuales. A nivel colectivo se da una mayor importancia a los aspectos cuantitativos que a los cualitativos, generando así ritmos de vida frenéticos para alcanzar los objetivos más ambiciosos. La automatización de los procesos que llevamos a cabo para alcanzar las metas genera y magnifica en las personas sensaciones de vacío, frustración y numerosas emociones negativas. Al mismo tiempo, la visión individualista y la importancia de la imagen fuerte y positiva hace más complejo compartir y lidiar con este tipo de sensaciones. Esto empuja a buscar métodos para paliar el sufrimiento o evadirse de la realidad. Dado que las sustancias psicoactivas están presentes en momentos de ocio y disfrute, no es raro que se recurra a situaciones que alienten el consumo. Sin embargo, en el momento en el que se emplean las sustancias químicas con este fin, comienza un ciclo de consumo que puede dar lugar a los problemas de adicción. (20)

En la sociedad de consumo se clasifica y acepta o no a las personas que la conforman según si sus características se adaptan a lo reconocido por el conjunto sociocultural como normal o aceptable, señalando a aquellos que se desvían de estos conceptos. La construcción de este

estigma es siempre cultural y actúa como una definición totalizadora, es decir, en el momento en el que se reconoce una característica no considerada aceptable, la persona pierde el resto de cualidades a ojos de la sociedad. Queda reducida al atributo negativo que le ha sido asignado. De este modo, se genera una división entre el grupo “normal” y el estigmatizado. Existe así un cierto “*darwinismo social*” en el que sólo tienen éxito y sólo son considerados los individuos más competitivos, los más “capacitados”, lo que legitima la marginación y estigmatización del considerado diferente o inferior.(20,21)

En el caso de los problemas de dependencia química, la persona consumidora es despojada de su capacidad de decisión y credibilidad. El individuo en situación de adicción ve deteriorada su identidad y experimenta una ruptura en las relaciones sociales. Por parte del entorno se percibe que el trato con el consumidor puede implicar un riesgo al ser considerado potencialmente peligroso, incapaz de controlar sus actos y razonar lo que debe y no debe hacer cuando consume. La visión social negativa trata de legitimar la exclusión y marginación al no ser reconocido como ciudadano con plenos derechos y deberes. Esta persiste incluso una vez recuperado del problema de adicción, ya que las etiquetas cargadas de connotaciones desfavorables como *yonki*, *toxicómano* o *drogadicto* permanecen en el imaginario social. Esta imagen pretende cambiarse mediante la consideración y asignación de rol de enfermo. (20,21)

Como hemos visto, la relación de la sociedad con los colectivos de consumidores y su entorno viene marcada por la discriminación, por el trato diferenciado. Para acabar con esto, conviene hacer una aproximación a la representación social de la adicción con el fin de comprender y desmentir los procesos estigmatizadores. (21)

Entendemos la representación social como un “*proceso de construcción de la realidad que en su misión de pasar de lo abstracto a lo concreto articula nuestra trama de creencias, mentalidades, ideas sobre lo cotidiano y lo ajeno*”. Aplicando esta definición a las conductas adictivas, entendemos que las expectativas o ideas de consumo condicionan el consumo posterior, siendo compartidas y construidas por el grupo al que se pertenece. Por ejemplo, las personas que salen los fines de semana y consumen alcohol, suelen hacerlo en grupo y con expectativas de disfrute. Esta creencia ha sido instaurada y respaldada por el grupo de iguales con quienes se comparte la experiencia, confiriendo a estas actividades un valor social. Así, el alcohol y el tabaco gozan de una representación social normalizada e incluso aceptada ya que son considerados medios de socialización. En nuestro sistema de creencias, las relaciones sociales poseen un gran valor, por lo que el consumo de estas sustancias con ese fin se legitima. Se maneja así un mensaje ambiguo. Por un lado, existen campañas que ponen de manifiesto las consecuencias negativas del consumo de estas sustancias, mientras que al mismo tiempo justificamos su uso con fines recreativos. Se trata de una realidad acordada socialmente. (22)

El problema se identifica, en el caso del alcohol, más que en el hecho de beber, en el “no saber beber”. Esta creencia defiende que la persona que no tenga un problema moral o de insuficiencia personal, no desarrollará ningún problema con la bebida. Por tanto, la persona

que consume lo socialmente acordado como moderado o normal, son vistas como sujetos plenos, normales, mientras que aquellos que desarrollan un problema de adicción son débiles, incapaces de manejar impulsos debido a un problema moral o personal subyacente..(22,23)

Esta representación y los valores sociales son los que marcan prioridades que sesgan y jerarquizan los problemas según sus premisas. A esto debemos sumarle los cambios en la percepción de riesgo en relación con el consumo, pues también influyen en el imaginario social y por tanto en la formación del estigma.

La percepción de riesgo es un factor de vulnerabilidad en cuanto al consumo de drogas. En general, cuanto mayor sea el riesgo percibido, más se reducirán las probabilidades de llevar a cabo dicho comportamiento. El alcohol no es percibido como un gran riesgo, sobre todo entre los más jóvenes, por lo que su consumo está muy extendido. No siendo igual, por ejemplo, en el caso de la heroína. Si bien es cierto que esta es una de las teorías más aceptadas, encontramos también la situación contraria en la que el riesgo percibido elevado alienta el consumo de sustancias psicoactivas. En el caso del alcohol, su consumo se ha relacionado tradicionalmente con la masculinidad como exhibición de capacidad de resistencia y asunción de riesgos. En la sociedad actual en la que se lucha por romper las diferencias entre hombres y mujeres, el aumento de consumo de sustancias legales entre las jóvenes puede verse como una ruptura con los roles de género tradicionales. Nos encontramos así ante una situación en la que un factor de riesgo presenta varias consideraciones desde la esfera social pero todas apuntan y justifican de algún modo el consumo. (14,24)

Sin embargo, no todas las sustancias o todos los consumos son aceptados socialmente. Existen situaciones en las que la sociedad margina y castiga a los consumidores y las consumidoras apartándolas de la vida pública, restando y negando sus derechos fundamentales. Esto es lo que conocemos como estigma.

Estigma:

El concepto estigma tiene diversas definiciones, pero todas coinciden en la negatividad del término. Goffman lo definió como “un atributo profundamente desacreditador” (25), que es atribuido a una persona o colectivo en base a una característica que lo diferencia y señala respecto a lo que socialmente se considera normal. Guarda relación con el concepto de prejuicio entendido este como un juicio negativo atribuido a las características “del otro”; implica la diferenciación y en cierto modo jerarquización, estableciéndose uno mismo como superior o dominante por no presentar la característica desacreditadora.(26)

La formación de un estigma pasa por cinco fases interrelacionadas. Primeramente, se produce un etiquetamiento en base a sus diferencias; entonces pasa a ser estereotipada obviando el resto de las cualidades salvo la distintiva o indeseable. En tercer lugar, se produce una separación entre “ellos” y “nosotros”, es decir, entre lo socialmente normal y las personas que presentan una desviación respecto a este constructo. Es entonces cuando la persona pierde la condición de sujeto, pasando a ser considerado drogadicto o enfermo, apareciendo así la

discriminación y exclusión. Por último, aparece el ejercicio del poder, en tanto que la discriminación se relaciona directamente con este concepto. (27)

Del mismo modo, el estigma y el grado de discriminación varían notablemente de una sustancia a otra. Como hemos visto, el alcohol es una sustancia legal cuyo consumo en contextos sociales está legitimado. Sin embargo, existen otras sustancias, como la cocaína, en la que incluso las diferentes presentaciones conllevan distintas connotaciones. Así encontramos que la cocaína pura o base se asocia a un nivel socioeconómico medio-alto, mientras que el crack, al presentar un menor coste es más consumido por personas con ingresos menores. Son estas última quienes sufren en mayor medida el estigma ya que se relacionan frecuentemente con marginalidad y delincuencia. (26,28).

El estigma que la sociedad proyecta sobre las personas en situaciones de adicción, en muchas ocasiones es interiorizado y asimilado por las mismas. Surge así el autoestigma. Este proceso cognitivo y emocional tiene importantes repercusiones en la salud general de la persona, ya que se ha asociado a síntomas depresivos, baja autoestima y escasa autoeficacia que contribuye al retraso de la búsqueda de ayuda y tratamiento. (29)

El proceso de formación del autoestigma sigue cuatro pasos. El primero consiste en ser consciente de los estereotipos negativos que se asocian con uno mismo. Posteriormente, se justifica este estereotipo, es decir, se busca en uno mismo la característica definitoria y se acepta como propia. Una vez se está de acuerdo, inconscientemente se aplica a uno mismo, esto es, se actúa como la sociedad espera que se haga porque se ha interiorizado que el comportamiento o actitud es el propio. Por último, aparece como consecuencia la baja autoestima. (29)

Si la opinión pública considera que las personas en situación de adicción son poco de fiar, la persona interioriza esta creencia y actúa en consecuencia excluyéndose de la vida social. Esto deteriora los lazos afectivos, agravando así el aislamiento, las situaciones de marginalidad, el estrés, etc. Esto es conocido como *profecía autocumplida* o *efecto Pigmalión*. En él, la persona lleva a cabo lo que la sociedad espera que haga. Esto aumenta la sensación de vergüenza y rechazo hacia uno mismo, generando más situaciones y emociones desagradables, lo que incita el consumo y retrasa la búsqueda de ayuda. (30)

Además de a la persona con trastorno por consumo de sustancias, el estigma alcanza a su familia y entorno más cercano. La familia suele experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y sensación de fracaso en relación con la persona consumidora. En numerosas ocasiones, se hace referencia a familiares de personas en situación de adicción de forma poco comprensiva y algo despectiva. Es común que se relacionen con defectos de carácter y relaciones co-dependientes que fomentan el consumo y por tanto el problema. Esto es especialmente significativo en el caso de las parejas sentimentales de hombres con consumo problemático. Este tipo de estigma, denominado por Goffman como estigma de cortesía, constituye una importante barrera para la búsqueda de ayuda, afectando así al mantenimiento de la red de

apoyo necesaria para la persona adicta. Este estigma surge de la falta de conocimiento y las actitudes y comportamientos negativos, lo que lleva con frecuencia a tratar de ocultar el problema y al aislamiento social. Esto contrasta con el caso de otras enfermedades consideradas socialmente aceptables, como por ejemplo el cáncer, donde existen verdaderas redes de cuidados y atención a las familias de los pacientes. La concepción social históricamente ha vinculado a la familia como parte del problema de consumo que una persona pueda desarrollar. Este estigma de cortesía se relaciona directamente con la falta de conocimiento y empatía, que ocurre de igual forma en el ámbito sanitario, constituyendo así una barrera de acceso al mismo para las personas en situación de adicción y sus familias. (31)

El estigma presente en la sociedad y en las personas que se ven inmersas en estas difíciles situaciones traspasa las barreras del sistema sanitario. Esto contribuye a aumentar los sentimientos de vergüenza y rechazo experimentados por las personas en situaciones de adicción que ven los centros sanitarios como territorio hostil. De este modo, tratarán de evitar que los profesionales conozcan su situación real lo que aumentará la desconfianza por parte del personal (creencia de que son manipuladores). Por tanto, el estigma dificulta el acceso al sistema sanitario pudiendo llegar a producir situaciones de gravedad en cuanto a salud en general y un retraso en la detección y comienzo de tratamiento de las situaciones de adicción.

4.3 ENFOQUE DE GÉNERO EN SITUACIONES DE ADICCIÓN:

Como ya hemos visto en apartados anteriores, las situaciones de adicción conforman un problema que abarca numerosas perspectivas. No puede ser considerado únicamente como la acción de consumir una sustancia psicoactiva que genera tolerancia y dependencia, sino que debemos entender y atender las circunstancias sociales, económicas y culturales en las que se da el consumo.(32)

Las relaciones y desigualdades de género presentes en las diversas sociedades y culturas influyen en gran medida en el concepto de salud y especialmente en los patrones de consumo de sustancias.

La invisibilización de las cuestiones de género alcanza el ámbito sanitario, y particularmente el de las adicciones, en tanto que todos los supuestos de investigación y tratamientos se realizan o dirigen a población masculina y se extrapola su aplicación a la femenina. De este modo, perdemos la construcción de los roles de género como factor determinante para comprender los distintos patrones y condiciones de consumo. Las diferencias sexuales y las desigualdades de género juegan un importante papel en la fisiopatología, las manifestaciones clínicas y las líneas terapéuticas en las situaciones de adicción, por lo que será relevante tenerlas en cuenta para ofrecer una asistencia individualizada y de calidad.(33, 34, 35)

Desde pequeñas, las mujeres son educadas en la dependencia, sobre todo a nivel emocional. Se marca como objetivo vital encontrar una pareja con la que poder formar una familia, creencia asentada por la supervisibilización de la dimensión reproductiva de la mujer,

relegando a un segundo plano las esferas relativas al desarrollo personal, laboral, social, etc. (34) De este modo, se legitima ciertas formas de dependencia emocional y psicológica que pueden relacionarse posteriormente con un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Podemos afirmar que las diferencias de género en las situaciones de adicción no se deben a la sustancia consumida o al hecho de consumirlas, si no a las experiencias o vivencias asociadas al género. Así encontramos que el hecho de tener pareja en el caso de los hombres reduce el consumo, mientras que, en el caso de las mujeres, la cifra de consumidoras aumenta respecto a las que se encuentran solteras o sin pareja. Este patrón se repite en el número y circunstancias de las recaídas una vez iniciado el tratamiento rehabilitador. Esto se debe a que, en numerosas ocasiones, el consumo femenino va ligado al de sus parejas, particularmente si son heterosexuales. (28,32)

Entre las situaciones precipitantes al consumo en el caso de las mujeres encontramos la vivencia de traumas no resueltos durante la infancia, baja autoestima, preocupación por problemas interpersonales, etc. Estos factores constituyen un mayor riesgo de consumo en cuanto a aumento de cantidades y frecuencia que puede derivar en episodios de sobredosis. Del mismo modo, actúan como factores de riesgo en los casos de violencia de género, ya que son percibidas como mujeres débiles y anuladas por sus situaciones y problemas emocionales o psicológicos. (36)

Por otro lado, las drogas aportan y representan placer para la persona consumidora. Bajo esta premisa, puede considerarse el hecho de consumir drogas como una forma de reivindicar el placer femenino rompiendo con los modelos sociales de diferencia y subordinación al deseo masculino. (32)

Las mujeres consumidoras de drogas son señaladas por el propio uso de sustancias psicoactivas, especialmente si son ilegales. Entre las mujeres está más extendido el consumo de sustancias legales como alcohol, tabaco y tranquilizantes, o aceptadas socialmente como el cannabis, mientras que las drogas ilegales son consumidas preferentemente por hombres. Esto condiciona en gran medida las políticas antidrogas en tanto que las sustancias legales no son consideradas como drogas por la población general, lo que desplaza la preocupación y la atención hacia las sustancias ilegales, consideradas además de un problema de salud, un problema de seguridad. De este modo, en la cultura occidental se invisibiliza la problemática social y la contextualización cultural centrándose únicamente en la sustancia, considerada como un ente capaz de transformar a los usuarios, eliminando así la particularidad individual y la perspectiva comunitaria. Este enfoque disminuye la importancia de la problemática que sufren en mayor medida el colectivo femenino, provocando así una desatención a las mujeres en materia de adicción. Es por ello que se reivindican programas específicos que analicen la situación estructural y particular en el caso de las mujeres. (33,37)

Además de en la relevancia del problema, el estigma actúa castigando y rechazando socialmente a las mujeres por romper los roles de género y las imposiciones sociales con las

que son asociadas. En la sociedad occidental actual, la mujer ha tenido que demostrar ser merecedora de los derechos que le han sido relegados. Estos méritos se miden en función del grado en el que cumplen sus responsabilidades como trabajadoras, consumidoras y cuidadoras. Socialmente se concede autonomía al precio de un buen comportamiento y conformismo social. Así, el estigma funciona como un método disciplinario social, señalando a la usuaria como seres desconsiderados, egoístas, malas madres, hijas o esposas, etc. (37)

Esta doble penalización y rechazo social provoca sentimientos de culpa, miedo y vergüenza en las mujeres consumidoras, lo que da lugar a una mayor invisibilización del problema, dificultando o retrasando la búsqueda de ayuda. Por otro lado, la búsqueda y utilización de recursos propios en tanto que deben demostrar su fortaleza y buscar su autonomía, actúan como resistencias en cuanto al inicio de terapias y búsqueda de ayuda profesional. (34,37)

Además, estos estigmas actúan en situaciones que pueden llegar a comprometer la vida de a mujer consumidora. Así es el caso de la violencia de género en las mujeres consumidoras de drogas, quienes utilizan la sustancia para afrontar estas situaciones, lo que puede derivar en episodios de sobredosis e incluso muerte. La visión de las personas en situación de adicción como poco fiables, manipuladoras, incluso locas, afecta a la mujer a la hora de denunciar las situaciones de abuso que sufre en tanto que no se la tiene en cuenta. Por otro lado, por el hecho de ser mujer y consumir sustancias psicoactivas, las parejas abusadoras las consideran un blanco fácil, ya que son más vulnerables por anulación de la voluntad a través de las drogas, falta de recursos para salir de las situaciones de abuso y violencia, dependencia económica, psicológica y emocional, etc.(36)

Las mujeres deben hacer frente al estigma no sólo como consumidoras de sustancias psicoactivas, si no también cuando ejercen el papel de cuidadoras de algún miembro en situación de adicción. Como hemos comentado anteriormente, la adicción es un problema que no sólo afecta a la persona consumidora, si no que repercute directamente en la familia y entorno más cercano, así como en la comunidad. Las mujeres, en su papel de cuidadoras, perciben gran parte del estigma derivado de la situación de adicción, en la mayoría de los casos, de su pareja. Esto genera tensiones, sensaciones de culpa, frustración, codependencia, depresión y ansiedad que afectan a su salud y calidad de vida.(38)

La investigación en materia social y de salud en cuanto a las desigualdades de género resulta fundamental para poder ofrecer una atención de calidad adaptada a las circunstancias específicas de las personas. Esto cobra una especial importancia en el caso de las adicciones ya que sobre las personas que se ven afectadas por estas situaciones actúan condicionantes no sólo fisiológicos, sino sociales y culturales que determinan sus decisiones y la respuesta al tratamiento. Es por ello por lo que las manifestaciones sociales de esta problemática varían notablemente entre hombres y mujeres. Si únicamente se estudia y se considera la situación masculina, tendremos dificultades para identificar los indicadores entre el colectivo de mujeres lo que restará calidad de vida y oportunidades de acceso a tratamiento. Por otro lado, eliminar el estigma, tanto el generado por el consumo como el derivado de la ruptura de los roles de

género por parte de la mujer, y promover la empatía y sensibilidad ante estas situaciones, pondrá al sistema sanitario en una mejor disposición para tratar y acompañar a las personas afectadas por esta problemática y su entorno.

4.4 ESTIGMA Y ÁMBITO SANITARIO:

Las relaciones interpersonales en el ámbito sanitario no dejan de ser un tipo de interacción social influenciada por ideas y conceptos socioculturales en las que se enmarcan. Así, si en la sociedad existe discriminación y estigmatización hacia las personas en situación de adicción, no será raro que los prejuicios aparezcan de igual modo en la relación terapéutica, pudiendo afectar así a la eficacia y mantenimiento del tratamiento rehabilitador, así como a la calidad de atención recibida y de vida.

Debido al estigma, cuando las personas en situación de adicción demandan atención sanitaria suele deberse a motivos diferentes a su problema de consumo. En este sentido, el papel de los profesionales resulta clave a la hora de identificar los casos y ofrecer ayuda y apoyo. Una vez detectada la adicción, los prejuicios y las actitudes negativas que muestran los sanitarios hacia las personas con dependencia a sustancias se relacionan con una mala comunicación y un mal establecimiento de la alianza terapéutica. Esto contribuye a un eclipse diagnóstico, esto es, se atribuyen síntomas independientes del trastorno por consumo de sustancias al problema de adicción, ignorando así posibles causas orgánicas que pueden comprometer la salud del paciente. De este modo se evidencia cómo las actitudes y predisposición de los profesionales de la salud pueden influir en diagnósticos y tratamientos, y por tanto en la salud y calidad de vida de las personas en situación de adicción.(39)

La escasa motivación y grado de satisfacción percibido por el personal sanitario que trata con este tipo de pacientes dificultan la capacidad de empatizar con la situación vital de la persona. Esto es especialmente significativo en el caso de enfermería, donde la empatía resulta indispensable para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica que permita ofrecer unos cuidados de calidad. Este problema nace de la imagen de las personas consumidoras como seres inmorales, incapaces de gobernar su vida y por tanto de recuperarse. Estas ideas presentes en el imaginario social son las que justifican el estigma, pero cuando este penetra en el sistema sanitario supone un verdadero problema para la salud y recuperación del paciente. (39)

La noción negativa es aún mayor hacia las personas que consumen drogas inyectadas. Los consumidores de drogas parenterales perciben que los profesionales sanitarios les consideran imprudentes y poco preocupados por su salud. Por su parte, los profesionales tienden a minimizar los problemas y consultas, atribuyendo el motivo de la visita a la demanda de medicación. Se generan así actitudes negativas en el personal sanitario, quienes de manera consciente o inconsciente estigmatizan a la persona afectando a la calidad de la atención que estos reciben. (40)

Estas actitudes sesgadas y discriminatorias predominan en los profesionales de la salud sin formación especializada en el ámbito de los trastornos por consumo de drogas y sin contacto continuado con estos pacientes. Estos perciben a las personas en situación de adicción con el filtro del estigma. Consideran a los pacientes violentos, manipuladores e irresponsables, imagen reforzada a su vez por los medios de comunicación, quienes juegan un importante papel en la propagación y mantenimiento del estigma. Además, la percepción de que se trata de un problema controlable por parte de la persona, que son responsables de su condición, refuerza la idea del fracaso terapéutico como problema de motivación en el paciente, lo que acentúa los juicios y actitudes negativas. Esto se ve magnificado en caso de que la persona presente patología dual, lo que genera emociones de frustración, resentimiento e impotencia entre los profesionales sanitarios, especialmente los dedicados al cuidado. Todas estas actitudes discriminatorias dan lugar a cuidados subóptimos, comportamientos de evitación, menor implicación en el cuidado y falta de empatía, lo que provocará una mayor tasa de abandono del programa rehabilitador y una reducción en la autoestima de los pacientes, y por tanto, repercutirá negativamente en su salud mental. En el caso de la enfermería, un estudio sobre el estigma y la relación terapéutica entre profesionales y pacientes con trastorno por consumo de sustancias revela como los cuidadores formales reconocen hacer visitas más cortas, generalmente en parejas y con un enfoque más mecánico que humano, dificultando así la colaboración profesional-paciente básica para el éxito terapéutico.(39,41)

Siendo conscientes de la discriminación y estigmatización que podrán sufrir en el contacto con el sistema sanitario, estos pacientes emplean ciertas estrategias para tratar de evitarlo. Entre ellas encontramos retrasar la consulta sanitaria lo máximo posible. La mayoría acuden a los servicios de urgencias cuando el problema de salud les impide continuar su vida, lo que da lugar a una intervención tardía que en numerosas ocasiones se acompaña de importantes complicaciones. Así, se pierde la oportunidad de llevar a cabo un seguimiento y prevención de enfermedades e infecciones sistémicas comunes en este grupo como son el VIH, la hepatitis C, etc., lo que repercute de manera directa en la calidad de vida del paciente y en los costes al sistema sanitario. Otra de las estrategias llevadas a cabo por los pacientes para tratar de reducir el estigma es no mencionar el consumo de drogas, o minimizar la necesidad de analgesia. Ante episodios agudos de intenso dolor, no es raro que la prescripción o administración de analgesia sea insuficiente, ya que se considera que exageran los síntomas para obtener mayores dosis de medicación. Debido a esto, los pacientes consideran que, si manifiestan no necesitar medicación para el dolor, conseguirán ganarse la credibilidad del profesional. Buscan legitimar el motivo de consulta. Esto deriva en un mayor sufrimiento por parte del paciente que se siente en la obligación de manejar su dolor de manera alternativa con el fin de evitar los juicios negativos. Por último, muchas personas en situación de adicción a drogas intravenosas prefieren buscar ayuda en servicios alternativos que funcionen como enlace con el sistema sanitario, tales como programas de reducción del daño, donde el personal se muestra más comprensivo y empático con la situación de los pacientes. (40)

En el tratamiento de las situaciones de adicción, las herramientas y estrategias psicológicas e interpersonales tienen una gran importancia. Uno de los grandes problemas en el inicio y mantenimiento del tratamiento es la falta de comprensión y conocimientos por parte de los profesionales. En ocasiones, cuando una persona en situación de adicción entra en contacto con el sistema sanitario por otra causa distinta a su problema de consumo, el profesional que le atiende no tiene formación específica en materia de salud mental y adicciones. En este contexto, la posición del profesional suele tornarse distante, en ocasiones algo paternalista, tomando decisiones sobre el tratamiento unilateralmente, dando lugar a una pérdida de autonomía del paciente, principio básico de la bioética de las profesiones sanitarias, y aconsejando el abandono del hábito de consumo, sin ofrecer herramientas ni implicación terapéutica para llevar a cabo el propósito. De este modo, se deja la total y absoluta responsabilidad de su recuperación al paciente, tachándolo así de incorregible si este no es capaz de cumplir con la expectativa de abandono de consumo. Esto afecta a la autoestima y autoeficacia del paciente aumentando sentimientos de frustración, lo que dificulta la búsqueda de ayuda realmente efectiva para lograr el objetivo.(42)

En esta línea, encontramos que el establecimiento de relaciones terapéuticas fuertes resulta especialmente importante en el manejo del paciente ambulatorio, quienes describen que estas actúan como un factor motivante para mantenerse alejados de las sustancias. Sienten que de lo contrario decepcionarían al personal sanitario que les brinda apoyo y cuidados. Sin embargo, esto no debe actuar como castigo, es decir, debemos conseguir que la motivación nazca intrínsecamente del paciente a través de nuestro apoyo, no mediante amenazas en cuanto a la pérdida de confianza. Los profesionales deben mostrar empatía, comprensión, confianza y respeto para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica a través de la que los pacientes no se sientan juzgados y puedan reducir el sentimiento de vergüenza que en numerosas ocasiones experimentan. Destaca así la importancia de la continuidad asistencial. Las personas en situaciones de adicción se sienten mucho más cómodas cuando los cuidados y el seguimiento de su caso lo llevan a cabo los mismos profesionales, sienten que estos conocen su historia, han hecho esfuerzos por comprender su situación, por lo que la variación continua de personal les genera desconfianza y un retroceso en la relación terapéutica.(42)

Papel de la enfermería:

Por sus características asistenciales, la enfermería puede y debe aportar una visión holística de los problemas de los pacientes. Así, su labor profesional no se limita a atender exclusivamente la fisiopatología, sino que debe preocuparse por comprender y analizar las situaciones sociales, económicas y personales por las que atraviesa la persona en el momento de la atención ya que estas afectan a su vivencia de la salud o enfermedad. En todo este proceso juega un importante papel el equilibrio entre los valores propios, los del paciente y los sociales. Estos últimos son en gran medida los que provocan situaciones estigmatizantes, actuando de

manera consciente o inconsciente sobre la actitud del profesional. A través de esta visión, no es raro que se incurra en sesgos que condicionen la atención y cuidados proporcionados. (43)

Existe evidencia que refleja que las actitudes del equipo de enfermería ante las personas en situación de adicción pueden repercutir en la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes con dependencia química. Esta atención puede darse por motivo directo de la adicción o por otras patologías. Por un lado, encontramos la atención específica al problema por consumo de sustancias, que se llevará a cabo en centros especializados con personal cualificado en materia de salud mental. Por otro lado, hablaremos de la atención sanitaria a pacientes con dependencia de sustancias que entran en contacto con el sistema de salud por cualquier otro motivo. (44)

Es en este último caso en el que se observa una mayor estigmatización. La falta de protocolos multidisciplinares que permitan identificar y tratar a las personas en situación de adicción independientemente del motivo de su consulta, así como el déficit de conocimientos y formación en materia de adicción entre los profesionales sanitarios no especializados en salud mental contribuyen a generar cierta incomodidad entre el personal. A esto debemos sumarle el hecho de que los profesionales y estudiantes comparten en gran medida con la población general la imagen social respecto a las drogas. Estos factores provocarán actitudes negativas y de rechazo entre los sanitarios que pueden dar lugar a situaciones de discriminación y una peor calidad de los cuidados. (41,44,45)

En ocasiones, desde el equipo de enfermería somos conscientes del estigma, pero no de los propios actos estigmatizantes, como puede ser adoptar una actitud paternalista basada en la perspectiva biomédica. Desde este punto de vista, perdemos la visión holística de la problemática del paciente y restamos su autonomía, siendo este uno de los principios fundamentales de la bioética enfermera. Por ello debemos velar por mantener una actitud receptiva que permita una relación terapéutica horizontal basada en la confianza y libre de prejuicios. De lo contrario, estas actitudes estigmatizadoras pueden provocar que las personas con dependencia a sustancias retrasen o eviten la búsqueda de atención sanitaria, ya sea para tratar el problema de adicción o para cualquier otra demanda, lo que repercutirá de manera significativamente negativa en su calidad de vida, y por extensión en la de sus personas cercanas. Por tanto, se necesita una atención sanitaria y social efectiva, respetuosa e igualitaria, idealmente precoz y continuada, en la que deben participar, no solo las personas afectadas directamente por el problema de adicción, sino el conjunto de la comunidad. De este modo, podremos llevar a cabo una intervención transversal que trate de paliar, o al menos mejorar, la problemática ligada al estigma social. (41)

Retomando la idea de escasos conocimientos en materia de adicción, encontramos un estudio realizado en estudiantes de enfermería sobre actitudes hacia pacientes con alcoholismo, que evidenció que los futuros enfermeros consideraban a estos pacientes mentirosos, imprudentes, irresponsables e incapaces de recuperarse. Por ello, reducir el estigma durante la formación de

los futuros profesionales de la salud modelando creencias, actitudes, valores y comportamientos influye positiva y directamente en la calidad de los cuidados proporcionados a estas personas. Además, resulta clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, así como en la lucha y prevención del estigma tanto social como interiorizado. Comprender que las diferentes enfermedades mentales, como pueden ser las adicciones, no dependen del control de las personas que las padecen, ayudan a reducir el estigma. Para ello, se debe informar y sensibilizar sobre la fisiopatología, la influencia del contexto sociocultural y la importancia de las contingencias vitales en el desarrollo de los trastornos por consumo de sustancias. La adicción debe comprenderse como un desequilibrio entre tres elementos en interacción: la sustancia, la persona y el contexto. Reducir la problemática uno de ellos invisibiliza y reduce la magnitud del problema imposibilitando un abordaje global y efectivo. (43, 44, 45)

Para poder actuar sin discriminación y libre de estigma, es necesario llevar a cabo un análisis de los propios prejuicios, por lo que un entrenamiento en el reconocimiento de estereotipos frente a personas en situación de adicción sería necesario. A la hora de establecer la relación terapéutica, debemos tener herramientas que nos permitan comunicarnos de manera efectiva con los pacientes consumidores. Para ello, debemos conocer y emplear entrevistas como la motivacional, que nos permitan explorar los valores de la persona, hecho que nos ayudará a reforzar aquellas motivaciones que les permitan alejarse de las sustancias adictivas. (46)

Además de sobre la persona, la enfermería puede y debe actuar a niveles más complejos, empezando por la familia. Las personas cercanas a un usuario en situación de adicción sufren el denominado estigma de cortesía, experimentando sensaciones de vergüenza y culpabilidad. Al mismo tiempo, según un estudio realizado en relación con las familias de usuarios con dependencia a sustancias ha demostrado que una de las mayores y más importantes fuentes de etiquetas y discriminación de los individuos en esta situación es la propia familia. Siendo así objeto de estigma, pero también perpetuadores del mismo. Esto obstaculiza la búsqueda de ayuda profesional y genera gran malestar social por conflictos intrafamiliares. (47)

Por tanto, será importante identificar los posibles casos de trastorno por consumo de sustancias de manera precoz y de este modo poder actuar sobre el entorno y la persona con la mayor brevedad posible a fin de evitar situaciones más complejas. En este sentido, la atención primaria parece ser el ámbito idóneo para establecer un breve screening que nos permita conocer la situación del paciente respecto al consumo de drogas. Sin embargo, existen factores personales, tanto a nivel del profesional como del paciente, y estructurales que dificultan la implantación de estos sistemas. Las actitudes negativas de los profesionales, como ya se ha comentado anteriormente, influyen en gran medida en el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza a través de la que el paciente pueda expresar libremente sus preocupaciones, incluyendo el consumo de sustancias. Por parte de los pacientes, debido al estigma existente, los sentimientos de vergüenza o miedo a ser juzgados provocan que se sientan incómodos y en ocasiones opten por ocultar su situación real. A esto

debemos sumarle barreras estructurales, como puede ser la falta de tiempo. Para que los pacientes confíen en los profesionales, estos, además de mostrarse receptivos, deben disponer del tiempo necesario para conocer la situación del paciente y profundizar en la esfera personal y el entorno. Por otro lado, la falta de recursos una vez identificado el problema de consumo provoca un sentimiento de pérdida de tiempo por parte de ambos ya que no se da una respuesta real y efectiva al problema. (48,49)

5 CONCLUSIONES

La adicción es un claro ejemplo de problema multidisciplinar e interdisciplinar. Se trata de una afectación de la esfera fisiológica, marcada por el contexto social en el que se desarrolla y desenvuelve la persona, que además se expresa de forma distinta según la personalidad y capacidad de afrontamiento del individuo afectado. Esto implica que, desde el punto de vista asistencial se deben atender todas las dimensiones del problema para ofrecer unos cuidados de calidad ajustados a las necesidades reales del paciente. Uno de los grandes obstáculos para conseguir este fin es el estigma que portan las personas con dependencia química.

Los prejuicios e ideas negativas presentes en el imaginario social derivan de la idea de que las adicciones son un problema moral de la persona. Se responsabiliza al individuo de su falta de control en el consumo y de las consecuencias negativas que este genera. El hecho de padecer dependencia química actúa como un atributo totalizador que invisibiliza el resto de características y cualidades de la persona. Se reduce a su condición de consumidor de droga, provocando así una cierta deshumanización. La persona adicta es considerada irresponsable, con una personalidad débil que le impide gobernar su vida. Se suele asociar también con delincuencia y marginalidad, lo que fomenta las concepciones negativas. En numerosas ocasiones, estos atributos son interiorizados y asumidos por la propia persona, dando lugar a lo que denominamos autoestigma. Este provoca una importante disminución de la autoestima y autoconfianza, lo que da lugar a sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Todo esto provoca discriminación hacia la persona considerada indeseable, quien a su vez tratará de evitar el contacto social con el fin de no sentirse juzgado. Se inicia así un bucle de marginalidad que afecta a los lazos afectivos y la red de apoyo de la persona dependiente, dificultando la búsqueda de ayuda y empeorando su calidad de vida y salud mental.

Desde el punto de vista profesional, los equipos sanitarios en ocasiones presentan actitudes estigmatizantes que dificultan la identificación de problemas de consumo por evitación del tema, sensación de incomodidad, falta de conocimientos, etc., y afectan negativamente al establecimiento de una adecuada relación terapéutica. Esto puede dar lugar a una peor atención sanitaria que ocasione repercusiones directas en la salud y calidad de vida del paciente.

El equipo de enfermería juega un importante papel en la lucha contra el estigma. Por las características su profesión, las enfermeras mantienen un contacto más estrecho con el paciente, pudiendo llegar así a conocer las contingencias vitales en las que se encuentra. De este modo, además, podrá actuar sobre las redes de apoyo de la persona, sobre todo desde el ámbito de la atención primaria. La reducción del estigma entre los profesionales repercutirá así de manera directa y positiva en la salud tanto de la persona dependiente como de su entorno más cercano.

Con este trabajo se pretende resaltar la importancia de formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios en materia de adicciones y salud mental. Los recursos y conocimientos favorecen el establecimiento de una relación empática que mejora la calidad de la atención ofrecida y la calidad de vida de los pacientes, transformando los espacios sanitarios, en ocasiones considerados hostiles, en lugares de referencia a los que pueden y deben acudir en caso de necesidad. Para ello, será necesario actuar desde el nivel formativo, especialmente en los futuros profesionales. La intervención debe proporcionar recursos personales para el manejo de estos pacientes, así como los estigmas y prejuicios que les afectan. Comenzando por comprender la dimensión de la problemática en la que existen tres protagonistas: la sustancia, la persona y el contexto, se podrá incidir en la necesidad de actuar a todos los niveles, reduciendo así la responsabilidad sobre la persona. Además, se debe fomentar la colaboración con trabajadores sociales, de modo que se pueda atender de manera integral y profundizar en las situaciones y relaciones de apoyo, tanto funcionales como disfuncionales. Por otro lado, crear protocolos de actuación e informar sobre los recursos disponibles para el manejo específico de las situaciones de adicción, proporcionará a los profesionales que identifiquen el problema la posibilidad de derivar a los pacientes a servicios especializados.

Además de la propia situación de adicción, los profesionales deben ser conscientes del resto de condiciones o características que provocan o agravan la estigmatización. Esto puede ser el género, con el doble estigma de la mujer, la etnia, el nivel socioeconómico, etc.

Entre los artículos leídos sobre el estigma entre los profesionales sanitarios y sus repercusiones, eran escasos los desarrollados en España, y con una antigüedad de 8 años de media. Una actualización de estos datos sería interesante para conocer la evolución del estigma y las prácticas sanitarias en relación con el mismo. Además, hoy en día el concepto de adicción no se limita a las sustancias o drogas, sino que se consideran también ciertos comportamientos como el juego patológico. Estos generan problemas sociales y personales que afectan a la salud general y mental del paciente. Resultaría interesante conocer el impacto de esta situación en la sociedad y si presenta estigma, tanto a nivel comunitario como sanitario.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe sobre drogas 2019. [Internet]. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Madrid.; 2019 [cited 2020 Mar 19].

Available from:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
2. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Hallazgos toxicológicos en víctimas mortales de accidentes de tráfico 2018. [Internet]. Madrid.; 2018.

Available from: <https://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/instituto-nacional>
3. Barbería E, Xifró A, Suelves JM, Arimany-Manso J. La proyección social y sanitaria de los Institutos de Medicina Legal en España: más allá de la justicia. Med Clin (Barc) [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Mar 25];142(2):5–11.

Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002577531470065X>
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2019 sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid.; 2019.

Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 27].

Available from:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Presentacion.pdf
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Sobre Alcohol Y Otras Drogas En España (EDADES 2017). [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019 [cited 2020 Mar 27].

Available from:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
7. Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad Med Forense [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 3];21(4):96–104.

Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es)

8. López C. Adicción a sustancias químicas: ¿enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? Rev Prax [Internet]. 2011;20:41–60.
Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3996600>
9. Trujols J, Allende S. La adicción como enfermedad: ¿mitigando o alimentando el estigma? Adicciones [Internet]. 2018;30(3):225–6.
Available from: <https://doi.org/10.20882/adicciones.30.3>
10. Lewis M. Brain Change in Addiction as Learning, Not Disease. Longo DL, editor. N Engl J Med [Internet]. 2018 Oct 18;379(16):1551–60.
Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1602872>
11. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 1994.
Available from:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
12. Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 3];110:58–61.
Available from: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=598>
13. Feito L. Vulnerabilidad. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 6];30(supl. 3):7–22.
Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. García del Castillo Rodríguez JA. Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. Heal Addict y Drog [Internet]. 2015 Jan 31;15(1):5.
Available from: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/236>
15. Vandaele Y, Janak PH. Defining the place of habit in substance use disorders. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet]. 2018 Dec 20 [cited 2020 Apr 17];87:22–32.
Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584617303494>
16. Becker JB, Chartoff E. Sex differences in neural mechanisms mediating reward and addiction. Vol. 44, Neuropsychopharmacology. Nature Publishing Group; 2019. p. 166–83.
17. Uhl GR, Koob GF, Cable J. The neurobiology of addiction. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2019 Sep 15 [cited 2020 Apr 17];1451(1):5–28.

Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nyas.13989>

18. Janicijevic KM, Kocic SS, Radevic SR, Jovanovic MR, Radovanovic SM. Socioeconomic Factors Associated with Psychoactive Substance Abuse by Adolescents in Serbia. *Front Pharmacol* [Internet]. 2017 Jun 13 [cited 2020 Apr 23];8(366):1–6.

Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2017.00366/full>

19. Duffy KA, McLaughlin KA, Green PA. Early life adversity and health-risk behaviors: proposed psychological and neural mechanisms. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Apr 17];1428(1):151–69.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nyas.13928>

20. Mercado Maldonado A, Briseño Cruz PD. El “ yo ” deteriorado : estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espac Públicos* [Internet]. 2014;17(39):137–57.

Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67630574008%0>

21. Rubio Arribas FJ. Proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas* [Internet]. 2001;4(2):233–43.

Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Proceso-de-construcción-de-un-estigma%3A-la-exclusión-Arribas/18b0c2434abd5a5b1c95bdcca679ec5ecbd3dd35>

22. Hofstadt C. Representación Social de la droga: Posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico. *Salud Drogas* [Internet]. 2001;1(2):275–86.

Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910207>

23. Valenzuela EM. Representación social, drogas y valores. *Universitas (Stuttg)* [Internet]. 2007 Jun 30;1(6):127.

Available from: <http://revistas.ups.edu.ec/index.php/universitas/article/view/6.2005.06>

24. Proyecto Hombre. Visión Integral De La Intervención En Adicciones, Proyecto Género. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre* [Internet]. 2018;96:1–68.

Available from: www.proyectohombre.es

25. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Vol. 314, *Bmj*. 1997. 1559 p.

26. Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB de. Stigma and prejudice: the experience of crack users. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=en&tlng=en

27. Tirado-Otálvaro AF. El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016;32(7):1–11.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000703001&lng=es&tlng=es
28. Asociación Proyecto Hombre. Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento [Internet]. 2018.
- Available from: <https://www.proyectohombre.es>
29. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011;114(1):12–7.
- Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>
30. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioeth Inq* [Internet]. 2017 Jun 3;14(2):275–86.
- Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11673-017-9784-y>
31. McCann T V., Lubman DI. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(2):693–701.
- Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12355>
32. Arostegui E, Martínez P. Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Publicaciones de la Universidad de Deusto. 2018;259.
33. Arana X, Montañés Sánchez V. Género , drogas y políticas públicas en la Unión Europea : una contextualización necesaria. *Oñati Socio-legal Ser* [Internet]. 2012;2(6):6–21.
- Available from: <http://ssrn.com/abstract=2111914>
34. Llorca Suárez A, Ferrando Esquerré S, Borrás Cabacés T, Purroy Aritzeta I. El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Altern Cuad Trab Soc* [Internet]. 2013;20(20):9–22.
- Available from: <http://hdl.handle.net/10045/33646>
35. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 Sep;33(5):485–90.
- Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911118301092>
36. El-Bassel N, Marotta PL, Goddard-Eckrich D, Chang M, Hunt T, Wu E, et al. Drug overdose among women in intimate relationships: The role of partner violence, adversity

and relationship dependencies. Carrà G, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Dec 27 [cited 2020 Apr 23];14(12):e0225854.

Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0225854>

37. Arana X, Markez I, Montañés Sánchez V. Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. Oñati socio-legal Ser [Internet]. 2012;2(6):1–5.

Available from: <http://opo.iisj.net/index.php/osls/issue/view/12>

38. Rafiq M, Sadiq R. Caregiver Stress, Perceived Stigma and Mental Health in Female Family Members of Drug Addicts: Correlational Study. J Pak Med Assoc [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 29];69(9):1300–3.

Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/>

39. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2013;131(1–3):23–35.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

40. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2019 May 1 [cited 2020 May 12];198:80–6.

Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871619300699>

41. Ibáñez Jiménez B, Pérez García C, Utreta Caballero E, Pérez Brenes L, Barrios Sánchez MJ, Lopera Arroyo MJ. Summary for Policymakers. In: Intergovernmental Panel on Climate Change, editor. Climate Change 2013 - The Physical Science Basis [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013 [cited 2020 Apr 6]. p. 1–30.

Available from:

<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9781107415324A009/type/book-part>

42. McCallum SL, Mikocka-Walus AA, Gaughwin MD, Andrews JM, Turnbull DA. 'I'm a sick person, not a bad person': patient experiences of treatments for alcohol use disorders. Heal Expect [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 May 12];19(4):828–41.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12379>

43. Bingham H, O'Brien AJ. Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2018 Feb;27(1):311–9.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12322>

44. Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Sanz Álvarez E, Clar Aragón F. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enfermería* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 May 23];21(4):214–8.

Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

45. Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Simonet Bennassar M, Gelabert Binimelis A. Impacto de la formación y los conocimientos de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enfermería* [Internet]. 2013 Jun [cited 2020 May 23];22(1–2):45–9.

Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

46. Molina Fernández AJ, González Riera J, Montero Bancalero FJ, Gómez-Salgado J. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2016 Jan;26(1):68–75.

Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862115001497>

47. Altundal H. Roles And Responsibilities Of Nurses Struggling With Substance Abusers. In: *Future Academy* [Internet]. 2017. p. 248–56.

Available from: <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/ichhpsy1723.pdf>

48. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: A qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2018;13(1):1–15.

Available from: <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8>

49. Chang J, Dubbin L, Shim J. Negotiating substance use stigma: the role of cultural health capital in provider-patient interactions. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2016 Jan;38(1):90–108.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-9566.12351>