

DEBATES EN ADICCIONES

EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Valencia, 16 de enero de 2024

Profesor TELMO RONZANI

Vicerrector de la Universidad Federal Juiz de Fora (Brasil)



Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Telmo Mota Ronzani

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

Rut Lucas Domínguez

Agradecimientos:

Yiming Liu

Celia Martínez Córdoba

Betlem Ortíz Campos

Andrea Sixto Costoya

Lidya Groppi Bosch

Edita:

Servicio de Adicciones

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Servicios Sociales

Ajuntament de València.

ISBN: 978-84-9089-518-4

Imprime:

Depósito Legal: V-2739-2024

Índice

INTRODUCCIÓN	3
Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València	
INAUGURACIÓN	9
Dña. Marta Torrado de Castro Concejala de Servicios Sociales Ajuntament de València	
Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez Responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana	
CONFERENCIA	
EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES	15
Profesor Telmo Ronzani Vicerrector de la Universidad Federal Juiz de Fora	
DEBATE	31
Moderador:	
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio de Adicciones Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/ UPCCA-València) Concejalía de Servicios Sociales Ayuntamiento de Valencia Preguntas: Los asistentes Respuestas: Profesor Telmo Ronzani	

INTRODUCCIÓN

Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián

Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València- Ingenio (CSIC-Universitat Politècnica de València).

Buenas tardes y gracias a todos por asistir al Debate del día de hoy.

Quería agradecer, en primer lugar, la colaboración del Servicio de Adicciones de la concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia y de todo el grupo de investigación UISYS de la Universitat de València. Sin ellos no podríamos llevar a cabo estas jornadas. Por supuesto, también agradezco la presencia de la concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, D^a Marta Torrado de Castro, y del doctor Bartolomé Pérez Gálvez, responsable de la Oficina de la Comunidad Valenciana de Salud Mental y Adicciones. También, como siempre, a quienes nos acompañan: alumnos de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir” (UCV), de la Universidad Internacional de Valencia (VIU), de la Universitat de València (UV), y profesionales de diversos ámbitos de la prevención y el tratamiento.

Muchísimas gracias por vuestra presencia, sin la cual no tendría sentido desarrollar estos debates y, por supuesto, queremos saludar al Conferenciante de esta tarde, nuestro amigo y compañero, el **Dr. Telmo Ronzani**. Telmo es Vicerrector de la Universidade Federal Juiz de Fora. Es como un Segundo Rector, una figura que existe en esta Universidad junto a los Vicerrectores de Investigación, de Profesorado, etc. El Dr. Ronzani es profesor de Psicología y Salud e imparte docencia en psicología comunitaria, psicología y salud pública. Como investigador, es un experto en el campo de las adicciones y la salud pública, y coordina un grupo de investigación en este tema, siendo parte de la Red de Investigación Latinoamericana del Estigma y Uso de Drogas, financiada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología del Gobierno de Brasil. Es, además, consultor de Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y de la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas. Asimismo, es editor jefe de la International Journal of Mental Health and Addiction, una revista de gran prestigio a nivel internacional.

Como bien es conocido, la estigmatización de los pacientes con problemas de salud mental y abuso o dependencia de sustancias se puede presentar tanto por parte del paciente (autoestigma), la sociedad en su conjunto (estigma público) (Nearchou et al., 2023), la familia, estigma afiliado (El Hayek et al., 2024) y por los profesionales que atienden a los pacientes, impactando de manera global tanto en los pacientes como en la sociedad en su conjunto.

Esta estigmatización puede perpetuar la marginalización y la discriminación, pero también supone una barrera de accesibilidad para la búsqueda y acceso al tratamiento, perjudicando a la salud y el bienestar de estas personas (Nearchou et al., 2024). Este debate analiza las diferentes formas de estigmatización, sus efectos y las estrategias posibles para mitigar estos impactos.

Las consecuencias más graves de no buscar tratamiento, o el no querer proporcionar información relevante sobre el consumo de drogas a los profesionales sanitarios, son el incremento en conductas de riesgo, como la reutilización de agujas o la participación en actividades sexuales sin protección (Sutherland et al., 2024). Estas consecuencias pueden agravarse por la discriminación y la alienación experimentadas, lo que puede conllevar a problemas de salud mental como la depresión y ansiedad.

Las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes también están presentes en los profesionales de la salud, quienes a menudo los ven como violentos, manipuladores y con poca motivación para el cambio. Se trata de una percepción que disminuye la calidad de la atención recibida y hace que los resultados del tratamiento no sean los esperados (van Boekel et al., 2013). Entre los motivos para estas actitudes negativas hacia los pacientes con abuso de sustancias se encuentran la falta de formación y capacitación de los profesionales y las estructuras de apoyo inadecuadas para trabajar con este grupo de pacientes. Estas actitudes negativas no solo disminuyen el sentimiento de empoderamiento de los pacientes, sino que dificultan el acceso y la adhesión terapéutica. Pero no sólo hay una estigmatización del paciente por parte del terapeuta, sino que también los profesionales que trabajan en el campo de la reducción de daños o en el tratamiento de las adicciones tienen experiencias significativas de estigma por asociación de otros profesionales de la salud y la sociedad en general, unas experiencias que se manifiestan con un menor bienestar en el lugar de trabajo, mayores niveles de burnout y una mayor intención de abandonar el sector (Brener et al., 2024).

Por su parte, el autoestigma, es decir, la internalización de estas actitudes negativas por parte de los propios usuarios de drogas, puede resultar en una pérdida de autoestima y autoconfianza, sentimientos de vergüenza, culpa y de desconfianza con el terapeuta (Nearchou et al., 2023), generándose un círculo vicioso que, o bien dificulta el acceso, o disminuye la adhesión al tratamiento con un incremento de reentradas en el sistema asistencial. El estudio de Luoma et al. (2007) apoya esta conclusión, indicando que los pacientes con más episodios previos de tratamiento reportaron una mayor frecuencia de rechazo relacionado con el estigma, incluso después de controlar el estudio por variables sociodemográficas.

El estigma puede variar según factores socioculturales como la raza, religión, etnia y género. Por ejemplo, las mujeres y las personas con altos niveles de estrés psicológico tienen más probabilidades de experimentar estigma (Sutherland et al., 2024), que se incrementa con factores como la escasa educación, los episodios de sobredosis o vivienda inestable (Kulesza et al., 2016). Pero, además, las mujeres están especialmente estigmatizadas, y más si son madres, debido a las expectativas sociales y a los roles de género arraigados socialmente (Nearchou et al., 2023). Estamos ante la estigmatización de la mujer por parte de la sociedad, pues deben comportarse como la “madre perfecta”, es decir, que deben sacrificarse por completo por el bienestar de sus hijos y que sufren autoestigma por no poder cumplir las expectativas sociales y personales (Binder et al., 2024). También se ha observado que

las mujeres bisexuales pueden estar más expuestas a la discriminación (Rothstein et al., 2024). Estos hallazgos subrayan la complejidad e interseccionalidad del estigma, afectando de manera desproporcionada a aquellos con múltiples desventajas sociales.

Un aspecto crítico del estigma es cómo las creencias esenciales sobre la adicción influyen en la percepción y en el trato de las personas con trastornos por uso de sustancias. Siddiqui y Rutherford (2023) encontraron que las creencias esencialistas, especialmente la percepción de la adicción como una categoría discreta y distintiva, fácilmente identificables, refuerzan el «nosotros» contra «ellos», facilitando la deshumanización y el manteniendo de estructuras sociales que están más fuertemente correlacionadas con el estigma que la creencia en una base biológica para la adicción.

El estigma también tiene un impacto estructural significativo. Las políticas y prácticas sociales pueden restringir el acceso a la vivienda, el empleo y la atención médica para las personas con antecedentes de adicción (van Boekel et al., 2013). Este tipo de estigma estructural perpetúa un ciclo de marginación y pobreza, agravando los problemas de salud y bienestar de los individuos afectados. La implementación de estrategias para reducir el estigma debe considerar tanto al individuo como al sistema asistencial, abordando las percepciones y actitudes negativas, así como las barreras institucionales que perpetúan la discriminación.

Para evitar la estigmatización, se han propuesto varias estrategias como, por ejemplo, una combinación de narrativas personales de individuos en tratamiento basadas en las evidencias científicas sobre el trastorno por uso de opioides y los beneficios de los tratamientos farmacológicos (Wakeman & Rich, 2018). Por su parte, Livingston et al. (2012), en una revisión de diversos estudios, manifestaron que las estrategias más efectivas incluyen enfoques que combinaban educación y contacto directo con personas que tienen trastornos por uso de sustancias, lo que sugiere que la integración de estos enfoques puede maximizar la efectividad de las intervenciones. Asimismo, la normalización del tratamiento mediante su integración en la atención primaria y la eliminación de restricciones arbitrarias en la cobertura de seguros médicos son medidas esenciales para mejorar el acceso al mismo (Wakeman & Rich, 2018).

Por tanto, podemos afirmar que el estigma no solo afecta la disposición de las personas para buscar tratamiento, sino que también perpetúa la discriminación y la marginación a nivel social y asistencial. Abordar el estigma es esencial para mejorar los resultados en la salud y el bienestar de las personas con adicciones, y requiere un enfoque multidimensional que incluya la educación, la reducción de las barreras estructurales y la promoción de un trato equitativo y comprensivo en todos los niveles de la atención médica y la sociedad, teniendo que ser culturalmente sensibles y basadas en la evidencia (Khazaee-Pool et al., 2024).

Reitero mi agradecimiento por vuestra asistencia, con la seguridad de este va a ser un gran Debate y cedo la palabra a **Dña. Marta Torrado de Castro**, concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia.

Referencias:

- Binder, A., Kilian, C., Hanke, S., Banabak, M., Berkenhoff, C., Petersen, K. U., & Batra, A. (2024). Stigma and self-stigma among women within the context of the German 'zero alcohol during pregnancy' recommendation: A qualitative analysis of online forums and blogs. *International Journal of Drug Policy*, 124, 104331. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104331>
- Brener, L., Caruana, T., Cama, E., Gilford, C., Crawford, S., Capell-Hattam, T., & von Hippel, C. (2024). Stigma by association among alcohol and other drug and harm reduction workers: Implications for workplace outcomes. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/10.1111/dar.13861>
- El Hayek, S., Foad, W., de Filippis, R., Ghosh, A., Koukach, N., Mahgoub Mohammed Khier, A., Pant, S. B., Padilla, V., Ramalho, R., Tolba, H., & Shalbafan, M. (2024). Stigma toward substance use disorders: a multinational perspective and call for action. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1295818. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1295818>
- Khazaee-Pool, M., Naghibi, S. A., Pashaei, T., & Ponnet, K. (2024). Developing practical strategies to reduce addiction-related stigma and discrimination in public addiction treatment centers: a mixed-methods study protocol. *Addiction Science & Clinical Practice*, 19(40). <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00472-8>
- Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J. J., Wernitz, A. J., Teachman, B. A., & Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331–1346. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>
- Nearchou, F., French, A., Buckley, A., Koretsidou, C., O'Gara, C., & Watchorn, A. (2023). Stigma and Alcohol Use Disorder: Insights from a qualitative study in patients, family members, and health care providers. University College Dublin
- Rothstein, M. C., Schulz, C. T., Todaro, S. M., Stamates, A. L., Ehlike, S. J., & Kelley, M. L. (2024). An Examination of Protective Factors for Bisexual Stigma and Alcohol Use among Heavy Drinking Young Bisexual Women. *Journal of Bisexuality*, 24(1), 56–73. <https://doi.org/10.1080/15299716.2023.2296892>
- Siddiqui, H., & Rutherford, M. D. (2023). Belief that addiction is a discrete category is a stronger correlate with stigma than the belief that addiction is biologically based. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(3). <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00512-z>
- Sutherland, R., King, C., Karlsson, A., Treloar, C., Broady, T., Chandrasena, U., Salom,

C., Dietze, P., & Peacock, A. (2024). Stigma, and factors associated with experiencing stigma, while visiting health-care services among samples of people who use illegal drugs in Australia. *Drug and Alcohol Review*. 1-16. <https://doi.org/10.1111/dar.13846>

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Wakeman, S.E., & Rich, J.D. (2018). Barriers to Medications for Addiction Treatment: How Stigma Kills. *Substance Use & Misuse*, 53(2), 330-333. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1363238>



Dr. Juan Carlos Valderrama, Prof. Telmo Ronzani, Dña. Marta Torrado, Dr. Bartolomé Pérez

INAUGURACIÓN

Dña. Marta Torrado de Castro

Concejala de Servicios Sociales

Ajuntament de València

Muy buenas tardes, señoras y señores, queridas amigas y amigos.

Para mí es un honor estar aquí esta tarde en este Salón del Palacio de Cerveró tan lleno de público, que creo que es una muestra más del interés que ha suscitado este **Debate en Adicciones**, y sobre todo, el poder escuchar a un profesor tan prestigioso.

Desde la concejalía de Servicios Sociales hemos organizado con muchísimo cariño y en colaboración con la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València (UV)-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el Debate de hoy.

El **profesor Telmo Ronzani** es una persona extraordinaria. Los pocos minutos en los que he tenido la oportunidad de charlar con él, me he quedado maravillada de su conocimiento en esta materia y, además, que está aprovechando pues estos días que se encuentra por Europa para recorrer diferentes capitales y mostrarnos, su conocimiento tan exhaustivo de este tema. Estoy segura de que la conferencia va a ser muy interesante, así que, si me lo permite, agradecer especialmente su presencia aquí con todos nosotros. Yo creo que hablaremos de un tema muy actual que a todos nos interesa también.

Por supuesto, quiero agradecer al responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana, el **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**, por su constante colaboración con el Ayuntamiento de Valencia. Tengo la suerte de conocer al doctor, desde hace muchos años. Siempre está disponible, y la verdad es que actualmente, con los tiempos en que corren, pues es excepcional y digno de agradecer, así que muchísimas gracias, Bartolomé, por estar esta tarde también con nosotros.

Porque como todos ustedes saben, la prevalencia de los trastornos relacionados con la salud mental y las adicciones han experimentado un incremento muy importante en el último trienio. Se estima que más de 1250 millones de personas presentan un trastorno mental y esto repercute en la salud física, en el bienestar, en la relación con los demás, en los medios de subsistencia, etc. Por lo tanto, es una preocupación que crece cada año ante las previsiones que apuntan que, por desgracia, cada vez más adolescentes y más jóvenes, presentan problemas de salud mental. Tenemos que recordar que **“SIN SALUD MENTAL, NO HAY SALUD”**.

Tal como se especifica en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud y en el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, presentado el pasado lunes día 8 de enero por el President de la Generalitat Valenciana,

el Conseller de Sanidad y el Responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana, en la Escuela Valencina de Estudios de la Salud (EVES) en Valencia; es muy necesario hacer una apuesta importante y permanente por transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques, para promover y proteger la salud mental, así como para proporcionar un adecuado abordaje y tratamiento de quienes lo necesitan, sin dejarnos nadie atrás, evitando las inequidades territoriales o la escasez de recursos.

El Presidente de la Generalitat Valenciana es una persona muy sensible ante estos temas, considerando que hay que abordar esta situación desde todas las administraciones autonómicas, con los recursos necesarios y por eso quiso estar presidiendo el acto de presentación del Plan Autonómico.

Creo que esto es muy importante, pues hay que evitar las posibles inequidades territoriales o la escasez de recursos, pero también debemos abordar un aspecto clave en la salud mental y en los trastornos adictivos, como es la estigmatización, circunstancia que enlaza con lo que he comentado anteriormente de las actitudes, es decir, las actitudes que manifiestan las personas, los medios de comunicación o los profesionales, como nos va a comentar posteriormente el doctor Ronzani y que todo esto, por desgracia, se traduce en muchas ocasiones con un rechazo.

Los puntos de vista estigmatizantes incluyen ideas como que las personas que tienen enfermedades mentales o adicciones, pues a veces se piensa que son incompetentes, que son violentas, que no hay que empatizar con ellas o incluso que pueden ser peligrosas. Todo esto hace que, en muchas ocasiones, se les vea doblemente estigmatizadas. Por eso, esta estigmatización puede agravar la patología mental e influir en la autoestima del paciente. Puede dificultar el acceso a su tratamiento. Puede disminuir la calidad de vida, provocar un aislamiento de esta persona a soledad y todo ello pues por desgracia, contribuye a que esta persona pueda padecer una exclusión social.

Es muy importante que informemos y que formemos tanto a los profesionales ejercientes, a los futuros profesionales, como también al conjunto de la sociedad. Es importante para que el conjunto de la sociedad aprenda a no estigmatizar a estas personas, ya que la evidencia nos demuestra que la ausencia de formación sobre los trastornos mentales y las conductas adictivas puede influir sobre el tratamiento de los mismos.

Es fundamental y primordial el abordaje integral de la salud mental y de las adicciones, así como prevenir los estigmas que se puedan producir en ambas áreas, unos estigmas que pueden alimentar el temor al juicio y al rechazo por parte de los demás, lo que dificulta la búsqueda de tratamiento cuando la evidencia científica nos dice que la identificación temprana se asocia con una mayor recuperación y una mejora calidad de vida de estas personas, disminuyendo, así, las recaídas y la recurrencia de los síntomas.

Por eso yo creo que desde las Administraciones Públicas tenemos que dar ejemplo y debemos proveer intervenciones sociales en el campo de la educación, también en el desarrollo de servicios sociosanitarios de prevención y de tratamiento, con una amplia formación en la importancia de comprender la estigmatización en la salud mental y en las adicciones. Todo ello tiene que repercutir favorablemente en los pacientes, en sus familiares y en la sociedad en su conjunto.

Como saben, este es un tema que está muy presente actualmente en nuestra realidad cotidiana. De ahí yo creo que es muy pertinente el haber organizado este Debate, por lo que les vuelvo a reiterar mi agradecimiento por su presencia esta tarde aquí con todos nosotros. Estoy convencida de que el profesor Telmo Ronzani tiene una amplia experiencia en este campo, una experiencia clínica e investigadora sobre el estigma. Estoy segura de que nos va a ilustrar sobre esta problemática y sobre las actuaciones a desarrollar, por lo que espero que, tras su exposición, se pueda producir una participación muy activa por parte de todos ustedes.

Agradezco a los doctores **Juan Carlos Valderrama Zurián** y **Rafael Aleixandre Benavent**, a todo el equipo de la UISYS, y por supuesto a todo el personal del Servicio de Adicciones del Ayuntamiento, capitaneados por el gran doctor **Francisco J. Bueno Cañigral**, al que también tengo la suerte de conocer desde hace muchos años y que su experiencia y su dedicación, es fundamental y es clave en el Ayuntamiento de Valencia.

Muchísimas gracias a todos por vuestra asistencia y atención.

Le cedo la palabra al **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**.



Prof. Telmo Ronzani, Dña. Marta Torrado, Dr. Bartolomé Pérez



Dña. Marta Torrado, Dr. Bartolomé Pérez



Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez

Responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana

Buenas tardes a todos.

En primer lugar, os quiero decir que aprovechéis esto.

Empieza el año y yo vuelvo a estar invitado a una actividad docente, de algo que ya es histórico en esta ciudad, y que es la colaboración entre el Ayuntamiento de Valencia y la Universidad de Valencia, no hace falta que personifique.

Creo que la calidad de los ponentes que se han ido trayendo durante años a Debates, Jornadas, etc., no se tiene en otros sitios. Entonces, en ese aspecto, no procede felicitar, porque aquí, estos excelentes profesionales que organizan estos actos, están para eso. La cuestión fundamental, es que vosotros disfrutéis y que aprovechéis los contenidos de este Debate, sobre todo los más jóvenes.

La segunda parte, es que el tema del estigma es algo fundamental. En eso Telmo Ronzani ha estudiado y ha investigado mucho. No es un constructo solamente, no es un concepto de queja. Es que afecta, es que el estigma retrasa el tratamiento. Es que el estigma hace que la recaída se perciba peor. Es un factor de entrenamiento fundamental.

De hecho, a veces, cuando te pones a mezclar en SPSS algunos datos, te encuentras que lo único que correlaciona de verdad en una logística binaria es el estigma. De ahí la importancia que tratemos al tema. Romper el estigma es normalizarlo. Y esa es la línea que yo voy a pedir a todos. Que normalicemos, que lo veamos como una cosa más.

Yo disfruto cuando estoy dentro de un hospital normalizado, cuando mi gente, los pacientes, son personas normales en un sistema, cuando no estamos en el sótano, cuando somos normales, de verdad. Y os pido, de verdad, que cada uno de nosotros lo manifieste día a día. Que luchemos por tener los medios, que no somos el auxilio social. Seamos normales, y exijamos esa normalidad. No debemos creernos más que nadie.

Esa línea es la que yo creo que tengo y os la va a transmitir Telmo Ronzani. Es una persona que tiene un buen Centro de Investigación en Juiz de Fora, y una persona con prestigio internacional, como ya se ha comentado es el editor jefe de la revista número uno de drogas por segundo año consecutivo, y la octava en salud mental en el mundo. Su punto fuerte es el estigma, la lucha contra el estigma, y desde una perspectiva teórica, con mucha investigación clínica, con mucho trabajo.

Es importante escuchar a Telmo, pero también que todos participemos después en el Debate, porque podemos transmitirnos conocimientos que luego podemos aplicar en la práctica. Cedo la palabra a Telmo Ronzani.

Muchas gracias

CONFERENCIA

“EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES”

Profesor Telmo Ronzani

Vicerrector de la Universidad Federal Juiz de Fora (Brasil)



Prof. Telmo Ronzani

CONFERENCIA

Profesor Telmo Ronzani

Vicerrector de la Universidad Federal Juiz de Fora (Brasil)

Buenas tardes, es un gusto estar con ustedes. Les pido disculpas por mi castellano. Si no entienden, por favor, decílo e intentaré comunicarme mejor. Les agradezco la oportunidad de estar con ustedes aquí, en la ciudad de Valencia. Es mi primera vez aquí y me ha encantado la ciudad y la gente, así que estoy muy contento de estar en Valencia, y agradecido por la invitación de Juan Carlos y de estar juntándome con tantos compañeros y amigos de España, Juan Carlos, Bartolomé, Víctor, etc. Que hacemos parte de una red de colaboración que les voy a presentar más adelante.

Yo soy latino, entonces hay una parte afectiva muy importante para mí, estar acá con ustedes. La idea es presentarles lo que hacemos y algunos puntos principales sobre el estigma, que es un tema muy importante que nos compete no solo a mí, personalmente, como investigador y docente en el sistema, sino a varios organismos internacionales como Organización Mundial de Salud (OMS), y otros organismos que han comentado antes.

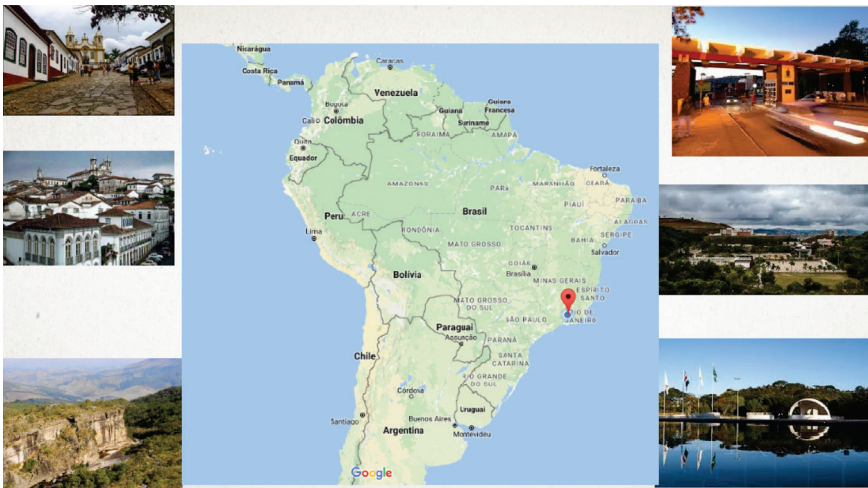
Es un gran reto enfrentar la situación del estigma para la salud mental en general, pero también para el tema de alcohol y otras drogas. Se transforma en políticas públicas y acciones, muchas veces represivas, y que afectan directamente a la vida de la gente, y no solamente de que las que tomen drogas sino todos que están alrededor de esas personas, así que es un tema que está en todos los documentos internacionales y por eso se intentan desarrollar no solo investigaciones, sino acciones concretas para el cambio de la mirada sobre el tema alcohol y otras drogas.

Yo soy de Brasil. Es un país muy grande. En mi Universidad hacemos muchas cosas. Tenemos cursos de grado, posgrado, de todo. Es una región en la que tenemos muchas ciudades históricas y las ciudades de alrededor son muy turísticas. Les invito a conocer mi ciudad.

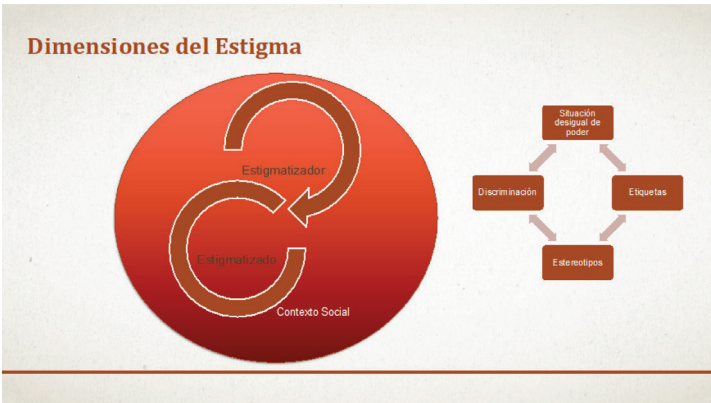
El concepto de estigma, que en la Antigua Grecia hacía referencia a las marcas utilizadas para distinguir a gente que tenía ciertas características, como criminales o personas con alguna condición física, principalmente para marcar a gente que debería ser desacreditada, desmoralizada y considerada irresponsable. A partir de ahí, Goffman desarrolló sus teorías sobre el estilo social a partir de una base interaccionista de la sociología, donde intenta discutir que en nuestra sociedad actual continúa la cuestión de estigmatización, afectando a algunos grupos sociales específicos, no solo por marcas físicas, sino también por características sociológicas, psicológicas o mentales, y a partir de ahí se hace una diferenciación entre personas normales y las que no son normales, y por eso van a tener un tratamiento social distinto de aquellos que no tienen esa marca.

Y eso es un estilo de marca física, como hemos dicho, que se discute mucho, por ejemplo, la condición de la lepra. La persona quedaba aislada en instituciones cerradas para que no tuviera ningún contacto con la sociedad. Entonces, estas personas no colaboran con la

sociedad de manera efectiva, no se les dio ningún cuidado, ni ninguna acción, sino que se les somete a presión o castigo. Y por eso es importante definir para que podamos comprender cómo discutimos el estigma social y la salud mental.



Es un proceso dinámico y contextual, que varía de acuerdo al tiempo, la cultura, la sociedad, y se traduce socialmente, entonces una condición que hoy es estigmatizada puede ser que cambie la mirada y que no va a ser más estigmatizada en el futuro, entonces se puede cambiar. Vamos a tener consecuencias directas en esta situación. Eso es decir que, a partir de una base teórica del interaccionismo, siempre y cuando pensamos en el estigma social, hay dos grupos específicos, un grupo que es el estigmatizador y otro grupo que es estigmatizado y siempre va a tener una situación de poder ahí a partir de un contexto social.



El estigmatizador tiene la organización social más privilegiada, tiene una situación de poder sobre el otro grupo. Entonces decide quién es etiquetado siempre. Vamos a tener en cuenta que hay una situación de poder de un grupo sobre otro y siempre habrá una interacción entre grupos. Las etiquetas y los estereotipos son algunos componentes que tenemos en el

estigma social. Algunos criterios llevan a la parte más cognitiva del estigma social, y a partir de ahí se hace una simplificación de la percepción social que tenemos sobre el mundo. Es un mecanismo cognitivo básico que utilizamos para cualquier cosa. Tenemos varios estereotipos sobre varios grupos, sobre varias personas. A veces incluso tenemos algunos estereotipos positivos. Por ejemplo, en Brasil decimos que los japoneses son más inteligentes y buenos en matemáticas. Tenemos una percepción y una expectativa que va a pasar con todos los japoneses. Lo que pasa es que la diferenciación que tenemos entre un grupo estigmatizado y un grupo generalizado es que el estereotipo de estigmatizar siempre va a ser negativo. Y por eso hacemos una simplificación de todo, a la gente que señalizamos con una percepción social o cognitiva que va a estar, de cierta manera, como algo que nos va a dificultar percibir la situación real de la persona que tiene determinada característica.

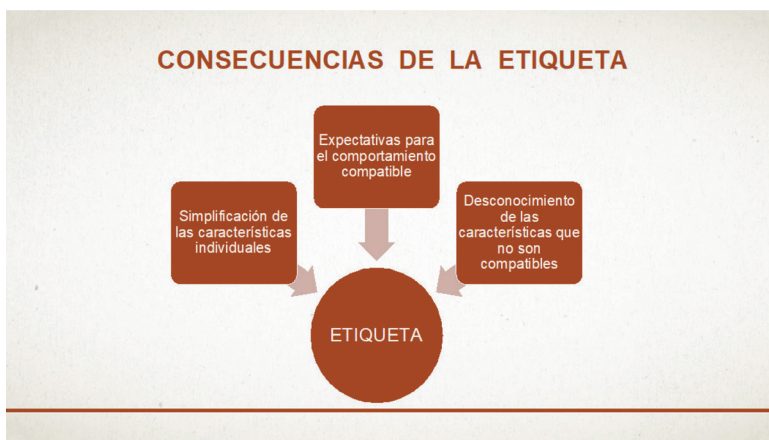
Un segundo elemento o consecuencia sería un elemento más conductual o comportamental, que sería una acción específica de discriminación. Determinados grupos van a sufrir a partir de estas características y van a tener una reprobación y una exposición estructurada. Porque a veces no percibimos lo que estamos haciendo, pero con la etiqueta muchas veces simplificamos las características individuales cuando entramos en contacto con un grupo. Tenemos expectativas para el comportamiento compatible. Por ejemplo, si pienso que todos los usuarios de drogas son mentirosos, voy a buscar dónde está la mentira en el discurso del paciente. O si creo que la gente con enfermedad mental es peligrosa, voy a tener miedo y voy a intentar percibir dónde está el peligro. Y muchas veces lo que hacemos por esa simplificación es desconocer las características que no son compatibles, no concebir que la mayoría de las veces, la gente que tiene alguna enfermedad mental no es peligrosa, no tiene un comportamiento que puede ser considerado peligroso, pero no lo percibimos y estamos siempre preocupados por el peligro que la persona con enfermedad mental puede representar para nosotros y nos alejamos de esa persona.

La etiqueta y la discriminación van a llevar a una exclusión social y una pérdida de estatus. Son vistos como menos capaces, menos inteligentes, con menos competencias, etc. Y así, como ha mencionado Bartolomé, se pueden perder muchas oportunidades en la práctica clínica de los derechos sociales y algunas opciones que van a ayudar en la mejora de la situación de inferioridad que se presenta. A partir de ahí, si se va generando el círculo vicioso de la estigmatización. No sé si se han visto el estudio sobre autoestigma, que es un estudio muy interesante, que ha hecho Bartolomé, es una información muy concreta, muy objetiva de las consecuencias que tiene el autoestigma para el tratamiento de adicciones, por ejemplo.

Y por eso, como había mencionado, siempre tenemos una situación de poder. A partir de ahí, entonces podemos decir que, por ejemplo, en Brasil hay una estigmatización muy grave. Estaba hablando antes con el equipo de Juan Carlos y decía que en Brasil tenemos el racismo. Hay una idea social muy definida, de que los blancos tienen un estatus social mucho mejor que los negros.

La estigmatización siempre va a pasar con grupos que están en la situación de poder hacia otra de otro grupo y eso va a tener consecuencias importantes. A partir de repetidas situaciones, condiciones sociales y toda la base cultural que tiene, las características que son definidas por estos grupos empezaron a ser parte de la identidad de estos grupos. Eso, entonces, es algo que hace parte de su propia definición y esto va a tener consecuencias muy

graves. Y la identidad de ser una persona que tiene adicción, se vuelve mucho más importante que ser padre, madre u otros roles. Entonces, eso empieza a ser parte de toda la vida de esta persona y eso va a tener consecuencias muy directas. Tenemos algunos grupos que son más investigados y tenemos los conocimientos. Obviamente, el trastorno mental sería el tema más investigado sobre diferentes grupos. Tenemos también la homosexualidad, grupos étnicos minoritarios, etc. Sabemos que Europa pasa por un momento difícil y determinados grupos van a sufrir algunos prejuicios y simplificaciones por pertenecer a un grupo étnico específico.



En el inicio de nuestra experiencia con el tema, pensábamos que el estigma sería algo muy sencillo, pero a partir del desarrollo de nuestros estudios, empezamos a ver que, más allá de pensar como si fuera solamente un aspecto cognitivo social más directo, tenía una complejidad mucho más grande. Por ejemplo, nuevamente trayendo experiencias de mi región, sabíamos que cualquier usuario de drogas o cualquier persona que tenía enfermedad mental que era estigmatizado, pero además tenemos otras características que llamamos de interseccionalidad. Entonces, además de ser un usuario de drogas, se puede ser mujer o ser homosexual, o ser blanco o negro. Bueno, hay una composición importante. Cuando pensamos específicamente en el uso de drogas, hay un componente más complejo que tenemos que tener en cuenta cuando pensamos, estudiamos o intervenimos en la cuestión. No es simplemente el hecho de ser usuario de drogas, también es importante ver qué otras características tienen esas personas que nos llevan a pensar en los impactos directos sociales de salud que tiene.

Sería un incremento de la carga de enfermedad. Varias características van a incrementar la carga de la enfermedad que tenemos. Muchas veces actuamos desde un punto de vista de unidad, más tradicional, muchas veces individualizando la situación, sin tener en cuenta otros aspectos sociales que están involucrados en esa situación. Por eso, la mirada de estigmatización, la mirada de lo que llamamos de las determinaciones sociales, son importantes para hacer posteriormente políticas de salud mental o de la organización de servicios.

Otro aspecto importante es que algunos estigmas tienen impactos y niveles distintos. Podríamos decir que tenemos un nivel más general o social o más cultural, que sería el

estigma social, y tiene que ver con la historia de la sociedad, y que eso va creando una idea general sobre una condición, sobre grupos, etc. Van a tener un impacto directo y nosotros como políticos, gestores, o profesionales del Estado, vamos a manejar con políticas públicas. Apelando a mi país, nuevamente, podría decir, por ejemplo, que, en Brasil, la política pública principal que tenemos sobre los usuarios de drogas en general es encarcelamiento. Acciones que no están basadas en los derechos humanos, acciones de represión a estos grupos. Se considera que son personas que no merecen ningún tipo de cuidado ni tampoco financiamiento, sino aislarlos de contacto social. Aquí hablamos de **estigma estructural**. Las políticas públicas pueden ser de rechazo o pueden ser de cuidado. Existen algunos grupos que están evaluando las políticas públicas de distintos países, y un ejemplo muy bueno es Canadá, que tiene un protocolo y un reporte estructural sobre el estigma, y eso sirve para evaluar las políticas de salud mental de los distintos países, incluso Canadá, y cómo se puede percibir bien cómo el estigma se transforma en políticas públicas.



Tendríamos un otro nivel individual, que sería el **estigma de cortesía**. Este estigma vendría a explicar que no solamente la persona que tiene dicha característica de inferioridad y consumo de drogas sufre la designación, sino que también sufren estigma quienes están cerca. Estamos ahora haciendo un proyecto de colaboración con gente de Valencia y España. Uno de los grupos más estudiados son profesionales de salud, pues los profesionales sufren alguna consecuencia, alguna degeneración, por trabajar en salud mental. Reciben “como cortesía” las consecuencias de estar cerca. Otros grupos que son muy estudiados son familiares que tienen consecuencias directas y en la calidad, de vida, por ejemplo, de carga emocional, de oportunidad de trabajo, empleo, etc.

Por último, sería el nivel más individual, que sería el **autoestigma**, la situación en que la persona que tiene esas características pasa a creer que es merecedora de su designación, que empezó a creer que realmente no merece ningún cuidado y que no son tan buenos. Esto tiene consecuencias directas sobre la calidad de vida, sobre el resultado de tratamiento, sobre la adicción al tratamiento. Como he mencionado antes, Bartolomé hizo un trabajo muy interesante aquí en España, sobre las consecuencias y el impacto del **autoestigma**.

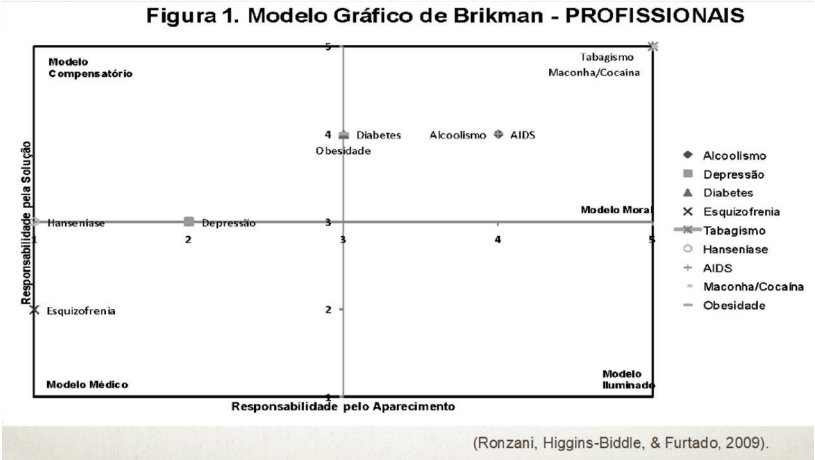


Algunos impactos que podríamos mencionar a partir de la literatura son aislamiento social, baja adhesión al tratamiento, pérdida de empleo, aumento de distancia social, vivienda injusta, disminución de ingresos, etc. Son resultados que la literatura científica ha mostrado a partir de investigaciones, entonces son cosas que basadas en evidencias que tenemos como consecuencias muy claras.

Les voy a presentar un poco de nuestras investigaciones y algunas consecuencias. Hicimos una investigación en Brasil donde utilizamos el **modelo Brickman**, para profesionales de salud donde hicimos la comparación de distintas condiciones de salud, ahí está la depresión, diabetes, tabaquismo, sida, uso de marihuana, cocaína y obesidad. Esta parte abarcaba la percepción moral de la condición de salud. En cuanto más alto está la situación, más moralización es percibida sobre la condición en salud.

En esa comparación con profesionales de atención primaria de salud de Brasil. En comparación, tabaquismo y uso de marihuana y cocaína fue la condición más moralizada en comparación al resto, y un poco menos diabetes y obesidad. La menos estigmatizada sería la esquizofrenia.

Figura 1. Modelo Gráfico de Brikman - PROFISSIONAIS



Entre estudantes y agentes de salud, la situación no ha cambiado mucho porque se continúa polarizando mucho la marihuana, el tabaquismo y cocaína, y menos otras condiciones de salud. La esquizofrenia continúa siendo también estigmatizada. O sea, no tuvimos grandes diferencias de la comparación entre profesionales o estudantes de grados de salud. Tenemos enfermería, medicina, psicología, trabajo social. Y también tendríamos lo que llamamos de agentes comunitarios de salud, que serían personas que están acabando de hacer una educación de trabajadores de la Comunidad. No tienen curso de grado, sino son formados para hacer un cuidado y hacer un enlace entre la Comunidad y los servicios de atención primaria.

Psicologia: Teoria e Prática – 2009, 11(1):62-75

Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde*

Pollyanna Santos da Silveira
Leonardo Fernandes Martins
Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

Resumo: Uma das condições que mais apresentam uma conotação moralizante no mundo é o uso de álcool. O objetivo do presente artigo é investigar os estereótipos e a atribuição moral de agentes comunitários da saúde sobre a dependência de álcool. Participaram do estudo 197 agentes comunitários de saúde (ACS) de cinco cidades da Zona da Mata Mineira. Os instrumentos utilizados foram: questionário sobre características pessoais dos profissionais e questionário de avaliação sobre estereótipos e moralização do uso de álcool. Verificou-se que, para uso de álcool, o modelo de percepção que os ACS possuíam era moral e que uma das maiores dificuldades destes para lidar com determinados pacientes refere-se aos alcoolistas.

Palavras-chaves: alcoolismo; estereotipagem; atenção primária à saúde; atitude; agentes comunitários de saúde.

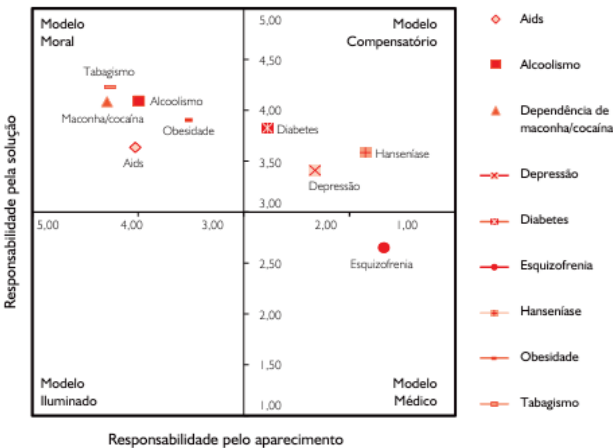


Figura 1. Modelo Gráfico de Brickman – ACS

Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde

Leonardo Fernandes Martins
Pollyanna Santos da Silveira
Rhaísa Gontijo Soares
Henrique Pinto Gomide
Telmo Mota Rouzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

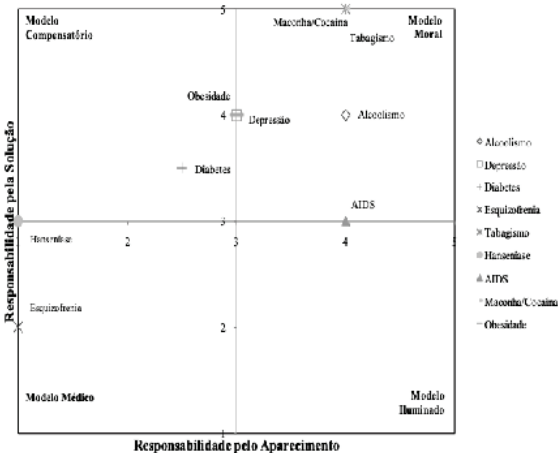


Figura 1. Modelo Gráfico Baseado no Modelo de Percepção de Brickman.

Este grupo ha moralizado un poco menos, pero se mantiene la tendencia de la comparación de tabaquismo y el usuario de cocaína como condiciones más moralizadas dentro de los profesionales. Esto muestra que tenemos una situación muy difícil, y refuerza otros datos que tenemos de otros países, mostrando que profesionales de salud moralizan de manera muy frecuente a los pacientes y que tiene consecuencias directas. Esa es una otra cuestión también que preguntaron a la capacidad o al deseo de estar y la dificultad emocional de estar junto con personas.

Stigma and Health

2376-6972/18/012.00 © 2018 American Psychological Association
http://dx.doi.org/10.1037/sah0000069

Psychosocial Understanding of Self-Stigma Among People Who
Seek Treatment for Drug Addiction

Pollyanna Santos da Silveira,
Ana Luisa Marière Casela,
Erika Pizzolo Monteiro,
Gabriela Correia Lubambo Ferreira,
Jessica Verônica Tibirico de Freitas,
and Nadália Munck Machado
Federal University of Juiz de Fora

Ana Regina Noto
Federal University of São Paulo

Telmo Mota Ronzani
Federal University of Juiz de Fora

Table 4
Psychosocial Multiple Regression Model for the Relationship Between Self-
Stigma and Sociodemographic and Psychological Factors

Model variable	Nonstandardized coefficients B	Standard error	Standardized coefficients B
Constant*	67.594	4.824	—
Self-esteem*	−1.145	.125	−.476
Hope*	.488	.099	.248
Depression*	.193	.031	.291
Education	−.173	.725	−.010
Illicit activities	.570	.771	.032
Gender	−1.108	1.422	−.033
Lives with companion	.168	.796	.009
Employed*	2.126	.783	.112
Religious practice	1.373	.724	.078
Dependency type	.647	.465	.062

* $p < .05$.

da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health*, 3(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/sah0000069>

Esto es un estudio que hicimos sobre autoestigma, que fue una colaboración que hicimos con Bartolomé, en San Pablo, Brasil. Hicimos una comparación entre percepciones de autoestigma con algunas características. Se vio que tenía relación con baja autoestima, baja esperanza y, por otro lado, mayor depresión. Por otro lado, tener empleo, trabajo, estaba relacionado con autoestigma más bajo.

Extracto

El trastorno por uso de sustancias es una de las condiciones de salud más estigmatizadas. La internalización del estigma es una de las principales consecuencias del proceso de estigmatización y se asocia con una menor autoestima y autoeficacia y peores perspectivas de recuperación. También puede traer culpa, desesperanza, ansiedad, autodevaluación y depresión. Este estudio investigó el autoestigma entre drogodependientes que buscaron tratamiento, probando la construcción de un modelo psicosocial para comprender este fenómeno. Las entrevistas individuales se realizaron en el Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y Drogas de Juiz de Fora, Brasil. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico exploratorio, utilizando desviación estándar y descriptiva. Se probaron tres modelos explicativos del autoestigma: el modelo sociodemográfico, que incluye variables como género, práctica religiosa, educación, estado civil, situación laboral y participación en actividades ilícitas; el modelo psicológico, con variables relacionadas con síntomas de depresión, autoestima y esperanza; y el modelo psicosocial, que incluía todas las variables sociodemográficas y psicológicas. La muestra estuvo compuesta por 461 individuos. Los resultados apoyaron la hipótesis de que el modelo psicosocial tendría mayor poder explicativo del autoestigma entre los drogodependientes. Se confirmó asociación entre el autoestigma y las variables sociodemográficas y el tipo de sustancia consumida. Los síntomas depresivos contribuyeron a puntuaciones más altas en autoestigma. El estigma puede ser una barrera para el acceso a la atención médica, el tratamiento, la investigación social, la inclusión social y las oportunidades de recuperación. Las intervenciones y los modelos de tratamiento que sean capaces de reducir el autoestigma tendrían el potencial de contribuir a una reducción de los impactos negativos asociados con el trastorno por uso de sustancias. (Registro de base de datos PsycINFO (c) APA 2019, todos los derechos reservados).

Otro de tipos estudios de base más cualitativa fue sobre los países que con más frecuencia piensan que no vale la pena gastar dinero para el tratamiento, que tiene que ver el estigma estructural. Y ahí empezamos a pensar en algunas estrategias para reducción de estigmas. La intervención muestra que el personal de salud aún estigmatiza de manera muy alta. Que el autoestigma y el estigma tienen un impacto en la calidad del tratamiento de la medición. Entonces empezamos a pensar en alguna estrategia para cambiar la situación. No solamente se puede conocer, sino que debe hacerse alguna acción para el cambio de situación.

Tenemos formas de afrontar el estigma: el contacto, la protesta y la educación.

El contacto serían estrategias que se hace para que el grupo estigmatizador y el estigmatizado puedan tener contacto. Y a partir de ahí, se disminuiría la percepción que tiene un grupo sobre otro. Lo que va a ocurrir es que muchas veces es que se promueve el contacto de manera muy artificial y de manera no horizontal, y muchas veces lo que pasa es que este contacto refuerza la estigmatización. El contacto es importante, pero tiene que haber una planificación para que el contacto promueva un cambio de percepción.

El ejemplo de **protesta común** que tenemos son los medios de comunicación que usan campaña para promover una cuestión específica, pero también es importante tomar en cuenta que no cualquier mensaje se va a cambiar la situación. Es importante pensar la protesta de manera estratégica para que se de verdad se produzca un cambio. Muchas veces los estudios muestran que hay poca efectividad en eso.

Por último, algo más tradicional sería **la educación**. El conocimiento produciría un cambio de percepción y a partir de ahí se va a traer un cambio de acción de los profesionales de salud frente a la situación. Sabemos que muchas veces una capacitación solamente basada en contenidos, sin ningún otro elemento, es muy difícil que se traslade al comportamiento.

Estudios muestran que un 70 % del éxito de una intervención tiene que ver con la relación terapéutica, con los factores extra terapéuticos que tienen que ver con el contexto. Muy poco tiene que ver con las técnicas que utilizamos y un poco con sus expectativas, lo que sería el efecto placebo. La manera como percibimos tiene un impacto, tiene una calidad, y un 60% tienen que ver con el tema de estigma. Por eso es importante tratar el tema desde un punto de vista más práctico. Esos son estudios que hicimos mostrando lo que tenemos sobre la evidencia de acciones de reducción de estigma. Estados Unidos hace más cosas como siempre, porque tiene más dinero, así que todas las evidencias que tenemos de índole más longitudinal son de Estados Unidos y eso es un problema para nosotros. Muchas veces lo que los estadounidenses plantean no tiene nada que ver con nuestra realidad.

Como tenemos una base cultural, histórica, no va a funcionar si trasladamos lo que ellos hacen para España o para Brasil o para otro país de manera automática. Es necesario hacer una adaptación y algunos cambios, y a partir de ahí desarrollar algunas evidencias. Las intervenciones más comunes que nos encontramos son en un 55% el contacto, y por último fueron los “role plays”, acciones más prácticas que se hace para intentar producir algún tipo de contacto. Los resultados más comunes que se tienen a partir de ahí son los cambios de actitud.

Como ya hemos estudiado, un cambio de actitud ni siempre se transforma en cambio de comportamiento, de acción, de salud. Entonces ahí ya tenemos un límite para decir lo que funciona o no funciona. Eso fue lo que hicimos en Brasil, una comparación con un grupo

control y un grupo de intervención, y con este grupo hicimos solamente la parte de contenido. Los resultados que tuvimos fue que el grupo que pasó por la capacitación ha presentado una moralización más baja que el grupo de control. Fue un experimento piloto, pero sí logramos algún cambio a partir de nuestra intervención. Y ahora estamos finalizando un estudio con varios países de Latinoamérica en los que, a partir de la reflexión, no solamente con contenido, sino con otras acciones producto de varias intervenciones que mostraron evidencia de efectividad. Hicimos algunas acciones que tenían mucho más carácter de taller.

ORIGINAL RESEARCH

Evaluation of an intervention to reduce health professional stigma toward drug users: A pilot study

Marina Castro de Oliveira¹, Leonardo Fernandes Martins¹, Kimber Richter², Telmo Mota Ronzani¹

1. Department of Psychology, Institute for Human Sciences, Federal University of Juiz de Fora, Brazil. 2. Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Kansas Medical Center, Kansas City, United States.

Correspondence: Marina Castro de Oliveira. Address: Department of Psychology, Institute for Human Sciences, Federal University of Juiz de Fora, Brazil. Email: marinacastro19@yahoo.com.br.

Received: August 15, 2012
DOI: 10.5430/jnep.v3n5p138

Accepted: October 23, 2012
URL: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v3n5p138>

Online Published: December 25, 2012

Abstract

Background: Stigma underpins unfavorable attitudes toward many traditionally underserved groups in health care. Although training for Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) has been shown to change provider attitudes, none have to date examined the effectiveness of training modules that directly address stigma toward drug users. The aim of this paper is to evaluate the impact of SBIRT training plus the addition of 2 anti-stigma training modules on stigma regarding drug use and drug users among Brazilian health professionals. Participants included community health workers, nursing assistants, nurses and other health professionals.

Methods: A pretest-posttest wait-list design with intervention and comparison cities. The follow-up was 3 months. Participants included 95 primary health care professionals, of whom 54 received SBIRT training plus training in two anti-stigma modules (intervention group) and 41 received assessments only (comparison group). The posttest was administered 3 months following the training. Baseline and outcome included validated and non-validated measures of general attitudes and beliefs about drug users. In addition, participants responded to vignettes designed to assess stigma in the context of ethical issues, which assessed how much participants attributed responsibility for the onset and resolution of substance abuse to the patients themselves—the degree to which they “moralized” drug use.

Results: There were marked baseline differences between experimental and comparison communities. However, nearly all (range 72%-90%) providers held a uniformly high “moralized” view of drug dependence. These attributions were not changed by the trainings. Likewise, there were no significant differences between intervention and control groups when we examined how much their stigma toward drug users changed after the anti-stigma module.

Conclusions: This preliminary study found no intervention effects; it did find, however, that most professionals blamed drug users for their addiction. Because SBIRT seeks to embed intervention into settings that have historically overlooked and undertreated substance abuse, we believe that future research is warranted in order to better understand and address stigma. Research could explore what predicts stigmatized views of drug users, and what sorts of interventions reduce stigma.

Table 4. Professionals who have a moral model of perception of substance dependence. Intervention Group (n = 54) Comparison Group (n = 41)

Condition	Intervention Group				Comparison Group			
	Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Smoking	41	77.4	43	81.1	34	87.2	35	89.7
Alcoholism	40	74.1	39	72.2	32	82.1	33	84.6
Marijuana	42	82.4	38	74.5	35	85.4	36	87.8
Cocaine	43	82.7	39	75.0	35	85.4	36	87.8
Crack	43	82.7	41	78.8	35	87.5	36	90.0

Desarrollamos un protocolo de ocho encuentros donde tiene una acción mucho más práctica, los profesionales de salud, con personas que usan drogas, intentando disminuir el estigma. Fue hecho en Brasil, Colombia, Uruguay, Argentina, y tuvimos resultados iniciales muy buenos que pueden ser un camino interesante.

Les voy a hacer una propaganda de nuestra investigación, porque como he dicho, ahora estamos empezando un proyecto del que estoy muy contento de formar parte. Vamos haciendo un estudio sobre el impacto que tiene el estigma de cortesía. Nuestro objetivo es saber cuáles serían las consecuencias que tienen los familiares de las personas que toman drogas. A partir de ahí vamos a pensar acciones que llevar a cabo.



Hemos desarrollado una cartilla, que está en español, que es para profesionales de salud, que es sobre reducción de estigma en usuarios de drogas. La hemos desarrollado para difundir entre profesionales de salud, gestores de varias partes, y es uno de los materiales que utilizamos en los talleres sobre educación y estigma.

Por último, les invito a conocer la revista. Hemos publicado un número especial sobre estigma y salud mental y uso de drogas, ustedes pueden acceder, y si quieren saber un poco más, os lo dejo por aquí.



RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. da.

Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.



Prof. Telmo Ronzani

DEBATE

Moderador:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Dr. Telmo Ronzani**

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchas gracias doctor Telmo Ronzani, por su exposición.

Antes de empezar con las preguntas, unos breves comentarios. Agradezco esta asistencia tan amplia al Debate de hoy y os comento que se ha entregado la monografía de la “Jornada perspectiva de género en las adicciones a psicofármacos y analgésicos”. Cualquier persona que tenga interés en conocer sobre las publicaciones de los Debates, Jornadas, etc., que hemos ido realizando durante los últimos meses pueden conseguirlos en pdf en la página web de nuestro Servicio de Adicciones, <https://www.valencia.es/cas/pmd/publicaciones-del-pmd>. Cuando finalicemos la transcripción de este Debate y de todas las actuaciones, se hará la publicación correspondiente y también se pondrá en la página web y lo distribuiremos por correo electrónico y papel.

Te reitero mi agradecimiento, Telmo, por tu intervención tan clara e ilustrativa en todos los aspectos. El objetivo de estos Debates es que un experto se explaye y exponga un tema de actualidad, despertando el interés de los asistentes a los mismos, con el objetivo de generar un Debate enriquecedor para todos. Por lo tanto, les cedo la palabra, y aclaro para los nuevos asistentes que hay que levantar la mano, se os entrega el micrófono y hacéis la pregunta, el comentario, etc.

Adelante con las preguntas.

Asistente

Bueno, muchas gracias al doctor por esta magnífica jornada.

Yo soy profesora de la Universidad Católica de Valencia, del máster de conductas adictivas. He venido acompañada de muchos de mis alumnos y quería preguntarle que cuál es su opinión como experto sobre el estigma en la adicción conductual, en concreto en la adicción a la pornografía.

Dr. Telmo Ronzani

No tengo mucha información. Víctor puede decir mucho más que yo. No me atrevo a decir muchas cosas porque no es un tema muy importante pero no tengo mucho conocimiento. Víctor, si quiere añadir algo...

Dr. Víctor Villanueva Blasco

No soy experto en temas de pornografía a pesar de ser hombre. Lo digo porque al final somos los grandes consumidores de pornografía, pero bueno, yo creo que el estigma viene asociado a conductas que tienen una cierta reproducción social. Se reprueba sobre todo el uso de la pornografía en adolescentes y no en adultos en la misma medida. Tal vez el impacto pueda ser distinto a nivel cognitivo y luego en el desarrollo de las relaciones afectivo-sexuales. Pero, al final, sí que es verdad que la mayor parte de la pornografía genera unos estereotipos muy concretos donde hay sobre todo una cosificación y una dominación de la mujer por parte del hombre. Esto viene de modelos culturales que tienen que ver con el estigma en el cual las mujeres también han sido ampliamente estigmatizadas en todas estas problemáticas por el hecho de ser mujeres y del rol social que se les atribuye por ser mujeres.

Yéndonos a algo que no es pornografía, pero cuando un hombre tiene muchas conquistas es un conquistador, y cuando una mujer tiene muchas conquistas se le denomina como una vulgar. Yo creo que podemos debatir mucho no sobre la pornografía, sino sobre todo los roles sociales que están imperando dentro de la pornografía. El gran problema no es la pornografía en sí. En el caso de los adolescentes, es el ilimitado acceso que tienen a través de los dispositivos móviles. Entonces, tal vez el debate no tenga que centrarse exclusivamente en la pornografía, sino en qué herramientas y formación se les da.

Dr. Telmo Ronzani

Hace dos meses hicimos un taller en Costa Rica sobre estigma y género. Y podíamos pensar incluso más allá de la cuestión de mujer, sino otros géneros posibles. Tenemos solo dos modelos más normalizados, que son los de mujer y hombre. Hay una expectativa de comportamiento. Si se sale de eso, se empiezan a tener varias consecuencias de estigmatización y muchos más prejuicios y consecuencias.

Me parece que la pornografía viene como un complemento importante que tiene que ver con componentes sexuales. El hecho de que la mujer sea vista como objeto sexual de los hombres. Hay consecuencias directas de este consumo, porque consumimos mujeres, consumimos otras posibilidades de género, y esto tiene consecuencias directas con una percepción. Podemos reflexionar lo que ha dicho Víctor, hasta ahora. Creo que no hay cómo discutir la estigmatización, sino antes pensar la cuestión de género en las diferentes posibilidades de géneros y la sociedad de consumo.

Asistente

Soy alumno de posgrado de la Universidad de Valencia, de un máster centrado en las adicciones. El foco que ve usted más importante a la hora de intervenir con el adolescente pienso que es muy importante en el tema de adicciones, no solo a las drogas, sino también el comportamiento y bueno quería conocer su experiencia.

Dr. Telmo Ronzani

Gracias por la pregunta. Tenemos una experiencia de intervención con adolescentes específicamente en Brasil y Argentina. Tenemos la colaboración allí, y experiencia en Canadá también con un grupo de estudiantes. El tema del uso de las drogas va a ser como algo transversal. Primero hay que hacer algo muy dinámico. Hay que hacer talleres. Si solo se

hacen grupos en la escuela de manera aislada o puntual, por ejemplo, se puede incrementar el estigma, porque sería visto como el grupo de los malos.

Asistente

Yo quería preguntar, a nivel de España, por ejemplo, el tema de adicciones, de desintoxicación y de prevención está como mucho más extendido que todo el tema de reducción de daños. Quería saber cómo está el tema de reducción de daños en Brasil.

Dr. Telmo Ronzani

Mucho peor que ustedes en España. En Brasil son muy tradicionales, muy represivos y tuvimos un gobierno muy malo que ha rechazado cualquier posibilidad de hacer reducción de daño, porque era un gobierno que estaba mucho más cerca de grupos conservadores, que tiene miradas moralizantes. Entonces ahora estamos intentando volver, pero reducción de daños en Brasil no se entiende como una política pública importante todavía.

Asistente

Voy a aprovechar. ¿Cuál es el concepto que tiene la cabeza cuando hablamos de reducción de daños?

Responde la persona que hace la pregunta 3

Para mí reducción de daños es intervenir en personas que están consumiendo, no con el objetivo de que dejen de consumir, si no con el objetivo de reducir al máximo los problemas de salud asociados.

Responde persona que ha hecho la pregunta 4

Ahora le pongo un ejemplo. Una persona que consume la mitad de cigarrillos, ¿es reducción de daños? Hoy en día en Latinoamérica pasa mucho que se confunde la reducción de daños con la ideación de consumo, y son cosas totalmente distintas. Pero el problema es que, a veces, banalizamos la reducción del daño. Toda la traducción de consumo, bienvenida sea.

Reducción del daño es, por ejemplo, reducción de riesgos. Pensemos en cosas reales serias, y no confundamos eso con el consumo menor. O, por ejemplo, el consumo responsable. El adicto no es responsable. En otros países que efectivamente se confunde la reducción del daño con la disminución de consumo.

Responde la persona que ha hecho pregunta 3

Yo, por ejemplo, he trabajado en un recurso donde la gente podía consumir dentro del recurso, tanto heroína, como inyectado, inhalado, y de hecho tenía también un programa de alcohol, y eran personas que venían de calle, muy deterioradas y que el sistema los recoge porque muchas veces exige, o bien que no consuman para entrar a cualquier otro recurso y demás.

Entonces, claro, yo lo comentaba en el sentido de que hay gente a la que no se le atiende por estar consumiendo todavía.

Responde la persona que ha hecho la pregunta 4

Que vengas, cuando sea abstinente, es como si el traumatólogo te dijera “venga usted cuando la factura se ha arreglado”.

Asistente

Bueno, yo empecé en reducción de daños aquí en Valencia. Cuando Bartolomé Pérez Gálvez era director general de Drogodependencias, y que apostó por uno de los programas que iba donde ahora está el Parque de Cabecera de Valencia, que antes era una zona escombrera con ratas tan grandes como conejos, conocida como “Las Cañas”, ahí es donde yo me foguee en el tema de las adicciones. Porque no es lo mismo hablar de reducción de riesgos con gente normalizada que sale a consumir determinadas sustancias de fiesta y luego sigue con su vida normal, sin demasiadas repercusiones, de gente que viene con reducción de daños, de una historia de exclusión social, y que ahí esas esos dispositivos como este que impulsó Bartolomé, que es de captación activa e intervención en medio abierto, es decir, como ellos no vienen a las redes asistenciales normalizadas, acudimos nosotros a ellas. Atendíamos sobredosis allí mismo. Hacíamos una cosa muy importante que tiene que ver con el estigma y que nos lo repetían constantemente, y es que ellos percibían en nosotros una aceptación que no percibían en otro entorno, y un mes, otro mes, otro mes, al cabo de un año y pico, a lo mejor te encontrabas con gente que se animaba a dar el paso a ir a la red asistencial normalizada, porque había un trabajo previo, no solamente sanitario, sino sociosanitario. Es la punta de lanza que permite trabajar, no solo reducción de riesgos.

Dra. Josefa Gómez Moya

Bueno, yo quería hacer una pregunta al ponente sobre la cuestión del estigma social. Yo soy de mayor edad que el resto de las mujeres que me rodean, he pasado una vida por diferentes momentos, entonces, me pregunto, ¿hay momentos en que estos estigmas pueden ser utilizados, o puede resultar interesante que se estigmaticen en una sociedad? Porque, por diferentes momentos, cuando yo tenía veinte años, la mujer que fumaba estaba estigmatizada y llegó un momento que interesaba vender más tabaco, y entonces, se acabó el estigma de la mujer que fumaba. Lo mismo con el tema de la mujer que bebía. Las mujeres no podían ir a tomarse una copa a un bar. Después interesó que las mujeres bebieran, y después se estigmatiza a la mujer que bebe demasiado, cuando previamente se la ha estigmatizado por beber.

Es decir, ¿hay detrás un interés? La sociedad cambia esa forma de entender y de promocionar en una investigación sobre mujeres cocainómanas y mujeres alcohólicas. Yo he trabajado siempre con métodos cualitativos, con lo cual las mujeres expresan lo que les viene. Entonces la cocainómana decía “yo, toxicómana, lo he conseguido vencer, o sea, ya tengo un triunfo”. Las alcohólicas no decían eso. Las alcohólicas seguían considerándose viciosas, y querían seguir ocultándose porque siguen estando estigmatizadas, aunque hayan dejado de consumir. ¿Hay intereses sociales en estigmatizar determinadas conductas?

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Gracias por este planteamiento, porque como dices, las asistentes son muy jóvenes y posiblemente no se hayan planteado este tema nunca. ¿Alguien se ha preguntado alguna vez qué es lo que quieren los poderes económicos, políticos, sociales, religiosos, culturales, de

cada una, de vosotras o de vosotros? La respuesta es muy sencilla, que consumamos de todo. Se siguen creando mayores necesidades, que muchas son innecesarias, existe la obsolescencia de los productos, existe tabaco mentolado para evitar la faringitis, cosa que era mentira, y existen una serie de necesidades que se van creando en el transcurso del tiempo, e interesa mucho, estigmatizar ciertas conductas en un momento determinado, para después plantear soluciones que no son gratuitas.

¿Los poderes políticos tienen en cuenta actualmente los determinantes sociales de la enfermedad? Las desigualdades sociales, el paro, la falta de vivienda, etc. Los ricos tienen más infarto de miocardio que los pobres. Los pobres tienen más infecciones gastrointestinales que los ricos, etc. Y eso no se tiene en cuenta en la sociedad. Desde mi humilde punto de vista, sí que es cierto que existe interés social en crear constructos y etiquetas en ocasiones para determinados colectivos, para generar tipos de conducta anómalos, para después buscar soluciones. Creamos un problema, la gente adopta una conducta errónea y al cabo de un tiempo se buscan soluciones, que exigen mucha movilización social y dinero.

Recuerdo ahora, que hace muchos años, participábamos Bartolomé y yo en una reunión del Comité Ciudadano anti-SIDA, todo eran quejas y reivindicaciones hacia la Conselleria de Sanidad. Había mucho movimiento social, mucha asociación, muchos grupos de colectivos sensibilizados ante el problema, que recibían muchas subvenciones, muchas, pero pedían más. Al acabar la reunión un catedrático de medicina, con cierta dureza me dijo “Hay más gente que vive del SIDA, que se mueren de SIDA”. Os parece una exageración, pero si no tenemos en cuenta todos los determinantes de la salud, podemos distorsionar todos los problemas sanitarios que tenemos en nuestra sociedad. Nos centramos en crear Unidades de Enfermedades Infecciosas en los hospitales, introducir los antirretrovirales (van dirigidos contra el retrovirus que el VIH), creamos cartillas de adherencia al tratamiento y seguimiento periódico de los enfermos, etc. Buscamos soluciones a los problemas reales y nos olvidamos de la propaganda. Los estigmas pueden en ocasiones ser positivos para determinadas actuaciones sociales generadas por intereses coyunturales.

Termino mi intervención con una pregunta ¿Hasta qué punto se tienen en cuenta todos los determinantes sociales de la salud en una sociedad consumista y hedonista como la nuestra para evitar, en la medida de lo posible, la estigmatización de las personas?

Dr. Telmo Ronzani

La pregunta es muy buena. ¿El estigma podría ser positivo, de alguna manera? Hicimos una evaluación sobre el tabaquismo y hemos pensado a partir de ahí, porque me parece que el uso de tabaco sería la sustancia psicoactiva que nos ha enseñado más cosas en cuanto a políticas de restricción.

Aquí hay una aprobación social mucho más alta que Brasil, por ejemplo, que tenemos una política de tabaco muy bien desarrollada. Lo que pasa que los jóvenes están incrementando el consumo. Por un tiempo en varios lugares, fumar tenía un estatus social, porque es elegante, ante todo, y después, como estrategia se impuso que no era tan bueno fumar, por lo que ha cambiado la percepción. Los resultados que tuvimos en Brasil tuvieron un impacto importante. Pero la cuestión es la diferenciación entre estigmatizar y aprobación social, son

cosas distintas. Tener algo como la aprobación social tiene que ver menos con una cuestión funcionalista, pero más educativa.

Me parece que el camino sería incrementar la conciencia de los daños asociados, de riesgo asociado, al consumo de drogas, y tener la percepción de aprobación o no social, sería más efectivo. Las experiencias que tenemos en varias investigaciones es que la estigmatización para producir un cambio de comportamiento genera muchos más efectos colaterales que la disminución del uso, es decir, que la estrategia sería mucho más la educación y concientización que estigmatización, que son caminos parecidos pero la estigmatizada tiene que ver con rechazar, confundir, discriminar estos grupos. La educación es comprender las diferentes características. Muchas veces lo que se pasa cuando se realiza sin la concientización, se crea la reprobación social sobre el comportamiento y eso puede tener consecuencias. Entonces es importante hacer una distinción entre reprobación social y estigmatización. La estigmatización genera una reprobación social, pero sin educar, sin concienciar. Un usuario de cocaína que vive en Wall Street, en Nueva York, va a ser completamente distinto del mismo usuario de cocaína que está en una calle de Brasil. Tiene que ver con la realidad social, con determinaciones sociales. Y esto hay derecho. La realidad va a ser distinta entonces. La persona que consume en Wall Street va tener una percepción de la audiencia como productivo que gana dinero, pero la persona que vive en la calle es vista como un peligro para la salud pública de Brasil.

Asistente

Te quería hacer una pregunta, Telmo, comentar ese modelo de Brickman que habías hecho estudios con profesionales y con estudiantes. Es decir, era curioso ver cómo el tabaco y la cocaína están en primer lugar, luego la diabetes, me imagino que, porque lo uniría con la alimentación, y luego la esquizofrenia, porque dirían que es algo biológico, que no tiene control. Pero no sé si eso lo habías estudiado a nivel de entrevistas a los profesionales o si el perfil del profesional por el género varía. Es decir, si hay una mayor sensibilidad en la mujer profesional o en el hombre profesional... no sé si tenéis datos al respecto.

Dr. Telmo Ronzani

No tengo la claridad, pero yo tenía otro dato para mostrar, pero no tuve tiempo. Hicimos una investigación sobre la estigmatización de profesionales mujeres de obstetricia y ginecología de salud pública, que hacen el cuidado de mujeres que usan drogas. Las actitudes fueron completamente negativas. Las médicas y enfermeras rechazaron muchísimo a las mujeres que usaban drogas, porque tenían el mismo prejuicio del rol de mujer, porque, si es una mujer que tiene hijos, no puede estar consumiendo drogas, entonces su comportamiento se merece ese rechazo. Y hablamos de mujeres que cuidan de mujeres.

Asistente

Yo estoy un poco más interesada en el campo de la enfermedad mental. Dos cosas un poco relacionadas al hilo de lo que estaba comentando. ¿Habéis estudiado si el estigma, dirigido a un enfermo o un trastorno mental grave, como puede ser la esquizofrenia, es diferente al estigma que está vinculado a las adicciones? Y luego, por otra parte, me gustaría saber, ¿se

hacen campañas de sensibilización dirigidas a disminuir el estigma en la enfermedad mental en niños y adolescentes?

Dr. Telmo Ronzani

La experiencia que tenemos es que el tema de la esquizofrenia, de manera general, está más discutido dentro de los profesionales de salud. Tuvimos un proceso de reforma psiquiátrica en Brasil en los últimos cuarenta años, con mucha influencia de Italia, por ejemplo. Me parece que estamos mucho más avanzados en eso y la estigmatización hacia las personas con esquizofrenia todavía existe, pero mucho más baja porque hay mayor concientización entre los profesionales de salud. Eso es lo que tenemos desde nuestras investigaciones, cualitativas y cuantitativas. Nos muestran eso como consecuencia de un proceso a largo plazo que tuvimos en Brasil y otros países de Latinoamérica. El tema de alcohol, de adicción de manera general, realmente no hemos avanzado mucho. Se discute muy poco sobre esto.

Sobre la adolescencia, eso me parece que es tema central ahora. Tenemos datos muy preocupantes del número de suicidio, por ejemplo, ha incrementado muchísimo los últimos años, como consecuencia de cuadros de depresión y ansiedad, que se han incrementado muchísimo. Entonces me parece que tiene que ser un tema muy discutido y tenemos que pensar en maneras de reaccionar ante esta situación que nuestra sociedad actual está enfrentando. A mí parece que la estigmatización es bastante importante para que los jóvenes puedan hablar más sobre sus condiciones, porque muchas veces ellos hablan en situaciones no muy adecuadas, como en las redes sociales.

Asistente

Hola, buenas tardes. Soy profesora, formo parte del Departamento de Orientación y a mí me preocupa bastante la facilidad de hoy en día que hay para viralizar un contenido, la facilidad que hay para viralizar actitudes, opiniones, estereotipos, etc. Y me doy cuenta que es un choque contra una pared el intentar concienciar al alumnado de las consecuencias que tienen las adicciones, porque, por ejemplo, la serie esa que ven muchos alumnos, como “Élite”, o “Peaky Blinders”, promueven el “voy de fiesta, me drogo”, “tengo un problema, bebo alcohol”. ¿Entonces, crees que las redes sociales o las series, las películas están incrementando las adicciones o el hecho de querer consumir?

Dr. Telmo Ronzani

La verdad es que estamos discutiendo el hecho de que la sociedad debe vivir un cambio de paradigmas que tiene que ver con los medios de comunicación. No podría decir lo que va a pasar. Lo que sabemos es que las campañas que tenemos de prevención son muy poco efectivas frente a lo que pasa ahora en la sociedad. Las previsiones que tenemos, las campañas, son muy malas. Entonces tenemos que empezar la acción de prevención que sean más efectivas frente a este contexto. Entonces estamos intentando pensar en alguna alternativa, pero muy difícil saber lo que va a funcionar de cara al futuro.

Asistente

La base es la información, la formación, el debate, la comunicación, para generar, en la medida de lo posible, un pensamiento individual crítico que sea racional frente a las circunstancias y a las agresiones e influencias externas.

Vivimos una sociedad globalizada y lamentablemente, lo único que tenemos como respuesta ahora es tratar de informar, tratar de formar y tratar de apelar al sentido común y a la responsabilidad individual ¿Existen datos que avalen estos postulados?

Dr. Telmo Ronzani

Los datos que tenemos en la actualidad no son conclusivos todavía. Es importante lo que apuntas, pero hay que seguir estudiando.

Asistente

En cuanto a la reducción del estigma, ¿cuáles serían las medidas más eficaces? Está claro que, al final, todas las medidas sumadas harían más que una sola. Pero si tuvieras que invertir todos tus esfuerzos en una, ¿cuál sería de todas?

Dr. Telmo Ronzani

Ninguna estrategia aislada va a funcionar de manera efectiva. Lo que sabemos es eso. El cambio de cultura lleva décadas, a veces siglos. Entonces ¿el estigma de drogas va cambiar si hago taller con un profesional? No va a cambiar. Lo que estamos haciendo es pensar en diferentes frentes de acción, que sería lo ideal. No vamos a cambiar la estigmatización del usuario, pero podemos cambiar la percepción que los profesionales puedan tener interés sobre su comportamiento frente al usuario de drogas. Intentar cambiar la manera de reacción. Yo voy a tener un resultado de mi acción.

Asistente

Ligado directamente con lo que has dicho antes del pensamiento crítico. Era algo que iba a decir, pero quería añadir que, en ese cambio de paradigma, en una cultura de la preocupación en la que se prima la rectificación inmediata, el poder político, social y económico, quiere que estemos medio enfermos para seguir consumiendo. Todo esto, la cura contra ello o digamos, la lanza en esa guerra es, por un lado, el pensamiento crítico, pero sin una emoción de por medio, en este caso me refiero a la empatía. La emoción es imprescindible. El pensamiento crítico y reflexivo es imprescindible para luchar contra ello, pero también debemos pensar en el otro.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Totalmente de acuerdo. Es necesario utilizar los recursos sociales y los recursos sanitarios cuando sea conveniente. Lo que acaba de decir el profesor lo trasladamos a las Universidades Valencianas que estáis aquí presentes, muchas alumnas y muchos alumnos. Sabéis que uno de los problemas es la costumbre de la inmediatez, frente a la recompensa diferida. Se está generando mucha falta de tolerancia a la frustración. Hay muchas crisis de ansiedad, porque muchos estudiantes no son capaces de estar dos horas en la biblioteca delante de un libro, delante de los apuntes, estudiando. Ante un examen se estresan demasiado. Y está aumentando el consumo de tranquilizantes, ansiolíticos y antidepresivos, e incluso aumentando los intentos de autolesión o de suicidio. ¿Cómo se afronta esos problemas en primero o en segundo de grado? Exponiéndolos, dialogando, debatiendo y movilizándose hacia una acción adecuada. Y cuando hay personas que tienen problemas, consideramos que

deben existir recursos suficientes en las Universidades para poder abordar esos problemas y tratarlos adecuadamente.

Asistente

Hola, buenas tardes. La duda que me había ocurrido a mí era cuando usted ha hablado de las estrategias de afrontamiento de estigma, ha hablado, del contacto, de la protesta y de la educación. En el de educación parece que el límite era que solo aprenden las personas que están interesadas en ese tema y que al final se convierte en un nicho donde solo esas personas interesadas aprenden sobre ello. ¿Se le ocurre alguna manera de cómo podría potenciarse ese interés el resto de la población?

Dr. Telmo Ronzani

Muchas veces cuando hacen las capacitaciones hablamos antes con los gestores y pedimos que todos participen. No ha funcionado porque muchas veces el tipo llega a la capacitación aburrido. Me parece que la clave es intentar mantener la protesta y el contacto de manera más efectiva para ir poco a poco intentado cambiar la situación, pero no tengo una solución tampoco.

Lamentablemente yo les digo muchas cosas, les expongo temas que estamos investigando, pensarán que tienen solución. No estoy equivocado en los planteamientos, estamos trabajando buscando soluciones ante problemas complejos.

Muchas gracias Por sus intervenciones, han sido muy interesantes.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchísimas gracias al **Dr. Telmo Ronzani** por su extraordinaria conferencia y por sus respuestas en este interesantísimo Debate, en el que hemos abordado un tema complejo, pero muy actual e interesante.

A los doctores **Bartolomé Pérez Gálvez** y **Juan Carlos Valderrama Zurián** y a todos los profesionales de la UISYS, muchísimas gracias por su excelente trabajo una vez más. Y a todas vosotras y vosotros por asistir y participar activamente en este Debate, muchísimas gracias.

En nombre de la concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, **Dña. Marta Torrado de Castro**, clausuramos este **Debate en Adicciones**.

Muchas gracias y buenas tardes.

